

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
- EX LABORE FRUCTUS -

**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara**

# **Relazione sulla Performance anno 2014**

**Contenuti della relazione sulla performance:**

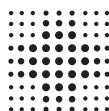
- **Bilancio di missione 2014**
- **Nota integrativa al bilancio di missione 2014**
- **Relazione sullo stato d'integrazione ospedale-università**

# Presentazione

La relazione sulla performance, prevista dalla delibera n.1/2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale, evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Le Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna predispongono in base alla L.R. 29/2004 sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale il bilancio di missione che rappresenta lo strumento con cui l'azienda rende conto dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi assegnati dalla Regione e dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Tale documento si affianca al tradizionale bilancio di esercizio, al fine di supportare il processo di evoluzione della "governance" del sistema sanitario regionale, rafforzandone la trasparenza. L'OIV, riconoscendo l'importanza del bilancio di missione ha stabilito che la relazione sulla performance può essere prodotta integrando il bilancio di missione con una nota integrativa a cura della Direzione Aziendale che riporti la sintesi dei risultati conseguiti dalle varie articolazioni aziendali in relazione agli obiettivi di performance e di budget e commenti in modo qualitativo l'andamento della gestione ed il grado di raggiungimento delle performance attese nell'anno di riferimento.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, al fine di cogliere appieno le complessità e gli effetti che derivano dall'integrazione tra strutture del Servizio Sanitario Regionale e Università nei diversi ambiti di assistenza, ricerca e didattica ha deciso di integrare la relazione sulla performance con la relazione sullo stato di integrazione ospedale-università redatta a cura del Comitato d'Indirizzo.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
- EX LABORE FRUCTUS -



anno 2014

**bilancio di missione**  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



# Presentazione del Direttore Generale

## 1 Contesto di riferimento

### 1.1 Quadro normativo e istituzionale

- 1.1.1 Quadro normativo nazionale di base
- 1.1.2 Quadro normativo regionale di base
- 1.1.3 Quadro istituzionale locale di base
- 1.1.4 Integrazioni normative cronologiche

### 1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

- 1.2.1 Corsi di laurea attivati e disattivati nell'anno 2014
- 1.2.2 Ricercatori e Professori universitari assunti e cessati
- 1.2.3 Ricercatori e professori da reclutare sulla base delle procedure già deliberate

### 1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

### 1.4 Osservazioni demografiche ed epidemiologiche

### 1.5 L'offerta aziendale e le eccellenze

### 1.6 Accordo di fornitura

## 2 Profilo aziendale

### 2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

- 2.1.1 Sostenibilità economica
- 2.1.2 Sostenibilità finanziaria
- 2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

### 2.2 Impatto sul contesto territoriale

- 2.2.1 Impatto economico
- 2.2.2 Impatto sociale
- 2.2.3 Impatto culturale
- 2.2.4 Impatto ambientale

### 2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza

- 2.3.1 Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- 2.3.2 Assistenza distrettuale
- 2.3.3 Assistenza ospedaliera
- 2.3.4 Qualità dell'assistenza

### 2.4 Assetto organizzativo

- 2.4.1 L'organizzazione aziendale

## 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

### 3.1 Dignità della persona

- 3.1.1 Le reti per le cure palliative e la terapia del dolore: l'ospedale territorio senza dolore
- 3.1.2 Risultati dell'indagine sulla qualità del servizio di ristorazione
- 3.1.3 La partecipazione dei cittadini-utenti nella valutazione dei servizi ambulatoriali
- 3.1.4 Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza
- 3.1.5 Osservatorio su equità e rispetto delle differenze
- 3.1.6 Miglioramento della qualità della comunicazione nella relazione di cura

### 3.2 Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure

- 3.2.1 Sicurezza delle cure e gestione del rischio
- 3.2.2 Appropriatelyzza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio
- 3.2.3 Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto
- 3.2.4 Rete delle farmacie oncologiche
- 3.2.5 Sviluppo delle funzioni HUB e definizione degli accordi contrattuali con le altre AUSL della RER
- 3.2.6 Nuove prospettive di sviluppo per funzioni aziendali specifiche
- 3.2.7 Offerta verso le case di cura private mediante il trasferimento appropriato dei pazienti gestiti in LPA

3.2.8 Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

3.2.9 Promozione della salute, prevenzione delle malattie

### **3.3 Valorizzazione ed empowerment degli operatori**

3.3.1 Referenti di attività, Facilitatori di Processo, Consulenti, Case Manager

3.3.2 Implementazione dei percorsi sulla valutazione individuale, della trasparenza della performance (decreto Brunetta) e degli organismi di valutazione

3.3.3 Il Benessere Organizzativo in Azienda

### **3.4 Sostenibilità, monitoraggio e regolazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari**

3.4.1 Governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare

3.4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

3.4.3 Azioni in ambito I.C.T.

3.4.4 Ottimizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale in relazione al completamento della dotazione informatica-tecnologica dei processi aziendali connessi

3.4.5 Processi di integrazione: Proseguimento dell'attività di sviluppo della rete clinica interaziendale

3.4.6 Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

3.4.7 Appropriatezza della domanda

3.4.8 Ottimizzazione della programmazione e organizzazione dell'attività di sala operatoria

3.4.9 Ottimizzazione dei processi di fornitura dei materiali richiesti dalle Unità Operative

3.4.10 Centralizzazione della distribuzione dei beni farmaceutici

3.4.11 Sistemi di monitoraggio della performance aziendale

3.4.12 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Audit Clinico

3.4.13 Accreditemento delle farmacie ospedaliere

3.4.14 L'accreditemento istituzionale

3.4.15 Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione

## **4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione**

### **4.1 La "carta di identità" del personale**

### **4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa**

4.2.1 Il Collegio di Direzione

4.2.2 Il processo di Budget

4.2.3 Il processo di Accreditemento

4.2.4 I programmi interaziendali

### **4.3 Gestione del rischio e sicurezza dei lavoratori**

### **4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali**

4.4.1 La ridefinizione dei nuovi quadri di responsabilità

### **4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti**

4.5.1. Procedure di valutazione

### **4.6 Sistema informativo del personale**

### **4.7 Formazione**

4.7.1 Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del piano formativo 2014

4.7.2 Formazione aziendale e crediti ECM

4.7.3 Budget della formazione aziendale

4.7.4 Corsi di Laurea in convenzione

4.7.5 Corsi per operatori socio sanitari

4.7.6 Biblioteca digitale di scienze della salute

### **4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze**

4.8.1 Iniziative volte a creare un ambiente aperto alla negoziazione come condizione necessaria per la riflessione sulla qualità dei processi aziendali

4.8.2 Azioni promosse per i dipendenti

## **5. Il Ruolo dell'organizzazione nella comunicazione e nell'accoglienza**

### **5.1 La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi**

5.1.1 Gruppo di lavoro misto per il miglioramento della accessibilità in ospedale collaborazione con le

Associazioni di Volontariato

## **5.2 La comunicazione per le scelte d'interesse per la comunità**

5.2.1 Operazione trasparenza e anticorruzione

5.2.2 L'analisi dei reclami in collaborazione con il comitato consultivo misto

## **5.3 Gli strumenti per la comunicazione interna aziendale**

5.3.1 Health Literacy: il modello aziendale, Formazione e tecnica del teach back

5.3.2 Gestione dell'identità e dell'immagine aziendale verso l'interno

## **6. Governo della ricerca ed innovazione**

### **6.1 Azioni dell'infrastruttura locale ed integrazione dei sottosistemi aziendali**

### **6.2 Capacità di attrazione di risorse finanziarie**

### **6.3 Politiche per la ricerca e l'innovazione**

### **6.4 Incentivazione dello sviluppo di collaborazioni con altre istituzioni**

### **6.5 Il Comitato Etico**

### **6.6 Attività universitarie in rapporto all'Azienda**

6.6.1 Ricerca

6.6.2 Didattica

6.6.3 Processi di integrazione con l'Università

6.6.4 Integrazione tra Assistenza Ricerca e Didattica (Estratto del Report sullo stato di integrazione Ospedale-Università, aggiornato al 31.12.2014, elaborato a cura del comitato di Indirizzo dell'AOU Sant'Anna di Ferrara)

## **7. Il bilancio di genere**

### **7.1 Premessa**

**7.2 Genere e salute, il contesto demografico della provincia: la storia sanitaria dei dimessi nel 2014**

**7.3 Il cliente interno: i dipendenti dell'Azienda**

Conclusioni del Direttore Generale

Parere del Comitato di indirizzo





# Presentazione del Direttore Generale

Anche per l'anno 2014 il Bilancio di Missione descrive, attraverso indicatori specifici ed evidenze documentali, i risultati ottenuti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria in relazione ai propri obiettivi e al contesto di riferimento. Tra gli obiettivi è ancora presente il completamento del trasferimento delle funzioni dal vecchio al nuovo ospedale (è stato effettuato il trasferimento dell'attività ambulatoriale della Dermatologia e del Centro Scompenso cardiaco), mentre il contesto di riferimento è caratterizzato fondamentalmente dall'integrazione con l'Azienda USL e con l'Università. Nei confronti dell'Azienda USL l'integrazione trova concretezza nell'organizzazione, nella tipologia, nell'appropriatezza e nella qualità dei servizi e dell'offerta sanitaria verso la popolazione di riferimento, in stretta relazione al presidio delle risorse necessarie, sia umane che tecnologiche e della spesa farmaceutica. L'espressione formale dell'integrazione tra Azienda e Territorio viene sancita in documenti di programmazione come il Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016, e nel Patto di Fornitura tra Azienda Ospedaliero Universitaria e Azienda USL. Il rapporto con l'Università trova i suoi principali elementi di concretezza nello sviluppo dell'integrazione tra l'assistenza, la didattica e la ricerca, andando a costituire le basi per il consolidamento delle funzioni di eccellenza e di alta complessità, tenendo però in primo piano anche la condivisione degli aspetti organizzativi e l'ottimizzazione del consumo di risorse disponibili. I rapporti con l'Università sono storicamente sanciti in documenti formali come l'Accordo attuativo locale e, nel caso specifico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, un recente documento intitolato Relazione sullo stato di Integrazione tra Ospedale e Università elaborato in seno al Comitato di Indirizzo dell'Azienda stessa e del quale, da quest'anno, viene riportata una sintesi anche nel Bilancio di Missione.

La struttura del Bilancio di Missione è articolata, come nelle edizioni precedenti, nei classici capitoli in cui vengono descritti i risultati ottenuti dall'Azienda nei vari settori nel corso dell'anno.

Nel primo capitolo, dedicato al contesto di riferimento in cui opera l'Azienda, viene descritta la rete integrata dell'offerta regionale, intesa come il ruolo complessivo che l'Azienda svolge nel contesto della rete regionale e provinciale. In tale sezione è stato dato spazio alla descrizione delle funzioni in cui l'Azienda costituisce eccellenza o centro di riferimento rispetto alle esigenze della popolazione del bacino d'utenza.

La seconda sezione del Bilancio di Missione continua ad essere una componente fondamentale ed articolata in ampie tematiche come la sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale, l'impatto sul contesto territoriale, la copertura dei livelli essenziali di assistenza, la qualità dell'assistenza ospedaliera.

Nel capitolo terzo vengono descritti i risultati ottenuti in relazione ad obiettivi aziendali specifici. Trova spazio, in questa sezione, un "focus" sull'appropriatezza sia dal punto di vista del setting di erogazione dell'offerta, ma anche con la descrizione di alcuni indicatori che possono contribuire a quantificare il livello di appropriatezza della domanda. Vengono descritti anche i risultati conseguiti nel 2014 nell'ambito dei processi di integrazione con l'AUSL (sviluppo delle reti cliniche).

Nel capitolo quarto, vengono aggiornati annualmente gli aspetti qualitativi e quantitativi sul personale dipendente. Nel quinto capitolo vengono illustrati i sistemi aziendali relazionali e gli strumenti della comunicazione.

Il capitolo sesto è dedicato alla ricerca e innovazione, in cui vengono descritte le azioni compiute verso lo sviluppo e consolidamento di tale settore. Viene sviluppato, in questa sezione, l'argomento "integrazione con l'Università", riportando (come anticipato sopra) una sintesi di un documento aziendale, elaborato in seno al Comitato di Indirizzo, in cui viene dettagliatamente descritta l'integrazione in tutti i suoi aspetti focalizzando il capitale intellettuale come elemento centrale.

Il capitolo settimo è dedicato alle informazioni relative al Bilancio di Genere.

Dott. Tiziano Carradori





Ingresso visitatori alle degenze

# 1. Contesto di riferimento

## 1.1 Quadro normativo e istituzionale

L'Azienda deve adeguare la sua attività ad un ampio e articolato panorama di norme e disposizioni provenienti da fonti che possono essere Nazionali, Regionali oppure a livello di Enti Locali, riportate nei paragrafi seguenti, con separata indicazione delle integrazioni normative introdotte nell'anno 2014.

Nel corso della trattazione è comunque riportato il riferimento alle norme specifiche che regolano i singoli temi trattati.

Maggiori informazioni sono disponibili sul portale internet della Regione Emilia Romagna all'indirizzo: <http://www.saluter.it/documentazione/leggi>.

### 1.1.1 Quadro normativo nazionale di base

Vengono riportate di seguito le basi normative nazionali di riferimento.

- D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", e successive modifiche e integrazioni".
- D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30.11.1998 n. 419 e successive modifiche e integrazioni".
- D. Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 "Disciplina dei rapporti tra S.S.N. e Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30.11.1998, n. 419".
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" Il D.P.C.M. definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria includendo l'area dell'integrazione socio-sanitaria nella quale sono evidenziate anche le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.
- Piano Nazionale della Prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete, dei tumori, del rischio infettivo tramite vaccinazioni e degli incidenti.
- Legge 5 maggio 2009 n.42 "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".
- D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" diretto a:
  - conseguire una migliore organizzazione del lavoro;
  - assicurare il progressivo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate al pubblico;
  - ottenere adeguati livelli di produttività del lavoro pubblico e favorire il riconoscimento di meriti e demeriti dei dirigenti pubblici e del personale;
  - misurazione, valutazione e trasparenza della performance.
- Legge 15 marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
- Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010 sul Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012.
- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso di nascita e per la riduzione del taglio cesareo".
- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore".
- Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2011 in materia di Livelli Essenziali di Assistenza.
- D.Lgs 6 maggio 2011 n. 68 "Disposizioni in materia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogno standard nel settore sanitario".
- D. Lgs 23 giugno 2011 n.118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42".
- Intesa 25 luglio 2012 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'articolo 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

- Legge 7 agosto 2012 , n. 135 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”.
- Legge 8 novembre 2012, n. 189 “Conversione in legge, con modificazioni, del D.L.13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu’ alto livello di tutela della salute”.
- Intesa 22 novembre 2012 n.228, ai sensi dell’art. 1, comma 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione del CIPE relativa all’assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell’art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, alla realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l’anno 2012.
- Legge 24 dicembre 2012 n. 228 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2013)”.
- D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicita’, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”.
- D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilita’ e incompatibilita’ di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”.
- Legge 23 maggio 2013 n. 57 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria”.
- Legge 6 giugno 2013 n.64 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 aprile 2013, n. 35, recante disposizioni urgenti per il pagamento dei debiti scaduti della pubblica amministrazione, per il riequilibrio finanziario degli enti territoriali, nonch  in materia di versamento di tributi degli enti locali”.
- D. L. 21 giugno 2013, n. 69 Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia, convertito con modificazioni dalla L. 9 agosto 2013, n. 98.
- D. L. 24 giugno 2013 n.72 “Misure urgenti per i pagamenti dei debiti degli enti del servizio sanitario nazionale”.
- Legge 30 ottobre 2013, n. 125 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni.”

### 1.1.2 Quadro normativo regionale di base

- L. R. 25 febbraio 2000 n. 11 “Modifiche della L. R. 12 maggio 1994 n. 19 “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale si avvale dei seguenti principi:
  - la centralit  del cittadino;
  - il perseguimento della efficienza allocativa delle risorse;
  - la distinzione funzionale tra la responsabilit  di committenza e la responsabilit  di produzione;
  - lo sviluppo della partecipazione degli Enti locali al processo di individuazione, di selezione e di attuazione degli obiettivi;
  - la partecipazione delle organizzazioni sociali e degli operatori sanitari al processo di programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale;
  - la valorizzazione delle risorse umane.
- L.R. 23 dicembre 2004 n. 29 “Norme generali sull’organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale”: Viene ridefinita la sanit  dell’Emilia-Romagna in un’ottica federalista. Sono rafforzate: le competenze degli Enti locali in materia di programmazione sanitaria, verifica e controllo, il rapporto della Regione con l’Universit  nel campo dell’assistenza, della ricerca e della didattica. La legge ridefinisce il Collegio di direzione come organo dell’Azienda, al pari del Direttore Generale e del Collegio sindacale, il riconoscimento della funzione di ricerca come parte integrante della mission del S.S.R.
- D.G.R. 23 febbraio 2004 n. 327 “Applicazione della L.R. n. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell’evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti”.
- D.G.R. 30 dicembre 2004 n. 2708 “Programma per la Ricerca e l’Innovazione nel Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna in cui vengono definiti Ambiti e obiettivi generali del PRI-ER.
- D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 213 “Introduzione del bilancio di missione nel servizio sanitario regionale”.
- D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 318 “Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie ai sensi dell’articolo 9,

comma 6, della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 recante Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale".

- D.G.R. 6 novembre 2006 n. 1532 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa".
- D.G.R. n. 73 del 29 gennaio 2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, integrazione alla d.g.r. n. 1532 del 06.11.06".
- D.G.R. Assemblea Legislativa del 14 novembre 2007 n. 141 "Approvazione del piano energetico regionale (Proposta della G.R. in data 10 gennaio 2007, n. 6)".
- D.G.R. 16 novembre 2007 n. 1720 "Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - programma stroke care".
- D.G.R. 10 dicembre 2007 n. 1921 "Linee guida alle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto".
- D.G.R. 20 dicembre 2007 n. 2011 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004".
- L.R. 21 dicembre 2007 n. 28 "Disposizioni per l'acquisizione di beni e servizi".
- D.G.R. 27 dicembre 2007 n. 2175 "Provvedimenti attuativi del comma 796, lettera o), dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2006 n° 296 - rete laboratoristica regionale".
- D.G.R. 27 dicembre 2007 n. 2313 "Piano dei conti delle aziende sanitarie. Adeguamento al d.m. 13.11.2007, e all'art. 51 della l.r. 23-12-2004, n. 27".
- D.G.R. 3 marzo 2008 n. 249 "Assegnazione di finanziamenti alle aziende sanitarie per il sostegno delle attività di interesse regionale sugli screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, mammella, del colon-retto e dei registri tumori di popolazione".
- D.G.R. 27 marzo 2008 n. 374 "Revisione del programma 'Assistenza odontoiatrica nella Regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004".
- D.G.R. 21 aprile 2008 n. 533 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita".
- D.G.R. 11 giugno n. 883 "Approvazione dei piani aziendali in materia di attività libero professionale intramuraria redatti dalle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna ai sensi della L. 120/07 e della D.G.R. di Giunta n. 200 del 2008".
- D.G.R. 29 settembre 2008 n. 1523 "Disposizione del sistema regionale dei dispositivi medici".
- D.G.R. 1155/2009 "Gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna".
- D.G.R. 28 marzo 2011 n. 389 "Prestazioni di Pronto soccorso assoggettate a compartecipazione della spesa da parte degli utenti-modifiche ed integrazioni alla deliberazione n. 1035/2009".
- D.G.R. 06 giugno 2012 n.653 "Erogazione straordinaria di cassa a favore delle Aziende sanitarie"
- D.G.R. 30 luglio 2012 n.1154 "Compartecipazione alla spesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, farmaceutica e assistenza termale nelle zone colpite dal sisma" .
- D.G.R. 25 febbraio 2013 n.199 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013".
- D.G.R. 25 febbraio 2013 n.199 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013".
- D.G.R. 02 agosto 2013 n.1131, pubblicata sul BUR num. 236 del 09 agosto 2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della l. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal d.l. n. 158 del 13/9/2012".

### 1.1.3 Quadro istituzionale locale di base

- Accordo Attuativo Locale: La Regione Emilia Romagna, le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia e Parma sottoscrivono un Protocollo di Intesa individuando nella integrazione le modalità idonea per realizzare il concorso delle rispettive autonomie. Nelle more della approvazione del nuovo Protocollo di Intesa Regione-Università, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Università degli Studi di Ferrara hanno condiviso la revisione del vigente Accordo Attuativo Locale.
- Piani per la salute: Le tematiche di fondo individuate a livello provinciale sono la sicurezza alimentare, la sicurezza sul lavoro e quella stradale. In queste attività è prevista la collaborazione interaziendale tra AUSL e Azienda Ospedaliera Universitaria.
- Piani di zona: individuano le problematiche sociali che caratterizzano un territorio e come queste possano

essere affrontate.

- Accordo di fornitura con l'Azienda USL: definisce la committenza della AUSL verso la Azienda Ospedaliera Universitaria in relazione alle esigenze della popolazione.
- Piano delle azioni - Obiettivi dati dalla Regione alle Aziende: definisce gli obiettivi che la Regione assegna alle aziende, in relazione a vincoli economici, appropriatezza delle prestazioni, esigenze di sviluppo e innovazione e ricerca, e le azioni da compiere per raggiungere i target predefiniti.
- Piano programmatico triennale: definisce le linee programmatiche triennali assegnate all'Azienda.
- Piano triennale della performance 2013-2016: definisce gli obiettivi del triennio e i tempi e modalità di attuazione di strategie e azioni.

#### **1.1.4 Integrazioni normative cronologiche**

Vengono di seguito riportati i principali aggiornamenti normativi introdotti nella sanità nazionale e regionale nel corso dell'anno 2014:

- D.G.R. 24 febbraio 2014 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014".
- D.G.R. 17 marzo 2014 n. 334 "Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA)" della Regione Emilia-Romagna"
- D.G.R. 31 marzo 2014 n.413 "Estensione all'anno 2014 dell'efficacia del Piano-Programma 2011-2013 di cui alla DGR 1038/2011 e linee di indirizzo per la predisposizione e attuazione del piano programma 2015-2017".
- D.G.R. 31 marzo 2014 n.414 "Disposizioni relative ai comitati etici regionali e modifiche alla DGR 996/2013".
- REGOLAMENTO REGIONALE 30 maggio 2014, n. 1 "Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della giunta della regione emilia-romagna, delle aziende sanitarie, degli enti e delle agenzie regionali e degli enti vigilati dalla regione".
- D.G.R. 30 giugno 2014 n.963 "Adozione del Piano di attività 2014 dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Prima programmazione delle spese per l'esercizio finanziario 2014 e approvazione della Relazione annuale 2013".
- L. R. 18 luglio 2014, n. 17 "Legge finanziaria regionale adottata a norma dell'articolo 40 della legge regionale 15 novembre 2001, n. 40 in coincidenza con l'approvazione della legge di assestamento del bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2014 e del bilancio pluriennale 2014-2016. Primo provvedimento generale di variazione".
- D.G.R. 11 settembre 2014 n. 1520 "Nomina dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e per l'agenzia regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA) della Regione Emilia-Romagna".
- D.G.R. 3 novembre 2014 n. 1735 "Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014".
- D.G.R. 22 dicembre 2014 n. 2001 "Assegnazioni per il finanziamento del servizio sanitario regionale anno 2014 - variazione di bilancio".

## 1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

L'Azienda Ospedaliero Universitaria svolge un'importante funzione di didattica e ricerca clinica portando avanti, in maniera condivisa con l'Università, l'organizzazione basata sui Dipartimenti ad Attività Integrata.

### 1.2.1 Corsi di laurea attivati e disattivati nell'anno 2014

<b>CORSI ATTIVATI IN BASE ALLA NUOVA RIFORMA UNIVERSITARIA (D.M. 270/04)</b>		
<b>Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE TRIENNALI</b>	<b>Classe di corso di studio</b>	<b>a.a. 2013/14</b>
- Laurea in SCIENZE MOTORIE	Classe L-22 – scienze delle attività motorie e sportive	1°, 2° e 3° anno
<b>Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE TRIENNALI SANITARIE</b>	<b>Classe di corso di studio</b>	<b>a.a. 2013/14</b>
- Laurea in DIETISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Dietista)	Classe L/SNT3 – professioni sanitarie tecniche	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in FISIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista)	Classe L/SNT2 – professioni sanitarie della riabilitazione	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in INFERMIERISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Infermiere)	Classe L/SNT1 – professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in LOGOPEDIA (abilitante alla professione sanitaria di Logopedista)	Classe L/SNT2 – professioni sanitarie della riabilitazione	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in ORTOTTICA ED ASSISTENZA OFTALMOLOGICA (abilitante alla professione sanitaria di Ortottista ed assistente di oftalmologia)	Classe L/SNT2 – professioni sanitarie della riabilitazione	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in OSTETRICIA (abilitante alla professione sanitaria di ostetrica/o)	Classe L/SNT1 – professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica/o	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica)	Classe L/SNT2 – professioni sanitarie della riabilitazione	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (abilitante alla professione sanitaria di tecnico di laboratorio biomedico)	Classe L/SNT3 – professioni sanitarie tecniche	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di tecnico di radiologia medica)	Classe L/SNT3 – professioni sanitarie tecniche	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in IGIENE DENTALE (abilitante alla professione sanitaria di Igienista dentale)	Classe L/SNT3 – professioni sanitarie tecniche	1°, 2° e 3° anno
- Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE (abilitante alla professione sanitaria di Educatore professionale)	Classe L/SNT2 – professioni sanitarie della riabilitazione	1°, 2° e 3° anno
<b>Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI A CICLO UNICO</b>	<b>Classe di corso di studio</b>	<b>a.a. 2013/14</b>
- Laurea magistrale in MEDICINA E CHIRURGIA	Classe LM-41 – medicina e chirurgia	1°, 2°, 3°, 4° e 5° anno
- Laurea magistrale in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA	Classe LM-46 – odontoiatria e protesi dentaria	1°, 2°, 3°, 4° e 5° anno
<b>Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI (biennali)</b>	<b>Classe di corso di studio</b>	<b>a.a. 2013/14</b>
- Laurea magistrale in SCIENZE E TECNICHE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA	Classe LM-67 – scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate	1° e 2° anno
<b>Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI SANITARIE (biennali)</b>	<b>Classe di corso di studio</b>	<b>a.a. 2013/14</b>
- Laurea magistrale in SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	Classe LM/SNT 1 – scienze infermieristiche e ostetriche	1° e 2° anno



- Laurea magistrale in SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	Classe LM/SNT 2 – scienze riabilitative delle professioni sanitarie	1° e 2° anno
- Laurea magistrale in SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE	Classe LM/SNT 3 – scienze delle professioni sanitarie tecniche	1° e 2° anno
<b>CORSI ORGANIZZATI IN BASE ALLA PRECEDENTE RIFORMA UNIVERSITARIA - D.M. 509/99 CORSI IN FASE DI DISATTIVAZIONE</b>		
<b>Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE SPECIALISTICHE A CICLO UNICO</b>	<b>Classe di corso di studio</b>	<b>a.a. 2013/14</b>
- Laurea specialistica in MEDICINA E CHIRURGIA	Classe 46/S delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia	6° anno 1° 2° 3° 4° e 5° anno disattivati

### 1.2.2 Ricercatori e Professori universitari assunti e cessati

Nell'anno 2014 sono stati convenzionati: 2 professori ordinari, 2 professori associati, 1 ricercatore a tempo determinato e 1 ricercatore a tempo indeterminato.

Nell'anno 2014 sono cessati: 1 professore ordinario, 2 professori associati e 2 ricercatori a tempo indeterminato.

Sono da reclutare nel 2015, in base a procedure già deliberate 1 professore ordinario, 3 professori associati e 1 ricercatore.

Tabella 1.1 - Ricercatori e Professori assunti e convenzionati dal 2011

Tipologia	2011	2012	2013	2014
Professori Ordinari	1	0	0	2
Professori Associati	1	0	0	2
Ricercatori	2	4	1	2

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 1.2 - Ricercatori e Professori cessati dal 2011

Tipologia	2011	2012	2013	2014
Professori Ordinari	3	0	3	1
Professori Associati	1	0	1	2
Ricercatori	1	0	1	2

Fonte: Università degli studi di Ferrara

### 1.2.3 Ricercatori e professori da reclutare sulla base delle procedure già deliberate

Tabella 1.3 - Ricercatori e Professori da reclutare nel 2015 in base a procedure già deliberate

Professori Ordinari	1
Professori Associati	3
Ricercatori	1

Fonte: Università degli studi di Ferrara

### 1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

L'Azienda è dotata di tutte le alte specialità mediche ad eccezione di: cardiocirurgia, trapianti d'organo, grandi ustionati, unità spinale, neuropsichiatria infantile<sup>2</sup>.

L'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione, che esprime la capacità di attrazione dell'ospedale e, al tempo stesso, il grado di utilizzazione delle sue risorse da parte di sottogruppi di popolazione residente nel territorio sul quale opera, evidenzia che per i ricoveri circa l'80% (sostanzialmente stabile negli anni) dell'attività è rivolta a persone che risiedono nella Provincia di Ferrara, con una netta prevalenza di soggetti residenti nel di-

<sup>2</sup> Anche il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura non afferisce all'Azienda, ma è comunque presente a livello provinciale ed è gestito dall'Azienda USL.

stretto centro-nord, dove ha sede l'Azienda. Nel 2014 si registra una ulteriore flessione in percentuale dell'attività rivolta verso l'utenza extra regionale ed una stabilità verso l'extra provinciale infra regionale.

Tabella 1.4 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - ricoveri (dimessi)%

	Residenti				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	57,1	27,2	5,5	10,2	100
2013	57,4	26,1	5,5	11,0	100
2012	57,4	24,3	5,8	12,5	100
2011	58,0	23,2	5,5	13,3	100

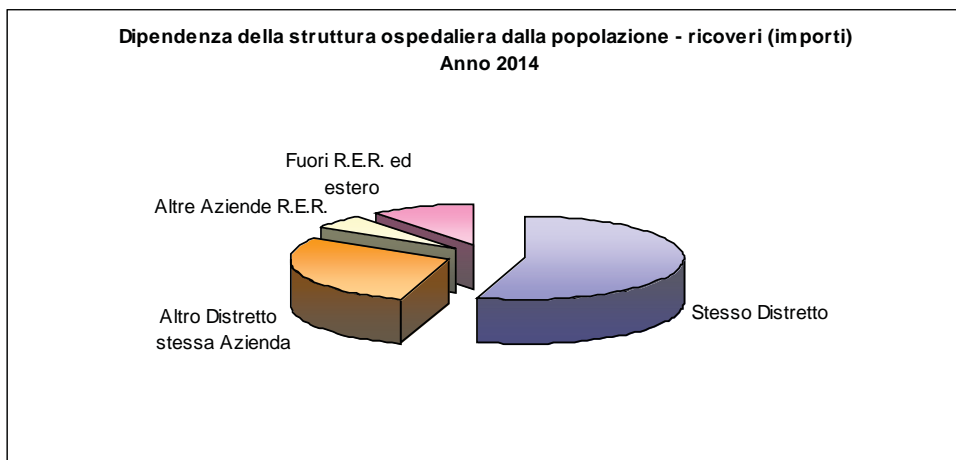
Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

La lettura del fenomeno in termini economici (tabella 1.5) descrive un quadro caratterizzato dall'incremento all'interno della provincia e da una riduzione verso l'extra provincia. In entrambe le situazioni incide sia la variazione del volume di attività che la complessità della casistica.

Tabella 1.5 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - ricoveri (importi)%

	Residenti				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	55,1	28,7	5,6	10,7	100
2013	54,4	27,4	6,1	12,1	100
2012	55,4	24,9	5,7	14,0	100
2011	55,5	24,4	6,1	14,0	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.



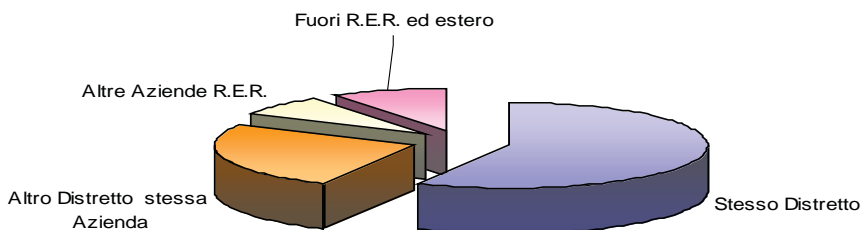
L'indicatore medesimo per l'attività ambulatoriale, descrive una fenomenologia caratterizzata da un incremento della quota di attrazione extra provinciale

Tabella 1.6 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale (tutte le specialità, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	57,6	25,5	7,4	9,5	100
2013	55,4	30,1	6,4	8,1	100
2012	54,0	32,0	6,0	8,1	100
2011	57,3	27,5	5,6	9,6	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

**Dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale  
(tutte le specialità, importi) Anno 2014**



Se si escludono le prestazioni di laboratorio (che sono di elevata numerosità), si genera un quadro caratterizzato da un trend in lieve riduzione verso l'utenza extra provinciale e di incremento verso l'utenza provinciale, verso distretti diversi da quello di appartenenza.

Tabella 1.7 - Indice di dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale (escluse le prestazioni di laboratorio, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
<b>2014</b>	60,6	31,4	3,8	4,3	100
<b>2013</b>	60,9	30,8	3,8	4,5	100
<b>2012</b>	60,8	29,9	4,0	5,4	100
<b>2011</b>	61,3	27,6	4,3	6,8	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

Spostando l'attenzione sull'indice di dipendenza della popolazione dalla struttura, ossia sull'orientamento della popolazione residente nella Provincia di Ferrara rispetto alla scelta delle strutture in cui ricoverarsi o ricevere prestazioni ambulatoriali, si osserva che l'Azienda copre il 45% (in aumento) della domanda di ricovero di tutta la provincia e il 37,5% della specialistica ambulatoriale (in calo). Sembra mantenersi un trend di incremento, per l'attività di ricovero, della quota di popolazione che si rivolge al S.Anna. Si riduce, invece la quota legata all'attività ambulatoriale, per la quale aumenta la componente che si rivolge ad aziende extra provincia o extra regione.

Tabella 1.8 - Dipendenza della popolazione ferrarese rispetto alle strutture di ricovero (regime ordinario e day hospital, dimessi)%

	Azienda USL		Azienda Ospedaliera di Ferrara	Totale	Altre Aziende R.E.R.		Aziende fuori R.E.R.	Totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
<b>2014</b>	26,0	6,4	45,0	77,4	8,4	3,7	10,4*	100
<b>2013</b>	27,3	6,9	43,1	77,3	8,8	3,6	10,3	100
<b>2012</b>	29,2	8,0	41,9	79,1	8,4	3,2	9,3	100
<b>2011</b>	29,3	6,6	44,2	80,1	7,5	3	9,3	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

\* Dati Anno 2013

Tabella 1.9 - Dipendenza della popolazione ferrarese rispetto alle strutture di ricovero (regime ordinario e day hospital, importi)%

	Azienda USL		Azienda Ospedaliera di Ferrara	Totale	Altre Aziende R.E.R.		Aziende fuori R.E.R.	Totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2014	23,5	5,2	47,2	76,0	9,4	4,6	10,1*	100
2013	25,3	5,5	44,9	75,7	9,5	4,4	10,4	100
2012	27,3	6,7	44,0	78	9,6	4	8,5	100
2011	26,9	5,6	47,3	79,8	8,3	3,8	8,2	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Dati Anno 2013

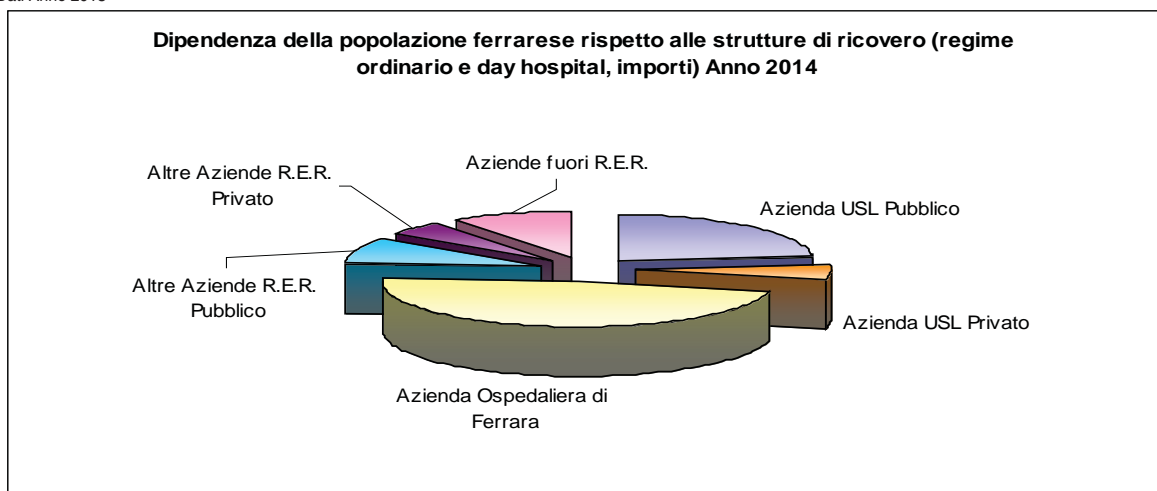
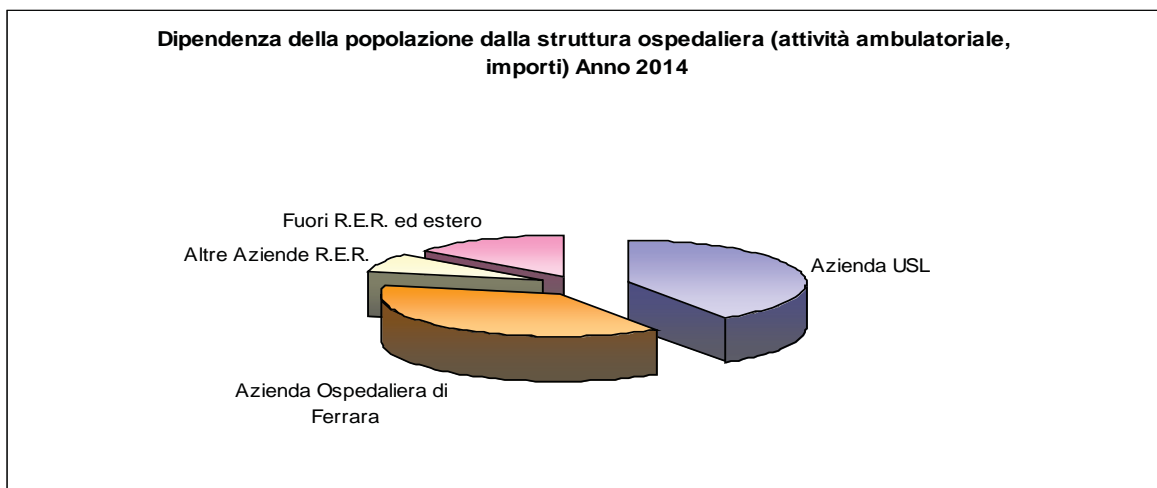


Tabella 1.10 – Indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera (attività ambulatoriale, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Azienda USL	Azienda Ospedaliera di Ferrara	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2014	40,7	37,5	7,7	14,1	100
2013	39,6	40,3	7,1	13,0	100
2012	37,8	44,3	6,3	11,6	100
2011	38,5	44,9	6,2	10,5	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.



Il ruolo complessivo che l'Azienda svolge nel contesto della rete regionale e provinciale può essere colto dall'analisi congiunta della mobilità attiva e passiva della popolazione, distinta in base al livello specialistico delle funzioni assistenziali. La mobilità passiva extraregionale contiene una quota di dati relativi al 2013.

Dall'analisi dei flussi di mobilità della popolazione emerge che:

- 498 residenti della Provincia di Ferrara sono stati trattati in altre province/regioni per patologie riferibili a discipline di alta specializzazione non presenti nelle strutture provinciali (tra cui cardiocirurgia, trapianti, grandi ustionati, unità spinale). L'80% dei casi è stato gestito nell'ambito della rete regionale. Il valore complessivo di tale "mobilità passiva", si avvicina agli 8.000.000 di euro, in sensibile aumento rispetto all'anno precedente. Ciò è dovuto solo all'aumento della casistica ferrarese che necessita delle prestazioni rientranti in questo gruppo.

Tabella 1.11 - Saldo mobilità discipline mancanti

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
CARDIOCHIRURGIA	357	6.398.209	0	0	0	0	-357	-6.398.209
NEFROLOGIA TRAPIANTI	54	582.649	0	0	0	0	-54	-582.649
UNITA' SPINALE	13	477.697	0	0	0	0	-13	-477.697
CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	11	176.487	0	0	0	0	-11	-176.487
NEUROCHIRURGIA PEDIATR.	14	124.529	0	0	0	0	-14	-124.529
GRANDI USTIONATI	4	101.558	0	0	0	0	-4	-101.558
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	45	84.690	0	0	0	0	-45	-84.690
<b>TOTALE</b>	<b>498</b>	<b>7.945.819</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-498</b>	<b>-7.945.819</b>

- per il complesso delle specialità medio - alte, rispetto alle quali l'Azienda costituisce hub regionale o centro di riferimento per l'intera provincia, il bilancio della mobilità è positivo anche per il 2014, con sensibile ulteriore incremento (saldo degli importi da 5.600.000 di euro del 2013 a 5.900.000 del 2014).

Tabella 1.12 - saldo mobilità discipline di riferimento regionale o provinciale

Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
034 - OCULISTICA	371	595.685	55	82.773	0	0	-316	-512.912
030 - NEUROCHIRURGIA	202	1.394.641	129	914.291	0	0	-73	-480.350
058 - GASTROENTEROLOGIA	103	326.535	45	164.137	0	0	-58	-162.398
052 - DERMATOLOGIA	46	87.828	13	16.384	0	0	-33	-71.444
051 - ASTANTERIA	54	124.339	51	90.476	0	0	-3	-33.863
029 - NEFROLOGIA + NEFROLOGIA PEDIATRICA	33	145.305	40	157.981	0	0	7	12.677
068 - PNEUMOLOGIA	101	303.056	51	359.699	0	0	-50	56.642
012 - CHIRURGIA PLASTICA	80	241.454	107	310.895	0	0	27	69.441
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	429	782.385	192	862.097	0	0	-237	79.712
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	45	150.586	72	250.564	0	0	27	99.978
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE + ODONTOIATRIA E STOMATOL.	66	204.969	132	390.180	0	0	66	185.211
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	98	617.430	324	860.700	0	0	226	243.270
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	83	225.981	367	547.860	0	0	284	321.879
018 - EMATOLOGIA	62	660.580	136	1.082.156	0	0	74	421.576
019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	25	34.617	204	596.586	0	0	179	561.969
032 - NEUROLOGIA	123	290.408	178	872.780	0	0	55	582.372
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT. + NEONATOLOGIA	61	614.294	86	870.891	0	0	25	256.597
071 - REUMATOLOGIA	25	83.551	342	881.161	0	0	317	797.610
075 - NEURO-RIABILITAZIONE	11	182.381	271	3.674.582	0	0	260	3.492.201
<b>TOTALE</b>	<b>2.018</b>	<b>7.066.025</b>	<b>2.795</b>	<b>12.986.193</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>777</b>	<b>5.920.168</b>

- per le discipline a larga diffusione, presenti nelle strutture sia dell' AUSL che dell' Azienda, si registra un saldo negativo di oltre 6.000 casi, ai quali corrispondono oltre 25 milioni di euro. Il saldo è più negativo rispetto al 2013 e sulla differenza incide sempre la quota elevata di mobilità passiva ("fuga" verso altre provincie e regioni).

Tabella 1.13 - saldo mobilità discipline a larga diffusione

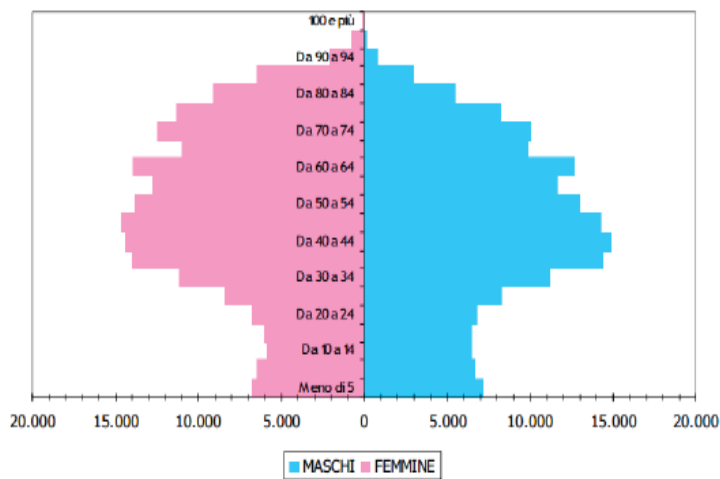
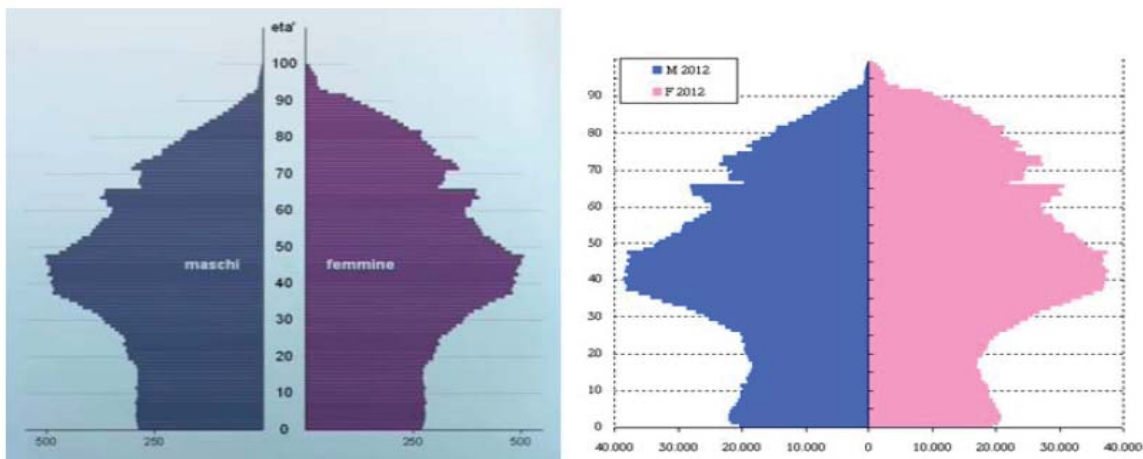
Disciplina di dimiss.	N. dim. passiva	Importo passiva	N. dim. Attiva S.Anna	Importo Attiva S.Anna	N. dim. Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n. dim.	Saldo importo
CHIRURGIA GENERALE + CHIRURGIA TORACICA	2.775	11.010.100	255	1.130.710	416	1.522.377	-2.104	-8.357.013
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.378	8.983.526	196	903.542	309	1.407.705	-1.873	-6.672.279
RECUPERO E RIABILITAZIONE	746	4.724.262	125	979.316	2	6.981	-619	-3.737.965
CARDIOLOGIA	622	3.405.785	136	592.115	190	622.249	-296	-2.191.421
OSTETRICIA E GINECOLOGIA + FISIOLOGIA RIPROD. UMANA	1.228	2.430.124	482	759.439	424	648.636	-322	-1.022.048
UROLOGIA + UROLOGIA PEDIATRICA	545	1.636.197	116	350.299	166	408.868	-263	-877.031
TERAPIA INTENSIVA	69	1.253.844	13	227.229	17	197.403	-39	-829.213
ONCOLOGIA + RADIOTERAPIA ONCOLOGICA + MEDICINA NUCLEARE + RADIOTERAPIA + CURE PALLIATIVE/ HOSPICE	621	1.905.827	117	470.118	59	130.725	-445	-1.304.984
MEDICINA GENERALE + DAY HOSPITAL+ ALLERGOLOGIA	871	2.512.433	126	547.029	583	1.662.006	-162	-303.397
PEDIATRIA + ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	482	947.750	389	504.942	0	0	-93	-442.809
UNITA' CORONARICA	34	221.308	22	89.368	5	3.585	-7	-128.354
GERIATRIA	71	246.399	22	68.183	28	71.431	-21	-106.785
NIDO	230	179.059	182	90.637	200	65.723	152	-22.700
LUNGODEGENTI	97	577.161	4	28.883	107	876.298	14	328.020
Altre specialità (radiologia, detenuti, angiologia, farmacologia clinica, medicina del lavoro, pensionanti)	27	77.423	0	0	0	0	-27	-77.423
<b>TOTALE</b>	<b>10.796</b>	<b>40.111.198</b>	<b>2.185</b>	<b>6.741.810</b>	<b>2.506</b>	<b>7.623.987</b>	<b>-6.105</b>	<b>-25.745.402</b>

## 1.4 Osservazioni demografiche ed epidemiologiche

In sintesi vengono riportati alcuni dati demografici ed epidemiologici generali che descrivono alcune caratteristiche specifiche del bacino d'utenza dell' Azienda. Questi dati generali, sono stati presentati anche nei Bilanci di Missione precedenti.

Il confronto fra le piramidi delle età mostra che nella regione Emilia Romagna l'incidenza della popolazione di età compresa fra i 30 e i 50 anni è maggiore rispetto al grafico nazionale. Risulta invece minore in proporzione il numero delle persone fra i 10 e i 30 anni. Lo stesso grafico elaborato per la provincia di Ferrara mostra l'accentuarsi di tale differenza, documentando un netto sbilanciamento verso le fasce più anziane della popolazione.

Figura 1.1 - Piramide dell'età della popolazione nazionale (in alto a sinistra), dell'Emilia Romagna (in alto a destra) e della Provincia di Ferrara (in basso al centro)



Come si può notare dalla tavola successiva, la provincia di Ferrara risulta essere di gran lunga quella con l'indice di vecchiaia più elevato rispetto alle altre province.



Tabella 1.14 - Indici di vecchiaia nelle Province della Regione a confronto

Provincia di residenza	Indice di vecchiaia
PIACENZA	191,3
PARMA	172,2
REGGIO EMILIA	134,1
MODENA	151,1
BOLOGNA	184,5
<b>FERRARA</b>	<b>239,6</b>
RAVENNA	187,5
FORLÌ - CESENA	169,7
RIMINI	154,7
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	<b>171,5</b>

Il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) è il rapporto tra il numero di casi di morte osservati e il numero di casi attesi; esprime l'eccesso (SMR maggiore di 1) o il difetto (SMR minore di 1) di mortalità esistente tra la popolazione osservata e la popolazione presa come riferimento. Ferrara presenta l'SMR tra i più alti in regione. Inoltre la provincia di Ferrara presenta i più alti tassi standardizzati di mortalità specifici, rispetto alle medie regionali per:

- neoplasie;
- malattie del Sistema circolatorio;
- malattie del sangue e degli organi ematopoietici;
- malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo.

Tabella 1.15 - Rapporto standardizzato di mortalità a confronto tra le province della Regione

Azienda	Deceduti	Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR)
PIACENZA	3.435	1,05
PARMA	4.824	1,01
REGGIO EMILIA	5.255	1,04
MODENA	7.049	1,01
BOLOGNA	9.638	0,98
IMOLA	1.433	1,00
<b>FERRARA</b>	<b>4.461</b>	<b>1,05</b>
RAVENNA	4.339	0,96
FORLÌ	2.050	0,95
CESENA	2.058	1,00
RIMINI	3.107	0,95
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	<b>47.649</b>	<b>1,00</b>

### 1.5 L'offerta aziendale e le eccellenze

L'Azienda Ospedaliera eroga attività specifiche che si caratterizzano per la bassa diffusione e la complessità organizzativa richiesta. Ci si riferisce, cioè, alle funzioni svolte dai centri di riferimento della rete regionale hub e spoke che la programmazione regionale ha attribuito all'Azienda in considerazione dell'esperienza e della competenza maturata nel corso degli anni, in risposta ad un bisogno che supera i confini provinciali e, in alcuni casi, regionali.

#### *Neuroriabilitazione delle cerebrolesioni acquisite*

L'Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC) prende in carico persone che, per effetto di alterazioni delle funzioni e delle

strutture corporee, presentano disabilità significativa e le aiuta a conquistare il massimo livello di indipendenza sul piano fisico, cognitivo, psicologico, relazionale e sociale, la miglior interazione con l'ambiente di vita e la miglior qualità di vita concessa dalla malattia e dalle risorse disponibili. L'UGC prende in carico preferenzialmente i pazienti colpiti da grave cerebrolesione acquisita (traumatismo cranio-encefalico, coma post-anossico, gravi eventi cerebrovascolari) che si caratterizzano per un periodo di coma più o meno protratto e dal coesistere di gravi menomazioni fisiche, cognitive e comportamentali con alterazioni delle funzioni e delle strutture corporee che determinano disabilità multiple e complesse. Non costituiscono gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) gli esiti di danno cerebrale natale/perinatale, di cerebropatie degenerative o neoplastiche maligne. L'UGC, prende anche in carico persone affette da disabilità secondaria a stroke ischemici o emorragici o ad altri danni del sistema nervoso senza compromissione dello stato di coscienza, ma che necessitano di interventi di riabilitazione intensiva. L'UGC svolge il compito di centro di riferimento regionale ("Hub") per le gravi cerebrolesioni acquisite e coordina il progetto GRACER per la rete delle strutture riabilitative regionali. Gestisce su mandato regionale il Registro Regionale Gravi Cerebrolesioni. Ha altresì il compito di svolgere attività di studio, ricerca e didattica nell'ambito della Riabilitazione delle gravi cerebrolesioni acquisite. Costituisce la struttura deputata all'autorizzazione dei ricoveri all'estero per motivazioni neuroriabilitative per tutti i cittadini della Regione Emilia Romagna affetti dagli esiti delle gravi cerebrolesioni.

UGC è sede di formazione e tirocinio degli studenti dei corsi di Laurea in Fisioterapia dell'Università degli Studi Ferrara, nonché di tirocinio degli studenti dei corsi di Laurea per Infermieri e per Logopedisti della stessa Università. Analoga attività viene svolta per altre università in territorio nazionale.

All'interno dell'UGC sono attivi programmi per promuovere:

- Il reinserimento scolastico, attraverso il progetto "Scuola in Ospedale", in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Provinciale di Ferrara;
- Il riorientamento e l'inserimento lavorativo in collaborazione con il Centro Studi Opera Don Calabria – Città del Ragazzo di Ferrara;
- L'attività di animazione e socializzazione in collaborazione con le associazioni di volontariato (Convenzioni: AVULSS, Associazione Volontari del Sorriso, C'è vita... e Vita);
- La realizzazione di una rete di care che prenda in carico le persone affette da esiti di infortuni sul lavoro caratterizzati da grave disabilità residua, in collaborazione con INAIL di Ferrara, Provincia e Comune di Ferrara, Centro Studi "Opera Don Calabria – Città del Ragazzo di Ferrara;
- Inserimenti lavorativi protetti (stage) a favore di giovani ed adulti a rischio emarginativo;
- Attività di prevenzione degli incidenti stradali e del pregiudizio nei confronti della disabilità rivolta agli studenti delle scuole medie inferiori e superiori di Ferrara e provincia e di territori limitrofi e partecipazione ad analogo progetto "La strada per andare lontano", attivato dalla Prefettura di Ferrara;
- Attivazione progetto di studio e ricerca sull'efficacia della musicoterapia;
- Collaborazione con il Conservatorio "G.Frescobaldi" di Ferrara per l'attivazione e la realizzazione di un Corso di specializzazione biennale di musicista terapeuta;
- Convenzione per la promozione di attività sportiva tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, il Canoa Club e il Comitato Italiano Paralimpico;
- Convenzione tra Onlus Gli Amici di Eleonora e AOUFE per attività di consulenza scientifica e organizzativa: Progetto Telecoma per l'assistenza domiciliare alle persone in stato vegetativo attraverso la telemedicina. Delibera Az. 165 del 14/08/12;
- Implementazione progetto regionale "Efficacia craniotomia decompressiva";
- Progetti "Neuroni specchio": 1- la rieducazione motoria post-stroke; 2 - dalla relazione medico-paziente alla pratica neuro-riabilitativa, in collaborazione con l'Istituto di Fisiologia Umana Az. Ospedaliero- Universitaria di Ferrara;
- Progetto CCM (Bando 2010) dal titolo "La PREsa in Carico delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA): rilevazione e Implementazione dei percorsi di cUra e degli Strumenti di gestione" (PROGETTO "PRECIOUS") sotto il coordinamento della regione Emilia-Romagna;
- Progetti sperimentali del programma strategico Area 1 "Ricerca innovativa" nell'ambito del programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012 (autorizzazione CE Luglio 2012): "The effects of repetitive arm training combined with functional electrical stimulation on upper extremity motor recovery in sub-acute stroke survivors", "The role of transcranial direct current stimulation in minimally conscious state", "Effectiveness of robot-assisted gait training versus conventional therapy on mobility in severely disabled multiple sclerosis patients";

- Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012 Area 2 “Valutazione della trasferibilità su setting territoriale della constraint-induced movement therapy in soggetti emiplegici da lesione cerebrale”. Luglio 2012;
- Protocollo di studio “Identificazione di predittori clinici e strumentali di efficacia della derivazione ventricolo- peritoneale nel paziente con dilatazione ventricolare post-traumatica”. Collaborazione con Principale ricercatore AOU/AUSL di Modena. Approvato dal CE di Modena il 19/05/2009;
- Progetto di studio spontaneo “Studio di eccitabilità corticale in soggetti sani e in pazienti con esiti di ictus cerebrali in fase cronica”. Approvato dal Comitato Etico della Provincia di Ferrara seduta del Febbraio 2012;
- Progetto di studio osservazionale “Gli effetti della rieducazione robot-assistita combinata alla stimolazione elettrica cerebrale transcranica (tDCS) sull’eccitabilità corticale in pazienti con ictus in fase cronica”. Approvato dal Comitato Etico della Provincia di Ferrara seduta del 23 febbraio 2012;
- Progetto di studio osservazionale “Fattibilità ed efficacia della realtà virtuale con Xbox Kinect nella riabilitazione del traumatizzato cranio-encefalico cronico: uno studio randomizzato controllato”. Approvato dal Comitato Etico della Provincia di Ferrara seduta del 24 maggio 2012;
- Programma di Ricerca Regione-Università 2010-2012 Area 2 “Valutazione della trasferibilità su setting territoriale della constraint-induced movement therapy in soggetti emiplegici da lesione cerebrale”. Luglio 2012;
- Studio Clinico “Studio dell’efficacia della stimolazione elettrica transcranica (tDCS) nel processo di recupero dei disturbi del linguaggio in pazienti affetti da afasia post-stroke nella fase della cronicità”. Agosto 2012;
- Studio Clinico in collaborazione con l’Università di Bologna (Facoltà di Psicologia) “Modulazione della spazio vicino- lontano dopo training osservativo in pazienti con disturbi di rappresentazione spaziale”. Agosto 2012 ;
- Progetto di studio osservazionale “Progettazione ed implementazione di un Registro Regionale delle persone affette da Grave Cerebrolesioni Acquisite che afferiscono alle strutture riabilitative della rete GRACER”. Promosso dalla Regione Emilia Romagna ed approvato dal Comitato Etico della Provincia di Ferrara seduta del 27 settembre 2012;
- Co-ricercatore ricerca “Studio RI.VI.E.RA – Riabilitazione visiva in pazienti con emianopsia omonima: raffronto tra due strategie” in collaborazione con l’UO di Oculistica AOUFE;
- Studio Osservazionale “Appropriatezza di ricovero riabilitativo in regime di degenza nella Regione Emilia Romagna: impatto di un sistema alternativo di codifica sull’inappropriatezza in eccesso e sui costi della Regione” Studio realizzato in collaborazione con la AOU di Parma. Approvato dal Comitato Etico nella seduta del 30 maggio 2013;
- Effetti della terapia riabilitativa sulla disabilità e qualità della vita nei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica in ambito ospedaliero e domiciliare EROoSLA. Collaborazione nell’ambito del Programma di Ricerca Regione-Università – Area 2 capofila AOU e ASL di di Modena.

L’Unità Gravi Cerebrolesioni costituisce un punto di riferimento a livello nazionale per lo sviluppo scientifico e culturale nel campo delle gravi cerebrolesioni acquisite, e svolge attività didattica, formativa e di ricerca in collaborazione con diverse strutture nazionali. Opera attraverso un approccio centrato sulla globalità dei bisogni del paziente e della sua famiglia basandosi sulla predisposizione di progetti riabilitativi individualizzati, realizzati attraverso un approccio in team interprofessionale, in cui il paziente e le persone per lui significative sono considerate parte integrante del team riabilitativo.

L’UGC si impegna ad operare ad un continuo miglioramento di tale presa in carico per favorire l’empowerment della persona servita.

Il progressivo sviluppo e potenziamento degli interventi educativi nei confronti dell’utenza costituisce una caratteristica della presa in carico.

### *Neuroscienze*

Afferiscono alle neuroscienze la neurochirurgia, la neuroradiologia e la neurologia (articolata in due Unità Operative).

L’Arcispedale S. Anna è uno dei 5 centri HUB regionali di neurochirurgia (assieme a: AOU di Parma e di Modena, Azienda Usl di Bologna, Azienda Usl di Cesena).

L’Unità Operativa Neurologia è riferimento della città e della provincia di Ferrara per la diagnosi, la cura e il follow-up dei pazienti affetti da malattie acute e croniche del Sistema Nervoso Centrale e Periferico.

Nel corso del 2012, il trasferimento al Nuovo Ospedale di Cona, strutturalmente e funzionalmente orientato per intensità di cura, ha comportato un cambiamento importante nella realtà strutturale e organizzativa dell’U.O. di

Neurologia, principalmente determinato dalla separazione tra aree di degenza e aree diurne di DH e Ambulatoriali concentrate in "piastre dedicate" a funzioni assistenziali omogenee, con condivisione di spazi e personale con UU.OO. di altri Dipartimenti Aziendali.

Lo sviluppo e il consolidamento delle competenze per il raggiungimento di livelli di eccellenza nell'ambito delle diverse patologie neurologiche è favorito dalla presenza delle seguenti funzioni specialistiche:

- Modulo di U.O. "Stroke Unit";
- Modulo di U.O. "Gestione ambulatori neurologici";
- Incarico di alta specializzazione "Percorso diagnostico-terapeutico della Sclerosi Multipla";
- Diagnosi e trattamento dei disordini cognitivi acquisiti dell'adulto.

Fa parte integrante della U.O. di Neurologia il Servizio di diagnostica neurofisiologica- Laboratorio EEG e l'attività diagnostica di neuropsicologia clinica e neurosonologica.

La Neurologia garantisce la prevenzione, la diagnosi e la cura ai pazienti affetti da malattie neurologiche acute, subacute e croniche, attraverso modelli organizzativi appropriati alle differenti esigenze assistenziali ed orientati per livelli di intensità di cura. Avvalendosi di risorse diagnostiche proprie quali la diagnostica elettroencefalografica e neuropsicologica.

Riconosce come presupposto fondamentale della sua mission la centralità del paziente e, nel rispetto di valori di efficienza, efficacia e sicurezza delle prestazioni, si prefigge l'attuazione dei seguenti obiettivi:

- assicurare un'assistenza di alto standard di qualità in tutte le sue articolazioni operative;
- sviluppare attività di alta specializzazione, coerentemente con la mission del DAI e dell'Azienda in specifici settori delle Neuroscienze per garantire ai pazienti un'offerta assistenziale in linea con i continui progressi nel campo delle Neuroscienze;
- contribuire alla rimodulazione organizzativa nel nuovo ospedale coerentemente con le linee di indirizzo del DAI in tutti i settori operativi;
- collaborare insieme alle altre UU.OO. del DAI per la costruzione della rete provinciale Ictus;
- contribuire al corretto uso delle risorse disponibili;
- contribuire all'attività didattica e di formazione pre e post-laurea, relativa ai Corsi di Laurea, di Specializzazione, di Master, di Dottorato di Ricerca e di ogni altra attività didattica istituzionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dell'Ateneo;
- svolgere attività di formazione in ambito clinico rivolta ai professionisti della U.O., del DAI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e a tutti i professionisti interessati ai problemi clinici neurologici;
- svolgere attività di ricerca nell'ambito delle Neuroscienze.

In linea con i valori fondamentali del Dipartimento, l'U.O. di Neurologia si propone di assicurare la migliore qualità delle prestazioni assistenziali, diagnostiche e terapeutiche, coerenti con i principi dell'etica professionale e sociale, nel rispetto delle persone, e con una attenzione costante all'eccellenza. La Neurologia, nelle diverse articolazioni, si propone di sviluppare:

- attività cliniche di alta specializzazione nei settori diagnostico-terapeutici più innovativi nell'ambito delle Neuroscienze;
- percorsi diagnostico-terapeutici differenziati e di alta specializzazione per patologie neurologiche comuni e rare, rafforzando e qualificando i PDTA in essere;
- continuità assistenziale con le strutture territoriali al paziente affetto da malattie neurologiche che richiedano monitoraggio clinico-terapeutico;
- attività didattico-formativa e di tutoraggio coerentemente con gli sviluppi e le innovazioni nei vari settori delle Neuroscienze;
- organizzazione e svolgimento di Corsi di Aggiornamento, Seminari, Convegni e Workshops per l'aggiornamento di tutti i professionisti, medici, infermieri, tecnici, afferenti alla U.O. di Neurologia e al Dipartimento, e di tutti coloro che siano interessati agli argomenti di volta in volta trattati;
- promozione di percorsi informativi e culturali per i malati e i loro familiari attraverso incontri, seminari informali o nelle associazioni dei malati e del volontariato;
- attività di ricerca clinica, con il coinvolgimento di tutti i professionisti nei diversi settori della Neurologia;
- modelli organizzativi basati sulla integrazione, qualificazione e responsabilizzazione crescente degli operatori;
- la comunicazione tra i professionisti e con gli utenti, avvalendosi di strumenti aziendali, dipartimentali e propri.

La Clinica Neurologica è una Unità Operativa Universitaria con finalità assistenziali, didattiche e scientifiche.

- Garantisce la diagnosi, la cura e la prevenzione per pazienti affetti da malattie del sistema nervoso, acute, subacute, cronico-progressive, cronico-ricidivanti.
- Garantisce la continuità assistenziale al paziente affetto da malattie neurologiche che richiedano monitoraggio clinico-terapeutico in regime di ricovero, in stretta collaborazione con i medici della U.O. di Neurologia, per assicurare continuità e regolarità dell'assistenza.
- Garantisce la continuità assistenziale nei pazienti inseriti nel percorso di diagnosi, cura e follow-up delle patologie neurologiche subacute, croniche e a decorso evolutivo.
- Si avvale di risorse diagnostiche proprie quale la diagnostica neurochimica- neuroimmunologica (Laboratorio di Neurochimica).
- Presupposto fondamentale alla Mission è l'esistenza di complementarietà e compartecipazione tra le funzioni clinico-assistenziali, laboratoristiche, didattico-formative e di ricerca.

Vengono riconosciuti, nel rispetto della centralità del paziente, valori quali l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza e la tempestività delle prestazioni, ottenibili mediante la formazione continua dei professionisti, la ricerca scientifica e la verifica dei risultati.

Persegue l'obiettivo cardine di:

- contribuire all'attività didattica e di formazione pre-laurea, relativa ai Corsi di Laurea, di Specializzazione e di ogni altra attività didattica istituzionale della Scuola di Medicina, comprensiva dei Corsi di Laurea di: Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria, Scienze Infermieristiche (Sede di Ferrara e Sede di Pieve di Cento- Bo), Fisioterapia, Ortottica, Riabilitazione Psichiatrica, Educatore Professionale Sanitario (Sede di Rovereto-TN), Scienze Motorie ad indirizzo Attività Motoria Adattata (Laurea Biennale Specialistica), Musicoterapia (Corso Ministeriale Biennale in collaborazione con il Conservatorio e con la U.O. di Medicina Riabilitativa).
- contribuire all'attività didattica della formazione post-laurea per i Medici in formazione specialistica delle Scuole di Specializzazione di Neurologia, e altre Scuole di Specializzazione all'interno dell'Azienda (Neurochirurgia, Psichiatria, Medicina del Lavoro, Pneumologia, Anestesiologia e Rianimazione, Ematologia, Medicina Interna e Radiologia), per i Dottorandi di Ricerca in Scienze Biomediche/curriculum di Neuroscienze e Neurofisiologia del Movimento, per i Medici Specialisti partecipanti ai Master di II livello in Epilettologia, e per i laureati iscritti ai Corsi post-laurea in Promozione di Attività Motoria in Neurologia e in Musica e Musicoterapia in Neurologia; nel rispetto delle specifiche competenze e prerogative, alcuni aspetti dell'attività didattica vengono svolti in collaborazione con i medici delle U.O. di Neurologia, Neurochirurgia e Neuroradiologia e del Settore di Medicina Riabilitativa;

La Neuroradiologia e la Neuroradiologia Interventistica si evidenziano, come un settore altamente specializzato della Radiologia. La componente interventistica presenta una mission specifica articolata nei seguenti punti:

- Erogazione di prestazioni diagnostiche angiografiche ed interventi endovascolari o percutanei di neuroradiologia, rese in una logica di miglioramento continuo della qualità, a pazienti degenti e in regime di pronto soccorso, a pazienti in regime di Day Surgery assistiti dal SSN;
- Sviluppo di diverse competenze professionali verso livelli di specializzazione sempre maggiori, favorendone l'integrazione interdisciplinare, per attuare attività qualificate ad elevato contenuto specialistico;
- Contributo, in accordo con gli organi universitari preposti, alla realizzazione di percorsi integrati formativi per studenti iscritti al corso di laurea in medicina e chirurgia e per tecnico sanitario di radiologia medica, per medici specializzandi nelle varie discipline della facoltà di medicina e chirurgia e per qualsiasi altra istituzione che richieda, tramite l'azienda, formazione nel settore di competenza;
- Contributo alla ricerca, con particolare riferimento a quella applicata.

La Neurochirurgia realizza la propria mission attraverso l'organizzazione clinico- assistenziale così suddivisa:

- trattando tutte le emergenze-urgenze neurochirurgiche che afferiscono dal Pronto Soccorso o dagli altri Ospedali della Provincia, formulando una diagnosi corretta e stabilendo una strategia terapeutica con indirizzo chirurgico adeguato e correttamente applicato, fondato sulle migliori evidenze disponibili;
- assicurando la migliore qualità delle prestazioni assistenziali e diagnostico-terapeutiche attraverso l'aderenza a linee-guida, ove esistenti, e percorsi basati sulle prove di efficacia;
- avvalendosi dei sistemi informatici aziendali per la valutazione e preparazione dei pazienti chirurgici, per la gestione della lista d'attesa chirurgica e per la programmazione chirurgica settimanale;

- svolgendo attività diagnostico-terapeutiche in stretta collaborazione con altre U.O. del Dipartimento di neuroscienze e riabilitazione, in particolare con la Neuroradiologia, per quanto riguarda gli interventi sulle patologie neurovascolari e sui crolli vertebrali, con la Neurofisiopatologia per tutti i monitoraggi neurofisiologici intraoperatori, con la Neuropsicologia per tutti gli interventi in area critica del linguaggio eseguiti in “awake-surgery”;
- svolgendo attività diagnostico-terapeutiche in stretta collaborazione con altre U.O. dell’Ospedale, in particolare con la Chirurgia Maxillo-Facciale, l’Endocrinologia, la Chirurgia Plastica, la Chirurgia Vascolare, la Chirurgia Pediatrica, l’ORL;
- svolgendo attività chirurgiche di eccellenza e in particolare si distingue per il trattamento del M. di Parkinson, della distonia (prima in Italia), del tremore, del dolore neuropatico, del trattamento dei tumori in area cerebrale eloquente mediante l’awake surgery (unica in regione e fra le poche in Italia), del trattamento delle lesioni della regione sellare, del trattamento combinato neurovascolare e chirurgico delle malformazioni vascolari dell’encefalo e del midollo spinale.

La missione dell’U.O. di Neurochirurgia si realizza infine con l’attività didattica dei Medici e degli Infermieri preposti, nei confronti di studenti di Medicina e di Scienze Infermieristiche, realizzando, in accordo con gli organi universitari preposti, la formazione clinica e chirurgica dei medici specializzandi e degli studenti iscritti ai diversi Corsi di Laurea dell’Università di Ferrara.

### *Genetica*

In questi ultimi anni i progressi della Genetica si sono strettamente integrati con lo sviluppo di molte branche della medicina, grazie ad una più chiara definizione del rapporto tra le caratteristiche genetiche individuali ed il rischio di patologia. In concomitanza con l’evolversi delle conoscenze nell’ambito della disciplina, il rapido sviluppo di sofisticate tecnologie in continua evoluzione ha messo a disposizione del medico strumenti efficaci ed efficienti per la ricerca e la diagnosi ed ha determinato una crescente richiesta di consulenza e supporto diagnostico. Caratteristica peculiare della Genetica è infatti la “trasversalità” in quanto è clinica che si inter-relaziona con la totalità delle specialità mediche pur costituendo disciplina specialistica autonoma per l’elevato contenuto tecnico e scientifico raggiunto.

Attualmente l’Unità Operativa di Genetica Medica dispone di strutture atte a fornire alla persona affetta e/o a rischio per patologie genetiche e/o genotipi a rischio, consulenza e diagnosi genetica perseguendo la qualità attraverso l’integrazione di tutte le competenze professionali presenti all’interno dell’U.O. con l’utilizzo corretto e razionale delle risorse disponibili. Unica in regione ha tutti i settori della disciplina come indicato nei requisiti del nuovo ordinamento della scuola di Specialità: genetica clinica, genetica molecolare, citogenetica, immunogenetica.

E’ sede dell’unico Hub regionale di Genetica Clinica, di un Hub di Genetica Molecolare e uno Spoke di Citogenetica e partecipa al Nucleo di Coordinamento della Genetica Regionale e alla Genetica di Area Vasta centrale come interlocutore privilegiato in virtù della rete hub&spoke. Serve come riferimento assistenziale tutta la rete regionale, extraregionale, nazionale e Europea per malattie rare muscolari (distrofie muscolari e miopatie ereditarie). Contribuisce all’attività didattica e di formazione pre e post-laurea relativa ai Corsi di Laurea, di Specializzazione, di Dottorato di Ricerca e di ogni altra attività didattica istituzionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dell’Ateneo, afferendo al Dipartimento universitario di Scienze Mediche.

L’attività scientifica, sostenuta da numerosi finanziamenti di ricerca locali, nazionali e internazionali Comunitari e’ indirizzata ai vari settori della specialità con particolare attenzione alle neuroscienze, all’innovazione tecnologica e alle terapie geniche innovative.

L’Unità Operativa di Genetica Medica è nata con l’intento di fornire alla persona affetta e/o a rischio per patologie genetiche e/o genotipi a rischio, consulenza e diagnosi genetica perseguendo la qualità attraverso l’integrazione di tutte le competenze professionali presenti all’interno della U.O. con l’utilizzo corretto e razionale delle risorse disponibili. Riconosce come presupposto fondamentale della sua Mission la complementarietà delle funzioni clinico-assistenziali, didattico-formative e di ricerca che si concretizza nella attuazione dei seguenti obiettivi:

- assicurare un’assistenza di alto valore qualitativo con un’offerta assistenziale in linea con i continui progressi nel campo della Genetica Medica. Gli ambiti assistenziali sono estremamente ampi comprendendo la valutazione di problematiche in soggetti in età pediatrica, giovani adulti, coppie con problemi procreativi, problemi in gravidanza, patologie croniche a predisposizione genetica, HLA e trapianti d’organo. I livelli di competenza riguardano la genetica clinica, la citogenetica, l’immunogenetica, la genetica molecolare.

- mantenere la referenza regionale e nazionale. L'Unità Operativa in quanto sede dell'unico Hub regionale di Genetica Clinica, di un Hub di Genetica Molecolare e uno Spoke di Citogenetica coordina le attività dei servizi di Genetica Medica della regione. In tale veste persegue gli obiettivi affidati dalla Regione Emilia Romagna al nucleo di coordinamento regionale e al gruppo Genetica dell'Area Vasta Emilia Centrale.
- contribuire all'attività didattica e di formazione pre e postlaurea, relativa ai Corsi di Laurea, di Specializzazione, di Dottorato di Ricerca e di ogni altra attività didattica istituzionale della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dell'Ateneo. Come sede aggregata (capofila Padova) della Scuola di Specializzazione in Genetica Medica garantisce finalità didattiche e scientifiche, mette a disposizione per i propri allievi attività pratica professionalizzante supportata da progetti nazionali e Comunitari. L'Unità Operativa partecipa e promuove progetti formativi ed assistenziali sviluppati nell'ambito della Società Italiana di Genetica Umana (SIGU).
- consolidare e implementare le numerose linee di ricerca in campo genetico e in particolare in neurogenetica, neuroscienze, innovazione tecnologica e terapie genetiche innovative.

L'Unità Operativa intende realizzare concretamente la propria Mission agendo per:

- fornire prestazioni di Genetica Medica con rapporto ottimale fra qualità e quantità, incidendo in modo sostanziale sul volume tariffario in entrata specialmente da mobilità attiva dell'Azienda a copertura dell' 85% della diagnosi genetica della RER (Regione Emilia Romagna);
- partecipare a percorsi assistenziali integrati con le UU.OO. del DAI, degli altri Dipartimenti Aziendali, dell'Azienda USL in merito alla gestione di patologia di gestione complessa, (in ambito di gravidanza, in età pediatrica, e con componenti psicologiche), in particolare per le talassemie ed emoglobinopatie e per tutta la diagnostica prenatale in genetica medica;
- rispettare gli accordi di fornitura di test genetici con le strutture territoriali per la diagnostica (molecolare, citogenetica, immunogenetica) e la consulenza genetica;
- mantenere il ruolo di riferimento in ambito regionale contribuendo allo sviluppo della rete dei servizi di Genetica Medica;
- contribuire alla formazione con un impegno diretto nella Scuola di Specializzazione in Genetica Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nelle Lauree Sanitarie triennali e specialistiche, dottorati di ricerca.

### *Terapia intensiva neonatale*

La Terapia Intensiva Neonatale (TIN) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara svolge la funzione di centro regionale di terzo livello prendendo in carico tutti i neonati dell'Ostetricia di Ferrara e neonati con patologie selezionate provenienti sia dagli altri punti nascita della provincia che da altre province e regioni. Si fa inoltre carico dell'assistenza intensiva e semintensiva a pazienti pediatrici di età post-neonatale fino a 3 anni provenienti dal Pronto Soccorso Pediatrico e dalle UU.OO. di Pediatria Univeristaria, Chirurgia Pediatrica e Chirurgia Maxillo-Facciale. Ha come mission la cura della salute del neonato e del bambino, perseguita mediante interventi efficaci, attuati con la massima efficienza, ponendo continuamente al centro dell'attenzione e della verifica il rispetto dei diritti e dei bisogni del paziente e del suo nucleo familiare.

L'organizzazione della struttura è finalizzata a fronteggiare tutte le esigenze assistenziali del bambino nella fase postnatale. Particolare impegno è dedicato all'assistenza del paziente critico con insufficienza multiorgano e rischio di vita o complicanze maggiori. Tale paziente richiede un elevato livello di cura, che si avvale di strumentazioni sofisticate e di una assistenza intensiva garantita dalla interazione tra medici, infermieri e, se necessario, specialisti di altre discipline.

Questa attività è realizzata attraverso la formazione professionale continua degli operatori, la valorizzazione delle competenze specifiche, la verifica dei risultati, l'ottimizzazione delle prestazioni.

E' impegnata in attività didattiche nell'ambito della facoltà di Medicina e Chirurgia, delle scuole di specializzazione di Pediatria e Chirurgia Pediatrica, dei diplomi di laurea di Ostetricia, Fisioterapia e Riabilitazione, Scienze Infermieristiche.

I medici specializzandi di Pediatria sono coinvolti nelle attività assistenziali e ciò contribuisce ad un indubbio arricchimento della performance professionale e culturale del reparto.

Viene svolta attività di studio e ricerca scientifica nei campi della nutrizione neonatale, della patologia respiratoria, della cardiologia e della epidemiologia perinatale.

La TIN dell'Ospedale S. Anna è uno dei 7 centri hub della Regione (AOU di Parma, di Modena e di Bologna, AO di Reggio Emilia, Ospedale degli Infermi dell'AUSL di Rimini e Ospedale Bufalini dell'Azienda Usl di Cesena).

L'Unità Operativa serve il bacino d'utenza provinciale e collabora alla copertura della domanda delle Province e delle Regioni limitrofe.

### *Le malformazioni congenite e le malattie rare*

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è centro di coordinamento/riferimento anche nel settore di alcune malattie rare e delle malformazioni congenite (Registro IMER)

Per quanto riguarda il registro IMER viene svolta la funzione di coordinamento del Registro delle Malformazioni congenite dell'Emilia-Romagna (Registro IMER). I Registri delle Malformazioni Congenite (RMC) rappresentano un utile strumento per la valutazione, la sorveglianza e la prevenzione del fenomeno e la programmazione degli interventi. Essi permettono di integrare i dati rilevati sul territorio di competenza con altri sistemi di registrazione delle malattie congenite, dando vita a network nazionali ed internazionali che, attraverso la condivisione delle banche dati, permettono di effettuare studi epidemiologici su larga scala.

Relativamente alle malattie rare: l'Arcispedale S. Anna è riferimento regionale per la glicogenosi in età adulta e per le anemie ereditarie (talassemia in particolare). E' inoltre centro di secondo livello (spoke) per la sindrome di Marfan e per le malattie muscolo-scheletriche.

## **1.6 Accordo di fornitura**

Nel corso del 2014 sono stati sostanzialmente mantenuti gli obiettivi, già raggiunti (o comunque con una buona performance) nell'anno precedente, del riallineamento del tasso standardizzato di ospedalizzazione provinciale a quello regionale e la riduzione dei posti letto per entrambe le Aziende. Su questi parametri hanno raggiunto il punto di convergenza le strategie sia dell'Azienda Territoriale che dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. In questo ambito le due Aziende hanno lavorato congiuntamente durante tutto il corso del 2014.

Si sono consolidati i principi dell'integrazione sanitaria, tecnico-amministrativa e, in particolare per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria, con l'Università.

Rispetto allo scorso anno l'impostazione sugli aspetti organizzativi e relativi ai criteri della committenza ha presentato sensibili differenze. Infatti è stata data enfasi all'aspetto dell'integrazione tra le due aziende finalizzata all'ottimizzazione della risposta integrata alle esigenze della popolazione: sviluppo delle reti cliniche. Alla forte spinta verso tale direzione ha motivato la ridenominazione a "patto di fornitura". Sempre secondo le logiche di integrazione è stato anche gestito l'accordo sulla gestione del "vecchio" ospedale per il quale era prevista una condivisione delle spese in relazione allo svolgimento di attività da parte di entrambe le aziende.

A tal proposito si riportano parte della premessa e del contenuto del documento:

### **Premessa**

L'Accordo di fornitura tra l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna (AOSPU) di Ferrara, per l'anno 2014 si sviluppa su alcune Linee di principio fondamentali emerse dall'evoluzione del sistema sanitario ferrarese e dai cambiamenti organizzativi che hanno sensibilmente caratterizzato le due Aziende nel corso degli ultimi anni, sullo sfondo dato dai vincoli economici definiti a livello regionale:

- Forte spinta verso i processi di integrazione, attraverso l'implementazione e lo sviluppo delle reti cliniche, senza prescindere dalle missioni specifiche che vincolano sensibilmente i rapporti tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Università stessa.
- La redistribuzione condivisa dell'offerta sanitaria, nei setting assistenziali appropriati, in linea con le direttive regionali sull'adeguatezza della disponibilità dei posti letto e sui tempi di attesa delle prestazioni a regime di ricovero e ambulatoriale.
- L'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, sia come conseguenza dei processi di integrazione, sia come razionalizzazione della spesa sanitaria provinciale pro-capite.
- Il perseguimento di un obiettivo comune verso l'equilibrio di bilancio del sistema provinciale, in linea col piano triennale della sostenibilità economica ferrarese, senza rinunciare ai livelli ottimali della qualità dell'assistenza sanitaria erogata all'utenza.

### **Strategie di integrazione**

Sulla base delle linee di principio e degli obiettivi strategici evidenziati nel piano della sostenibilità 2013-16 lo sviluppo delle reti cliniche costituisce il principale elemento di evidenza del processo di integrazione tra le due



Aziende.

Le Reti cliniche sono state definite all'interno dell'accordo quadro generale tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e l'Azienda USL di Ferrara. Tramite le stesse si procede prioritariamente alla progettazione e all'attuazione delle integrazioni Interaziendali secondo lo specifico schema di convenzione approvato con l'accordo. All'art. 5 della convenzione si evince che "Le Aziende si riservano di procedere ad eventuali rimborsi economici nell'ambito del contratto di fornitura, sulla base delle analisi effettuate dai controlli di gestione e collegate a due principi: equità nel riconoscimento dei costi e ricerca dell'efficienza che consentono il conseguimento di benefici da ripartire tra le due Aziende".

Nel 2014 sono a pieno regime diverse attività ed altre si completeranno entro fine anno.

Sono già evidenti alcuni effetti dell'impatto assistenziale ed economico sul sistema provinciale e aziendale e dalle analisi effettuate dai controlli di gestione risulta una sostanzialità parità di spesa delle due aziende.

Sulla tipologia dei ricoveri l'Azienda Ospedaliera si è impegnata ad erogare una produzione differenziata verso prestazioni di alta specialità, così come richiesto dal proprio ruolo di Hub, nell'ambito di un progetto di revisione e riorganizzazione dei ricoveri nelle diverse discipline specialistiche all'interno della rete ospedaliera provinciale secondo il modello regionale degli Hub e Spoke.

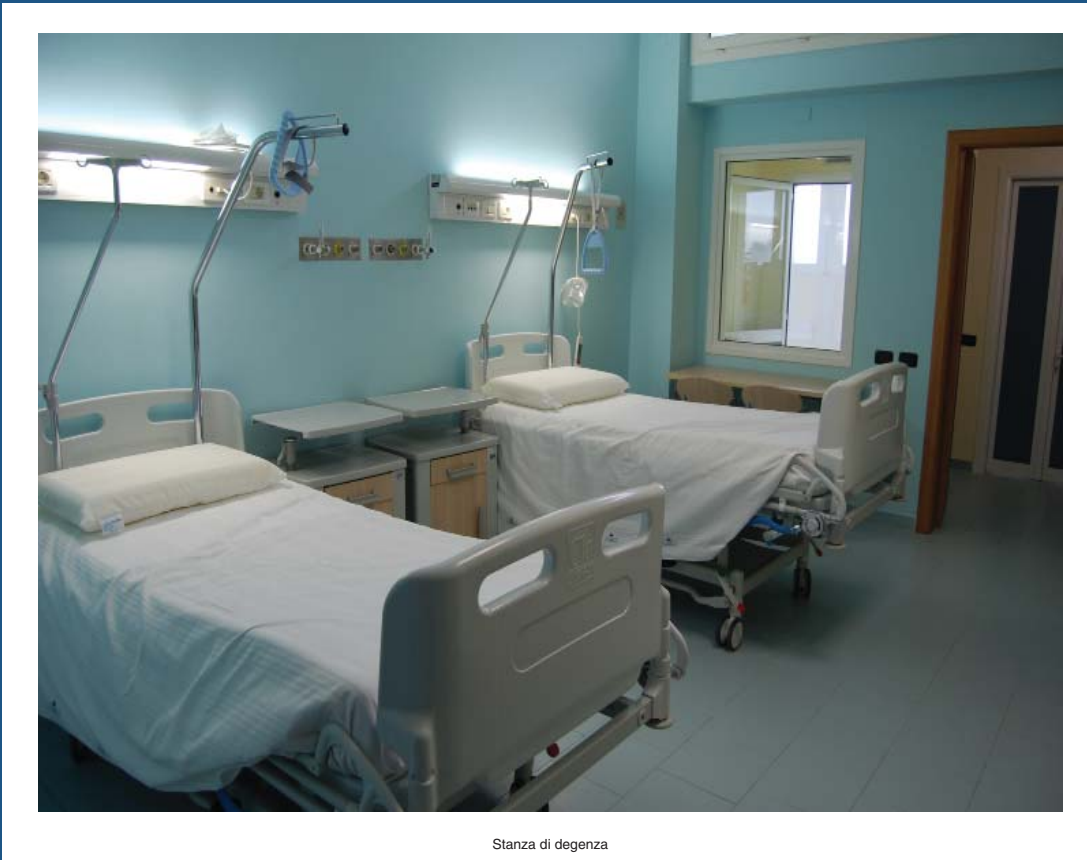
L'importo concordato per l'anno 2014 è stato di 111.000.000 euro.

Per l'anno 2014 il budget dell'attività specialistica ha assunto un valore economico complessivo, condiviso nei bilanci delle due Aziende, di 24.300.000 aumentati di 4.500.000 per una decisione condivisa tra le Direzioni di riallocare una quota regolata da accordi specifici all'interno del contratto principale. L'Azienda Ospedaliero Universitaria si è impegnata a produrre prestazioni prenotabili a CUP, superando la gestione delle stesse attraverso il proprio "Centro Servizi ambulatoriali".

Per i farmaci in mobilità è stato previsto un importo di spesa registrato alla fase consuntiva, con la garanzia di controllo periodico sull'appropriatezza prescrittiva.

L'impegno di entrambe le aziende è stato quello di mettere in atto tutti i possibili interventi volti al rispetto delle suddette previsioni.

In particolare, al fine del contenimento dei costi dei farmaci in fascia H, si è convenuto di monitorare congiuntamente, con cadenza mensile, sia l'andamento dei consumi, sia l'appropriatezza prescrittiva e di procedere congiuntamente alla tempestiva adozione di interventi correttivi, qualora si registrassero andamenti difforni dalle previsioni.



Stanza di degenza

## 2. Profilo aziendale

### 2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

#### 2.1.1 Sostenibilità economica

La sostenibilità economica è rappresentata per mezzo di indici di bilancio che consentono:

- di valutare l'incidenza sul risultato economico dell'esercizio delle diverse cause gestionali;
- di valutare l'incidenza dei costi dei vari fattori produttivi sui ricavi aziendali;
- di analizzare il mix dei costi dei fattori produttivi aziendali.

Tabella 2.1 - Risultato Netto di Esercizio

ANNO 2012	2.827
ANNO 2013	3.486
ANNO 2014	5.887

Fonte aziendale

La Delibera di Giunta 217 del 24.02.2014 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014" recita che, anche per il 2014, è confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, che costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, che per le singole Aziende Sanitarie.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle aziende sanitarie e del consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex art.12 dell'intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) comporta la necessità di garantire nell'esercizio 2014 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve, quindi, assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2014, riferiti a tutti i beni a utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

Quindi, nel 2014, gli ammortamenti non sterilizzati rientrano nel vincolo di bilancio, unitamente agli oneri conseguenti all'applicazione del D.Lgs. 118/2011.

Pertanto la Regione ha provveduto nel 2014:

- ad accantonare le risorse necessarie ad assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 (0,400 milioni di euro per questa azienda);
- a finanziare gli ammortamenti netti delle immobilizzazioni entrate in produzione dal 01.01.2010 nell'ambito del valore della produzione per le Aziende Ospedaliere.

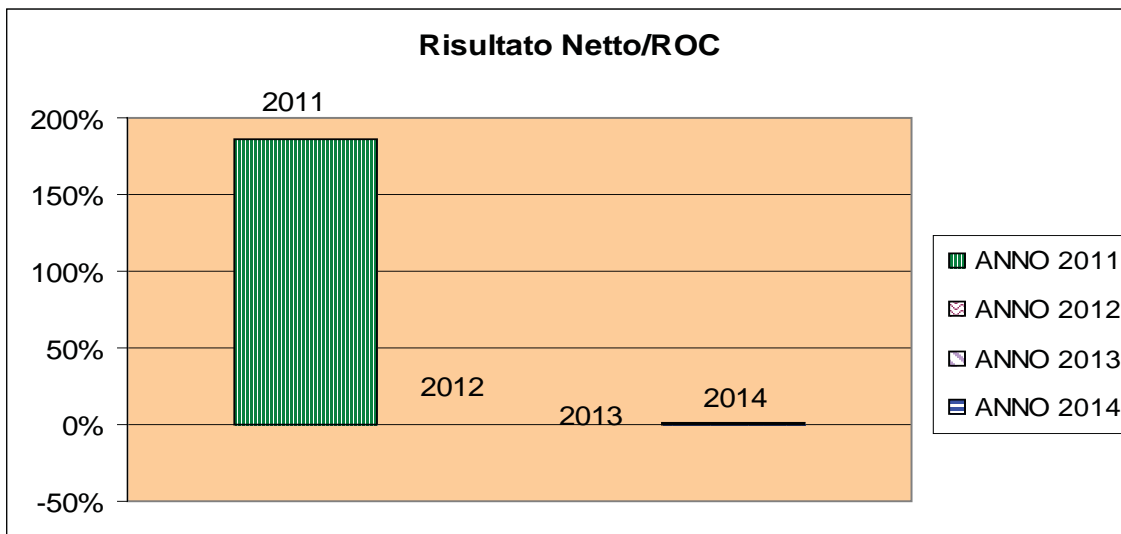
Il risultato d'esercizio dell'anno 2014, pertanto, si assesta su un utile di Euro 5.887 sostanzialmente allineato al pareggio civilistico previsto dalla Delibera 217/2014 citata.

Anche negli anni 2012 e 2013 l'obiettivo regionale assegnato era stato rispettato.

Tabella 2.2 - Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
Risultato Operativo Caratteristico	-1.294	3.424	-872	929
Risultato Netto	-2.413	3	3	6
Risultato Netto/ROC * 100	186,5%	0,1%	-0,3%	0,6%

Fonte regionale



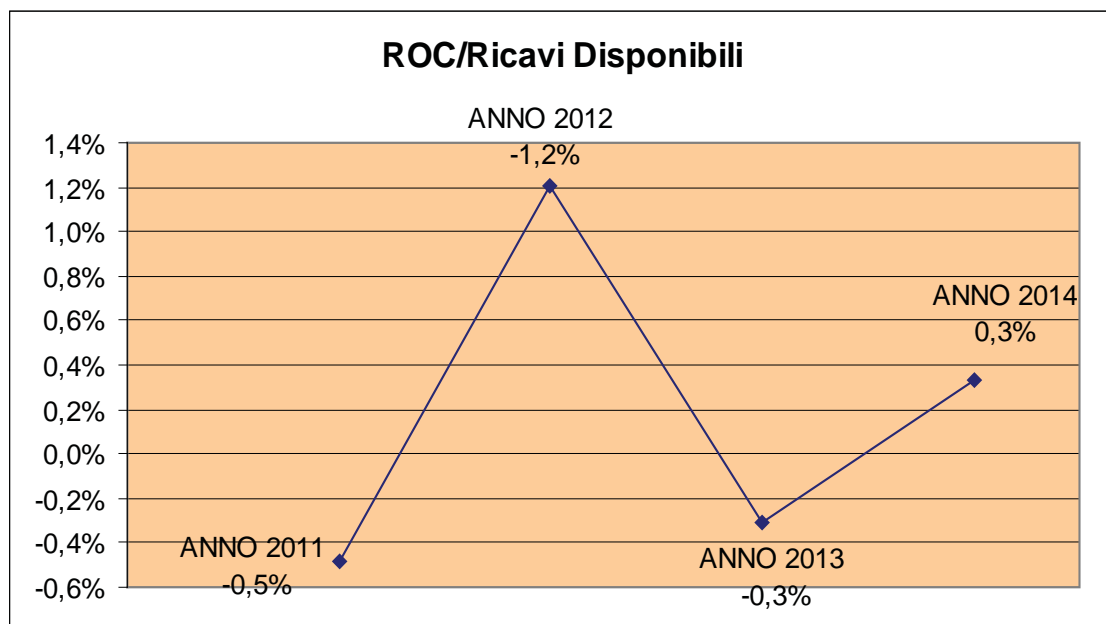
La gestione caratteristica rappresenta l'area dei ricavi e dei costi attinenti l'attività tipica aziendale. La gestione non caratteristica riguarda la gestione finanziaria, la gestione straordinaria, la gestione atipica e gli oneri fiscali. L'indicatore analizza il contributo della gestione caratteristica al risultato d'esercizio nonché in quale misura il risultato sia influenzato da operazioni atipiche od occasionali.

Nel 2012 migliora il risultato della gestione caratteristica, contro una sostanziale invarianza di quello della gestione non caratteristica. Nel 2013 il risultato della gestione caratteristica è negativo, il risultato d'esercizio, quindi è positivamente influenzato dai proventi straordinari. Nel 2014 il risultato della gestione caratteristica è positivo e migliora rispetto al 2013, le operazioni finanziarie e straordinarie incidono negativamente sul risultato d'esercizio

Tabella 2.3 - Risultati della gestione caratteristica (ROC) / ricavi disponibili (fonte: riclassificato regionale)

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
Risultato Operativo Caratteristico	-1.294	3.424	-872	929
Ricavi Disponibili	265.952	284.976	282.176	282.735
ROC/RICAVI DISP	-0,5%	1,2%	-0,3%	0,3%

Fonte regionale

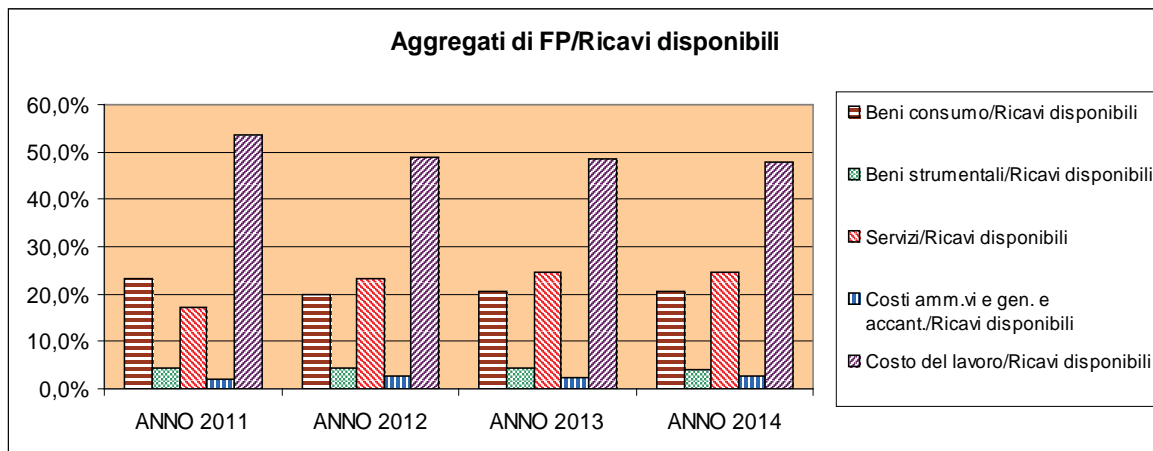


L'indice migliora rispetto all'anno 2013. Infatti, nel 2014 il risultato operativo caratteristico ha valore positivo ed è influenzato sia dall'aumento dei ricavi, sia dalla diminuzione dei costi soprattutto quelli relativi ai servizi.

Tabella 2.4 - Principali aggregati di fattori produttivi/ ricavi disponibili (fonte: riclassificato regionale)

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
Beni consumo/Ricavi disponibili	23,2%	19,8%	20,6%	20,7%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	4,4%	4,4%	4,2%	3,9%
Servizi/Ricavi disponibili	17,3%	23,1%	24,5%	24,5%
Costi amm.vi e gen. e accant./Ricavi disponibili	1,9%	2,6%	2,3%	2,7%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	53,6%	48,9%	48,6%	47,8%

Fonte regionale



L'indicatore misura il grado di assorbimento delle risorse dei vari fattori produttivi impiegati per l'espletamento dell'attività aziendale. Come evidenziato dal grafico la voce che incide maggiormente sui ricavi è il costo del lavoro (47,8%), che risulta comunque in calo costante nell'ultimo triennio.

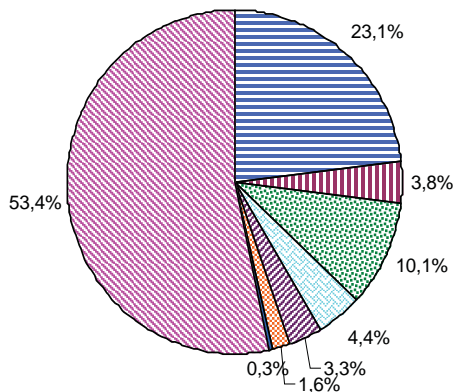
È stabile l'incidenza dei servizi sui ricavi disponibili (24,5%) per effetto della compiuta definizione nel corso del 2013 degli accordi contrattuali che regolano i servizi in concessione nel nuovo nosocomio. Sono in lieve incremento i beni di consumo a seguito della spinta alla crescita dell'attività sanitaria dovuta all'assestamento delle funzioni nella nuova struttura di Cona.

Tabella 2.5 - Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali (fonte:riclassificato regionale)

	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
TOTALE COSTI	267.246	281.552	283.047	281.806
Consumo beni acquistati/Totale costi	23,1%	20,1%	20,6%	20,8%
Servizi sanitari/Totale costi	3,8%	4,1%	4,8%	4,7%
Servizi non sanitari/Totale costi	10,1%	14,3%	15,4%	14,8%
Beni strumentali/Totale costi	4,4%	4,4%	4,2%	3,9%
Manutenzioni/Totale costi	3,3%	5,0%	4,3%	5,2%
Costi amm.vi e generali/Totale costi	1,6%	1,8%	1,9%	1,8%
Accantonamenti/Totale costi	0,3%	0,8%	0,4%	1,0%
Costo del lavoro/Totale costi	53,4%	49,5%	48,5%	48,0%

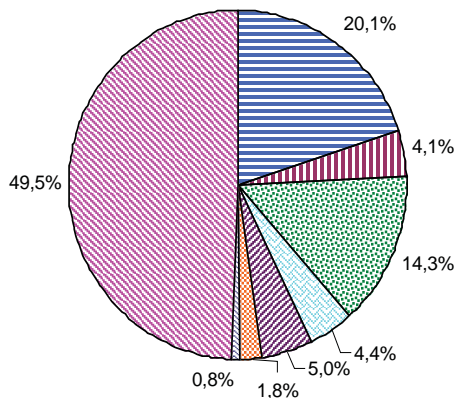
Fonte regionale

### ANNO 2011



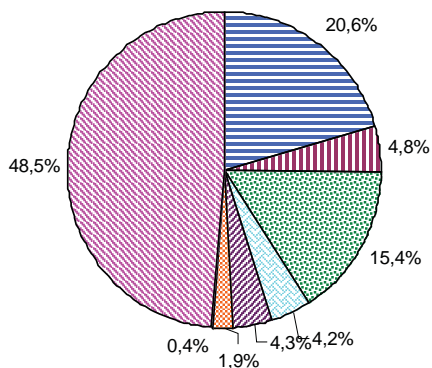
- Consumo beni acquistati/Totale costi
- Servizi sanitari/Totale costi
- Servizi non sanitari/Totale costi
- Beni strumentali/Totale costi
- Manutenzioni/Totale costi
- Costi amm.vi e generali/Totale costi
- Accantonamenti/Totale costi
- Costo del lavoro/Totale costi

### ANNO 2012

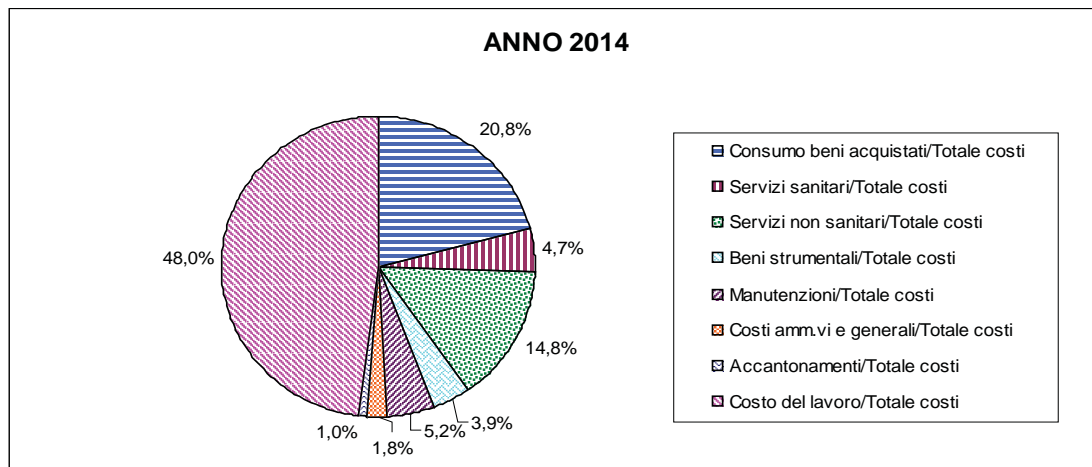


- Consumo beni acquistati/Totale costi
- Servizi sanitari/Totale costi
- Servizi non sanitari/Totale costi
- Beni strumentali/Totale costi
- Manutenzioni/Totale costi
- Costi amm.vi e generali/Totale costi
- Accantonamenti/Totale costi
- Costo del lavoro/Totale costi

### ANNO 2013



- Consumo beni acquistati/Totale costi
- Servizi sanitari/Totale costi
- Servizi non sanitari/Totale costi
- Beni strumentali/Totale costi
- Manutenzioni/Totale costi
- Costi amm.vi e generali/Totale costi
- Accantonamenti/Totale costi
- Costo del lavoro/Totale costi



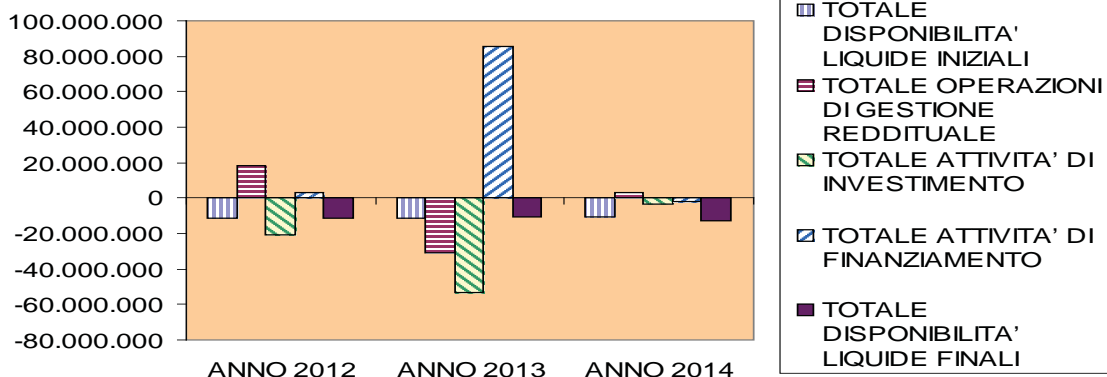
Rispetto al 2011, il 2012 ha registrato maggiori costi per servizi non sanitari e manutenzioni a seguito dell'avvio effettivo del Nuovo Polo Ospedaliero, con contestuale utilizzo di parte del vecchio ospedale, nonché degli eventi sismici del maggio 2012. Detti accadimenti avevano determinato anche una diminuzione dei costi per beni di consumo connessa alla minore produzione. Nel 2013 aumenta l'incidenza dei servizi, a seguito della compiuta definizione degli accordi contrattuali con il Concessionario, e dei beni di consumo, per la ripresa dell'attività sanitaria. Da rilevare, inoltre, la diminuzione dei costi del personale nel rispetto della politica regionale di gestione delle risorse umane. Nel 2014 si osserva un incremento del consumo di beni per il proseguimento dello sviluppo dell'attività produttiva (comprese le reti cliniche con l'Azienda UsI di Ferrara), incrementano le manutenzioni, in particolare agli immobili, nonché gli accantonamenti per far fronte a rischi futuri. Cala l'incidenza del costo del personale in applicazione delle disposizioni regionali sulla limitazione del turn over (con percentuale del 25% rispetto alle cessazioni) e limitatamente al solo personale sanitario. Nel 2014 rispetto alla cessazione di 56 unità si è proceduto all'assunzione di sole 14.

## 2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Tabella 2.6 - Rendiconto finanziario di liquidità

<b>SCHEMA DI RENDICONTO DI LIQUIDITA' DEL BILANCIO D'ESERCIZIO 2012-2013-2014</b>				
<b>(FONTI - IMPIEGHI)</b>				
<b>DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI</b>		<b>ANNO 2012</b>	<b>ANNO 2013</b>	<b>ANNO 2014</b>
a)	Cassa	26.864	27.046	39.176
b)	+ Istituto Tesoriere	4.984	2.493	0
c)	+ c/c postale	25.363	37.712	124.296
d)	- debiti vs Istituto Tesoriere	-11.538.295	-11.504.474	-10.723.272
<b>TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI (A)</b>		<b>-11.481.084</b>	<b>-11.437.223</b>	<b>-10.559.800</b>
<b>TOTALE OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE (B)</b>		<b>17.967.006</b>	<b>-30.851.321</b>	<b>3.458.805</b>
<b>TOTALE ATTIVITA' DI INVESTIMENTO (C)</b>		<b>-20.898.046</b>	<b>-53.602.416</b>	<b>-3.431.755</b>
<b>TOTALE ATTIVITA' DI FINANZIAMENTO (D)</b>		<b>2.974.899</b>	<b>85.331.160</b>	<b>-2.008.100</b>
<b>TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI (E)</b>		<b>-11.437.224</b>	<b>-10.559.800</b>	<b>-12.540.850</b>
<b>QUADRATURA: A+B+C+D-E</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## Rendiconto Finanziario di liquidità



Le disponibilità liquide sono negative sia in apertura che in chiusura di esercizio e sono da attribuire all'anticipazione di Tesoreria alla quale l'Azienda ricorre sistematicamente per far fronte ai pagamenti.

Anche nell'esercizio 2014 si sono ulteriormente ridotti i debiti verso i fornitori, i cui tempi di pagamento al 31.12.2014 sono risultati di 120 gg dalla data di ricevimento delle fatture, mentre al 31.12.2013 erano di 135 gg per tutte le tipologie di fornitori ad esclusione dei servizi in appalto che erano a 210 gg. Anche i crediti verso Regione e Aziende sanitarie sono diminuiti ulteriormente, in particolare quelli verso l'Azienda Usl di Ferrara, grazie alla regolarità di erogazione di flussi di cassa da parte di detta azienda, nel rispetto del piano di rientro del debito concordato già nell'esercizio 2013.

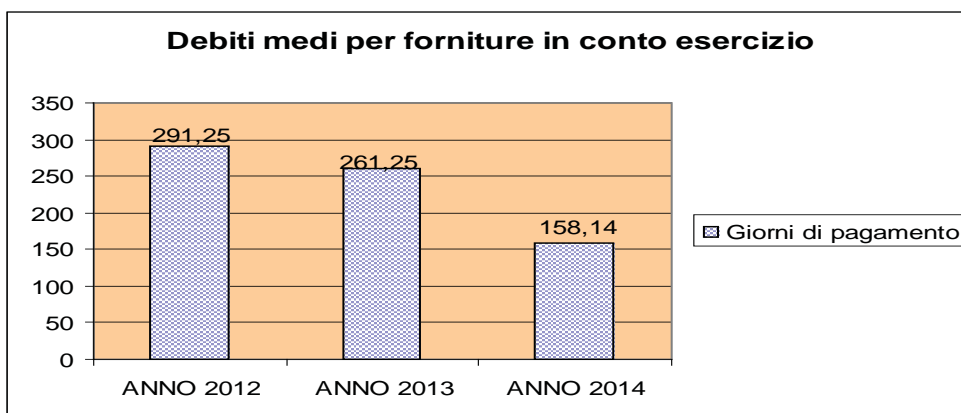
Aumentano i crediti verso la Regione per investimenti, in quanto, a fronte dell'assegnazione di nuovi contributi in conto capitale avvenute nel 2014 non si sono realizzati i relativi incassi entro la chiusura dell'esercizio, visto che gli acquisti sono ancora in corso di realizzazione. L'attività di investimento rappresenta gli impieghi di finanziamenti in conto capitale, sia dell'esercizio che degli esercizi precedenti, per il completamento del Nuovo Polo Ospedaliero di Cona.

Nel 2013 l'iscrizione dell'importo di 45.093.760 relativo all'iscrizione tra i fabbricati del valore della porzione dell'Ospedale di Cona costruito con investimento del Concessionario del contratto di Costruzione/Concessione/Gestione, stipulato proprio per la costruzione del predetto Ospedale e a fronte del quale e' stato iscritto contributo in conto capitale di pari importo, ha inciso sui dati delle attività di investimento e finanziamento.

Tabella 2.7 - Debiti medi per forniture in conto esercizio.

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
Giorni di pagamento	291,25	261,25	158,75

Fonte aziendale





Nel 2014 è proseguito l'impegno dell'Azienda per assicurare una gestione efficiente e appropriata delle risorse finanziarie disponibili. In particolare:

- dal giorno 8 Gennaio 2013 l'Azienda è abilitata sulla piattaforma elettronica per la gestione telematica del rilascio delle certificazioni delle somme dovute per somministrazioni, forniture ed appalti, così come previsto dall'art.7 del D.L. 35 dell'8.04.13, e anche nel 2014 ha processato, nei termini, tutte le istanze di certificazione pervenute;
- entro il 06.05.2014 (termine del 30.04.2014 prorogato per problemi tecnici della piattaforma PCC) sono stati inseriti nella piattaforma i debiti certi, liquidi ed esigibili, maturati alla data del 31.12.2013 che non risultavano ancora estinti a quella data;
- è stata data applicazione agli obblighi di pubblicazione concernenti i tempi di pagamento dell'amministrazione previsti nell'art. 33 del D.Lgs. 33/2013. Al 31.12.2014 l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, inteso come ritardo medio di pagamento intercorrente tra la data di scadenza delle fatture e la data di pagamento, ponderato in base all'importo delle fatture, era pari a 51,25. Detto indicatore è stato pubblicato nel sito aziendale con le modalità previste dal DPCM 22/09/2014 e dalla circolare MEF n.3 del 14.01.2015. In data 03/04/2015 è stato pubblicato l'indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti, relativo al primo trimestre 2015, che risulta pari a 28,38 dimostrando un'ulteriore riduzione dei tempi di pagamento;
- è stata data applicazione agli obblighi previsti dal DL 66/2014, seppur con alcune criticità derivanti da un lato dalla necessità di aggiornare il sistema contabile aziendale ai nuovi adempimenti, dall'altro da problematiche tecniche nella fase di avvio delle nuove funzionalità PCC. Dette difficoltà, in gran parte, sarebbero state superate per effetto dell'avvio, dal 31.03.2015, dell'obbligo di fatturazione elettronica anche nei confronti delle aziende del SSN; tuttavia si attendono ancora indicazioni per la corretta gestione sulla piattaforma delle fatture soggette a split payment.

I tempi di pagamento ai fornitori al 31.12.2014 sono risultati di 120 giorni dalla data di ricevimento delle fatture, segnando un miglioramento rispetto ai tempi medi dell'anno precedente.

### 2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

Si procede con l'analisi dello Stato Patrimoniale dell'Azienda, con particolare attenzione alla struttura degli investimenti e dei finanziamenti utilizzati, evidenziando il tasso di rinnovamento nonché il grado di obsolescenza delle immobilizzazioni.

Tabella 2.8 - Stato Patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria. Anno 2014

	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquid. immediate e differite	23%	44%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	10%	Finanziamenti a m/l termine
Immobilizzazioni	76%	46%	Patrimonio Netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

Fonte regionale

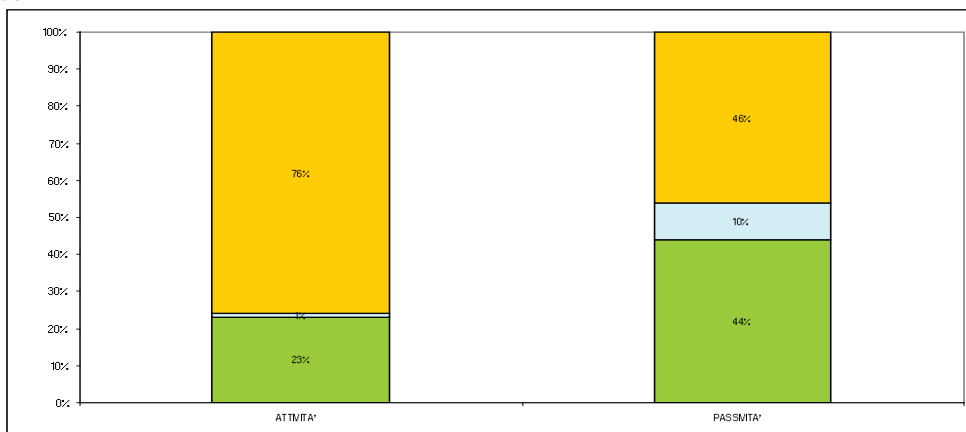
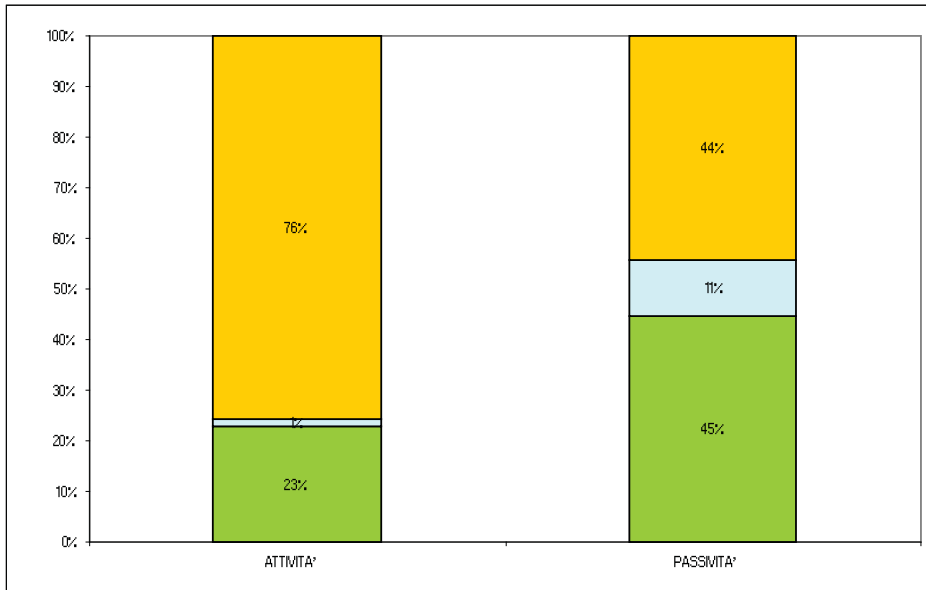


Tabella 2.9 - Stato Patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria. Anno 2013

	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquid. immediate e differite	23%	45%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	11%	Finanziamenti a m/l termine
Immobilizzazioni	76%	44%	Patrimonio Netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

Fonte regionale



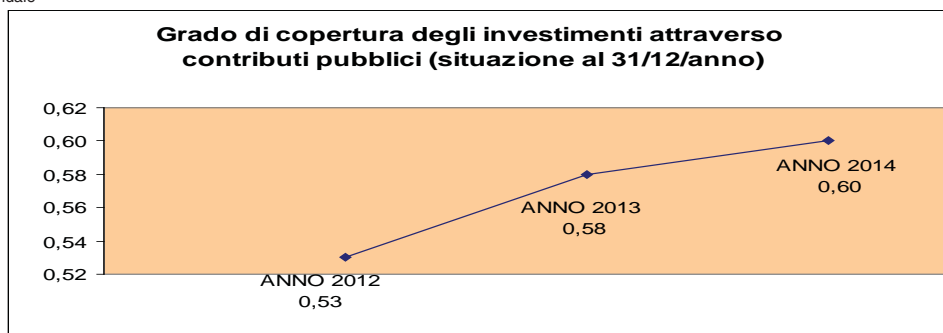
La riclassificazione dello stato patrimoniale consente la valutazione della solidità patrimoniale aziendale. Nell'anno 2013 diminuisce l'incidenza delle liquidità immediate e differite per via del calo dei crediti verso Regione e verso aziende sanitarie. Si evidenzia anche una diminuzione dell'indebitamento a breve termine rispetto all'anno 2012 (dal 45% al 44%) per la già citata riduzione dei debiti verso i fornitori. Comunque, l'indebitamento a breve risente ancora dell'anticipazione corrisposta dalla Regione per far fronte ai pagamenti dei SAL del Nuovo Polo in attesa dei ricavi per le dismissioni patrimoniali (72 mil di Euro). Considerando detta anticipazione come un debito a M/L termine, i finanziamenti a breve scenderebbero al 28% e quelli a M/L passerebbero al 27%.

*Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici*

Tabella 2.10 - Grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici. Situazione al 31.12 di ogni anno.

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
CONTRIBUTI C/CAPITALE/ INV. IMM. MAT. NETTE	0,53	0,58	0,60

Fonte aziendale

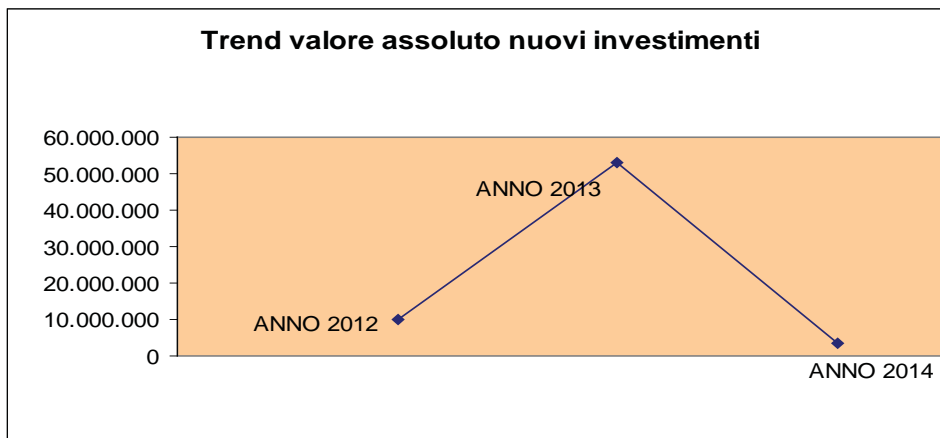


L'incremento nel triennio del grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici deriva dalle maggiori assegnazioni regionali di contributi in conto capitale finalizzate alla dotazione tecnologica del nuovo nosocomio. L'indicatore, pur migliorando, evidenzia che i contributi pubblici sono stati insufficienti a finanziare gli investimenti aziendali, tanto che si è provveduto, negli anni, a contrarre mutui dei quali, ancora oggi, quattro sono in corso di ammortamento. Nel 2014, inoltre, sulla base della relativa autorizzazione regionale, l'Azienda ha finanziato gli investimenti con contributi in conto esercizio per l'importo di 1.327.153 euro.

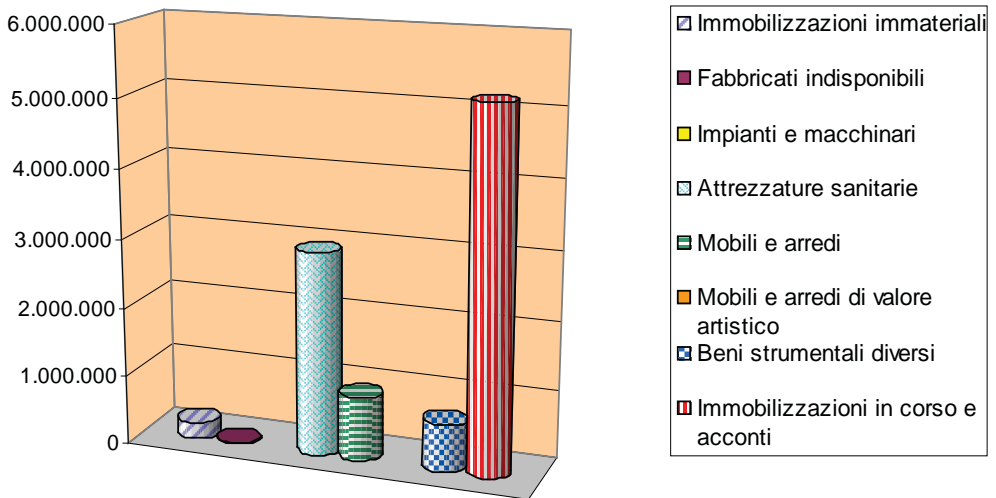
Tabella 2.11 - Valore assoluto nuovi investimenti:

	2012	2013	2014
Immobilizzazioni immateriali	241.395	662.389	237.702
Terreni indisponibili			13.207
Fabbricati indisponibili	9.891	45.241.592	387.377
Impianti e macchinari			
Attrezzature sanitarie	2.943.319	2.642.564	1.846.804
Mobili e arredi	921.465	842.412	43.729
Mobili e arredi di valore artistico		238.200	4.145
Beni strumentali diversi	689.483	112.145	163.724
Immobilizzazioni in corso e acconti	5.175.097	3.182.294	642.485
Totale nuovi investimenti imm.	9.980.650	52.921.596	3.339.173
Totale investimenti lordi imm.	424.888.918	471.794.286	473.672.071
NUOVI INVESTIMENTI IMM./ TOT. INV. LORDI	0,02	0,11	0,01

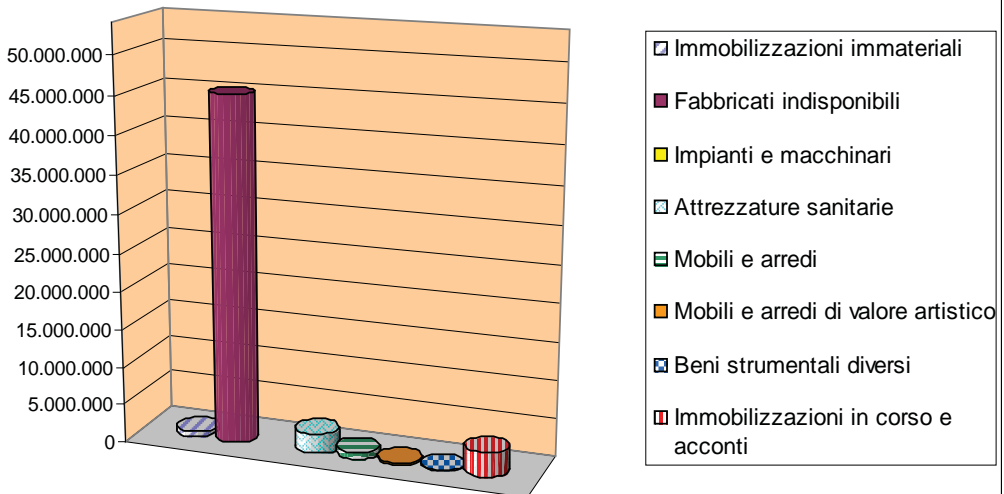
Fonte aziendale



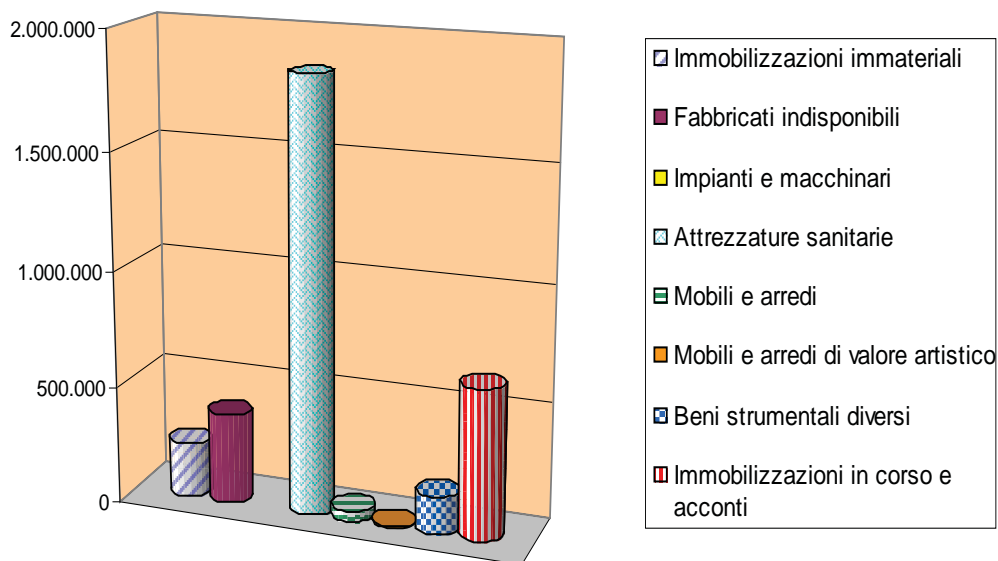
## Anno 2012



## Anno 2013



## Anno 2014



### Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

L'indicatore segnala il grado di "invecchiamento" delle immobilizzazioni materiali ed immateriali facenti parte del patrimonio aziendale determinato dal rapporto tra il valore residuo dei beni durevoli ed il totale degli investimenti lordi. Più alto è il livello di rinnovo del patrimonio dell'Azienda, minore sarà la tendenza all'obsolescenza. Indica la propensione aziendale a nuovi investimenti.

Il valore di questo indicatore è sostanzialmente stabile nel triennio; va letto in correlazione con l'indicatore precedente ed è fortemente influenzato dall'investimento effettuato nella costruzione del nuovo ospedale, nonché dagli acquisti di attrezzature e arredi per il suo completamento.

Tabella 2.12 - Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

	2012	2013	2014
Immobilizzazioni immateriali	731.168	1.003.274	863.424
Terreni	11.282.928	11.282.928	11.296.135
Fabbricati	255.843.892	292.621.419	287.631.769
Impianti e macchinari	25.159.584	24.602.769	24.045.954
Attrezzature sanitarie	10.529.124	9.039.132	8.013.414
Mobili e arredi	6.529.233	6.390.172	5.433.898
Beni strumentali diversi	3.165.268	3.150.038	2.975.017
Immobilizzazioni in corso e acconti	1.434.689	3.392.177	845.495
Totale Immobilizzazioni immateriali e materiali al netto fondi amm.to	314.675.887	351.481.909	341.105.106
Totale investimenti lordi imm.	424.888.918	471.794.286	473.672.071
VALORE RESIDUO/TOTALE INVESTIMENTI LORDI	0,74	0,74	0,72

Fonte regionale

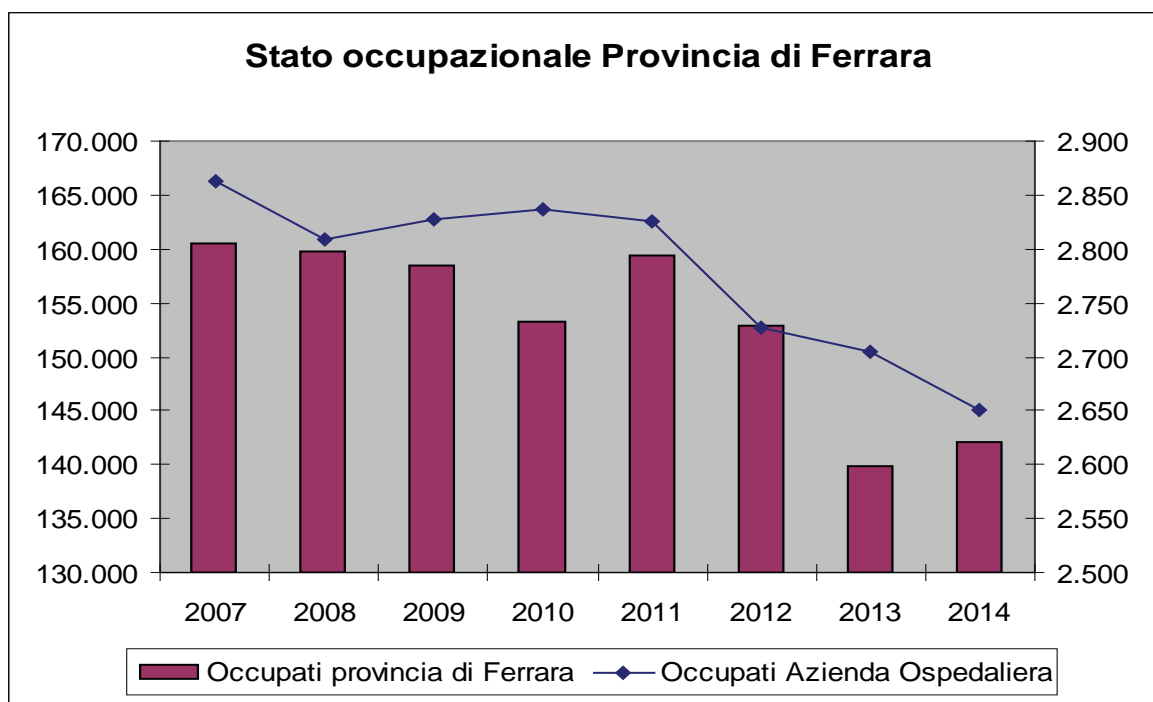


## 2.2 Impatto sul contesto territoriale

### 2.2.1 Impatto economico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara contribuisce allo stato occupazionale della provincia con un numero di lavoratori che, al 31.12.2014, risulta pari a 2.651, di cui 2.430 dipendenti ospedalieri (a tempo determinato o indeterminato), 83 incarichi libero-professionali e borse di studio e 138 dipendenti universitari convenzionati. Nella figura sottostante viene riportato il dato occupazionale dell'Azienda a confronto con l'occupazione della Provincia di Ferrara. Come si osserva, il contributo dell'Ospedale all'occupazione, è stato in controtendenza rispetto all'andamento dell'occupazione provinciale nel 2009 e 2010 per poi seguire la diminuzione dell'occupazione provinciale nei successivi tre anni, con una diminuzione sia degli occupati dell'Azienda Ospedaliera sia della Provincia. Nel 2014 a fronte di un leggero aumento dell'occupazione provinciale continua invece il trend in diminuzione degli occupati dell'Azienda Ospedaliera, diminuisce quindi il contributo aziendale al livello di occupazione. (dati 2007-2014 desunti dai dati ISTAT).

Figura 2.1 - Stato occupazionale della provincia di Ferrara



Fonte: elaborazione interna su dati Istat e dati aziendali

Tabella 2.13 - N. di dipendenti dell'Azienda / totale occupati nell'ambito territoriale

	2012	2013	2014
%	1,7838%	1,9328%	1,8664%

Fonte: elaborazione interna su dati Istat e dati aziendali

Dall'analisi delle tavole seguenti si osservano:

- un significativo incremento dei dipendenti occupati in categorie protette;
- una diminuzione crescente di dipendenti e altro personale;
- un aumento, in percentuale, nel triennio, dei dipendenti residenti nel comune di Ferrara;
- una diminuzione dei lavoratori stranieri extra Unione Europea e un aumento di quelli intra Unione Europea

Tabella 2.14 - Unità di personale totale e suddiviso per rapporto di dipendenza

	2012	2013	2014
<b>N. dipendenti SSR</b>	2488	2475	2430
<b>Universitari</b>	142	139	138
<b>Altro personale (incarichi libero professionali, Co.Co.Co., assegnisti, borsisti)</b>	97	90	83

Tabella 2.15 - N. di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale

	N. dipendenti azienda	N. dipendenti residenti nel Comune di FE	%
<b>2012</b>	2630	2359	89,69%
<b>2013</b>	2614	2346	89,75%
<b>2014</b>	2568	2310	89,95%

Tabella 2.16 - N. totale di lavoratori stranieri\*

	2012	2013	2014
<b>Lavoratori stranieri</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>37</b>
<b>intra Unione Europea</b>	15	18	22
<b>extra Unione Europea</b>	21	15	15

\*per stranieri di intende nati all'estero

Tabella 2.17 - Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette

	2012	2013	2014
<b>n. totale</b>	72	82	84

Fonte aziendale

Tabella 2.18 - Costo del personale dipendente (Con oneri sociali - escluso IRAP).

<b>ANNO 2012</b>	€ 129.192.809
<b>ANNO 2013</b>	€ 127.004.391
<b>ANNO 2014</b>	€ 124.918.207

Fonte aziendale

Tabella 2.19 - Spesa personale universitario convenzionato

<b>ANNO 2012</b>	€ 5.581.100
<b>ANNO 2013</b>	€ 5.581.100
<b>ANNO 2014</b>	€ 5.581.100

Fonte aziendale

Il contributo dell'azienda all'economia del territorio viene ulteriormente apprezzato in base all'indotto in termini di volume dei beni e servizi acquistati da aziende presenti sul territorio della provincia e della regione, nonché in base al volume degli emolumenti corrisposti dall'Università ai ricercatori e ai docenti.

Tabella 2.20 - Emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori/docenti universitari in convenzione nell'anno 2014 (importi lordi comprensivi di oneri a carico ente)

Tipologia	Importi
Docenti	€ 4.400.005
Ricercatori	€ 2.699.447
Ricercatori a tempo determinato	€ 223.784
<b>Totale</b>	<b>€ 7.323.234</b>

Fonte aziendale

### *Acquisti di Beni e Servizi*

I costi sostenuti dall'Azienda per acquisto di beni e servizi da imprese produttive con sede nella provincia di Ferrara, ammontano per il 2014 ad Euro 8.615.925,37, mentre quelli per acquisto di beni e servizi da imprese produttive con sede legale nella regione (escluso Ferrara) ad Euro 50.935.746,37.

## **2.2.2 Impatto sociale**

### *I rapporti con le associazioni di volontariato*

L'Azienda sostiene e favorisce un rapporto di collaborazione con le Associazioni di volontariato, con l'obiettivo di supportare pazienti e utenti nelle attività/bisogni non sanitari, disporre di soggetti qualificati a supporto dell'utenza e assicurare a tutte le Associazioni equità di condizioni nei rapporti con l'Azienda stessa.

Allo stesso tempo cerca di soddisfare l'esigenza delle Associazioni di farsi conoscere sul territorio e promuovere la cultura del volontariato e della solidarietà, mettendo a disposizione spazi per banchetti informativi e di raccolta fondi.

L'attività dei Volontari è la risposta ai bisogni espressi dalle Unità Operative, che si fanno portavoce delle necessità del cittadino/utente/familiare, evidenziate durante l'accesso in Ospedale.

Ad oggi sono coinvolte 17 Associazioni di Volontariato (convenzionate) che operano in tutte le Unità Operative del S. Anna, ad eccezione delle U.O. di Anestesia e Rianimazione e Malattie Infettive, per la particolarità dei pazienti ricoverati. Il convenzionamento è possibile solo per le Associazioni attive sul territorio di Ferrara e provincia, che sono iscritte al Registro del Volontariato, forniscono la copertura assicurativa di tutti i volontari e garantiscono loro una formazione continua finalizzata all'attività da svolgere nelle Unità Operative.

Ciò che caratterizza la gestione dell'attività di volontariato è il sistema di valutazione previsto dalla procedura (P-001-AC), che consiste nella redazione di una relazione annuale sull'attività svolta sia da parte sia del Rappresentante Legale dell'Associazione sia del Referente aziendale, nominato all'interno dell'U.O. interessata, in base alle quali si decide il proseguimento del rapporto. A ciò si aggiunge il costante monitoraggio del rapporto per il superamento di eventuali criticità in itinere.

A ottobre 2014 sono state avviate le procedure per l'attivazione del Bando di convenzionamento delle Associazioni di Volontariato per il triennio 2015/2017, che si concluderanno nel primo bimestre 2015 con la sottoscrizione della convenzione da parte delle nr. 17 Associazioni in possesso dei requisiti richiesti.

Tre progetti innovativi hanno caratterizzato il 2014:

1. Progetto "Con un battito di coda..." - Attività di Pet Therapy svolta dall'Associazione Chiara Milla, presso la sala giochi della Pediatria e dedicata ai pazienti della degenza e del DH Onco-Ematologico, che si è concluso positivamente il 16/7/14. Grazie a questa esperienza, sono state organizzate due giornate di formazione per il personale sanitario delle U.O. di Medicina Riabilitativa, Geriatria e Pediatria, che hanno permesso l'avvio di un progetto di pet therapy su pazienti ricoverati presso la struttura riabilitativa. L'Associazione Chiara Milla è stata infatti nuovamente convenzionata con l'Azienda, come previsto dalla procedura di U.O. Area Comunicazione.
2. Progetto "Su il Sipario- Esperienze Teatrali e musicali per bambini ricoverati in Ospedale" curato dal Teatro Comunale di Ferrara, svoltosi presso la Scuola in Ospedale e la Biblioteca Blù nel Reparto di Pediatria e



concluso positivamente il 30/5/14.

3. Progetto 'Scuola Materna in Ospedale', dedicato ai piccoli pazienti del DH Onco-ematologico che non possono frequentare la scuola pubblica e realizzato in collaborazione con il Comune di Ferrara – Assessorato all'Educazione, l'Associazione Giulia e l'Associazione CIRCI. Il progetto è stato sottoposto ad un periodo di sperimentazione, conclusosi positivamente il 30/4/14. L'attività è stata riorganizzata in occasione della ripresa dell'anno scolastico e continuerà per il 2015.

### *Lasciti e donazioni*

Il riconoscimento della funzione sociale dell'Azienda è un aspetto che presenta oggettive difficoltà di misurazione. Si ritiene però che esso possa essere ragionevolmente stimato attraverso i segnali di ritorno trasmessi dalla comunità e costituiti da lasciti e donazioni ricevuti sia dai cittadini, che da fondazioni di origine bancaria o da altri soggetti.

I lasciti e donazioni ricevuti dai cittadini nel corso dell'anno 2014 sono stati 7 per un valore di Euro 1.445, mentre le donazioni e contributi ricevuti da Fondazioni di origine bancaria e da altri sono pari a Euro 144.700.

### **2.2.3 Impatto culturale**

L'Associazione culturale De Humanitate Sanctae Annae, che ricordiamo si è costituita all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna nel maggio 2012, nel rispetto delle sue finalità e degli impegni presi con la sua Direzione Generale, ha aperto gli eventi del 2014 con l'ormai consueto incontro dedicato alla memoria di colui che ha ispirato la sua fondazione, il dottor Alberto Mandini. Il 15 marzo l'antico palazzo Magnanini-Roverella ha ospitato nel suo prestigioso salone d'onore il "IV Mandini Day", dedicato ad una delle figure di maggior rilievo della storia del nostro Arcispedale e della nostra Università, il professor Ippolito Giuseppe Donini. A Lui è stata dedicata l'intera mattinata con intensi ed emozionanti racconti racchiusi nel titolo generale "La vita nelle mani: per un profilo storico di un chirurgo gentile". Gli Enti e le Associazioni che hanno concesso il patrocinio all'evento hanno reso evidente quanto sia ormai riconosciuta e apprezzata la crescita della De Humanitate, ma soprattutto è risultato evidente come sia stata la stessa Associazione a creare i presupposti per sviluppare una ricca rete culturale in grado di integrare e armonizzare in questi momenti le potenzialità delle singole realtà.

Nel mese di aprile si è quindi arrivati alla presentazione di un importante lavoro, che aveva preso il via nell'anno precedente, riguardo una approfondita ricerca storica in tema di ebraismo e medicina, che ha dato vita al libro "Medici Ebrei e la Cultura Ebraica a Ferrara", dove sono stati raccolti, grazie all'intenso e qualificato lavoro di Riccardo Modestino, numerosi contributi di autorevoli ricercatori e storici dell'ebraismo, tanto che la presentazione del volume è stata accolta nella settimana del "Libro Ebraico" che come ormai consuetudine si tiene a Ferrara nel mese di aprile. Il 30 aprile quindi, nella suggestiva cornice del "Festival del Libro Ebraico", all'interno della Sala della Musica del complesso di San Paolo, il libro è stato ufficialmente presentato di fronte ad un numeroso e qualificato pubblico, tra cui il presidente del Museo Nazionale dell'Ebraismo e della Shoah (MEIS) di Ferrara, Riccardo Calimani.

Il 9 maggio poi l'interesse si è spostato lungo le strade storiche del centro cittadino in compagnia degli storici Paolo Sturla Avogadri e Francesco Scafuri, che insieme a Carlo Magri e Gianluca Lodi hanno ripercorso i luoghi simbolici del passaggio dei Templari a Ferrara.

Il giorno successivo, sabato 10 maggio siamo approdati alla storica dimora del Duca Ercole I D'Este, attuale Sala Estense, con il racconto "Nascere, storie di donne, madri, ostetriche e medici tra Ferrara e Ginevra", che ha dato vita ad una rinnovata intesa tra le due Aziende Sanitarie, l'Università degli Studi e le Associazioni della consolidata rete culturale. Di grande rilievo la presenza e la lettura magistrale del professor J.M. Wenger sul tema dell'endometriosi.

Il 13 giugno, ospiti del Rione Santo Spirito e in collaborazione con il Comune di Ferrara e Italia Nostra la De Humanitate ha raccontato storia e prospettive del complesso straordinario di Santa Maria della Consolazione, sede tra la fine dell'800 e i primi del 900 dell'antico Lazzaretto di via Mortara, che ha ospitato in quei tempi di guerre, carestie e povertà gli infettivi del luogo nonché i militari che provenivano dal fronte della Grande Guerra. Il 20 settembre ancora una volta il salone d'onore dell'antico palazzo Magnanini-Roverella ha ospitato il convegno "L'immaginazione al potere. Carlo Rambaldi, Uomo Rinascimentale del XXI secolo", che ha reso omaggio al grande artista ferrarese, con il video racconto di Carlo Magri e con due preziosi interventi di Vittorio Sgarbi e Luciano Fadiga.

Infine il 14 novembre di nuovo alla sala Estense si è tenuto l'incontro pubblico dal titolo "Il tempo e il racconto nell'opera cinematografica di Andrea Barra", voluta e realizzata da Riccardo Modestino e Carlo Magri, per rendere omaggio all'intellettuale prematuramente scomparso.

Il breve e schematico riepilogo non vuole assolutamente dimensionare l'impegno reso dalla Associazione De Humanitate ma anzi desidera sottolineare come nella costruzione di questi complessi e sempre diversi lavori ci sia sempre un'attenta programmazione, pianificazione e costruzione delle trame che portano infine alla definizione dell'evento, sempre reso possibile grazie alla grande armonia del gruppo, magistralmente condotta dal suo presidente Massimo Masotti, che ha contagiato buona parte delle altre associazioni culturali del nostro territorio, come dimostra la reciproca intesa, che ha portato a sviluppare buona parte dei lavori di questo prolifico anno 2014.

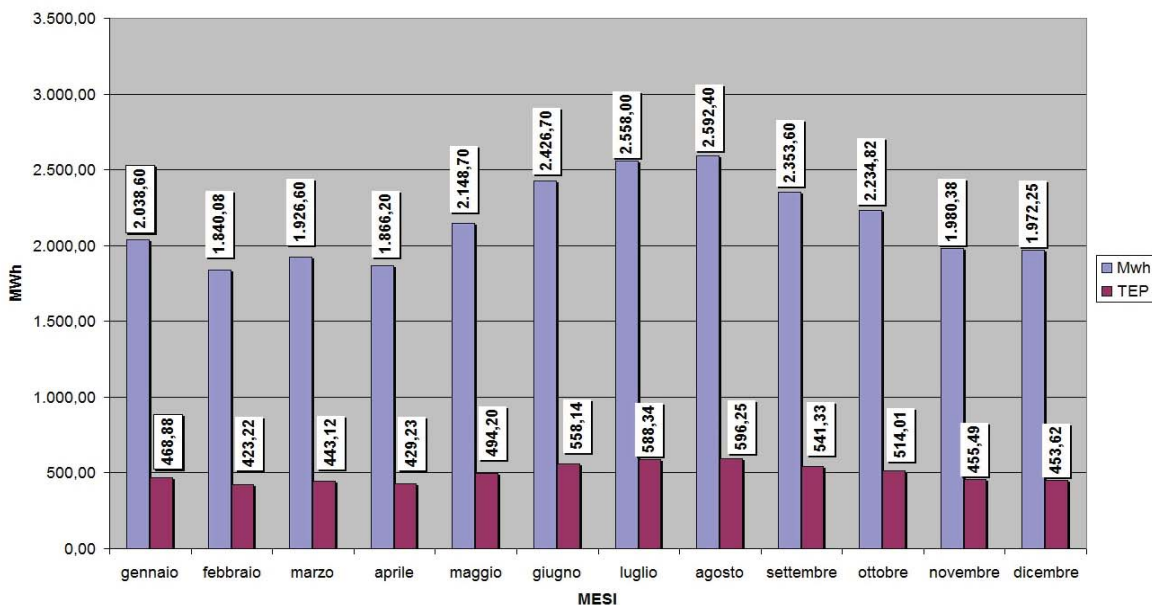
## 2.2.4 Impatto ambientale

### Monitoraggio quali-quantitativo dei consumi di energia elettrica e termica

È continuato il monitoraggio quali-quantitativo dei consumi di energia elettrica e termica, pubblicato ed aggiornato mensilmente in un'apposita pagina nel sito intranet aziendale, e continua l'attività dell'Azienda all'interno del Gruppo Regionale Energia.

Di seguito si riporta l'istogramma con i consumi elettrici, espressi in MWh (megawattora) ed in TEP (Tonellate Equivalenti di Petrolio) registrati nel corso del 2014, nel polo ospedaliero di Cona

Figura 2.2 - Consumi elettrici sede di Cona - Anno 2014



Fonte aziendale

Nel corso del 2014 si sono realizzati interventi rivolti al conseguimento di minori consumi elettrici mediante:

- Utilizzo di apparecchiature (soprattutto corpi illuminanti) a minor consumo nel corso delle ristrutturazioni in occasione dei traslochi di Reparti e Funzioni Aziendali, e tramite sostituzione dei corpi illuminanti esistenti con altri a minor consumo nelle zone di maggior utilizzo dell'illuminazione artificiale nel nuovo Ospedale di Cona.
- Prosecuzione nell'attività di promozione del dialogo e del partenariato con altri Enti ed Istituzioni (Comune, Provincia, Università, etc.) e di concretizzazione degli impegni sottoscritti nell'Atto di adesione al PAES (Piano di Azione per l'Energia Sostenibile).
- Incontri nazionali ed internazionali per lo studio dei progetti da destinare alla candidatura EU o regionale per l'ottenimento di fondi aventi come oggetto l'energia rinnovabile ed il risparmio energetico.

Inoltre sono state effettuate le seguenti azioni:

- rinnovare l'adesione alla Convenzione INTERCENT-ER per l'acquisto dell'energia elettrica sul mercato libero;
- continuare nell'azione dell'adeguamento degli impianti, in occasione di ristrutturazioni, a standard di maggior efficienza energetica e al monitoraggio dei consumi;
- promuovere 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.

Nel contempo si è proseguito nel:

- realizzare iniziative di informazione, sensibilizzazione e coinvolgimento degli operatori per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale tramite appositi interventi in occasione di corsi di accoglienza per neoassunti e corsi di altro genere ove se ne ravvisi l'opportunità;
- garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000 e assicurando la trasmissione di informazioni validate e complete nei tempi previsti.

Inoltre sono proseguiti gli incontri tra tecnici dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e tecnici dell'Università di Ferrara e Bologna finalizzati all'individuazione di forme di produzione autonoma di energia, che grazie alla sinergia del gruppo possono portare ad individuare sull'area ospedaliera di Cona un "campo di sperimentazione sull'energia". Un primo segnale evidente di tale sinergia è dato dal Parcheggio Fotovoltaico UNIFE in fase di completamento, del quale probabilmente riusciranno a trarne vantaggio "energetico" sia l'Università sia l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

## **Gestione ambientale**

### *Progetto a minore impatto*

Per l'Azienda "sviluppo sostenibile" significa gestione di processi e strutture orientata al miglioramento continuo delle prestazioni ambientali, applicazione di criteri ambientali nella progettazione di nuove strutture/attività e nell'acquisizione di beni e servizi, comunicazione sociale e promozione di comportamenti virtuosi.

"A minore impatto" è il Progetto di gestione ambientale e sviluppo sostenibile che l'Azienda ha avviato in maniera strutturata a partire dal 2007. Le linee di azione sono rivolte alla gestione di rifiuti e scarichi, energia, acqua, mobilità e acquisti (GPP, Green Public Procurement), per ridurre l'impatto in termini di Kg di CO<sub>2</sub> eq prodotti.

Il tema della gestione appropriata dei rifiuti e dell'impegno nella raccolta differenziata è stato gestito con particolare attenzione durante la preparazione dell'apertura e il consolidamento successivo all'attivazione della nuova struttura di Cona attraverso:

- informazione -formazione-addestramento puntuale, "porta a porta";
- organizzazione dei nuovi percorsi e definizione dei rapporti con i nuovi gestori di servizi;
- mappatura puntuale dei bisogni;
- revisione conseguente delle Procedure-Istruzioni operative e degli strumenti aziendali, quale elemento fondamentale per garantire l'adesione degli operatori e dei gestori dei servizi no-core e delle attività commerciali (Consorzio Prog.este) e la sicurezza di processo e di esito.

Il lavoro è stato di particolare complessità, poiché a Cona convivono due soggetti, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e il Consorzio Prog.Este (Ditte esecutrici servizi no-core e attività commerciali) che si è deciso di

sintonizzare e organizzare sul tema della gestione dei rifiuti, condividendo i valori aziendali e uniformando le conoscenze e i percorsi di gestione per quanto riguarda i rifiuti assimilati agli urbani indifferenziati e a raccolta differenziata finalizzata al recupero.

La gestione dei rifiuti nel 2014 si è sviluppata su 3 Unità Locali di Produzione:

- Struttura Poliambulatoriale di corso Giovecca 203: mantenimento delle attività di dialisi, radioterapia, fisiopatologia della coagulazione non collegate a quanto trasferito a Cona; attività di didattica e ricerca; servizi non ancora trasferiti a Cona (magazzino economale e di farmacia).
- Struttura ospedaliera Nuovo Arcispedale S.Anna di Cona: attività di emergenza, tutte le funzioni di degenza, alte tecnologie e le funzioni ambulatoriali e di didattica e ricerca collegate.
- Struttura ospedaliera Nuovo S.Giorgio: mantenimento della Riabilitazione (degenza, DH, ambulatori e attività didattiche e di ricerca collegate).

Le problematiche sono diversificate per ciascuna struttura, poiché mentre a Cona vi sono un nuovo contratto e nuovi percorsi, nella struttura di Corso Giovecca, in progressiva dismissione, si è lavorato per valutare e dismettere arredi, attrezzature obsolete e altre tipologie di prodotti e materiali non trasferibili.

Figura 2.3 - Analisi sintetica della produzione dei rifiuti - periodo 2013 - 2014

	2013	2014
● <b>Urban waste</b>	746 T	765 T
● <b>Not hazardous waste</b> (including drugs, particularly chemicals)	39 T	61 T
● <b>Hazardous waste</b> (including drugs, particularly chemicals)	76 T	90 T
● <b>Medical waste</b>	598 T	604 T
<b>TOTALE</b>	<b>1.459 T</b>	<b>1.590 T</b>

I traguardi che si sono ottenuti attraverso la gestione dei rifiuti sono i seguenti:

- conformità normativa
- riduzione dell'utilizzo di sostanze pericolose e diminuzione della produzione di rifiuti sanitari pericolosi
- sicurezza (per operatori aziendali, operatori Ditte appaltatrici del servizio, pazienti, visitatori, comunità tutta, ambiente)
- incremento della raccolta differenziata e dei rifiuti inviati a recupero
- marketing e comunicazione sociale (operatori, visitatori, pazienti, comunità)

Sul sito intranet aziendale è disponibile per ogni operatore la “Procedura per la gestione dei rifiuti sanitari”, in cui si individuano le 5 tipologie di rifiuti descritte dal DPR 254/2003, così rappresentate:

Figura 2.4 Tipologie di rifiuti e codici colore assegnati

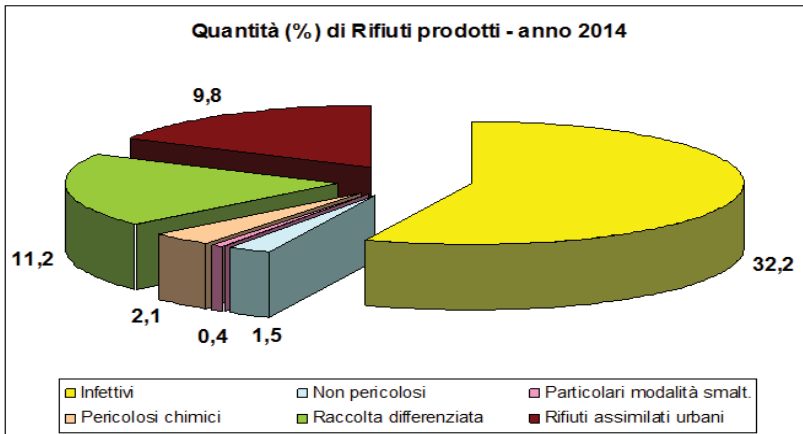
Rifiuti Sanitari	Rifiuti Sanitari	Rifiuti Sanitari	Rifiuti Sanitari	Rifiuti Sanitari
“Assimilati ai Rifiuti Urbani”	“Non Pericolosi”	“Pericolosi non a Rischio Infettivo (Rischio Chimico)”	“Pericolosi a Rischio Infettivo”	“Che Richiedono Particolari Modalità di Smaltimento”

E' strategica la scelta di utilizzare il codice-colore per l'identificazione delle diverse tipologie di rifiuto, colore che identifica anche le specifiche Istruzioni Operative redatte per ciascuna tipologia di rifiuto, a sostegno della corretta modalità di selezione e raccolta da parte dei produttori iniziali.

In particolare, l'Istruzione Operativa per la gestione dei rifiuti provenienti da pazienti sottoposti a procedure di Medicina Nucleare è stata il riferimento per la stesura di uno specifico capitolo all'interno delle Linee Guida per

la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, deliberate con DGR 1155/2009. Sono stati prodotti, ad integrazione e rinforzo di Procedura e Istruzioni, una guida corredata da immagini fotografiche (POSTER) di tutte le tipologie dei contenitori disponibili in Azienda per la raccolta dei rifiuti e specifiche indicazioni e un Poster mirato alla raccolta dei rifiuti assimilati agli urbani a raccolta indifferenziata.

Figura 2.5 - Distribuzione % della quantità (Kg) dei rifiuti prodotti per tipologia (anno 2014).  
1.590t totali



Fonte Aziendale

#### PRODUZIONE DEI RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (RPRI)

I dati di produzione di RPRI nel periodo 2007-2014 confermano l'efficacia delle azioni di miglioramento messe in atto in Azienda per quanto riguarda la FASE 1 del progetto di miglioramento, avviata nel 2007 e conclusa nel 2009.

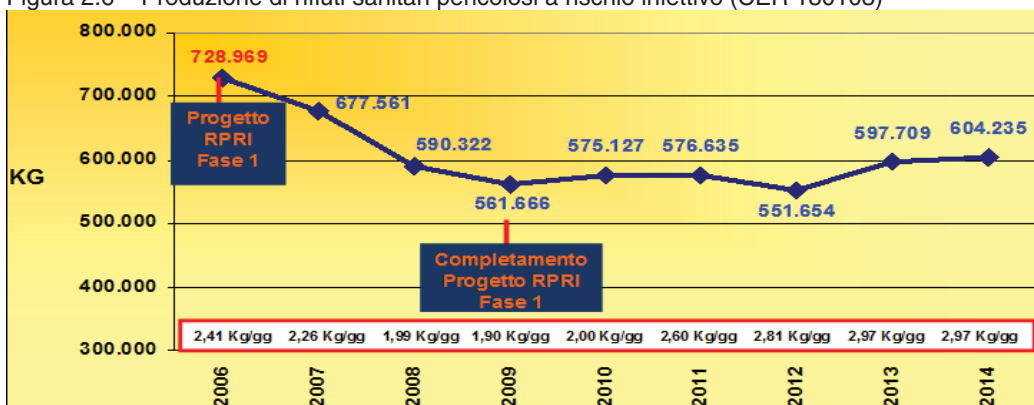
Per la FASE 1 la Struttura di Igiene Ospedaliera ha individuato e sostenuto l'implementazione degli interventi di miglioramento di questo processo, che possono essere sintetizzati in 6 azioni fondamentali:

1. utilizzo contenitori pluriuso invece di monouso;
2. utilizzo di tessuto sterile in materiale tecnico pluriuso (TTR) per camici e coperture di sala operatoria, mixato a pezzi particolari in monouso (90% TTR-10% TNT);
3. informazione, formazione e addestramento del personale;
4. conferimento di pannolini, pannoloni e traverse nel rifiuto sanitario assimilato al rifiuto urbano, invece che nei rifiuti pericolosi;
5. interventi specifici sulle diverse aree assistenziali di degenza, ambulatoriali e blocchi operatori;
6. attivazione-potenziamento raccolta differenziata;

Fase 2 (Non ancora avviata)

1. svuotamento sacche delle urine.

Figura 2.6 – Produzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 180103)



Fonte aziendale

La produzione dal 2010 al 2014 è sostanzialmente in fase di plateau per la non implementazione della FASE 2. Si deve registrare comunque che dal 2010 vi è una lieve tendenza all'incremento della produzione che, dall'analisi di processo e di contesto, può essere attribuita a:

- sono più che quadruplicati i pazienti con alert organism (gestione in isolamento spaziale);
- diminuzione negli anni delle giornate di degenza.
- incremento attività per outpatient (es. chirurgia ambulatoriale, day service).

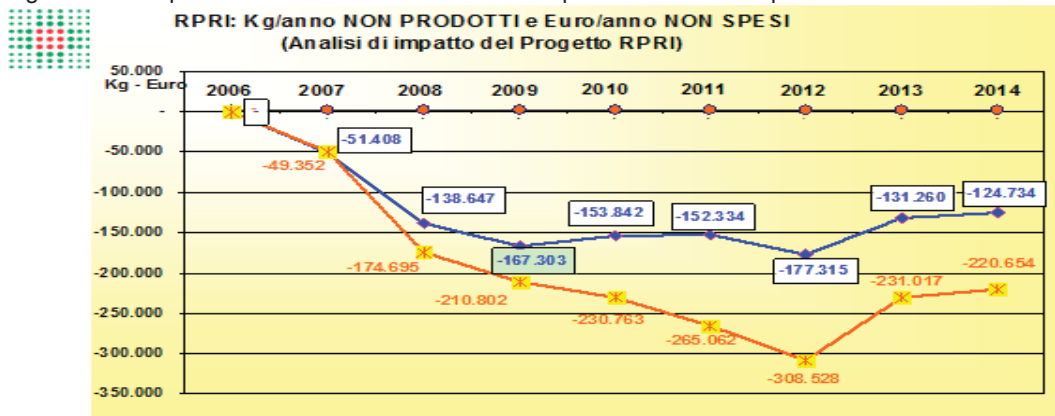
E' possibile calcolare il risparmio ottenuto dalla riduzione della produzione rispetto al costo sostenuto nell'anno indice 2006:

- 49.352 euro nel 2007
- 174.695 euro nel 2008
- 210.802 euro nel 2009
- 230.461 euro nel 2010
- 265.062 euro nel 2011
- 308.528 euro nel 2012
- 231.017 euro nel 2013
- 220.654 euro nel 2014

per un totale di 1.663.571 non spesi nel periodo 2007-2014.

La prova di utilizzo di un'apparecchiatura aspiraliquidi in azienda è stata effettuata nel 2011, per verificarne l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza e la facilità dell'utilizzo. La simulazione di impatto dell'introduzione di questa apparecchiatura sulla riduzione della produzione dei RPRI è presentata nella figura seguente.

Figura 2.7 - Risparmio ottenuto dalla riduzione della produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo



**Progetto RPRI - Fase 2:**  
**Svuotamento Sacche per urine**  
**valutazione di impatto sulla produzione RPRI:**  
**- 180 t /anno di RPRI = - 312.000 euro/anno**

● Kg non prodotti  
 ● Euro non spesi

Fonte aziendale

## PRODUZIONE DEI RIFIUTI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO (RPNRI)

La maggior parte dei rifiuti appartenenti a questa categoria sono prodotti nelle attività di laboratorio, anatomia patologica, manutenzione delle cappe chimiche e dallo smaltimento di apparecchiature.

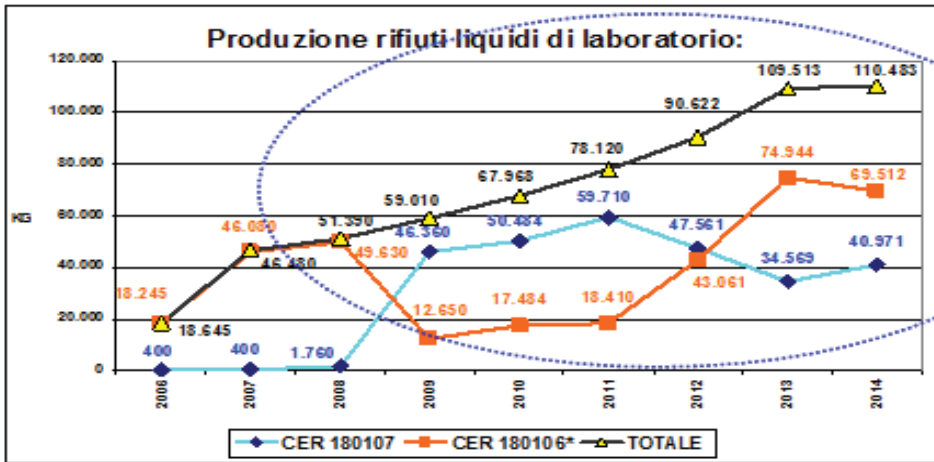
L'Azienda rappresenta il riferimento provinciale per le attività di Laboratorio analisi chimico-cliniche, Microbiologia, Anatomia Patologica, Genetica, Endocrinologia, Immunoematologia e Trasfusionale, Fisiopatologia della Coagulazione, pertanto la produzione negli anni è incrementata.

Cogliendo l'occasione della progettazione e costruzione dell'edificio "laboratori" presso la nuova struttura ospedaliera che ha sostituito l'attuale stabilimento cittadino, nel 2008-2009 è stata effettuata la mappatura, revisione, riclassificazione e declassificazione delle sostanze impiegate e dei liquidi di processo per ciascuna linea di produzione, intervenendo sui versanti della sicurezza impiantistica, di processo e di esito.

Dopo una prima fase di assestamento nella gestione dell'impiantistica del nuovo edificio dei laboratori, nel 2014

si è osservata una riduzione del codice 180106 (rifiuti sanitari non pericolosi) e una ripresa della produzione del codice specchio 180107 (rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo), come dimostra il trend relativo all'anno 2014

Figura 2.8 - Produzione di rifiuti liquidi di laboratorio

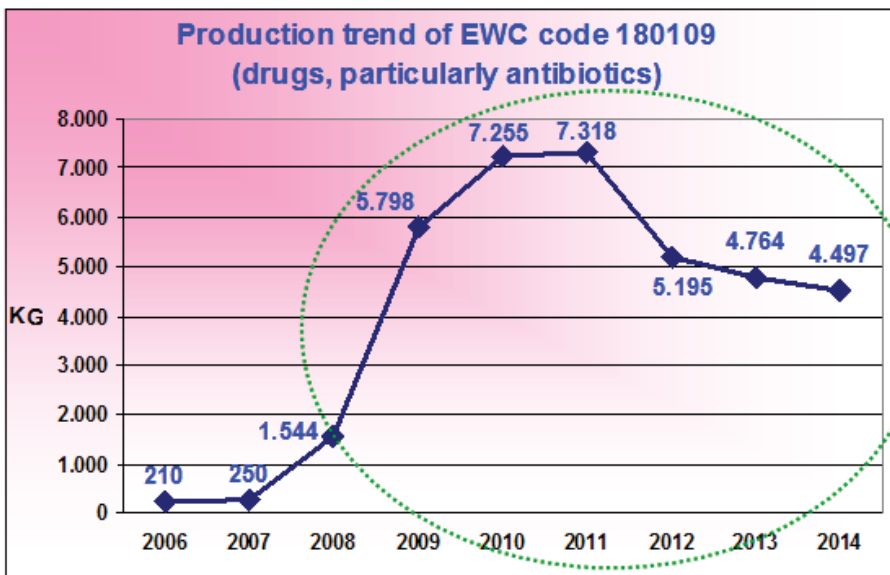


Fonte aziendale

PRODUZIONE DEL CODICE CER 180109 - MEDICINALI DIVERSI DA QUELLI DI CUI ALLA VOCE 180108 (FARMACI E PRODOTTI DI FARMACIA)

La raccolta di questi rifiuti è stata avviata per ridurre l'impatto ambientale dovuto all'immissione nell'ambiente in particolare di farmaci antibiotici. La campagna aziendale di miglioramento nella gestione delle scadenze e dell'utilizzo appropriato su tali prodotti, iniziata negli anni precedenti, dal 2013 ha determinato il decremento della produzione di questa tipologia di rifiuti.

Figura 2.9 - Trend di produzione del codice CER 180109 Medicinali diversi da quelli di cui alla voce 180108 (farmaci e prodotti di farmacia)



Fonte aziendale

Per quanto riguarda la raccolta differenziata finalizzata al recupero, già da anni l'Azienda è impegnata su questo ambito di attività.

In base alla conoscenza sulla produzione di rifiuti dell'Azienda, con la consapevolezza che è possibile contribuire in maniera ancora più rilevante se viene effettuata una accurata selezione e classificazione dei rifiuti "porta a porta", il 26 aprile 2010 l'Azienda ha stilato un Accordo Ambientale Volontario per la raccolta differenziata dei rifiuti assimilati agli urbani con HERA s.p.a. e Provincia di Ferrara – ATERSIR. Questa nuova collaborazione ha consentito di introdurre la raccolta "porta a porta" di carta e cartone, l'avvio della nuova raccolta differenziata della plastica e di potenziare la raccolta di pile alcaline, toner e umido. HERA s.p.a. supporta l'Azienda con la fornitura gratuita di ecobox e sacchi che sono stati distribuiti in maniera capillare in ogni Unità Operativa e Servizio. Inoltre, riconoscendo l'impegno e l'attenzione dell'Azienda per una gestione virtuosa dei rifiuti, nello sviluppo del progetto, sono previste ulteriori facilitazioni economiche e operative, tra le quali lo sconto sulla Tariffa di Igiene Ambientale.

Il progetto, iniziato in fase sperimentale nel 2009, è diventato elemento stabile nella gestione dei rifiuti dell'Azienda dal 2010 e ha avuto il suo massimo sviluppo presso il nuovo ospedale di Cona.

Questo accordo rappresenta una delle prime esperienze di definizione di Accordi locali fra Aziende Sanitarie e Aziende di Servizio per la raccolta dei rifiuti urbani ed assimilati, mirato ad incrementare la raccolta differenziata e il recupero degli stessi, in una logica di evidente attenzione alle politiche ambientali del territorio e di sinergico approccio sistemico alla gestione ambientale per uno sviluppo sostenibile.

Un approccio orientato alla gestione ambientale promuove la motivazione fra i dipendenti, valorizza l'immagine e rafforza il consenso e le relazioni con la comunità, infonde consapevolezza e coscienza ambientale.

Tra i risultati ottenuti:

Tabella 2.21 – Raccolta differenziata dei rifiuti inviati a recupero

TIPOLOGIA RIFIUTO	Tonnellate raccolte (periodo 2006-2014)
Carta e cartone	1.120
Vetro bianco	601
Plastica	144

Dal 2012 viene calcolata la percentuale di rifiuti assimilati agli urbani a raccolta differenziata sul totale dei rifiuti assimilati agli urbani. Standard di riferimento è rappresentato dal 50% come da Direttiva 2008/98/CE del Parlamento e del Consiglio europeo art.11, comma 2, lettera a), che è passata dal 41% del 2012 e 2013 al 52% del 2014.

## 2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza

### 2.3.1 Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

#### *Attività di screening*

Il contributo aziendale all'attività di screening è ben consolidato. In particolare l'Azienda anche per il 2013 ha assicurato:

- La gestione dei flussi informativi;
- La continuità e l'integrazione multidisciplinare dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti alla positività del test;
- La gestione dei registri tumori di popolazione. Il registro della provincia di Ferrara è attivo dal 1989 e produce dati epidemiologici sulla diffusione dei tumori nel territorio provinciale dal 1991.

#### *Lo screening del cancro della mammella*

Per quanto riguarda l'attività relativa a tale screening, i contratti di fornitura stipulati con l'azienda committente hanno previsto, fino al 2009, che l'Azienda Ospedaliera effettuasse esami mammografici, approfondimenti dia-



agnostici di primo e secondo livello e risonanze magnetiche per la popolazione compresa tra i 45 e i 74 anni. Dal 2010 il contratto prevede che mammografie e approfondimenti diagnostici di primo livello siano svolti dall'Azienda USL di Ferrara, riservando all'Azienda unicamente gli esami di secondo livello e le risonanze magnetiche richieste dal caso.

A partire dall'autunno 2013 l'equipe radiologica dedicata alla Senologia è stata inglobata in un unico pool interaziendale comprendente radiologi dedicati alla senologia sia di questa Azienda (20%), che dell'Azienda AUSL (80%) che si occupa dell'attività diagnostica rivolta sia ai pazienti ambulatoriali che in screening erogando tutte le prestazioni necessarie e concentrando le procedure interventistiche nella sede di Cona (vedasi PDTA della mammella recentemente definito).

Per quanto sopra esposto si ritiene opportuno considerare i dati a partire dal 1 gennaio 2013 al 31 dicembre 2013, mantenendo tale cadenza anche per i periodi successivi fino alla scadenza del triennio.

Tabella 2.22 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro della mammella

	2013	2014
AGOBIOPSIA MAMMARIA ECOGUIDATA	85	162
ASPIRAZIONE ECOGUIDATA CISTI MAMMELLA	5	
ECOGRAFIA MONOLATERALE	2	
ECOGRAFIA BILATERALE	3	3
RM MAMMELLA SENZA/CON CONTR.	3	14
BIOPSIE PERCUTANEE VACUUM-ASSISTED		10
RX AGGIUNTIVI DI SCREENING	1	6
RX VACUUM ASSISTED BIOPSY IN STEREOTASSI	21	31
VACUUM ASSISTED BIOPSY ECOGUIDATA MONOLATERALE	7	
TOTALE PRESTAZIONI PER SCREENING	127	226

Fonte aziendale

#### *Lo screening del cancro del collo dell'utero*

L'attività citologica di primo livello risulta tendenzialmente stabile nel corso degli anni, con piccole variazioni legate principalmente alle classi d'età che vengono invitate. La diagnostica molecolare, con il test HPV alto rischio (che ha contribuito a migliorare la specificità del Pap test) è, sostanzialmente stabile.

Il test HPV alto rischio viene eseguito, come da protocollo Regionale:

- sui Pap Test di 1° livello con citologia ASCUS
- nei follow-up di lesioni precancerose CIN2 +.
- Nelle lesioni di basso grado (LSIL) persistenti principalmente su richiesta del colposcopista di 2° livello.

Lo sviluppo delle tecniche di diagnostica molecolare, integrata al Pap-test in strato sottile, ha determinato una forte riduzione delle citologie dubbie, con casi sempre più selezionati che vengono inviati al 2° livello screening, e con VPP per lesioni precancerose di alto grado, sempre molto superiori ai valori di riferimento Regionali e Nazionali.

L'utilizzo delle tecniche di diagnostica molecolare, che individua una popolazione di donne (HPV positive) più a rischio per lo sviluppo dei precursori del carcinoma della cervice uterina, indissolubilmente legata alla diagnostica citologica di alto livello, per individuare una reale lesione precancerosa ha portato a un più accurato ricorso alla colposcopia.

Tabella 2.23 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro del collo dell'utero

	2012	2013	2014
ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE PAP TEST SU STRATO SOTTILE PER SCREENING	27.939	27.019	26.611
TEST HPV-DNA ALTO RISCHIO	1.307	1.156	1.091

Fonte aziendale

### Lo screening del cancro del colon-retto

Da recenti osservazioni epidemiologiche effettuate a livello provinciale è emerso che sono aumentati al 6% i test RSO positivi che, per definizione, determinano l'esecuzione dell'indagine di approfondimento.

Nell'anno 2014 le prestazioni per attività di screening di secondo livello della nostra Azienda hanno subito un aumento rispetto ai due anni precedenti.

Sono infatti aumentate, rispetto al 2013, sia le visite gastroenterologiche sia le colonscopie operative (colonscopie con polipectomia e colonscopia con tecnica di mucosectomia che necessitano di emostasi con clips).

Tabella 2.24 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro del colon-retto

	2012	2013	2014
COLONSCOPIA PARZIALE ESPLORATIVA	1	1	1
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	380	340	394
PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA/COLONSCOPIA	9		
COLONSCOPIA CON BIOPSIA (ESCLUSO ESAME ISTOLOGICO)	75	81	69
COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA	156	199	179
COLONSCOPIA PARZIALE CON POLIPECTOMIA	13	11	8
TRATTAMENTO LASER X LESIONE INTESTINO CRASSO	7	3	2
ECOENDOSCOPIA DEL COLON			1
ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA	3	2	3
VISITA GASTROENTEROLOGICA BREVE (CONTROLLO)	35	565	704
EMOSTASI COMPRESSIVA	16	25	14
EMOSTASI CON CLIPS	13	21	55
TATUAGGIO COLON	25	33	27
COLONSCOPIA/ILEOSCOPIA RETROGR.	1	5	5
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	1		
BIOPSIA TENUE (ESCLUSO ESAME ISTOLOGICO)		1	1
<b>TOTALE</b>	<b>735</b>	<b>1.287</b>	<b>1.463</b>

Fonte aziendale

### 2.3.2 Assistenza distrettuale

#### Assistenza farmaceutica

##### Erogazione diretta

Nel 2014 l'importo totale (costo ospedaliero) di distribuzione diretta da parte della Farmacia dell'Azienda ai pazienti residenti nella provincia di Ferrara è aumentato di oltre 1.500.000 euro, pari a circa il 10% del costo 2013. Tale incremento è in particolare da attribuire ai farmaci oncoematologici orali (everolimus, lenalidomide, vemurafenib, abiraterone, crizotinib) classificati in fascia H, ad un nuovo farmaco per la fibrosi polmonare (pirfenidone) e per la sclerosi multipla (fingolimod) e ai nuovi farmaci per l'Epatite C classificati in fascia A.

L'incremento per i farmaci di classe A, di cui i più rilevanti dal punto di vista economico sono i medicinali ad alto costo e del PHT, nell'anno 2014 rispetto al 2013 è stato di oltre 400.000€ (costo ospedaliero).

Da segnalare un incremento del numero di accessi di circa il 4,3 %, che passano da 85.652 (2013) ad oltre 89.000 nel 2014.

Entrando nel merito delle tipologie di erogazione, le variazioni più significative che hanno determinato gli effetti sui costi (calcolati sul prezzo al pubblico) riguardano:

(1): calo e aumento stimato sul prezzo al pubblico medicinali Alto Costo /PHT. eritropoietina alfa + 37.000€ , eritropoietina beta - 28.000 €, epoetina zeta + 166.000€, darbepoetina alfa -17.000€, omalizumab + 198.000€ ( modifica della modalità di erogazione), filgrastim biosimilare -84.000€, interferone alfa 2A peghilato -22.000 € ,

interferone alfa 2B peghilato - 67.000 €, antipsicotici atipici (olanzapina, aripiprazolo, quetiapina, risperidone, paliperidone, ziprasidone) - 192.000€, fingolimod + 234.000€, farmaci Nota 65 (IFN beta e glatilamer per sclerosi multipla) -37.000 €, octreotide rilascio prolungato - 69.000€, farmaci Nota 74 -33.000 €, farmaci ipertensione polmonare -123.000 €, ranolazina +48.000 €, ticagrelor + 66.000€, teriparatide + 83.000€, denosumab + 32.000€, liraglutide +28.000€, insulina glargine + 82.000€, insulina detemir +37.000€, rivaroxaban +34.000€, ivabradina + 43.000€, prasugrel -19.000€

(2): calo e aumento stimato sul prezzo al pubblico medicinali Alto Costo Classe A /PHT ex H/Osp2. deferasiroxo +301.000 €, deferiprone + 69.000€, entecavir +40.000 €, imatinib -53.000€, vinorelbina bitartrato +55.000€, telaprevir +130.000€, boceprevir +132.000€ ( nuovi farmaci epatite c), ribavirina - 43.000€, capecitabina -39.000€

(3): calo e aumento stimato sul prezzo al pubblico medicinali dispensati dopo visita specialistica ambulatoriale: farmaci nota 85 -97.000€, enoxaparina +61.000 € ( attivazione DPC per dosaggio 4000 UI), parnaparina - 18.000€(attivazione dpc nel 2013), fondaparinux +12.000 €

(4): calo e aumento stimato sul prezzo al pubblico medicinali classe H: sunitinib +6.000 €, sorafenib +20.000 €, everolimus +312.000€(approvazione di nuove indicazioni terapeutiche), pazopanib -66.000€, axitinib + 59.000€, vemurafenib +212.000€, nilotinib -163.000 €, dasatinib +53.000€, delta-9- tetraidrocannabinolo/cannabidiolo +100.000€, erlotinib +34.000 €, gefitinib+36.000 €,crizotinib +130.000€, fulvestrant +77.000 €, lapatinib -7.000€ , lenalidomide +269.000€, etanercept +32.000€, adalimumab +116.000 €.golimumab + 36.000 €, abatacept +54.000€, abiraterone +166.000€, pifrenidone +159.000€, farmaci antiretrovirali:atripla + 50.000€, truvada +7.000 €, prezista +77.000 € kivexa +215.000€, isentress +50.000 €, eviplera +98.000€, intelence +50.000€, combivir -46.000€, efavirenz - 49.000€, celsentri - 31.000€, atazanavir -25.000€, nevirapina - 24.000€, kaletra -23.000€

Tabella 2.25 – Erogazione diretta: confronto 2013-2014

	EROGATO ANNO 2013		EROGATO ANNO 2014			D 2014 vs 2013 costo ospedaliero	D% vs. 2013 costo ospedaliero	D 2014 vs 2013 costo al pubblico	D% vs. 2013 costo al pubblico
	Costo Ospedaliero	Costo al pubblico	Risparmio	Costo Ospedaliero	Costo al pubblico				
<b>Farmaci dopo dimissioni Ricovero</b>	164.180	603.267	468.495	178.322	646.817	14.143	<b>8,6</b>	43.550	<b>7,22</b>
<b>Farmaci Alto Costo (PHT) (1)</b>	5.738.243	12.099.772	6.522.169	5.939.743	12.461.911	201.500	<b>3,5</b>	362.139	<b>2,99</b>
<b>Farmaci Alto Costo classe A (PHT) ex H/Osp2(anno 2010 inclusi in classe H/osp2) Ferrara (2)</b>	2.553.371	4.600.669	2.097.779	2.765.978	4.863.757	212.607	<b>8,3</b>	263.089	<b>5,72</b>
<b>Farmaci Alto Costo/ PHT</b>	<b>8.291.614</b>	<b>16.700.440</b>	<b>8.619.948</b>	<b>8.705.721</b>	<b>17.325.669</b>	<b>414.107</b>	<b>5,0</b>	<b>625.228</b>	<b>3,74</b>
<b>Farmaci dopo visita spec.ambulatoriale (3)</b>	1.333.114	2.922.538	1.731.596	1.519.464	3.251.060	186.349	<b>14,0</b>	328.522	<b>11,24</b>
<b>Farmaci cittadini stranieri</b>	61.834	117.386	28.942	37.012	65.955	-24.822	<b>-40,1</b>	-51.431	<b>-43,81</b>
<b>Totale</b>	<b>9.850.742</b>	<b>20.343.632</b>	<b>10.848.981</b>	<b>10.440.519</b>	<b>21.289.500</b>	<b>589.777</b>	<b>6,0</b>	<b>945.868</b>	<b>4,65</b>
<b>Classe H/ Osp2 paz. Ferrara (4)</b>	6.781.660	11.031.854	5.088.662	7.775.811	12.864.473	994.151	<b>14,7</b>	1.832.618	<b>16,61</b>
<b>Totale con Farmaci Classe H</b>	<b>16.632.402</b>	<b>31.375.486</b>	<b>15.937.643</b>	<b>18.216.330</b>	<b>34.153.973</b>	<b>1.583.928</b>	<b>9,5</b>	<b>2.778.487</b>	<b>8,86</b>

Le tabelle successive mostrano la produzione erogata nell'ultimo triennio. I dati del 2014 non sono confrontabili con quelle degli anni precedenti perchè il fornitore dell'informazione (RER) ha modificato i criteri di inclusione del dato.

Tabella 2.26 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2014

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	41.308	2,0	2.713.760	7,9
	D2-D.Strument. no radiaz.	100.456	4,7	4.162.406	12,2
	D3-Biopsia	3.933	0,2	219.869	0,6
	D9-Altra diagnostica	15.210	0,7	284.646	0,8
	Totale	160.907	7,6	7.380.681	21,6
Laboratorio	L1-Prelievi	167.858	7,9	504.449	1,5
	L2-Chimica clinica	1.092.316	51,6	5.020.550	14,7
	L3-Ematologia/coagulaz.	212.902	10,1	819.829	2,4
	L4-Immunoemat.e trasfusione.	2.739	0,1	22.035	0,1
	L5-Microbiologia/virologia	71.249	3,4	816.092	2,4
	L6-Anatomia ed ist.patol.	12.549	0,6	429.540	1,3
	L7-Genetica/citogen.	15.779	0,7	4.371.682	12,8
	Totale	1.575.392	74,4	11.984.176	35,1
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	5.899	0,3	61.163	0,2
	R2-Riab e Ried Funzionale	15.082	0,7	135.126	0,4
	R3-Terapia Fisica	3.268	0,2	19.903	0,1
	R9-Altra riabilitazione	3.879	0,2	43.363	0,1
	Totale	28.128	1,3	259.554	0,8
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	32.714	1,5	2.779.787	8,1
	T2-Dialisi	30.879	1,5	3.965.773	11,6
	T3-Odontoiatria	2.934	0,1	139.757	0,4
	T4-Trasfusioni	2.410	0,1	332.563	1,0
	T5-Chirurgia ambulatoriale	8.659	0,4	1.997.997	5,8
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	21.526	1,0	253.643	0,7
	Totale	99.122	4,7	9.469.520	27,7
Visite	V1-Prima visita	101.467	4,8	2.347.733	6,9
	V2-Visita di controllo	152.366	7,2	2.742.588	8,0
	Totale	253.833	12,0	5.090.321	14,9
<b>TOTALE AZIENDALE</b>		<b>2.117.382</b>	<b>100,0</b>	<b>34.184.252</b>	<b>100</b>

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.27 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2013

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	41.979	1,42	2.599.378	6,71
	D2-D.Strument. no radiaz.	97.931	3,31	3.925.804	10,14
	D3-Biopsia	4.411	0,15	294.172	0,76
	D9-Altra diagnostica	17.854	0,60	358.034	0,92
	Totale	162.175	5,47	7.177.388	18,54
Laboratorio	L1-Prelievi	221.858	7,49	666.310	1,72
	L2-Chimica clinica	1.692.045	57,10	7.358.377	19,01
	L3-Ematologia/coagulaz.	319.519	10,78	1.187.974	3,07
	L4-Immunoemat.e trasfusione.	3.591	0,12	29.073	0,08
	L5-Microbiologia/virologia	120.790	4,08	1.351.590	3,49
	L6-Anatomia ed ist.patol.	26.114	0,88	875.955	2,26
	L7-Genetica/citogen.	24.846	0,84	4.823.214	12,46
	Totale	2.408.763	81,29	16.292.492	42,08
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	6.158	0,21	63.490	0,16
	R2-RRF	26.135	0,88	201.673	0,52
	R3-Terapia Fisica	3.497	0,12	20.159	0,05
	R9-Altra riabilitazione	3.826	0,13	42.144	0,11
	Totale	39.616	1,34	327.465	0,85
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	30.618	1,03	2.623.026	6,78
	T2-Dialisi	29.963	1,01	3.996.428	10,32
	T3-Odontoiatria	1.914	0,06	99.716	0,26
	T4-Trasfusioni	2.337	0,08	315.075	0,81
	T5-Chirurgia ambulatoriale	8.882	0,30	1.932.736	4,99
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	21.844	0,74	254.573	0,66
	Totale	95.558	3,22	9.221.555	23,82
Visite	V1-Prima visita	110.800	3,74	3.049.028	7,88
	V2-Visita di controllo	146.161	4,93	2.647.086	6,84
	Totale	256.961	8,67	5.696.114	14,71
<b>TOTALE AZIENDALE</b>		<b>2.963.073</b>	<b>100</b>	<b>38.715.014</b>	<b>100</b>

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.28 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2012

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	38.902	0,96	2.460.783	5,59
	D2-D.Strument. no radiaz.	91.526	2,26	3.509.457	7,98
	D3-Biopsia	4.389	0,11	337.154	0,77
	D9-Altra diagnostica	15.891	0,39	319.635	0,73
	Totale	150.708	3,72	6.627.029	15,07
Laboratorio	L1-Prelievi	319.211	7,88	950.386	2,16
	L2-Chimica clinica	2.492.656	61,5	10.739.793	24,42
	L3-Ematologia/coagulaz.	444.373	10,96	1.627.174	3,7
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	4.769	0,12	38.065	0,09
	L5-Microbiologia/virologia	147.279	3,63	1.603.814	3,65
	L6-Anatomia ed ist.patol.	32.385	0,8	991.823	2,26
	L7-Genetica/citogen.	50.329	1,24	5.023.086	11,42
	Totale	3.491.002	86,13	20.974.141	47,69
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	6.057	0,15	67.784	0,15
	R2-RRF	27.340	0,67	217.397	0,49
	R3-Terapia Fisica	3.726	0,09	24.394	0,06
	R9-Altra riabilitazione	3.540	0,09	37.060	0,08
	Totale	40.663	1	346.635	0,79
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	31.155	0,77	2.586.863	5,88
	T2-Dialisi	32.440	0,8	4.618.122	10,5
	T3-Odontoiatria	2.284	0,06	115.085	0,26
	T4-Trasfusioni	2.375	0,06	312.028	0,71
	T5-Chirurgia ambulatoriale	8.546	0,21	1.841.054	4,19
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	21.671	0,53	250.567	0,57
	Totale	98.471	2,43	9.723.719	22,11
Visite	V1-Prima visita	124.153	3,06	3.621.661	8,23
	V2-Visita di controllo	148.108	3,65	2.689.635	6,12
	Totale	272.261	6,72	6.311.296	14,35
<b>TOTALE AZIENDALE</b>		<b>4.053.105</b>	<b>100</b>	<b>43.982.819</b>	<b>100</b>

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Dal 2012 le prestazioni critiche oggetto di monitoraggio regionale, hanno mostrato un sensibile incremento della percentuale e del relativo valore economico sulla produzione totale erogata in provincia. Tale risultato è in larga misura frutto dei processi di condivisione e collaborazione strategica tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Azienda AUSL nei processi di revisione dei volumi di prestazioni in relazione all'entità della domanda.

Tabella 2.29 - Valore e volumi prestazionali per prestazioni critiche

	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
<b>2014</b>	103.037	27,0%	3.988.347	26,1%
<b>2013</b>	101.244	26,9%	3.666.774	23,9%
<b>2012</b>	106.205	26,5%	3.579.752	21,9%
<b>2011</b>	93.499	28,2%	3.104.881	24,7%
<b>2010</b>	101.815	29,5%	3.387.079	28,6%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Nel 2014 l'attività libero professionale ha avuto una riduzione, sulla quale ha inciso il calo delle prestazioni nel settore chirurgico specialistico, nella diagnostica per immagini e nel settore neuroscienze.

Tabella 2.30 - Attività Libero Professionale suddivisa per dipartimenti ad attività Integrata

	2012		2013		2014	
	N	IMPORTO	N	IMPORTO	N	IMPORTO
Dipartimento Chirurgico	6.271	831.185	6.313	866.108	5.502	776.017
Dipartimento Chirurgico Specialistico	8.396	1.203.834	8.126	1.213.212	7.408	1.034.642
Dipartimento Emergenza	3.972	353.979	4.070	370.661	4.393	391.466
Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio	4.195	441.801	4.622	510.061	4.086	426.013
Dipartimento Medico	2.367	277.070	2.238	282.716	2.408	311.250
Dipartimento Medico Specialistico	5.996	673.786	5.927	697.773	5.757	685.749
Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione	5.182	637.102	4.263	530.529	3.349	447.984
Dipartimento Riproduzione e Accrescimento	3.071	396.805	3.165	399.040	3.044	363.062
<b>Totale</b>	<b>39.450</b>	<b>4.815.562</b>	<b>38.724</b>	<b>4.870.100</b>	<b>35.947</b>	<b>4.436.185</b>

Fonte aziendale

### *Il day service ambulatoriale*

Nel 2014 la produzione DSA (Day Service Ambulatoriale), ha registrato un aumento del volume complessivo di attività, anche se gli importi sono leggermente diminuiti. Il volume di attività mostra comunque che questo setting assistenziale continua a sostituire il DH inappropriato. Nel 2014 l'importo della produzione di DSA è stato l'8,89% dell'attività ambulatoriale (che comprende la produzione in provincia, extraprovincia, stranieri, pronto soccorso ed esclude paganti, convenzioni, attività libero professionale), a confronto col 9,3% dello scorso anno.

Tabella 2.31 - Day Service Ambulatoriale: confronto tra 2013 e 2014

	2013					2014				
	N. PAC CHIUSI	N. MEDIO ACCESSI	N. PRESTAZ.	IMPORTO TOTALE	IMPORTO MEDIO	N. PAC CHIUSI	N. MEDIO ACCESSI	N. PRESTAZ.	IMPORTO TOTALE	IMPORTO MEDIO
148 -D. Serv Demenze Geriatria	59	3.6	1.989	21.329,55	374,2	66	3.9	2.224	22.619,20	353,43
163 -DH Ematologia	472	3.7	5.883	223.921,80	504,33	525	3.6	9.032	277.103,35	553,1
175 -DH Mal. Infettive	55	3.1	703	4.580,65	86,43	42	4.4	403	4.628,35	136,13
184 -DH Reumatologia	1	26.0	-	-	-					
194 -DH Diabetologia	5	4.2	59	981,05	196,21	4	3.8	49	567,55	141,89
205 -DH nefrologico	1	5.0	64	518,7	518,7	8	9.8	220	1.635,90	327,18
223 -DS Dermatologia	47	8.1	2.166	20.798,30	452,14	64	9.2	3.148	26.886,30	433,65
242 -DH Cl. Neurolog.	6	4.5	85	1.505,30	501,77	39	4.4	698	15.508,45	534,77
292 -DH Talassemia	1	3.0	-	-	-					
293 -DH Pediatria	551	1.9	6.984	75.495,75	142,71	674	2.1	8.028	99.915,60	152,08
303 -DH Chir. Pediatrica	24	2.0	156	2.711,00	129,1	1	1.0	2	61,9	61,9
305 -D. Serv Chir. Pediatrico	787	1.2	2.845	64.067,55	84,19	652	1.1	2.368	52.204,80	81,57
343 -DH Endocrinolog.	533	5.6	13.095	242.850,45	465,23	499	5.6	12.587	234.304,20	482,11
384 -DH Ortopedia	29	1.0	6	1.363,30	681,65	41	1.0	-	-	-
393 -DH Gastroenterol.	160	6.0	2.560	28.769,60	312,71	104	6.2	2.344	36.821,75	438,35
405 -DS Urologia	2	2.0	-	-	-					
424 -D. Serv O.R.L.	32	3.1	208	18.380,50	592,92	136	2.9	645	48.143,35	373,2
426 -DS O.R.L.	46	2.9	247	8.812,30	191,57					
435 -DH Oculist.	2	4.0	11	1.095,05	1.095,05					
43A -FE D. Serv Oculistica	1.803	3.8	15.296	1.649.640,75	976,7	1.861	4.1	3.478	1.351.302,65	870,12
448 -DH Ostetricia	8	2.1	111	1.390,20	198,6	1	2.0	-	-	-
449 -DS Ginecologia	4	19.0	88	1.828,05	457,01					
452 -Malattie Infett. Universitaria DH	39	2.8	415	2.955,85	101,93	22	1.9	274	2.153,30	134,58
492 -DH Oncoematol Pediatrica	233	1.9	5.741	54.722,90	237,93	201	1.7	4.259	40.163,10	208,1
521 -Dh Dip. Medico	243	6.2	5.832	81.625,40	381,43	282	5.8	6.552	105.643,45	431,2
542 -DH Radioterapia Oncologica						1	9.0	2	313,5	313,5
572 -DH Neurologia	163	6.1	2.765	33.131,40	251	181	7.5	3.671	36.020,05	233,9
592 -DH Oncologia	1.002	10.1	120.619	795.555,15	852,69	1.242	10.7	84.115	868.841,80	784,15
727 -Medicina Interna Univ. - D. Serv Demenze	54	4.0	1.879	27.329,10	535,86	68	3.9	2.036	27.715,85	477,86
744 -D. Serv Ostetricia	805	1.6	8.095	245.260,85	316,87	779	1.6	9.193	212.759,95	289,08
747 -D. Serv Ginecologia	205	8.1	3.124	72.273,20	357,79	182	6.5	2.890	57.587,10	329,07
953 -DH Pneumologia	146	4.0	4.162	98.563,95	679,75	153	4.1	3.814	96.655,65	680,67
<b>TOTALE</b>	<b>7.518</b>	<b>4.4</b>	<b>205.188</b>	<b>3.781.457,65</b>	<b>538,36</b>	<b>7.828</b>	<b>4.7</b>	<b>162.032</b>	<b>3.619.557,10</b>	<b>511,45</b>

Fonte aziendale

### Indice di performance delle prestazioni programmabili

Il MAPS si conferma come sistema di monitoraggio ex ante del tempo di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali "critiche", oggetto di monitoraggio ai sensi della DGR 925/2011.

Dal MAPS si evidenzia l'indice di performance per ogni struttura erogante in ambito territoriale, ovvero provinciale.

L'obiettivo congiunto tra le due Aziende della Provincia è stato quello di rinforzare l'offerta CUP delle prestazioni



critiche per le quali l'indice di consumo provinciale risultava inferiore a quello medio regionale. Tale criterio ha di fatto guidato anche la definizione del Piano di intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, avviato, in via sperimentale, da novembre 2014.

Alla luce dei dati derivati dalla rilevazione periodica regionale (MAPS) dei tempi di attesa, le principali azioni messe in campo nel corso dell'anno 2014 sono state le seguenti:

- Modifica della gestione dell'offerta strutturata a CUP, rendendo vincolante sulle agende di prenotazione il rispetto della classe di priorità;
- Revisione delle agende CUP, con distinzione nell'ambito dell'offerta, delle disponibilità per prima visita e per visita di controllo (questo per limitare il fenomeno diffuso dell'occupazione impropria di posti di prima visita da parte di visite di controllo, con inevitabile effetto negativo sulla performance del tempo di attesa);
- Incremento dell'offerta delle prestazioni critiche per le quali si rilevava un indice di consumo inferiore a quello medio regionale;
- Per quanto riguarda l'area della Diagnostica per Immagini (TAC, RMN), gli interventi sono stati orientati prevalentemente all'appropriatezza, secondo quanto previsto dalla delibera DGR 704, con rimodulazione dei volumi offerti su TAC/RMN.

Tabella 2.32 - Indice di performance delle prestazioni programmabili (dati forniti dal sito MAPS della RER alimentato dalla AUSL). Rilevazione MAPS Ottobre 2014

	Off. Sett.		Giorni di attesa		Indice di Performance Prospettico*
	Program.	Urg. Diff.	Media	Mediana	
01 Visita Oculistica	330	19	140.6	115.0	6%
02 Visita Urologica	39	6	134.2	139.0	5%
03 Visita Fisiatrica	33	8	107.4	127.0	18%
04 Visita Endocrinologica	73	8	60.1	41.0	9%
05 Visita Neurologica	54	1	124.1	125.0	10%
06 Visita Ortopedica	85	17	99.8	103.5	14%
07 Visita Oncologica	10	0	58.6	15.0	60%
08 Visita Cardiologica	90	9	131.6	107.0	12%
09 Colonscopia	20	0	158.1	184.0	21%
10 EMG	19	0	129.4	140.0	12%
11 Ecocolordoppler	100	11	263.9	221.0	16%
12 Ecografia Addome	158	0	20.5	13.5	91%
13 Gastroscofia	30	0	38.4	38.0	91%
14 TAC del Capo	20	2	86.4	103.0	18%
15 TAC Addome	27	0	106.4	108.0	33%
16 RMN Cerebrale	11	1	153.3	119.0	43%
17 RMN Addome	2	0	213.0	213.0	0%
18 RMN della Colonna	12	1	89.6	97.0	37%
19 Protesica - Conservativa	10	0	96.4	104.0	9%
22 Visita Ginecologica	8	0	198.8	215.0	0%
23 Visita Dermatologica	75	2	210.7	266.0	13%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	65	0	39.0	36.0	11%
25 Visita Chirurgia Vascolare	30	0	95.8	106.5	13%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	30	2	72.7	105.0	33%
27 TAC Bacino	10	0	106.0	106.0	0%
28 TAC Torace	26	0	108.6	111.0	33%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	53	1	168.0	155.0	4%
36 Elettrocardiogramma Holter	9	1	167.9	162.5	25%
38 Spirometria	4	0	1.0	1.0	100%
40 Visita Gastroenterologica	19	5	188.4	243.0	6%
24 Mammografia	124	6	75.0	17.0	71%
43 Ecografia Capo e Collo	174	0	413.0	361.0	7%
44 Ecografia Ostetrica e Ginecologica	8	0	113.0	106.0	20%

	Off. Sett.		Giorni di attesa		Indice di Performance Prospettico*
	Program.	Urg. Diff.	Media	Mediana	
45 ECG da sforzo	9	1	210.2	231.0	8%
46 RMN Muscoloscheletrica	33	0	69.4	29.0	80%
47 Visita Diabetologica	38	6	34.0	38.0	29%

\* Indice di Performance Prospettico: rapporto percentuale tra il numero dei pazienti prenotati nella settimana di rilevazione con tempo di attesa inferiore agli standard regionali sul totale dei pazienti prenotati nella medesima settimana

Fonte regionale

### Attività di governo clinico in collaborazione con l'Ausl per qualificazione consumi prestazioni specialistiche

#### Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

Nel corso del 2014, le due Aziende Sanitarie ferraresi hanno mantenuto elevata l'attenzione sul tema della Specialistica Ambulatoriale in ambito provinciale, con l'obiettivo di rimodulare l'offerta sulla base del fabbisogno della popolazione di riferimento e della valutazione di appropriatezza di prescrizione e di erogazione, tenendo conto della necessità di rispettare gli standard regionali sui tempi massimi di attesa.

E' stato costituito un Tavolo Interaziendale permanente dedicato alla Specialistica Ambulatoriale, che ha portato alla ridefinizione dell'Accordo di Fornitura in Patto di Fornitura, a significare la sinergia d'azione delle due Aziende Sanitarie.

Target prioritario del Tavolo Interaziendale è stato rappresentato dalle prestazioni ambulatoriali individuate come "critiche" dalla Regione, ovvero sottoposte al monitoraggio periodico (regionale e ministeriale) del tempo di attesa nell'ambito del MAPS.

Il criterio che ha guidato le azioni concordate e definite con il Patto di Fornitura è stato rappresentato dal confronto del tempo di attesa medio provinciale rispetto al tempo di attesa medio regionale, alla luce dell'indice di consumo. Di conseguenza, si è proceduto con il rinforzo dell'offerta delle prestazioni critiche per le quali l'indice di consumo provinciale risultava inferiore a quello medio regionale. In particolare, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha potenziato l'offerta, mediante attivazione di agende di garanzia, per le prestazioni di visita urologica, visita ortopedica, visita cardiologica – ECG holter – test da sforzo, visita dermatologica, visita neurologica ed elettromiografia, visita gastroenterologica, visita endocrinologica, ecocolordoppler e prestazioni di ecografia addome e capo/collo.

La Regione per il 2014 ha deciso di non rendere disponibili per il Bilancio di Missione i dati relativi ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, quindi non è possibile aggiornare la relativa tabella pubblicata negli anni precedenti.

### 2.3.3 Assistenza ospedaliera

#### Struttura dell'Offerta

L'Arcispedale S. Anna assicura il 57,84% della dotazione di posti letto provinciali, percentuale che è ulteriormente incrementata rispetto all'anno precedente a causa della progressiva diminuzione dei posti letto dell'Azienda USL sia rispetto al 2013 che al 2012

Tabella 2.33 - Dotazione posti letto totali (ordinari + DH) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

	Totale posti letto				posti letto/1000 abitanti				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti	LD + Riab.	Recupero e Riab.	LD	Totale
<b>2014</b>	618	80	10	708	1,74	0,25	0,23	0,03	1,99
<b>2013</b>	621	80	10	711	1,73	0,25	0,22	0,03	1,99
<b>2012</b>	624	70	10	704	1,73	0,22	0,19	0,03	1,96

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), [www.regione.emilia-romagna.it/SIS](http://www.regione.emilia-romagna.it/SIS)

Tabella 2.34 - Dotazione posti letto della provincia di Ferrara – Contributo degli erogatori pubblici e privati e confronto con l'offerta regionale

	2011	2012	2013	2014
Posti letto AOU di Ferrara	860	704	711	708
di cui in Lungodegenza-Riabilitazione	97	80	90	90
Posti letto Azienda USL di Ferrara	752	721	600	516
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	174	164	141	103
Posti letto accreditati delle Case di Cura	195	195	191	116
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	75	75	75	75
Posti letto provincia di Ferrara	1.807	1.620	1502	1224
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	346	319	306	193
<b>Dotazione media ogni 1000 abitanti provincia FE</b>	<b>5,02</b>	<b>4,50</b>	<b>4,19</b>	<b>3,98</b>
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,96	0,89	0,85	0,75
Totale posti letto RER	20.493	19.945	19.016	14.224
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	3.911	3.807	3.631	1.831
<b>Dotazione media ogni 1000 abitanti RER</b>	<b>4,62</b>	<b>4,47</b>	<b>4,25</b>	<b>4,21</b>
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,88	0,85	0,81	0,79

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), [www.regione.emilia-romagna.it/SIS](http://www.regione.emilia-romagna.it/SIS)

L'analisi della dotazione posti letto per ogni azienda mostra la distribuzione dei posti letto ordinari e DH sul territorio della regione. Il quadro mostra come la dotazione di Ferrara sia diventata inferiore rispetto al dato regionale.

Tabella 2.35 - Dotazione posti letto nella provincia di Ferrara a confronto con le altre provincie della Regione

Provincia di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti
PIACENZA	4
PARMA	5,0
REGGIO NELL'EMILIA	3,6
MODENA	3,7
BOLOGNA	4,9
FERRARA	4,0
ROMAGNA	4,1
TOTALE	4,3

Fonte regionale

Nella provincia di Ferrara il numero di posti letto si è ridotto notevolmente nel triennio 2011-2013. Nel 2014 non ci sono state sensibili variazioni rispetto al 2013.

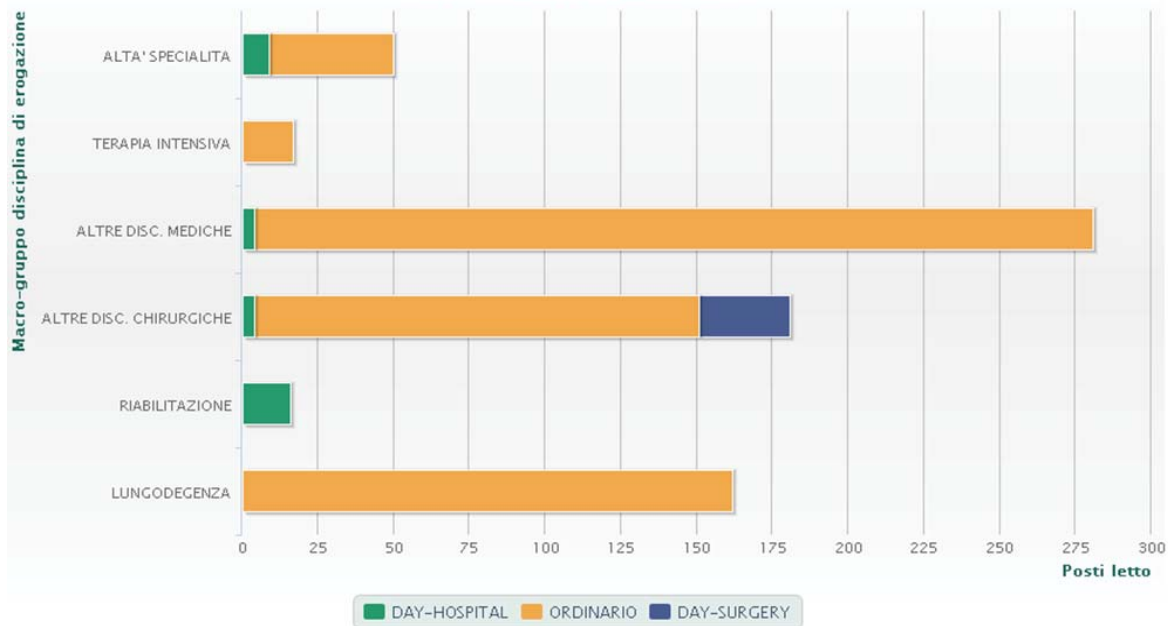
Nel complesso la provincia di Ferrara è in una situazione in cui la dotazione posti letto per 1000 abitanti per acuti e lungodegenti più riabilitazione ha ancora un trend in calo.

Per quanto riguarda le Neuro-Riabilitazione, la dotazione di posti letto ordinari è del tutto in capo all'Azienda Ospedaliera per la presenza del Centro di Riabilitazione San Giorgio, il cui bacino d'utenza di riferimento è a livello nazionale. L'Azienda Ospedaliera Universitaria presenta un'offerta più elevata di posti letto di elevata specialità mentre l'Azienda AUSL presenta un'offerta caratterizzata da una maggior presenza di letti di lungodegenza. Queste caratteristiche rispecchiano differenze nella mission legata in particolare all'impronta Universitaria esercitata nell'Azienda Ospedaliera.

Figura 2.10 - Posti letto per macro-disciplina nell'azienda territoriale e nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Anno 2014

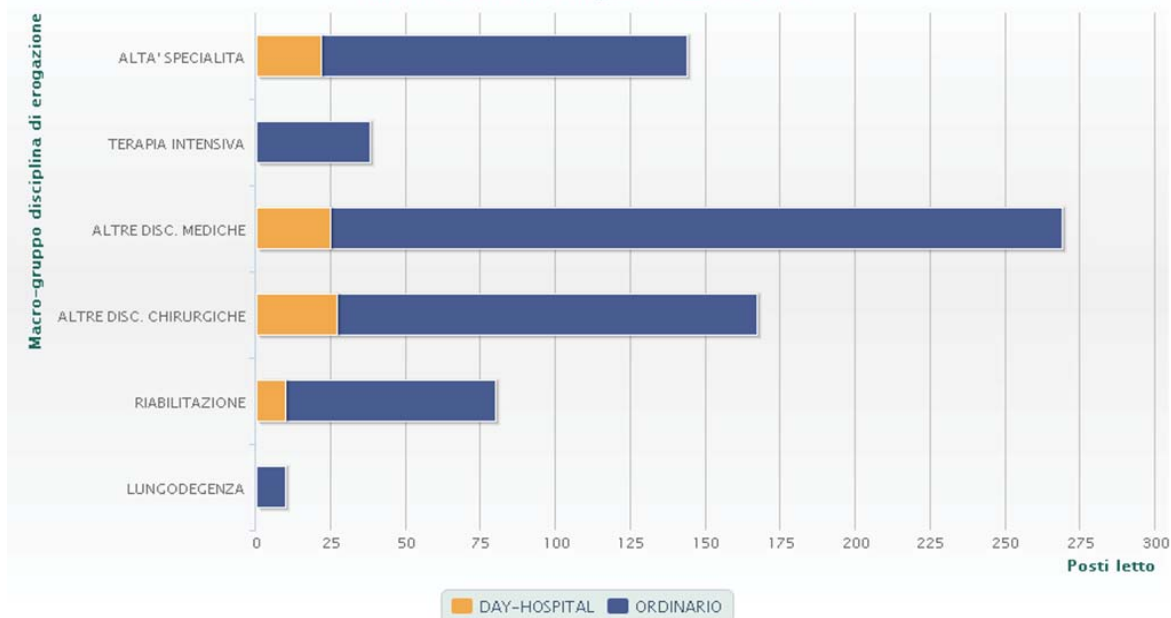
**Posti letto per Regime ricovero e Macro-gruppo disciplina di erogazione**

Anno: 2014, Azienda di erogazione: FERRARA



**Posti letto per Regime ricovero e Macro-gruppo disciplina di erogazione**

Anno: 2014, Azienda di erogazione: AOSPU FERRARA



Fonte regionale

Tabella 2.36 - Posti letto Ordinari per Dipartimento nella Azienda SAnna. Anno 2014

Dipartimenti	DH	ORDINARIO
<b>Chirurgico</b>		
CHIRURGIA GENERALE	2	16
CLINICA CHIRURGICA	2	16
CHIRURGIA URGENZA	0	12
CHIRURGIA VASCOLARE	2	12
UROLOGIA	4	16
<b>Chirurgico Specialistico</b>		
CHIR MAXILLO-FACCIALE	1	5
OCULISTICA	0	6
OTORINOLARINGOIATRIA	4	15
CHIRURGIA PLASTICA	2	5
<b>Emergenza</b>		
CARDIOLOGIA	1	19
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	27
ANESTESIA E RIANIM OSP	0	10
ANESTESIA E RIANIM UNIV	0	6
UNITA' CORONARICA	0	6
MED D'URGENZA	0	14
PNEUMOLOGIA	3	23
<b>Neuroscienze/Riabilitazione</b>		
NEUROCHIRURGIA	1	16
NEUROLOGIA	1	18
CLINICA NEUROLOGICA	1	6
MEDICINA RIABILITATIVA	5	30
UGC	5	40
<b>Accrescimento e Riproduzione</b>		
CHIRURGIA PEDIATRICA	4	8
OSTETRICIA	2	22
GINECOLOGIA	7	8
PEDIATRIA	6	20
NEONATOLOGIA E TIN	0	16
<b>Medico</b>		
GERIATRIA	0	30
MALINFETTIVE	2	12
MALINFETTIVE UNIVERSITARIA	1	4
MEDINTOSPEDALIERA I - II	0	56
IST MEDINT+ CLINMEDICA	0	42
DH INTERNISTICO DIPMED	3	0
GASTROENTEROLOGIA	2	10
ORTOGERIATRIA	0	10
<b>Medico Specialistico</b>		
EMATOLOGIA	4	16
ENDOCRINOLOGIA	3	6
NEFROLOGIA	1	16
DERMATOLOGIA	1	0

Dipartimenti	DH	ORDINARIO
ONCOLOGIA CLINICA	10	20
REUMATOLOGIA	1	10

Fonte regionale

Nel corso del 2014 si è mantenuto il grado di ottimizzazione del livello di organizzazione sui posti letto. L'evidenza del miglioramento di questo livello di efficienza organizzativa è data dalla progressiva riduzione dell'indice di Turnover: il tempo che intercorre tra una dimissione e l'occupazione successiva dello stesso letto è notevolmente diminuito.

Tabella 2.37 - Indicatori di efficienza sui posti letto

	TASSO DI OCCUPAZIONE	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
2014	88,8	38,8	1,1
2013	86,3	37,3	1,3
2012	78,3	34,5	2,3
2011	78,7	35,1	2,2

#### Attività Hub - attuazione del modello Hub & Spoke

Anche per il 2014 le strategie aziendali e le azioni hanno mantenuto il modello organizzativo hub & spoke riferito alle funzioni che ricadono sotto la responsabilità dell'Azienda, e cioè:

- malattie rare e centro di riferimento regionale per la patologia talassemica;
- neuroscienze (neurologia e neurochirurgia);
- riabilitazione dei pazienti con gravi cerebro lesioni (associata alla gestione di un registro regionale sul fenomeno);
- terapia intensiva neonatale;
- genetica medica, con particolare riguardo alla genetica molecolare e alla citogenetica;
- emodinamica (Hub provinciale in collaborazione con la AUSL).

Per quanto concerne i posti letto dal 2007 i dati sono pressoché costanti. L'incremento dell'offerta per la popolazione provinciale, legata ai processi di riorganizzazione dell'intero sistema provinciale, si è verificato parallelamente alla riduzione della percentuale di ricoveri extraprovinciali negli ultimi due anni.

Tabella 2.38 - Posti letto e ricoveri nelle funzioni Hub (valori in %).

	2010	2011	2012	2013	2014
Letti hub ASA	12,80	12,80	14,77	14,63	14,69
Ricoveri RER	14,32	13,40	13,45	13,02	12,43
Ricoveri extra RER	19,80	19,82	20,14	17,75	15,54
<b>Totale mobilità</b>	<b>34,12</b>	<b>33,22</b>	<b>33,59</b>	<b>30,77</b>	<b>27,97</b>

Fonte aziendale

#### Attività Ospedaliera

Nel 2014 il contributo dell'Azienda al tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, per i ricoveri ordinari, si è attestato sul 44,7%. Cala sensibilmente invece per quanto riguarda sia i DH medici che Chirurgici.

Tabella 2.39- Contributo dell'Azienda al tasso di ospedalizzazione standardizzato provinciale – valori percentuali.

	2012	2013	2014
- Ricoveri ordinari	44,0	47,1	44,7
- Day Hospital Medici	66,0	65,1	59,9
- Day Hospital Chirurgici	45,2	44,8	39,7

Il numero di dimissioni ha presentato un incremento con una sostanziale parità di posti letto disponibili ad evidenza di miglioramento organizzativo dell'offerta. E' aumentato anche il numero dei DH determinato dall'aumento dei ricoveri diurni chirurgici.

Tabella 2.40 - Numero di dimessi in regime ordinario e day-hospital.

	Regime Ordinario		Day-Hospital		Totale	
	Totale dimessi	di cui in libera professione	Totale dimessi	di cui in libera professione	Totale dimessi	di cui in libera professione
<b>2014</b>	24.597	120	9.239	13	33.836	133
<b>2013</b>	23.839	86	9.048	31	32.887	117
<b>2012</b>	23.728	91	9.273	1	33.001	92
<b>2011</b>	26.840	88	10.845	30	37.685	118

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Nella diminuzione complessiva dei ricoveri, si registra un sensibile incremento della componente chirurgica nel 2014 rispetto al 2013 e 2012. I ricoveri in Libera professione sono totalmente di tipo chirurgico.

Tabella 2.41 - Numero di casi chirurgici sul totale ricoveri.

	Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale	
	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione
<b>2014</b>	33.836	133	14.212	133	42,0%	100%
<b>2013</b>	32.887	117	13.445	117	40,9%	100%
<b>2012</b>	33.001	92	13.362	91	40,5%	98,9%
<b>2011</b>	37.685	118	16.328	115	43,3%	97,5%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

L'Azienda ha erogato livelli di complessità della casistica sostanzialmente stabili rispetto al 2013. Infatti l'indicatore della complessità dei ricoveri, il peso medio DRG si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 2.42 - Peso medio DRG del ricovero.

	2012	2013	2014
<b>Ordinario</b>	1,26	1,29	1,29
<b>Day Hospital</b>	0,90	0,92	0,93

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La complessità della casistica ricoverata viene misurata attraverso indicatori specifici come il Peso medio DRG (PM) e l'Indice di case mix (ICM). Quest'ultimo mette a confronto la complessità della casistica dell'Azienda, per disciplina esaminata, con la complessità delle altre aziende della Regione sempre per la stessa disciplina. Si genera un rapporto che risulterà tanto maggiore di 1 quanto la complessità della casistica (per una determinata disciplina) risulterà maggiore rispetto ad una media regionale. Nel 61% delle discipline tale rapporto è => 1; questo dato è migliorato rispetto al 2013 in cui era il 40%.

Tabella 2.43 – Dettaglio sul Peso Medio e Indice di Case mix per disciplina nel 2014

	PM	ICM
008 - CARDIOLOGIA	1,6	1,1
009 - CHIRURGIA GENERALE	1,6	1,2
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1,2	0,9
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0,7	0,8
012 - CHIRURGIA PLASTICA	1,1	0,9
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	1,7	1
018 - EMATOLOGIA	3,4	0,8
019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	1	0,9
021 - GERIATRIA	1,1	1
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,3	0,9
026 - MEDICINA GENERALE	1,2	1,1
029 - NEFROLOGIA	1,5	1,1
030 - NEUROCHIRURGIA	2,2	1
032 - NEUROLOGIA	1,4	1,2
034 - OCULISTICA	0,7	0,9
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,7	1,2
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,6	0,9
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	1,1	1,1
039 - PEDIATRIA	0,6	0,9
043 - UROLOGIA	1,1	1,1
049 - TERAPIA INTENSIVA	4,7	1,2
050 - UNITA' CORONARICA	1,8	1,1
051 - ASTANTERIA	0,9	0,9
058 - GASTROENTEROLOGIA	1,2	1,1
064 - ONCOLOGIA	1,3	1
068 - PNEUMOLOGIA	1,7	1,1
071 - REUMATOLOGIA	1,1	0,9
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	2	1,1

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La percentuale di ricoveri ordinari di peso superiore a 2,5 ha avuto una lieve flessione rispetto all'anno precedente; il numero assoluto mantiene un trend incrementale.

Tabella 2.44 - Percentuale di casi ordinari di peso superiore a 2,5

	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
<b>2014</b>	24.597	1.609	6,5%
<b>2013</b>	23.839	1.590	6,7%
<b>2012</b>	23.728	1.513	6,4%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La percentuale di DRG potenzialmente inappropriati di durata maggiore di un giorno oltre la soglia dell'ammissibilità è sensibilmente diminuita rispetto agli anni precedenti. Su questi risultati incide sensibilmente l'azione migliorativa esercitata dal Nucleo Aziendale dei Controlli sanitari (NAC), attraverso l'attività di controllo sull'appropriatezza dei ricoveri infatti sono stati migliorati diversi setting assistenziali.



Tabella 2.45 - DRG ad alto rischio di inapproprietezza

	Dimessi in regime ordinario con DRG potenzialmente inappropriato (*)	Totale dimessi	% casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi
<b>2014</b>	3.816	32.533	11,7
<b>2013</b>	4.614	31.695	14,6
<b>2012</b>	4.609	31.777	14,5

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

\* Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inapproprietezza se erogati in Regime ordinario. Sono esclusi:

- i ricoveri urgenti afferenti ai DRG 65, 131, 133, 134, 142, 184, 208, 243, 281, 282, 294, 324, 326, 395, 426, 427, 467
- i ricoveri per trapianto di cornea (codice di procedura ICD9-CM 11.6\*) afferenti al DRG 42
- i ricoveri afferenti al DRG 262 cod MPR diverso da 85.20 o 85.21
- i ricoveri afferenti ai DRG 160, 162 e 163 erogati in regime ordinario con degenza di un giorno

### *Tempi di attesa pre-ricovero*

Dall'analisi dei tempi di attesa pre-ricovero, relativi alle prestazioni (in regime ordinario e diurno), a carico del SSN, oggetto di monitoraggio ai sensi della DGR 925/2011, si evince che i ricoveri per intervento chirurgico con tempo di attesa mediano superiore a 30 giorni sono, in area oncologica, solo quelli inerenti il tumore della prostata. Rispetto all'anno 2013, emerge quindi un miglioramento della performance nel corso del 2014 per il tumore della mammella.

Secondo la norma regionale, per le prestazioni relative al trattamento di patologie oncologiche il tempo massimo di attesa non deve superare i 30 giorni, mentre per tutte le altre prestazioni il tempo massimo di attesa, espresso attraverso la classe di priorità, deve essere garantito per il 90% dei pazienti.

Da un'analisi approfondita sono emersi gli elementi utili per una lettura complessiva dei dati di attività e in particolare del tempo di attesa per ricovero programmato per pazienti affetti da tumore della prostata, ulteriormente peggiorato nel corso del 2014 ma in linea con le altre realtà ospedaliere regionali.

La presa in carico di questa tipologia di pazienti e la relativa tempistica richiederanno probabilmente una attenta riflessione a livello nazionale: è da valutare se questa casistica sia assimilabile alle altre patologie neoplastiche monitorate in termini di tempi di attesa.

L'attesa dell'intervento per tumore della mammella mostra invece un trend positivo (mediana passata da 48 a 24,5 giorni): l'implementazione a pieno regime del PDTA per questa patologia ha comportato una corretta presa in carico dei pazienti e una migliore gestione del tempo di attesa. Inoltre è stato migliorato in maniera tangibile il processo di informatizzazione, con notevoli agevolazioni nella gestione della lista di attesa.

Tabella 2.46 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia/intervento oggetto di monitoraggio secondo l'accordo Stato-Regioni – Anno 2014

			Ricoveri programmati	Ricoveri programmati con attesa>0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	480	387	1	19,4	98,7	99	99	99	99,2	0,8
		Az.OSP	964	636	3	34	97,8	98,6	98,9	99,4	99,7	0,3
		Totale	1.444	1.023	2	29,2	98,1	98,7	98,9	99,2	99,5	0,5
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.OSP	55	54	20	1,8	74,1	100	100	100	100	0
		Totale	55	54	20	1,8	74,1	100	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL	35	34	17	2,9	76,5	100	100	100	100	0
		Az.OSP	14	10	25,5	28,6	80	100	100	100	100	0
		Totale	49	44	20,5	10,2	77,3	100	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL	64	59	16	7,8	86,4	94,9	96,6	96,6	100	0
		Az.OSP	133	124	27	6,8	59,7	90,3	94,4	95,2	100	0
		Totale	197	183	22	7,1	68,3	91,8	95,1	95,6	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL	26	26	42,5	0	23,1	76,9	92,3	96,2	100	0
		Az.OSP	31	31	50	0	12,9	67,7	90,3	100	100	0
		Totale	57	57	47	0	17,5	71,9	91,2	98,2	100	0
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	3	3	18	0	66,7	100	100	100	100	0	
	Az.OSP	77	70	24,5	9,1	58,6	77,1	92,9	97,1	100	0	
	Totale	80	73	24	8,8	58,9	78,1	93,2	97,3	100	0	
AREA CARDIOVASCOLARE	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL	28	28	35	0	42,9	78,6	96,4	96,4	96,4	3,6
		Privato	40	39	32	2,5	43,6	76,9	79,5	92,3	94,9	5,1
		Az.OSP	161	155	30	3,7	51	75,5	86,5	95,5	98,7	1,3
		Totale	229	222	31	3,1	48,6	76,1	86,5	95	97,7	2,3
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL	8	5	1	37,5	80	80	100	100	100	0
		Az.OSP	317	291	7	8,2	86,9	96,9	99	99,7	100	0
NON ONCOLOGICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Privato	10	10	20,5	0	80	100	100	100	100	0
		Az.OSP	204	204	126	0	12,3	27	36,3	48	78,4	21,6
		Totale	214	214	119,5	0	15,4	30,4	39,3	50,5	79,4	20,6
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL	261	256	144	1,9	7,4	23	35,5	44,5	55,5	44,5
		Az.OSP	55	53	66	3,6	26,4	45,3	69,8	84,9	96,2	3,8
Totale	316	309	117	2,2	10,7	26,9	41,4	51,5	62,5	37,5		
NON ONCOLOGICHE IN DH	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.OSP	1	1	13	0	100	100	100	100	100	0
		Totale	1	1	13	0	100	100	100	100	100	0
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	412	411	44	0,2	30,7	62,3	74,9	83,5	90,3	9,7
		Privato	79	79	37	0	40,5	70,9	91,1	97,5	98,7	1,3
		Az.OSP	180	180	96,5	0	18,9	31,1	49,4	57,2	66,1	33,9
		Totale	671	670	53	0,1	28,7	54,9	70	78,1	84,8	15,2
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	5	5	36	0	40	60	60	80	100	0
		Privato	6	6	111,5	0	16,7	33,3	33,3	50	83,3	16,7
		Az.OSP	11	11	100	0	27,3	45,5	45,5	63,6	90,9	9,1
	Totale	1	1	1	0	100	100	100	100	100	0	
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	Az.OSP	73	59	6	19,2	84,7	89,8	94,9	96,6	100	0	
	Totale	74	60	6	18,9	85	90	95	96,7	100	0	

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.47 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia/intervento oggetto di monitoraggio secondo l'accordo Stato-Regioni – Anno 2013

			Ricoveri programmati	Ricoveri programmati con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	396	301	1	24	99	99,3	99,7	100	100	0
		Az.OSP	887	319	1	64	99,4	99,7	100	100	100	0
		Totale	1.283	620	1	51,7	99,2	99,5	99,8	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.OSP	50	36	19	28	77,8	97,2	100	100	100	0
		Totale	50	36	19	28	77,8	97,2	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL	27	25	10	7,4	88	100	100	100	100	0
		Az.OSP	20	18	27	10	55,6	94,4	100	100	100	0
		Totale	47	43	15	8,5	74,4	97,7	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL	56	50	11	10,7	90	100	100	100	100	0
		Privato	159	122	23	23,3	61,5	88,5	93,4	95,1	100	0
		Az.OSP	215	172	20	20	69,8	91,9	95,3	96,5	100	0
		Totale	182	151	17	17	72,8	90,7	94,7	98	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL	24	23	41	4,2	30,4	65,2	82,6	95,7	100	0
		Az.OSP	29	28	36	3,4	28,6	89,3	96,4	100	100	0
Totale		53	51	38	3,8	29,4	78,4	90,2	98	100	0	
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	8	7	21	12,5	71,4	100	100	100	100	0	
	Az.OSP	83	77	48	7,2	26	62,3	88,3	94,8	97,4	2,6	
	Totale	91	84	44,5	7,7	29,8	65,5	89,3	95,2	97,6	2,4	
AREA CARDIOVASCOLARE	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL	25	24	34,5	4	37,5	75	95,8	100	100	0
		Privato	48	48	25,5	0	58,3	85,4	93,8	97,9	100	0
		Az.OSP	122	112	20	8,2	60,7	88,4	95,5	97,3	98,2	1,8
	Totale	195	184	25,5	5,6	57,1	85,9	95,1	97,8	98,9	1,1	
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL	18	10	11	44,4	80	90	90	100	100	0	
	Az.OSP	171	156	7	8,8	92,9	98,1	98,7	100	100	0	
	Totale	189	166	7	12,2	92,2	97,6	98,2	100	100	0	
NON ONCOLOGICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Privato	13	13	32	0	46,2	100	100	100	100	0
		Az.OSP	245	243	133	0,8	16,9	30	39,5	45,7	73,7	26,3
		Totale	258	256	127,5	0,8	18,4	33,6	42,6	48,4	75	25
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL	254	249	181	2	4	20,9	32,9	40,6	49,8	50,2
Az.OSP		33	30	54	9,1	40	53,3	70	73,3	83,3	16,7	
Totale		287	279	163	2,8	7,9	24,4	36,9	44,1	53,4	46,6	
NON ONCOLOGICHE IN DH	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	394	394	52	0	30,2	57,9	71,6	81,2	92,6	7,4
		Privato	77	77	48	0	24,7	62,3	85,7	93,5	98,7	1,3
		Az.OSP	148	144	91	2,7	19,4	39,6	50	56,3	75,7	24,3
		Totale	619	615	55	0,6	27	54,1	68,3	76,9	89,4	10,6
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	25	25	65	0	24	44	68	84	92	8
		Privato	6	6	47	0	16,7	83,3	100	100	100	0
		Az.OSP	9	9	28	0	55,6	66,7	66,7	66,7	77,8	22,2
	Totale	40	40	57,5	0	30	55	72,5	82,5	90	10	
	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	Az.OSP	77	61	7	20,8	91,8	93,4	96,7	98,4	100	0
		Totale	77	61	7	20,8	91,8	93,4	96,7	98,4	100	0

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.48 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia – Anno 2012

			Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	373	248	1	33,5	98,8	99,2	99,2	99,2	99,2	0,8
		Az.OSP	885	358	2	59,5	99,4	99,7	100	100	100	0
		Totale	1.258	606	2	51,8	99,2	99,5	99,7	99,7	99,7	0,3
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.OSP	55	33	33	40	48,5	84,8	97	100	100	0
		Totale	55	33	33	40	48,5	84,8	97	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL	24	24	15	0	83,3	91,7	95,8	95,8	95,8	4,2
		Az.OSP	18	18	27,5	0	55,6	83,3	94,4	100	100	0
		Totale	42	42	21	0	71,4	88,1	95,2	97,6	97,6	2,4
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL	64	56	14,5	12,5	80,4	98,2	100	100	100	0
		Privato	1	1	13	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	117	94	17	19,7	68,1	86,2	91,5	96,8	100	0
		Totale	182	151	17	17	72,8	90,7	94,7	98	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL	47	47	46	0	6,4	66	91,5	100	100	0
		Az.OSP	31	30	32,5	3,2	43,3	76,7	90	100	100	0
		Totale	78	77	40	1,3	20,8	70,1	90,9	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	8	8	14	0	100	100	100	100	100	0
		Privato	2	2	9	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	72	67	27	6,9	55,2	79,1	85,1	97	98,5	1,5
Totale		82	77	23	6,1	61	81,8	87	97,4	98,7	1,3	
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL	2	0		100						
		Totale	2	0		100						
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL	32	32	34,5	0	34,4	75	90,6	93,8	96,9	3,1
		Privato	52	52	30	0	50	69,2	76,9	84,6	90,4	9,6
		Az.OSP	124	117	16	5,6	66,7	83,8	92,3	95,7	98,3	1,7
		Totale	208	201	24	3,4	57,2	78,6	88,1	92,5	96	4
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL	40	34	14	15	70,6	85,3	91,2	94,1	97,1	2,9
		Az.OSP	139	125	7	10,1	93,6	96,8	98,4	100	100	0
Totale		179	159	7	11,2	88,7	94,3	96,9	98,7	99,4	0,6	
NON ONCOLOGICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Privato	25	25	39	0	28	72	84	96	100	0
		Az.OSP	197	197	95	0	12,7	29,4	47,7	65	85,8	14,2
		Totale	222	222	87,5	0	14,4	34,2	51,8	68,5	87,4	12,6
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL	288	286	191	0,7	6,6	14,7	24,8	32,5	48,3	51,7
		Az.OSP	41	41	43	0	31,7	68,3	80,5	92,7	97,6	2,4
		Totale	329	327	161	0,6	9,8	21,4	31,8	40,1	54,4	45,6
NON ONCOLOGICHE IN DH	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	345	344	41	0,3	35,2	70,9	88,1	94,5	97,4	2,6
		Privato	61	61	55	0	31,1	55,7	73,8	88,5	95,1	4,9
		Az.OSP	127	127	109	0	8,7	19,7	39,4	52,8	72,4	27,6
		Totale	533	532	52,5	0,2	28,4	57	74,8	83,8	91,2	8,8
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	37	37	43	0	24,3	64,9	81,1	91,9	94,6	5,4
		Privato	8	8	19,5	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	9	9	54	0	22,2	77,8	100	100	100	0
		Totale	54	54	39	0	35,2	72,2	87	94,4	96,3	3,7
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL	3	2	1	33,3	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	70	51	7	27,1	78,4	94,1	98	100	100	0
		Totale	73	53	7	27,4	79,2	94,3	98,1	100	100	0

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

A fronte di un incremento degli accessi, l'attività di Pronto soccorso continua a migliorare in percentuale la performance dell'appropriatezza nella decisione del ricovero del paziente. Infatti la percentuale dei ricoverati sul totale degli accessi è ulteriormente diminuita rispetto agli anni precedenti.

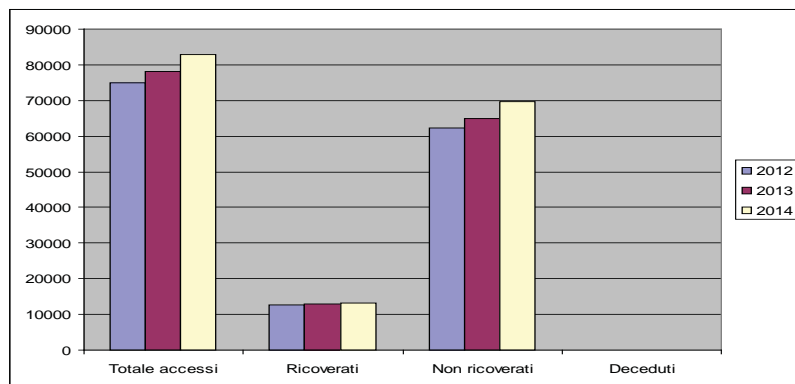
L'aumento del numero di accessi è ampiamente legato agli effetti della riorganizzazione della rete ospedaliera nella provincia di Ferrara che ha portato alla concentrazione dell'attività di Pronto Soccorso nell'Ospedale di Cona.

Tabella 2.49 - Andamento dei ricoveri e degli accessi

	2012	2013	2014
<b>Ricoverati</b>	12.661	12.991	13145
<b>Non ricoverati</b>	62.324	64.968	69679
<b>Deceduti</b>	93	66	82
<b>Totale accessi</b>	75.078	78.025	82.906
<b>% ricoveri sul totale accessi</b>	16,9%	16,7%	15,9%

Fonte regionale

Figura 2.11 – Accessi in PS Gennaio-Dicembre 2012-2014



Rispetto al complesso del sistema provinciale, la quota di assistenza erogata a regime di Pronto Soccorso si sposta significativamente verso l'Azienda Ospedaliero Universitaria, rispetto all'Azienda USL. Questo fenomeno è da ritenersi collegato alla rimodulazione dei posti letto e delle funzioni di Pronto Soccorso dell'intero sistema provinciale, verificatosi nel corso del 2013 e consolidatosi nel 2014.

Tabella 2.50 – Accessi al PS a livello provinciale – contributo dell'Azienda

	2012	2013	2014
<b>Accessi AUSL</b>	84.543	74.037	68.509
<b>Accessi AOSP</b>	75.078	78.025	82.906
<b>Totale</b>	159.621	152.062	151.415
<b>% Accessi AOSP/Totale</b>	47,03%	51,31%	54,7%

Fonte regionale

Nel 2014 valgono le stesse considerazioni espresse nel 2013: si è ulteriormente ridotta in percentuale l'attività relativa alla Osservazione Breve Intensiva (OBI), anche se il numero assoluto è aumentato. Tale tendenza è avvenuta a fronte dell'incremento assoluto del numero degli accessi, ad evidenza di performance positiva sulle scelte del setting assistenziale più appropriato anche nelle condizioni di urgenza.

Tabella 2.51 – Attività in OBI

	Anno 2013	Anno 2014	Standard
<b>N. di pazienti inseriti in OBI nell'anno</b>	3.979	3582	
<b>Pazienti in Obi sul totale accessi in PS</b>	5,10%	4,32%	3-8%
<b>Pazienti dimessi dopo l'OBI sul totale dei pazienti in OBI</b>	60,54%	66,33%	>60%

Fonte aziendale

### Piano Sangue Regionale

Nel 2014 è proseguita l'attività di monitoraggio del corretto impiego di sangue ed emocomponenti presso l'Azienda ed in tutti i restanti ospedali del territorio provinciale.

L'attività di raccolta sangue nel 2014 si è rivelata in calo in tutta la regione. Anche il consumo di beni presenta un trend in riduzione.

Tabella 2.52 - Confronto attività di raccolta sangue 2014-2013

Programma speciale sangue	Raccolta 2014	Raccolta 2013	Differenze % 2014-2013
Piacenza	13.606	13.924	-2,3
Parma	26.097	28.212	-7,5
Reggio Emilia	19.543	20.196	-3,2
Modena	34.826	35.368	-1,5
Bologna IOR	0	0	
Bologna S.Orsola	9.172	10.993	-16,6
Bologna AUSL (*)	42.792	46.043	-7,1
Ferrara	21.064	21.794	-3,3
Forlì	7.672	8.764	-12,5
Cesena	9.639	9.873	-2,4
Rimini	15.331	15.094	1,6
Ravenna	22.097	24.198	-8,7
Pievesestina	0	0	
<b>TOTALE</b>	<b>221.839</b>	<b>234.459</b>	<b>-5,4</b>

Fonte: CRS (Centro Regionale Sangue) (\*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Imola

Tabella 2.53 – Confronto consumi di unità di globuli rossi 2014-2013

Programma speciale sangue	Consumi 2014	Consumi 2013	Differenze % 2014-2013
Piacenza	11.731	12.528	-6,4
Parma	25.073	26.704	-6,1
Reggio Emilia	17.877	19.756	-9,5
Modena	32.588	34.035	-4,3
Bologna IOR	6.319	5.741	10,1
Bologna S.Orsola	28.220	28.557	-1,2
Bologna AUSL (*)	27.070	30.247	-10,5
Ferrara	22.445	23.088	-2,8
Forlì	6.692	7.147	-6,4
Cesena	6.963	7.035	-1,0
Rimini	13.701	14.975	-8,5
Ravenna	21.617	22.895	-5,6
Pievesestina	1.751	1.821	-3,8
<b>TOTALE</b>	<b>222.047</b>	<b>234.529</b>	<b>-5,3</b>

(\*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Imola e unità presenti presso CRS destinate alla compensazione

La tavola seguente, mostra una descrizione sulle attività svolte, risultati raggiunti e stato dell'arte sulla tematica del piano sangue regionale. Il Piano Sangue e Plasma regionale 2013-2015 fissa degli obiettivi ma non degli indicatori. Pertanto la relazione al riguardo deve essere necessariamente discorsiva.

Tabella 2.54 - Obiettivi piano sangue e plasma regionale 2013-15: relazione Anno 2014

OBIETTIVO	STATO
<p><b>IL VOLONTARIATO</b> Le attività di volontariato sono regolate da apposita convenzione tra le Aziende sanitarie, sedi di Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, e le Associazioni e Federazioni di donatori sulla base dello schema tipo di convenzione regionale che è stato prorogato con delibera di Giunta Regionale n. 978 del 16 luglio 2012.</p>	<p>Nel 2014 sono stati creati i presupposti per il rinnovo della convenzione con l'associazione AVIS Provinciale di Ferrara, che è poi stata siglata nel 2015. In particolare, sono stati rivisti ed aggiornati i materiali forniti (volumi e tipologie in relazione all'attività di raccolta) ed i costi relativi e sono stati aggiornati alcuni punti della convenzione per meglio corrispondere ai requisiti di accreditamento.</p> <p>Inoltre nel 2014 il sistema trasfusionale provinciale ferrarese ha acquisito il Punto di Raccolta gestito dall'associazione FIDAS-ADVS di Renazzo. Questo ci ha consentito di usufruire delle donazioni raccolte per far fronte alle necessità provinciali e di continuare l'attività di raccolta, non più sostenibile da parte del sistema trasfusionale bolognese, senza perdita e disaffezione dei donatori locali. La FIDAS-ADVS ha pure firmato una convenzione analoga a quella predisposta per l'AVIS.</p>
<p><b>LA STRUTTURA DELLA RETE TRASFUSIONALE REGIONALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta Tecnica Permanente per il sistema trasfusionale regionale</li> <li>• Comitato di Programma Sangue e Plasma di Area Vasta (CPSP di AV)</li> <li>• Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue</li> </ul>	<p>Rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara partecipano regolarmente ai lavori della Consulta Tecnica e del CPSP di Area Vasta.</p> <p>Il Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue è costituito e funzionante da diversi decenni e la sua composizione è stata aggiornata alle disposizioni del nuovo Piano Sangue. Nel 2014 si è riunito per affrontare il problema dell'attestazione dell'avvenuta trasfusione. Si trattava di un problema sino allora irrisolto e causa di rilievi in sede di visita ispettiva di accreditamento. Le decisioni del Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue sono state prontamente applicate in tutti gli ospedali della provincia.</p>
<p><b>ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE IN AREE VASTE</b> I Poli Trasfusionali di Lavorazione e Qualificazione Biologica di Area Vasta sono individuati presso le seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per l'AVEC il SIMT dell'AUSL di Bologna, cui afferiscono gli emocomponenti raccolti dai SIMT delle Aziende USL di Bologna, di Imola, di Ferrara e di Modena e delle Aziende Ospedaliere che insistono nel territorio;</li> </ul>	<p>La concentrazione dell'attività di qualificazione biologica è già pienamente attuata dal 1/1/2009.</p> <p>Rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara partecipano regolarmente ai lavori della Commissione e delle sue ramificazioni che stanno pianificando l'avvio del Polo Trasfusionale di Lavorazione e Qualificazione Biologica di Area Vasta.</p> <p>Nel corso del 2014 doveva essere aggiudicata la gara per l'acquisizione di un software gestionale unico per tutto il sistema trasfusionale regionale. Purtroppo la gara è stata annullata per irregolarità amministrative e pertanto i tempi inizialmente prospettati non hanno potuto essere rispettati. L'avvio del Polo Trasfusionale di Lavorazione e Qualificazione Biologica di Area Vasta richiedeva necessariamente che le strutture trasfusionali coinvolte condividessero lo stesso sistema gestionale. Per questa ragione, si è deciso di sostituire comunque il software gestionale presente a Ferrara con quello utilizzato nell'area metropolitana bolognese.</p>
<p><b>CENTRI PER LA CURA DELLE TALASSEMIE E DELLE EMOGLOBINOPATIE</b> Il primo piano triennale relativo agli anni 2012-2014 è stato approvato con delibera di Giunta n. 1127 del 2012.</p> <p>È obiettivo del presente Piano creare le necessarieintonie, dal punto di vista tecnico e professionale, con la programmazione specifica di settore.</p>	<p>Nell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara esiste il centro hub regionale per le emoglobinopatie (DH talassemici), che assolve il ruolo di guida e coordinamento per questi aspetti, ed un centro spoke per l'emofilia e le malattie emorragiche (Fisiopatologia della Coagulazione).</p>
<p><b>CENTRI EMOFILIA E CURA MALATTIE EMORRAGICHE</b></p>	<p>Nel 2013 è stato preparato il percorso di accreditamento del Servizio trasfusionale, anche con visite ispettive interne, che è sfociato nella visita ispettiva regionale del febbraio 2014. Questa visita ha rilevato alcuni aspetti carenti, quasi tutti riconducibili alla convalida dei processi, un'attività peculiare e innovativa che sinora ha coinvolto unicamente i Servizi Trasfusionali. Il soddisfacimento di tutti requisiti, anche per quanto concerne questi aspetti innovativi della convalida dei processi, è stato realizzato entro i tempi dettati dalla normativa (31/12/2014) ed il parere finale dei valutatori è stato pienamente positivo.</p> <p>Nel 2014 è stato inoltre avviato il percorso di accreditamento per l'attività di trapianto di cellule staminali, insieme con il reparto di Ematologia.</p>
<p><b>ACCREDITAMENTO E SISTEMA QUALITÀ</b> Il sistema trasfusionale regionale è impegnato nel perseguimento degli importanti obiettivi di qualità e sicurezza, con scadenze indicate dalla normativa nazionale ed europea e successive modifiche (31 dicembre 2014).</p>	<p>Nel 2013 è stato preparato il percorso di accreditamento del Servizio trasfusionale, anche con visite ispettive interne, che è sfociato nella visita ispettiva regionale del febbraio 2014. Questa visita ha rilevato alcuni aspetti carenti, quasi tutti riconducibili alla convalida dei processi, un'attività peculiare e innovativa che sinora ha coinvolto unicamente i Servizi Trasfusionali. Il soddisfacimento di tutti requisiti, anche per quanto concerne questi aspetti innovativi della convalida dei processi, è stato realizzato entro i tempi dettati dalla normativa (31/12/2014) ed il parere finale dei valutatori è stato pienamente positivo.</p> <p>Nel 2014 è stato inoltre avviato il percorso di accreditamento per l'attività di trapianto di cellule staminali, insieme con il reparto di Ematologia.</p>

Fonte aziendale

### Attività trapiantologica

#### Procurement

Nel 2014, rispetto all'anno precedente, nella Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, si è avuta una riduzione percentuale dei pazienti deceduti con patologia cranica dal 36,4 al 32,1 %. Nella Terapia Intensiva Universitaria, che da quest'anno ha iniziato ad essere monitorata, i decessi per patologia cranica sono stati solo due, di cui nessuno giunto ad accertamento.

Dei 18 pazienti deceduti in Rianimazione, 4 non hanno presentato criteri clinici di morte encefalica e sono morti per altre cause, per 14 è stata convocata la C.A.M. (collegio accertamento morte encefalica) (77%) e in 13 di questi è stata effettuata la richiesta di donazione (un paziente è stato escluso per non idoneità a priori). In 2 casi vi è stata l'opposizione dei familiari, in 1 caso hanno espresso la volontà negativa del loro congiunto. Ciò ha portato ad un aumento dal 7,7% al 23,1 % delle opposizioni. I donatori effettivi sono stati 10, gli organi prelevati 29. Data la persistente assenza dell'Ufficio di Coordinamento per il procurement dei tessuti, si è fatta opera di sensibilizzazione presso i Comitati di Dipartimento che ha portato ad effettuare due corsi di aggiornamento interni per il personale medico e infermieristico dei reparti extra - T.I., sul nuovo percorso di donazione di cornee; tuttavia ciò non ha finora implementato il numero di cornee donate al di fuori delle Terapie Intensive, che rimane fortemente al disotto dell'obbiettivo regionale da raggiungere.

Per quanto riguarda la formazione del personale, si è tenuto in giugno il Corso AL-MA regionale; il Coordinatore Locale ha partecipato al Congresso annuale AIRT (Associazione interregionale trapianti); due medici della Rianimazione sono stati formati al Corso nazionale TPM (transplant procurement management).

Continua molto proficuamente la collaborazione con la Psicologa Aziendale per la Donazione che è stata riconfermata anche per il 2014. Durante l'anno ha collaborato alla formazione intrapresa per sensibilizzare i reparti alla donazione ,ma soprattutto ha supportato psicologicamente più di 70 persone tra familiari ed amici di donatori, ricevendo sempre ringraziamenti personali e per l'intera equipe della Rianimazione.

Nell'immediato futuro è prevista una riorganizzazione e unificazione dei due reparti intensivi dell'Azienda, il che permetterà forse una migliore utilizzazione dell'infermiera aziendale preposta al procurement di tessuti.

Per il dettaglio di quanto sopra descritto si rimanda alle tabelle successive, desunte dalla relazione elaborata dal Centro di Riferimento Trapianti della Regione Emilia Romagna, al quale partecipa, in qualità di coordinatore locale, referente per l'Arcispedale Sant'Anna, la Dott.ssa Maurizia Marchi.

Tabella 2.55 - Organi procurati nelle Rianimazioni dell'Emilia-Romagna nel 2014

CITTA' - OSPEDALE	CUORE		FEGATO		RENE		PANCREAS		POLMONE		INTESTINO		TOTALE	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
Cesena - Ospedale M. Bufalini	6	6	16	16	30	27	2	2					54	51
Modena - Nuovo Ospedale S. Agostino - Estense	1	1	19	19	31	27							51	47
Bologna - Ospedale Maggiore	5	4	12	11	22	17	2	2	2	2			43	36
Reggio Nell'emilia - Ospedale S. Maria Nuova	1	1	10	10	18	16			2	0			31	27
Parma - Ospedale Maggiore	2	2	8	8	13	11	1	0	4	4			28	25
Ferrara - Arcispedale S. Anna	1	1	9	9	17	13			1	1			28	24
Ravenna - Ospedale S. Maria delle Croci			3	2	6	6			2	2			11	10
Rimini - Ospedale di Rimini			4	4	6	2			2	0			12	6
Bologna - Ospedale Bellaria			4	4	2	2							6	6
Modena - Policlinico			2	2	4	4							6	6
Carpi - Ospedale Civile			2	2	2	2							4	4
Castel San Giovanni - Ospedale Val Tidone			1	1	2	2							3	3
Lugo - Ospedale Zonale Civile			1	1	2	2							3	3
Piacenza - Ospedale Civile			1	1	2	2							3	3
Forlì - Ospedale Morgagni Pierantoni			1	1									1	1
<b>TOTALE REGIONE</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>93</b>	<b>91</b>	<b>157</b>	<b>133</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>284</b>	<b>252</b>

Fonte: CRT Emilia Romagna

Tabella 2.56 - Situazione al S. Anna di donazioni di organi nel biennio 2013-2014

		ANNO 2013	ANNO 2014
CUORE	Prelevati	2	1
	Trapiantati	2	1
FEGATO	Prelevati	11	9
	Trapiantati	10	9
RENE	Prelevati	10	17
	Trapiantati	9	13
POLMONE	Prelevati	2	1
	Trapiantati	2	1
<b>TOTALE ORGANI AZIENDA</b>	<b>Prelevati</b>	<b>25</b>	<b>28</b>
	<b>Trapiantati</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
<b>TOTALE ORGANI REGIONE</b>	<b>Prelevati</b>	<b>304</b>	<b>284</b>
	<b>Trapiantati</b>	<b>277</b>	<b>252</b>

Fonte: Elaborazione aziendale su dati CRT Emilia Romagna



Tabella 2.57 - Situazione al S. Anna di donazioni di tessuti nel biennio 2013-2014

		ANNO 2013	ANNO 2014
CORNEE AZIENDA	Donatori	7	8
	Tessuti	14	16
TOTALE CORNEE REGIONE	Donatori	518	533
	Tessuti	1.031	1.064
VASI AZIENDA	Donatori	2	1
	Tessuti	14	5
TOTALE VASI REGIONE	Donatori	26	28
	Tessuti	137	139
VALVOLE AZIENDA	Donatori		3
	Tessuti		6
TOTALE VALVOLE REGIONE	Donatori	26	30
	Tessuti	52	60
CUTE AZIENDA	Donatori	4	2
	Tessuti (cm <sup>2</sup> )	12.367	5.085
TOTALE CUTE REGIONE	Donatori	72	60
	Tessuti (cm <sup>2</sup> )	192.145	162.864
ADIPE AZIENDA	Donatori	2	
	Tessuto adiposo	2	
TOTALE ADIPE REGIONE	Donatori	14	6
	Tessuto adiposo	14	6
OSSO-TENDINI AZIENDA	Donatori	14	11
	Tessuti	64	48
TOTALE OSSO-TENDINI REGIONE	Donatori	839	771
	Tessuti	1.614	1.452

Fonte: Elaborazione aziendale su dati CRT Emilia Romagna

### Monitoraggio dell'accordo di fornitura

La produzione dell'Azienda sul versante dei ricoveri per il 2014 si è caratterizzata da un aumento dei ricoveri ordinari (e dei relativi importi) e dei ricoveri in DH. L'Azienda ha aumentato i ricoveri soprattutto nelle fasce di importo medio alto (indice di alta complessità), tra i quali si concentrano discipline come la Riabilitazione, la Cardiologia, l'Onco-Ematologia, la Neurochirurgia e la Terapia Intensiva Neonatale. Per quanto riguarda il confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie regionali per le diverse tipologie di ricoveri potenzialmente inappropriati si è evidenziato anche per il 2014 un adeguato posizionamento dell'Azienda rispetto alla media complessiva. La spesa per farmaci in Fascia H è stata riconosciuta dall'Azienda committente come adeguata e appropriata. Il monitoraggio della produzione provinciale e della spesa per farmaci rimborsabili dal committente sono stati effettuati mediante l'utilizzo di report di sintesi e di dettaglio pubblicati rispettivamente a cadenza mensile e trimestrale sulle pagine intranet aziendali, o attraverso comunicazioni dirette ai Direttori di Dipartimento. Il tasso di ospedalizzazione provinciale (standardizzato per età) della provincia di Ferrara risulta ancora superiore al complessivo regionale. Contribuiscono ad elevare il dato i ricoveri chirurgici, mentre i ricoveri medici (dove si concentrano più frequentemente fenomeni di ospedalizzazione inappropriata) hanno un tasso allineato a quello regionale.

Tabella 2.58 - Tasso di Ospedalizzazione standardizzato per età \*1000 abitanti, confronto con la Regione. Anno 2014 (mobilità passiva 2013)

Az. USL di residenza	Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE
PIACENZA	46,1	75,3	121,4	5,6	10,7	16,3	14,1	12	26,0	65,8	98,00	163,7
PARMA	48,2	68,4	116,6	18,5	12,8	31,2	5,9	5,2	11,1	72,6	86,4	159
REGGIO EMILIA	53,0	70,9	123,9	11,0	2,9	13,9	5,1	4,1	9,2	69,1	77,8	146,9
MODENA	56,0	72,0	128,0	5,6	5,3	10,9	5,0	3,9	8,9	66,5	81,2	147,7
BOLOGNA	49,7	73,5	123,3	11,6	11,8	23,4	3,0	3,1	6,1	64,3	88,4	152,7
IMOLA	55,5	76,3	131,7	10,4	2,2	12,6	2,8	2,4	5,2	68,7	80,9	149,6
FERRARA	55,5	69,3	124,8	5,4	8,7	14,2	10,7	6,2	16,8	71,6	84,2	155,8
ROMAGNA	47,5	68,9	116,5	14,9	8,6	23,6	3,5	3,0	6,5	65,9	80,6	146,5
<b>TOTALE</b>	<b>50,8</b>	<b>71,1</b>	<b>121,8</b>	<b>11,2</b>	<b>8,6</b>	<b>19,7</b>	<b>5,3</b>	<b>4,3</b>	<b>9,7</b>	<b>67,3</b>	<b>84,0</b>	<b>151,3</b>

Fonte regionale

Tabella 2.59 - Percentuali di inappropriatelyzza a confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione per il Ricovero ordinario (escluso Nido e Riabilitazione). Anno 2014

Azienda di ricovero	A) Ric. ord. 1 g. medici - programmati		B) Ric. ord. 1 g. medici - urgenti		C) altri ric. ord. medici		D) altri ric. ord DRG chir.		Totale	
	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.
AOSPU PARMA	616	1,7	1.015	2,8	18.262	50,9	15.971	44,5	35.864	100,0
AOSP REGGIO EMILIA	384	1,4	302	1,1	15.492	56,8	11.112	40,7	27.290	100,0
AOSPU MODENA	482	1,8	370	1,4	13.486	49,6	12.843	47,2	27.181	100,0
AOSPU BOLOGNA	1.212	2,4	971	2,0	26.486	53,2	21.075	42,4	49.744	100,0
AOSPU FERRARA	176	0,8	316	1,4	12.274	54,1	9.930	43,8	22.696	100,0
<b>TOTALE AZ. OSP. RER</b>	<b>2.870</b>	<b>1,8</b>	<b>2.974</b>	<b>1,8</b>	<b>86.000</b>	<b>52,8</b>	<b>70.931</b>	<b>43,6</b>	<b>162.775</b>	<b>100,0</b>

Fonte regionale

Tabella 2.60 - Percentuali di Inappropriatelyzza a confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione per il Ricovero diurno (DH) (esclusa Riabilitazione). Anno 2014

Azienda di ricovero	A) DH medici < 4 accessi		B) altri DH medici		C) DH tipo DRG chir.		Totale	
	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.
AOSPU PARMA	1.440	15,9	3.775	41,7	3.845	42,4	9.060	100,0
AOSP REGGIO EMILIA	1.146	10,4	3.717	33,6	6.199	56,0	11.062	100,0
AOSPU MODENA	1.138	12,0	3.666	38,8	4.646	49,2	9.450	100,0
AOSPU BOLOGNA	1.420	9,6	8.072	54,5	5.327	35,9	14.819	100,0
AOSPU FERRARA	801	9,6	3.556	42,5	4.012	47,9	8.369	100,0
<b>TOTALE AZ. OSP. RER</b>	<b>5.945</b>	<b>11,3</b>	<b>22.786</b>	<b>43,2</b>	<b>24.029</b>	<b>45,5</b>	<b>52.760</b>	<b>100,0</b>

Fonte regionale

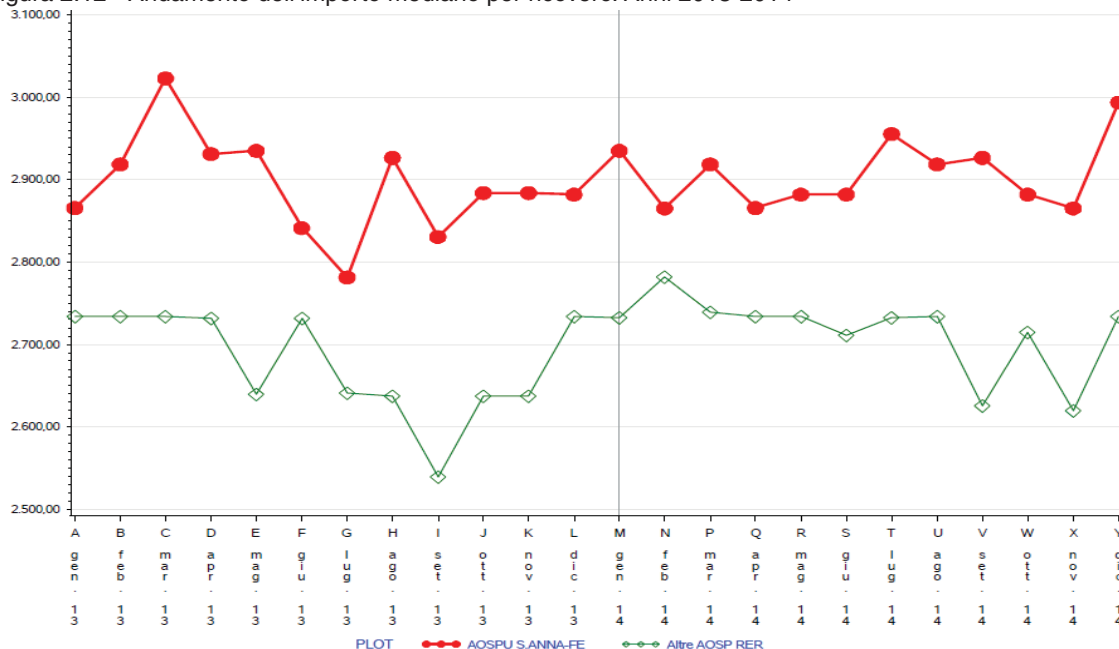
Tabella 2.61 - Andamento dei ricoveri classificati per regime e per residenza. Anni 2013-2014 – Tariffe 2014

ZONA - REGIME DI RICOVERO		N. DIM. ANNO 2013	N. DIM. ANNO 2014	DIFF. N. DIM.	IMPORTI ANNO 2013	IMPORTI ANNO 2014	DIFF. IMPORTI
AUSL 109-FE	Ordinario	20.466	21.259	793	86.479.317	90.943.842	4.464.526
	Day Hospital	7.029	7.303	274	12.609.397	13.019.184	409.787
	<b>TOTALE</b>	<b>27.495</b>	<b>28.562</b>	<b>1.067</b>	<b>99.088.714</b>	<b>103.963.026</b>	<b>4.874.312</b>
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	Ordinario	1.166	1.216	50	6.358.381	5.921.694	-436.687
	Day Hospital	633	635	2	1.018.104	1.028.884	10.780
	<b>TOTALE</b>	<b>1.799</b>	<b>1.851</b>	<b>52</b>	<b>7.376.485</b>	<b>6.950.578</b>	<b>-425.907</b>
EXTRA REG.	Ordinario	1.990	1.912	-78	12.773.290	10.642.691	-2.130.599
	Day Hospital	1.331	1.265	-66	2.218.793	2.180.861	-37.932
	<b>TOTALE</b>	<b>3.321</b>	<b>3.177</b>	<b>-144</b>	<b>14.992.083</b>	<b>12.823.552</b>	<b>-2.168.531</b>
ESTERO	Ordinario	217	210	-7	902.082	987.806	85.724
	Day Hospital	55	36	-19	93.471	38.581	-54.890
	<b>TOTALE</b>	<b>272</b>	<b>246</b>	<b>-26</b>	<b>995.553</b>	<b>1.026.387</b>	<b>30.834</b>
<b>TOTALE</b>	Ordinario	23.839	24.597	758	106.513.070	108.496.034	1.982.964
	Day Hospital	9.048	9.239	191	15.939.764	16.267.509	327.744
	<b>TOTALE</b>	<b>32.887</b>	<b>33.836</b>	<b>949</b>	<b>122.452.835</b>	<b>124.763.543</b>	<b>2.310.708</b>

Fonte aziendale

Per analizzare non solo il volume della casistica dei ricoverati ma anche la complessità, si può utilizzare il valore dell'importo medio per ricovero. Tale parametro permette di confrontare in modo più omogeneo realtà differenti presenti nelle varie Aziende Ospedaliere Universitarie della RER. L'andamento durante gli anni 2013 e 2014 mostra come il valore della nostra Azienda continui ad essere sensibilmente superiore, anche con le variazioni tariffarie dei ricoveri, al dato complessivo delle altre aziende ospedaliere universitarie della regione.

Figura 2.12 - Andamento dell'importo medio per ricovero. Anni 2013-2014



Fonte aziendale

Osservando la casistica dei soli ricoveri ordinari (esclusi ricoveri a tariffa forfettaria, gli outliers, la riabilitazione e le protesi a rimborso) e distinguendo i ricoveri in base alla complessità ed alla potenziale inappropriatezza dei DRG prodotti, il confronto tra gli ultimi due anni a parità di tariffa (tabella seguente), evidenzia un tendenziale incremento di attività sul quale pesa in misura determinante il contributo della quota di alta complessità. L'aumento dei livelli della complessità della casistica indica l'utilizzo appropriato delle risorse ospedaliere nella gestione dei ricoveri in fase acuta.

Tabella 2.62 - Andamento delle dimissioni da ricovero ordinario e dei relativi importi

ZONA - CLASSIFICAZIONE DRG		N. DIM. ANNO 2013	N. DIM. ANNO 2014	DIFF. N. DIM.	IMPORTI ANNO 2013	IMPORTI ANNO 2014	DIFF. IMPORTI
AUSL 109-FE	alta complessità	3.132	3.368	236	29.160.356	30.920.450	1.760.094
	intermedi	9.303	9.404	101	30.909.095	30.911.168	2.073
	potenzialmente inappropriato	2.155	2.167	12	2.895.942	2.950.248	54.305
	<b>TOTALE</b>	<b>14.590</b>	<b>14.939</b>	<b>349</b>	<b>62.965.394</b>	<b>64.781.866</b>	<b>1.816.473</b>
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	alta complessità	176	174	-2	1.778.442	1.696.837	-81.605
	intermedi	365	419	54	1.198.127	1.318.315	120.188
	potenzialmente inappropriato	220	196	-24	296.535	266.059	-30.476
	<b>TOTALE</b>	<b>761</b>	<b>789</b>	<b>28</b>	<b>3.273.104</b>	<b>3.281.211</b>	<b>8.107</b>
<b>TOTALE</b>	alta complessità	3.308	3.542	234	30.938.798	32.617.288	1.678.489
	intermedi	9.668	9.823	155	32.107.222	32.229.483	122.261
	potenzialmente inappropriato	2.375	2.363	-12	3.192.477	3.216.307	23.829
	<b>TOTALE</b>	<b>15.351</b>	<b>15.728</b>	<b>377</b>	<b>66.238.498</b>	<b>68.063.078</b>	<b>1.824.580</b>

Fonte aziendale

Infine, sul versante della Specialistica Ambulatoriale provinciale il valore della produzione descrive un lieve incremento rispetto al 2013, a fronte di una leggera diminuzione del numero di prestazioni, fenomeno che può essere verosimilmente ricondotto ad un aumento della complessità dell'attività erogata. La tabella non contiene le prestazioni erogate in pronto soccorso, argomento trattato nei paragrafi precedenti

Tabella 2.63 - Volumi e Valori della Specialistica Ambulatoriale provinciale

Disciplina erogante	N. di prestazioni erogate 2013	N. di prestazioni erogate 2014	Importo 2013 €	Importo 2014 €
ANATOMIA ED ISTO. PATOL.	9.501	11.535	339.648	396.058
ANGIOLOGIA	1.908	1.955	83.761	85.824
CARDIOLOGIA	21.789	21.317	584.687	580.158
CHIRURGIA GENERALE	7.689	8.576	106.262	124.158
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1.114	1.253	22.003	24.725
CHIRURGIA PEDIATRICA	2.880	2.752	52.631	49.271
CHIRURGIA PLASTICA	2.657	3.035	42.216	55.234
CHIRURGIA VASCOLARE	4.501	7.021	146.851	248.378
EMATOLOGIA	178.197	177.228	1.557.017	1.642.390
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	24.718	17.606	1.171.148	577.962
GERIATRIA	3.776	4.205	57.747	63.134
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	4.285	4.606	65.328	70.352
MEDICINA GENERALE	12.126	10.959	287.091	272.946
NEFROLOGIA	50.751	51.189	4.371.632	4.362.209
NEUROCHIRURGIA	2.321	2.209	151.864	148.103
NEUROLOGIA	23.301	23.612	369.481	362.096
OCULISTICA	45.452	37.535	2.505.669	2.423.658
ODONTOIATRIA E STOMATOL.	3.165	4.046	124.907	162.673
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8.528	9.734	180.227	226.336
OSTETRICA E GINECOLOGIA	12.986	11.623	313.290	274.373
OTORINOLARINGOIATRIA	22.652	27.717	408.669	490.708
PEDIATRICA	5.093	5.654	106.586	115.195
UROLOGIA	6.206	6.393	117.703	121.767
DERMATOLOGIA	9.514	10.470	195.634	210.695
RECUPERO E RIABILITAZIONE	33.286	21.773	321.426	249.127

Disciplina erogante	N. di prestazioni erogate 2013	N. di prestazioni erogate 2014	Importo 2013 €	Importo 2014 €
GASTROENTEROLOGIA	7.389	7.945	429.229	459.530
MEDICINA NUCLEARE	4.547	4.120	987.174	923.362
NEONATOLOGIA	860	838	27.298	27.650
ONCOLOGIA	13.405	19.228	208.280	270.917
PNEUMOLOGIA	12.281	13.071	331.338	359.524
RADIOLOGIA	78.421	81.136	4.663.202	5.104.540
RADIOTERAPIA	999	1.665	320.644	381.656
REUMATOLOGIA	10.101	11.212	262.588	291.553
NEFROLOGIA PEDIATRICA	316	255	4.553	4.051
ANESTESIA	223	260	5.206	5.980
LAB.ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.344.537	1.329.495	6.391.968	6.558.741
CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOE.*	559	49	4.692	379
NEURORADIOLOGIA *	76	81	2.542	2.709
GENETICA MEDICA	5.389	5.224	693.048	695.526
DIETETICA/DIETOLOGIA	41.447	36.659	400.058	331.908
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>2.018.947</b>	<b>1.995.241</b>	<b>28.415.322</b>	<b>28.755.556</b>

Fonte aziendale

\* sono discipline quasi interamente registrate all'interno, rispettivamente, della disciplina di Laboratorio analisi e radiologia

La tavola seguente mette in evidenza, oltre all'incremento dell'attività ambulatoriale complessiva (e dei relativi importi) rispetto al 2013, il contributo della quota relativa alla mobilità cioè all'attività erogata per utenza fuori provincia e fuori regione. Il potere di attrazione ambulatoriale appare in crescita rispetto all'ultimo biennio.

Tabella 2.64 - Produzione ambulatoriale aziendale SSN distinta per residenza dell'utenza.\*

Tipologia utente	2014			2013			2012		
	IMPORTO	N	Importo medio	IMPORTO	N	Importo medio	IMPORTO	N	Importo medio
<b>Provincia</b>	28.755.556	1.995.241	14,41	28.415.322	2.018.947	14,07	28.797.464	2.131.536	13,51
<b>Mobilità</b>	5.385.808	119.689	45,00	4.943.192	119.700	41,30	5.278.752	150.670	35,04
<b>Stranieri</b>	42.887	2.452	17,49	42.596	2.277	18,71	40.850	2.510	16,27
<b>Totale</b>	34.184.251	2.117.382	16,14	33.401.110	2.140.924	15,60	34.117.066	2.284.716	14,93

Fonte aziendale

\*i dati non contengono la quota erogata per la funzione di pronto soccorso, a differenza delle tabelle riportate nelle edizioni precedenti.

### 2.3.4 Qualità dell'assistenza

In tema di public accountability, vale a dire di una rendicontazione aperta o almeno accessibile ai cittadini, il Decreto Legislativo n.150 del 27 Ottobre 2009 dispone che tutte le pubbliche amministrazioni debbano annualmente valutare la performance organizzativa e professionale e rendicontarne gli esiti rendendoli accessibili sul proprio sito istituzionale. Tra gli ambiti oggetto di misurazione, valutazione e rendicontazione viene indicata anche la qualità dei servizi erogati.

La Direzione Aziendale ha proposto di introdurre nel Bilancio di Missione una sezione dedicata agli indicatori di performance clinica monitorati in Azienda. Parallelamente, a livello regionale e nazionale è cresciuta l'attenzione per la misurazione delle performance e della qualità dei Servizi sociali e sanitari pubblici, seppur con finalità diverse: benchmarking, valutazione, rendicontazione.

L'Azienda ha quindi deciso di rendere pubblici, a partire dall'anno 2011, 6 indicatori aziendali (già condivisi con un gruppo regionale ed applicabili a tutte le aziende). La metodologia di costruzione e calcolo degli indicatori aziendali non è quella degli anni precedenti in quanto i dati sono stati acquisiti dal Programma Nazionale Esiti (PNE) affidato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Age.Na.S.) dal Ministero della Salute. Il PNE costruisce gli indicatori di qualità dell'assistenza sulla base di protocolli scientifici basati su dati di letteratura, con una chiara definizione dell'esito di salute (per esempio la mortalità) e delle fonti informative utilizzate (Sistema Infor-

mativo Ospedaliero – SIO – che raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri registrati in Italia e Sistema Informativo Anagrafe Tributaria), con una periodicità annuale di rilevamento dei dati.

Indicatori Aziendali
Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni
Proporzione di parti con taglio cesareo primario
Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica
Proporzione di STEMI (Infarto Miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 48 ore
Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per Infarto Miocardico Acuto (STEMI e Non STEMI)
Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per ictus ischemico

### **Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore in pazienti ultrasessantacinquenni**

#### *Perché misurare questo fenomeno?*

La frattura del collo del femore è un evento frequente tra la popolazione anziana ed è spesso causa di peggioramento della qualità di vita e/o di mortalità. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrispondono un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, un aumento delle complicanze legate all'intervento ed una minore efficacia della fase riabilitativa. Di conseguenza, molte delle Linee Guida più recenti raccomandano che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 48 o addirittura 24 ore dall'ingresso in ospedale [1-2]. Uno studio condotto in Italia pubblicato nel 2010, mette in evidenza come la mortalità a 30 giorni per i pazienti con età superiore a 65 anni operati per frattura di femore sia due volte superiore nei pazienti operati dopo la seconda giornata di degenza rispetto ai pazienti operati entro 2 giorni [3]. Il tempo di attesa per intervento per frattura di femore può essere considerato come uno dei principali indicatori della qualità della gestione clinica e della presa in carico del paziente stesso. Unità Operative o strutture ospedaliere che presentano tempi di attesa ridotti per interventi per frattura del collo del femore hanno, probabilmente, messo in campo dei modelli di gestione efficaci, non solo nella fase di accesso e preoperatoria, ma anche nelle fasi successive all'intervento (ad esempio riabilitativa), con possibili ricadute positive complessive sugli esiti clinici. La percentuale di interventi per frattura del collo del femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con età superiore a 65 anni viene monitorata, a livello internazionale, dall'Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Tale monitoraggio mostra che in Paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 ed il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40% [4]. A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel set di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 [5].

#### *Principali riferimenti scientifici:*

1. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. Wellington, NZ: New Zeland Guidelines Group, June 2003.
2. Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009. Management of hip fracture in older people. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guideline Network. June 2009.
3. Carretta E, Bochicchio V, Rucci P, Fabbri G, Laus M, Fantini MP. Hip fracture: effectiveness of early surgery to prevent 30-day mortality. *Int Orthop*. 2011. 35(3): 419-24.
4. Health Care Quality Indicator Project 2006 .OECD
5. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le PA di Trento e Bolzano. Allegato B del Patto per la Salute 2010-2012. Provvedimento del 3 Dicembre 2009. Gazzetta Ufficiale n. 3 del 5 gennaio 2010.
6. National Services Scotland (NHS). Clinical decision making. Is the patient fit for theatre? A report from the Scottish Hip Fracture Audit. NHS National Services Scotland/Crown Copyright 2008. Disponibile sul sito: <http://www.shfa.scot.nhs.uk>

### Caratteristiche dell'indicatore

#### - Numeratore

Numero di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 48 ore dall'ammissione in pazienti ultrasessantacinquenni

#### - Denominatore

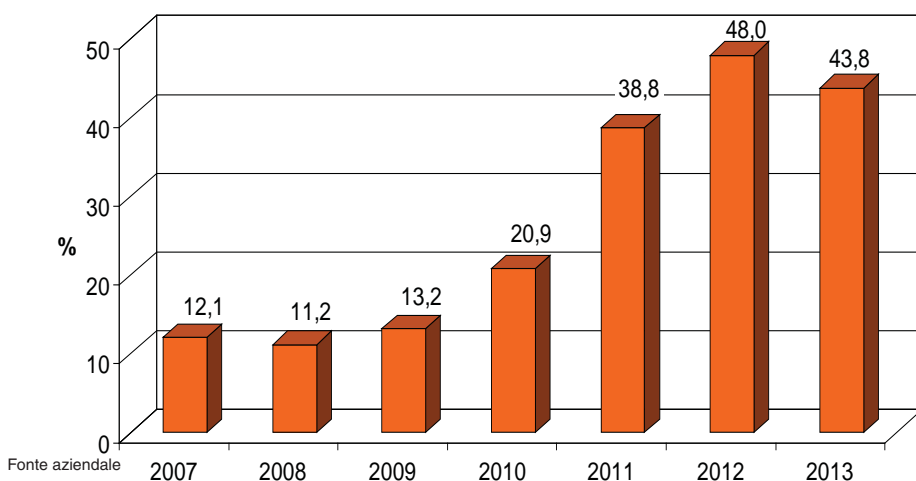
Numero di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico in pazienti ultrasessantacinquenni

#### - Standard

La media nazionale da PNE dell'anno 2013 è stata: 45,7%

Il valore della nostra Azienda per l'anno 2013 è stato: 43,8%

Figura 2.13 - Interventi per frattura di femore eseguiti entro quarantotto ore dal ricovero in pazienti ultrasessantacinquenni nell'AOU Ferrara



### Proporzione di parti con taglio cesareo primario

#### Perché misurare questo fenomeno?

Negli ultimi 20-30 anni, in molti paesi europei ed extra-europei si è osservato un aumento della proporzione di parti mediante taglio cesareo con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 20%. In Italia, in particolare, si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni ottanta al 37,5% nel 2004. Allo stato attuale la percentuale di parti cesarei registrata in Italia è la più alta d'Europa, poiché la maggior parte della nazioni ha valori inferiori al 25% (1). La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di cesarei risale al 1985 a seguito di una consensus conference organizzata appositamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2) che concluse che il 10-15% di parti mediante taglio cesareo non doveva essere superato perché questo non avrebbe prodotto alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato. In Italia nel 1999 la proporzione di parti cesarei ha superato il 30% e continua a crescere nel tempo con notevoli variazioni regionali: 23% nel Friuli Venezia Giulia e 62% in Campania (dati del 2008). L'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non ha prodotto miglioramenti sostanziali negli esiti perinatali per le donne e per i bambini. Al contrario le regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale hanno bassa mortalità perinatale e morbilità neonatale rispetto alle regioni con alto tasso di cesarei. L'eccessivo ricorso al taglio cesareo è una delle criticità indicate nella bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, approvata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni, che prevede la riorganizzazione strutturale dei punti nascita anche nell'ottica di facilitare la riduzione dei parti mediante TC che non dovrebbero superare il 20% (2). Il 16 dicembre

2010 è stato, inoltre, approvato l'Accordo Stato-Regioni relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo". L'accordo definisce un programma articolato in dieci linee di azione che vanno da misure di politica sanitaria all'introduzione di strumenti per il miglioramento e la valutazione della qualità assistenziale che dovrebbero essere recepite a livello regionale ed avviate congiuntamente su tutto il territorio nazionale. L'International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) nel 2002 ha prodotto delle Raccomandazioni sul parto cesareo senza indicazioni mediche concludendo che, alla luce delle evidenze disponibili, un cesareo senza indicazione medica non è eticamente giustificabile. Fra le condizioni cliniche che possano indicare un parto cesareo sono: parto cesareo in precedenti gravidanze, presentazione podalica, complicanze relative alla placenta o al cordone ombelicale, malattie a trasmissione sessuale, infezioni, peso del nascituro, gestosi, diabete, nefropatie. Molti sistemi di indicatori anglosassoni (USA, Canada, Australia) rilevano i parti con taglio cesareo primario (quindi in partorienti che non abbiano avuto un precedente parto cesareo), per eliminare dall'analisi almeno quella quota attribuibile ai casi con precedenti parti cesarei.

*Principali riferimenti scientifici:*

1. Programma Nazionale Valutazione Esiti. Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (<http://www.agenas.it/>, ultimo accesso 31/07/14).
2. WHO – World Health Organization Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7.
3. Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=1358&tipo=new>.
4. Minister of Public Works and Government Services. Canadian Perinatal Health Report 2003. Ottawa: Canada; 2003.
5. Canadian Institute for Health Information. Health system performance. Health Indicators. Catalogue no. 82-221-XIE, Volume 2005, No. 3, Ottawa: Canada; 2005.
6. RM Hager, AK Daltveit, D Hofoss, ST Nilsen, T Kolaas, P Øian, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 428-34.

*Caratteristiche dell'indicatore*

- Numeratore

Numero di parti con taglio cesareo primario

- Denominatore

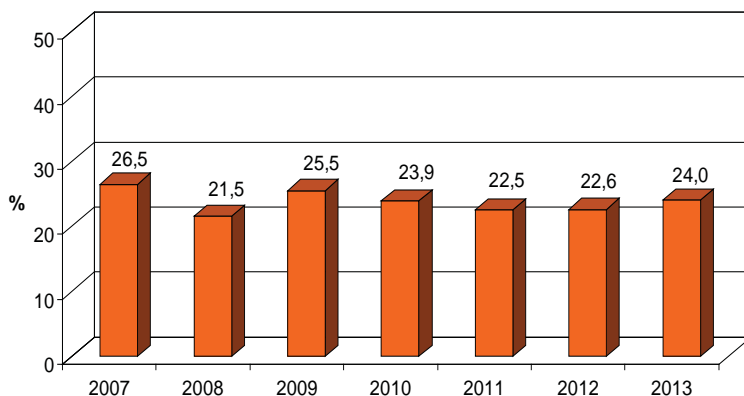
Numero di parti con nessun pregresso cesareo

- Standard

La media nazionale da PNE dell'anno 2013 è stata: 26,0%

Il valore della nostra Azienda per l'anno 2013 è stato: 24,0%

Figura 2.14 - Parti con taglio cesareo primario nell'AOU Ferrara



Fonte aziendale



## Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica

*Perché misurare questo fenomeno ?*

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'inflammazione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecisti costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto [1]. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure [2]. L'indicatore è anche tra quelli scelti nell'ambito del Progetto SiVeAS Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana, del Ministero della Salute.

*Principali riferimenti scientifici:*

7. Keus F, de Jong JAF, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. The Cochrane Library 2008, Issue 4.
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Cholecystitis/cholelithiasis: laparoscopic cholecystectomy rate. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=15362&search=cholecystectomy>.
9. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Los Angeles (CA), 2010 Jan.

*Caratteristiche dell'indicatore*

- Numeratore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

- Denominatore

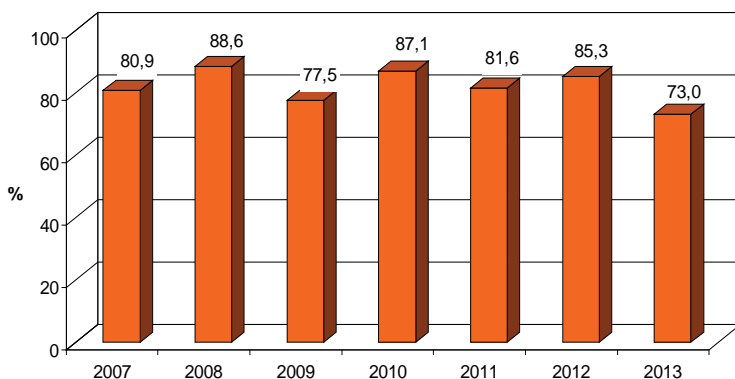
Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia

- Standard

La media nazionale da PNE dell'anno 2013 è stata: 92,6%

Il valore della nostra Azienda per il 2013 è stato: 73,0%

Figura 2.15 - Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica nell'AOU Ferrara



Fonte aziendale

## Proporzione di STEMI (Infarto Miocardico con sopraslivellamento del tratto st) trattati con angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) entro 48 ore

*Perché misurare questo fenomeno?*

L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. E' stato dimostrato che negli ospedali in cui viene eseguito un numero maggiore di PTCA, gli esiti per i pazienti sono superiori a quelli con minore esperienza. I vantaggi comprendono minore mortalità e necessità di ricorso a operazioni chirurgiche di bypass coronarico [1]. Anche la tempistica di esecuzione, elemento essenziale per il successo della PTCA in urgenza, risulta migliore nelle strutture con un volume maggiore di procedure [2]. Il numero di PTCA eseguito da un ospedale può, pertanto, riflettere la qualità dell'assistenza fornita.

*Principali riferimenti scientifici:*

1. Canto JG, Every NR, Magid DJ, et al. The volume of primary angioplasty procedures and survival after acute myocardial infarction. National Registry of Myocardial Infarction 2 Investigators. N Engl J Med. 2000 May 25;342(21):1573-80.
2. Kumbhani DJ, Cannon CP, Fonarow GC, et al. Association of hospital primary angioplasty volume in ST-segment elevation myocardial infarction with quality and outcomes. JAMA. 2009 Nov 25; 302(20):2207-13.

*Caratteristiche dell'indicatore*

- Definizione

Proporzione di episodi di STEMI trattati con PTCA entro 48 ore

- Numeratore

Numero di episodi di STEMI, in cui il paziente abbia eseguito una PTCA entro 48 ore.

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI

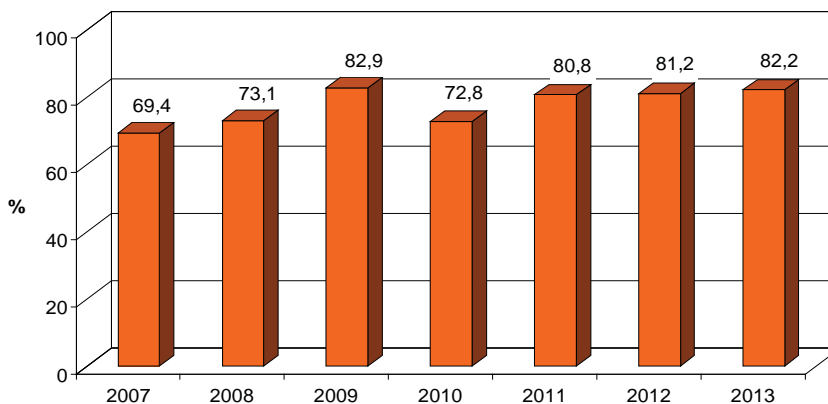
- Standard

Il valore degli indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dall'eterogenea distribuzione, dovuta a diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente.

La media nazionale da PNE dell'anno 2013 è stata: 62,5 %

Il valore della nostra Azienda per il 2013 è stato: 82,2%

Figura 2.16 - Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 48 ore nell'AOU Ferrara



## Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per infarto miocardico acuto (STEMI e NON STEMI)

### *Perché misurare questo fenomeno?*

Per infarto del miocardio (IMA) si intende la sindrome coronarica acuta dovuta all'ostruzione di una arteria coronaria con formazione di un trombo occludente e conseguente necrosi del tessuto miocardico, incapace di sopportare condizioni di mancanza di ossigeno anche per brevi tempi. L'IMA si differenzia a seconda della presentazione all'elettrocardiogramma in infarto del miocardio con sopralivellamento del tratto ST (o STEMI: ST Elevation Myocardial Infarction) e infarto miocardico senza sopralivellamento del tratto ST (o NO STEMI: No ST Elevation Myocardial Infarction). L'IMA è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Le linee guida cliniche internazionali forniscono delle indicazioni molto precise sulle azioni cliniche ed assistenziali da svolgere appena un paziente con un infarto miocardico acuto viene preso in carico dalle strutture sanitarie (ambulanze o pronto soccorso). Queste azioni vengono monitorate in molte realtà sanitarie del mondo (ad esempio percentuale dei pazienti cui è stata somministrata l'aspirina all'ingresso). I pazienti e cittadini hanno maggiore interesse per una valutazione dei risultati. Una delle principali misure di risultato (per l'infarto come per altre patologie) è il tasso di mortalità, rilevato a 30 giorni dopo l'inizio delle cure. Il tasso di mortalità rispecchia, da una parte, la gravità clinica dei pazienti, dall'altra l'efficacia reale e la qualità dell'assistenza. Dato che una parte dei decessi per infarto non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo la dimissione, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera.

### *Principali riferimenti scientifici:*

1. Grosso LM, Schreiner GC, Wang Y et al. 2009 Measures maintenance technical report: acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia 30-day risk-standardized mortality measures. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services; 2009 Apr 7. 47 p.
2. Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG et al. 2008 "ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures (Work Group to Address the Challenges of Performance Measurement and Reperfusion Therapy)". *Circulation*. 2008;118:2649-2661.
3. Krumholz HM, Merrill AR, Schone EM et al. Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2009 Sep;2(5):407-13.

### *Caratteristiche dell'indicatore*

- Numeratore

Numero di episodi di IMA, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ammissione del ricovero

- Denominatore

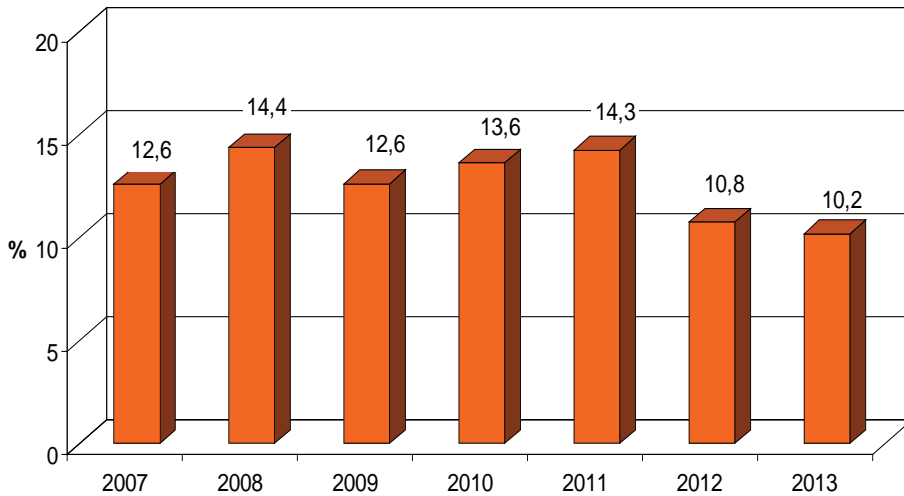
Numero di episodi di IMA

- Standard

La media nazionale da PNE nell'anno 2013 è stata: 9,3%

Il valore della nostra Azienda per il 2013 è stato: 10,2%

Figura 2.17 - Proporzione di decessi a trenta giorni da un ricovero per un episodio di IMA nell'AOU Ferrara



Fonte aziendale

### Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico

#### *Perché misurare questo fenomeno ?*

L'ictus ("stroke") e altre condizioni cerebrovascolari sono fra le prime cause di morte in molti paesi, dopo il cancro e le patologie cardiache. Molti pazienti che sopravvivono ad un ictus rimangono disabili, l'impatto dell'ictus dipende da quale parte del cervello sia colpita e quanto sia grave il danno al tessuto cerebrale. Circa l'80-85% degli stroke è di natura ischemica, circa il 15-20% è di origine emorragica. Gli effetti possono andare da una lieve menomazione fino ad una drammatica perdita di funzioni, come il linguaggio parlato, la mobilità, la vista e la memoria. Un trattamento dell'ictus che sia di buona qualità deve essere tempestivo ed efficace a prevenire la morte del tessuto cerebrale. Negli ultimi anni sono state redatte dagli esperti molte linee guida e raccomandazioni cliniche, basate sulle evidenze scientifiche, su come migliorare il trattamento dei pazienti affetti da ictus. Il tasso di mortalità rispecchia da una parte la gravità clinica dei pazienti, dall'altra l'efficacia reale e la qualità dell'assistenza. Le forme ischemiche sono in genere a prognosi migliore rispetto alle forme emorragiche ed hanno una letalità a 30 giorni oscillante nei vari studi tra il 10% e il 15%. Dato che una parte non trascurabile dei decessi per ictus non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera. La "mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus" è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero.

ictus non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera.

La "mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus" è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero.

#### *Principali riferimenti scientifici:*

Linee guida SPREAD. "Ictus cerebrale – linee guida italiane di prevenzione e trattamento" Milano Gennaio 2010

#### *Caratteristiche dell'indicatore*

- Numeratore

Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico in cui il paziente risulti deceduto entro trenta giorni dalla data di ricovero

- Denominatore

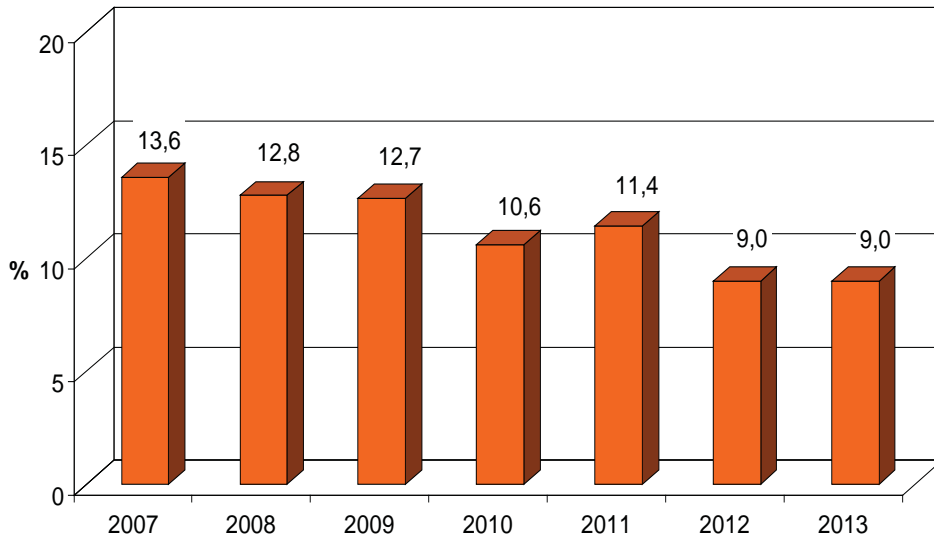
Numero di ricoveri con diagnosi principale di ictus ischemico

- Standard

La media nazionale da PNE dell'anno 2013 è stata: 11,6%

Il valore della nostra Azienda per il 2013 è stato: 9,0%

Figura 2.18 - Proporzione di decessi a trenta giorni dalla data di ricovero per ictus ischemico nell'AOU Ferrara



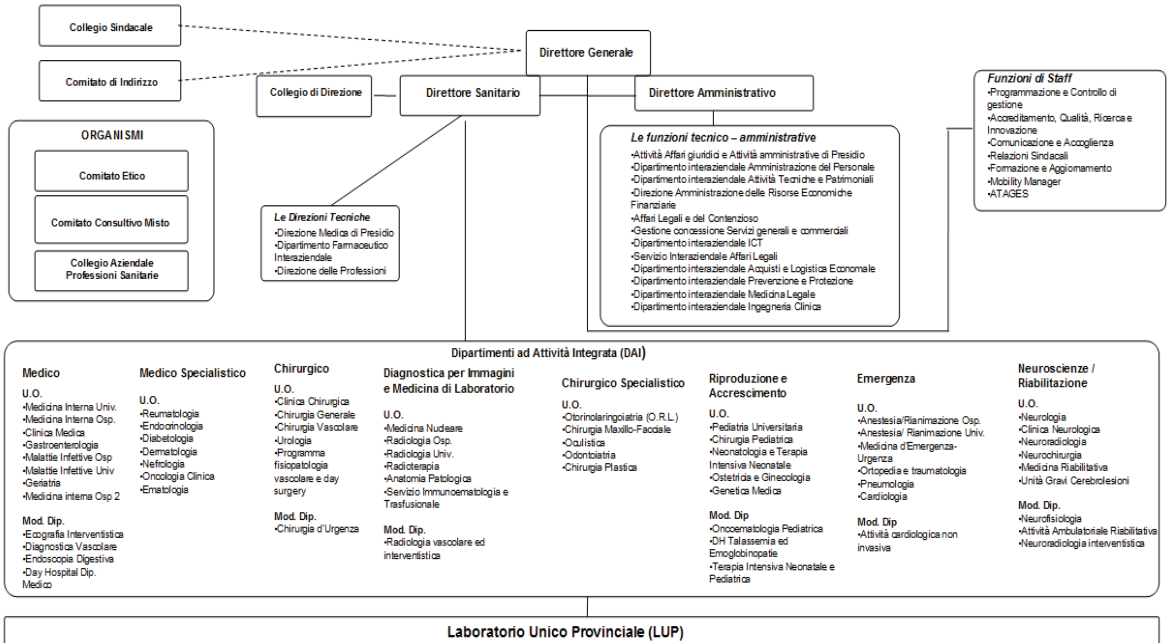
Fonte aziendale

## 2.4 Assetto organizzativo

### 2.4.1 L'Organizzazione Aziendale

La figura sotto riportata mostra la struttura dell'organizzazione aziendale. La configurazione dell'attività sanitaria per Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) assicura l'esercizio integrato delle funzioni di assistenza ricerca e didattica.

Figura 2.19 - L'organigramma aziendale



Fonte aziendale

A partire dal 2012 l'organizzazione aziendale è stata in gran parte rivista per adeguarla al nuovo nosocomio concepito come ospedale ad intensità di cura; questo ha portato alla creazione di blocchi comuni a varie unità operative, anche appartenenti a diversi dipartimenti, suddivisi per degenza, day hospital, ambulatori, sale operatorie e pronto soccorsi.

Sono stati inoltre istituiti:

- il Dipartimento interaziendale gestionale I.C.T. tecnologie per la comunicazione e l'informazione
- il Dipartimento interaziendale strutturale prevenzione e protezione
- il Dipartimento interaziendale gestionale acquisti e logistica economica
- il Dipartimento interaziendale gestionale amministrazione del personale
- il Dipartimento interaziendale gestionale attività tecniche e patrimoniali
- il Dipartimento interaziendale gestionale ingegneria clinica
- il Dipartimento interaziendale strutturale medicina legale
- il Servizio interaziendale affari legali



Sala giochi della Pediatria

## 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

### 3.1 Dignità della persona

#### 3.1.1 Le reti per le cure palliative e la terapia del dolore: l'ospedale territorio senza dolore

Il dolore rappresenta un problema sanitario rilevante a livello mondiale, sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per l'aumento delle patologie cronico degenerative e dei tumori.

Le politiche sanitarie nazionali e regionali italiane affermano l'importanza di migliorare la conoscenza del fenomeno "dolore" per valutare i percorsi intrapresi per l'applicazione del progetto "Ospedale-Territorio senza dolore". Consolidati gli obiettivi regionali del 2013, in attuazione alla Legge n.38 del 2010, sono stati perseguiti e raggiunti gli obiettivi regionali del 2014.

L'integrazione dei due Comitati Ospedale-Territorio senza dolore (COTSD) dell'AOU e dell'AUSL di Ferrara si è strutturata: sono state fatte diverse riunioni integrate, corsi di formazione sul dolore, dedicati alla Riabilitazione, all'Emergenza –Urgenza e al personale sanitario dei Dipartimenti medici e chirurgici delle due Aziende.

In attuazione della Legge n.38 la valutazione ed il monitoraggio del dolore dell'adulto e del bambino ricoverato nei diversi regimi, viene realizzata in maniera omogenea in tutta l'Azienda grazie alle schede "Il dolore si cura insieme" nelle diverse età. La compilazione delle schede è oggetto di analisi periodiche, a campione, di coerenza e congruenza per le conseguenti azioni di miglioramento.

La collaborazione attiva e continua con il Comitato Consultivo Misto (CCM), di cui un rappresentante fa parte del COTSD, ha avviato un percorso dedicato all'approccio antalgico nelle procedure invasive, per valutare la realtà di approccio e trattamento nel contesto e avviare eventuali azioni positive con sensibilizzazione e formazione degli operatori interessati e condivisione di nuovi protocolli terapeutici.

I dati relativi al monitoraggio continuo del consumo dei farmaci antalgici in ospedale, sul territorio e in erogazione diretta alla dimissione, che mostrano un trend in aumento, confortano e dimostrano uno sviluppo della cultura del dolore e del suo trattamento.

Contribuisce sicuramente a ciò la verifica periodica del COTSD con la collaborazione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, del consumo e delle devianze degli antalgici, nei vari Dipartimenti, che porta ad Azioni continue di miglioramento.

In data 25 maggio 2014 è stata celebrata in Azienda la XIII Giornata Nazionale del Sollievo, in tale occasione il COTSD ha realizzato "la settimana del sollievo", dal 21 maggio al 25 maggio 2015, attraverso un'intensa campagna informativa che ha coinvolto la rete sanitaria provinciale, attraverso la pagina internet aziendale, brochure dedicate, poster regionali e aziendali, conferenze aziendali e servizi sui media (canale televisivo locale Telestense e stampa locale).

La giornata è stata dedicata ai ricoverati e ai cittadini di Ferrara e provincia per migliorare le conoscenze sull'importanza della valutazione e del monitoraggio del dolore e sulla politica aziendale per il controllo e il monitoraggio del dolore e dell'umanizzazione delle cure in equità.

Particolare attenzione è stata dedicata al dolore post operatorio: ai pazienti operandi sono state fornite informazioni attraverso dépliant redatti appositamente, sull'importanza della valutazione del dolore, della scala utilizzata e della terapia antalgica per una collaborazione attiva degli operandi per il sollievo.

Tutte le unità operative dell'azienda utilizzano, come strumenti di valutazione del dolore, la scala NRS (Numeric Pain Intensity Scale) per i pazienti collaboranti, la PAINAD (Pain Assessment in Advanced. Dementia) per i non collaboranti e la BPS (Behavioral Pain Scale) per i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva/Rianimazione non collaboranti e ventilati artificialmente. Nel DAI Riproduzione e Accrescimento viene utilizzata la scala FPS (Face Pain Scale) per i pazienti pediatrici.

Oltre alle scale specifiche viene utilizzata dal 90% delle unità operative la scheda unica aziendale "Il dolore si cura insieme" che fa parte integrante della cartella clinica.

Inoltre si utilizzano:

- strumenti infermieristici integrati, dedicati alle procedure in endoscopia digestiva e bronchiale, che riportano la valutazione del dolore;
- strumenti informatizzati di valutazione del dolore in PS pediatrico, generale, ostetrico e ortopedico.

Nel percorso di attuazione del progetto "Ospedale-Territorio senza dolore" è previsto come obiettivo principale per un corretto trattamento, conoscere il dolore percepito nella malattia e il bisogno di sollievo delle persone ricoverate nei vari Dipartimenti aziendali e in Pronto Soccorso.





mune di Ferrara, ha realizzato un Convegno dal titolo: "Nascere a Ferrara: percorsi di integrazione". L'obiettivo principale di questo convegno è stato quello di informare e promuovere il parto senza dolore, di presentare un percorso nascita che rispetti l'umanizzazione delle nascite come miglioramento della qualità della salute della madre e del bambino, del benessere personale, della salute sociale e sanitaria, con i diversi professionisti coinvolti in Rete.

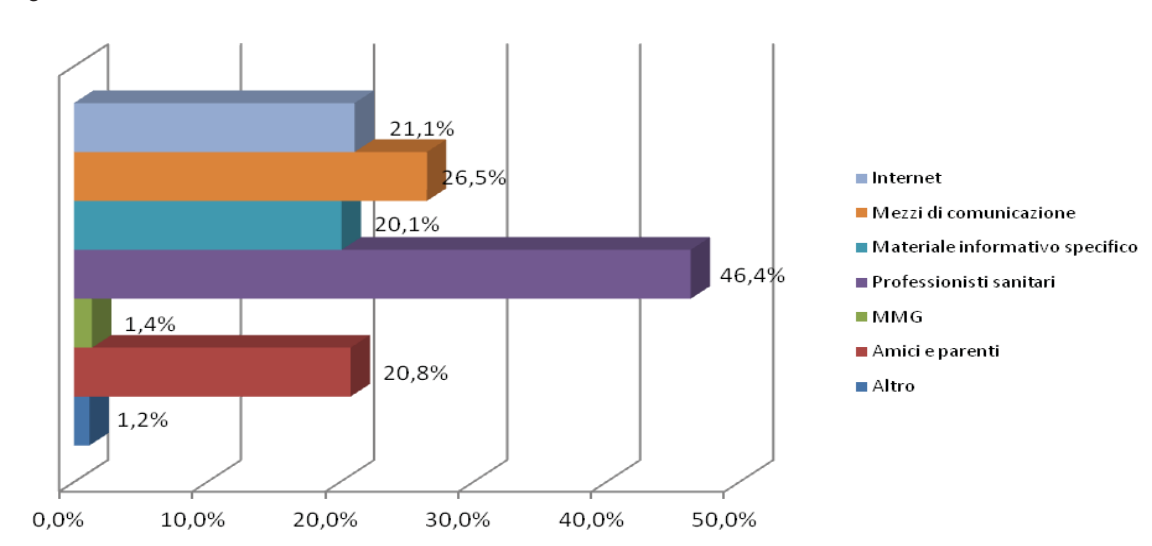
Dai risultati ottenuti dall'indagine, che ha coinvolto 1573 donne tra i diciotto e 45 anni, con un'età media di 29 anni, è stato possibile trarre delle indicazioni e delineare alcuni spunti operativi, per la realizzazione di interventi di promozione sociale e della salute e sulla partoanalgesia, che si pongano come obiettivo quello di migliorare la conoscenza relativa al tema, ottimizzare i percorsi assistenziali e i percorsi nascita, creare strumenti di informazione adeguati per una scelta informata e consapevole delle donne gravide, nel rispetto della genitorialità, in sicurezza.

Figura 3.2 - Risposte alla domanda "conosci il significato della partoanalgesia"?



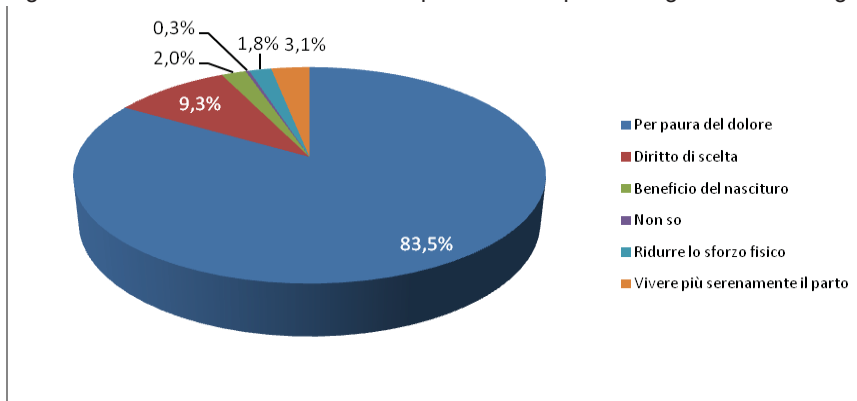
Fonte Aziendale

Figura 3.3 - Fonte delle informazioni



Fonte Aziendale

Figura 3.4 - Motivazione della scelta di partorire con partoanalgesia farmacologica in epidurale



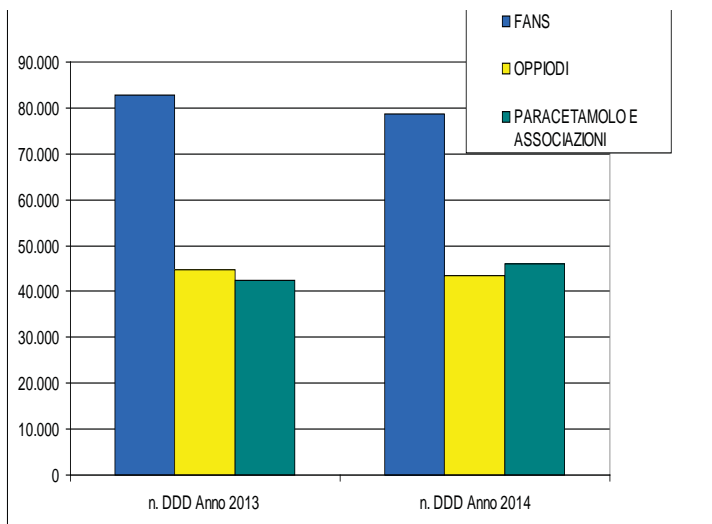
Fonte Aziendale

### Il consumo dei farmaci antalgici e dei presidi in Azienda

La collaborazione continua con le Farmacie Ospedaliere, del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e in particolare con i farmacisti referenti del Comitato ospedale territorio senza dolore (COTSD) ha reso possibile:

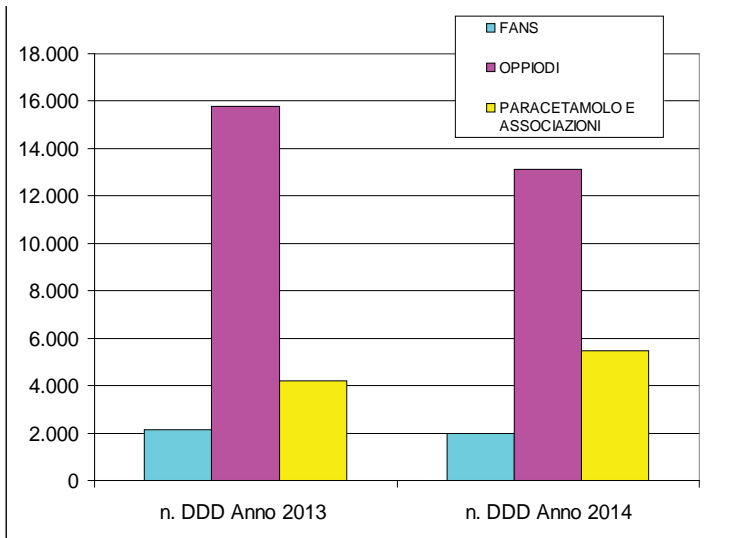
- un monitoraggio continuo, totale e distinto per principio attivo, dei farmaci analgesici e un confronto dei trend annuali;
- l'analisi della spesa totale aziendale, per Dipartimento e per Unità Operativa dei farmaci antalgici e dei presidi utilizzati in azienda.

Figura 3.5 - Consumi DDD\*/Anno di farmaci antalgici in Azienda. Anni 2013-2014



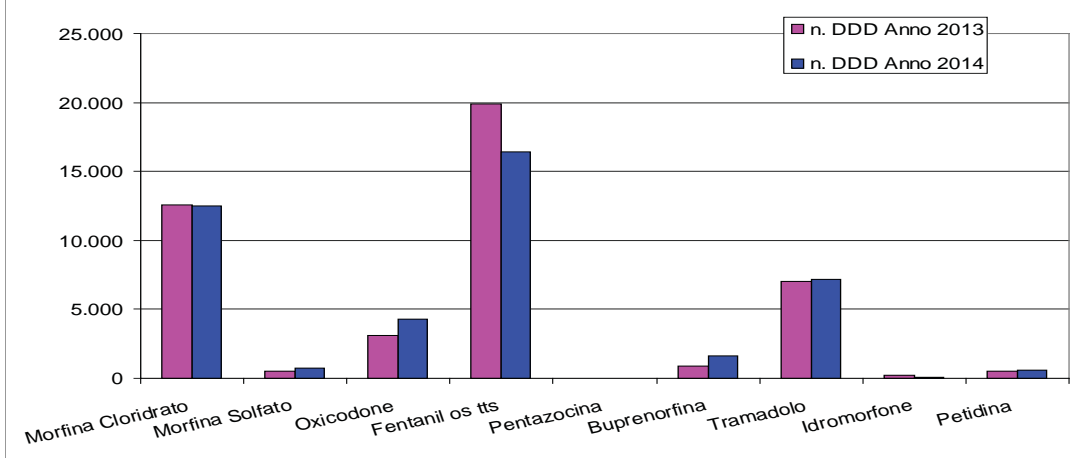
\*DDD: Dose definita giornaliera  
Fonte Aziendale

Figura 3.6 - Consumi DDD/Anno di farmaci antalgici in erogazione diretta. Anni 2013-2014



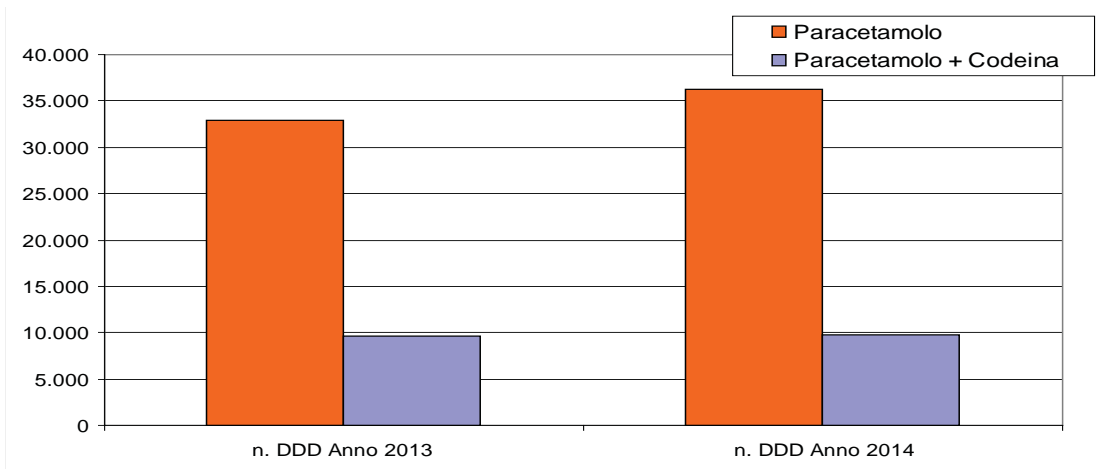
Fonte Aziendale

Figura 3.7 - Consumi DDD/Anno di analgesici oppioidi impiegati per la terapia del dolore. Anni 2013-2014



Fonte Aziendale

Figura 3.8 - Consumi DDD/Anno di paracetamolo e associazioni impiegati per la terapia del dolore. Anni 2013-2014

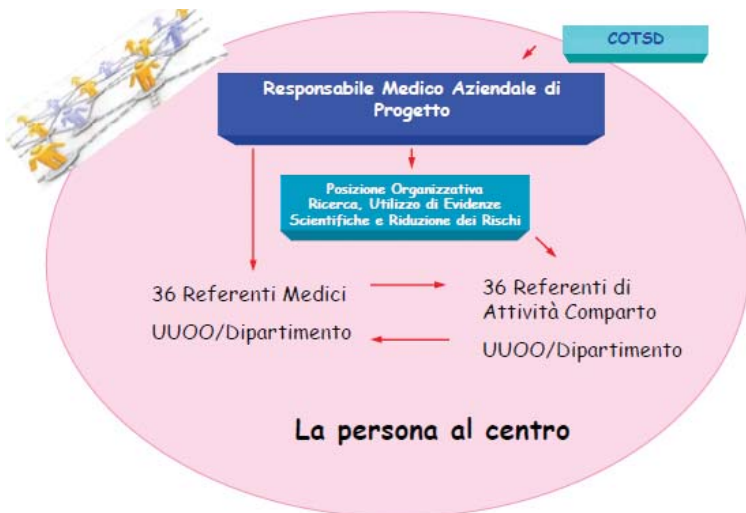


Fonte Aziendale

## La rete dei referenti

Nel progetto “Ospedale-Territorio senza dolore” dal 2008 è presente la Rete dei Referenti costituita dai professionisti sanitari, medici e di attività di comparto, che partecipano attivamente a tutte le attività aziendali del COTSD. In ogni UU.OO. dell’Azienda è presente almeno un referente Professional del COTSD o un Coordinatore di U.O. che si occupa del tema del dolore.

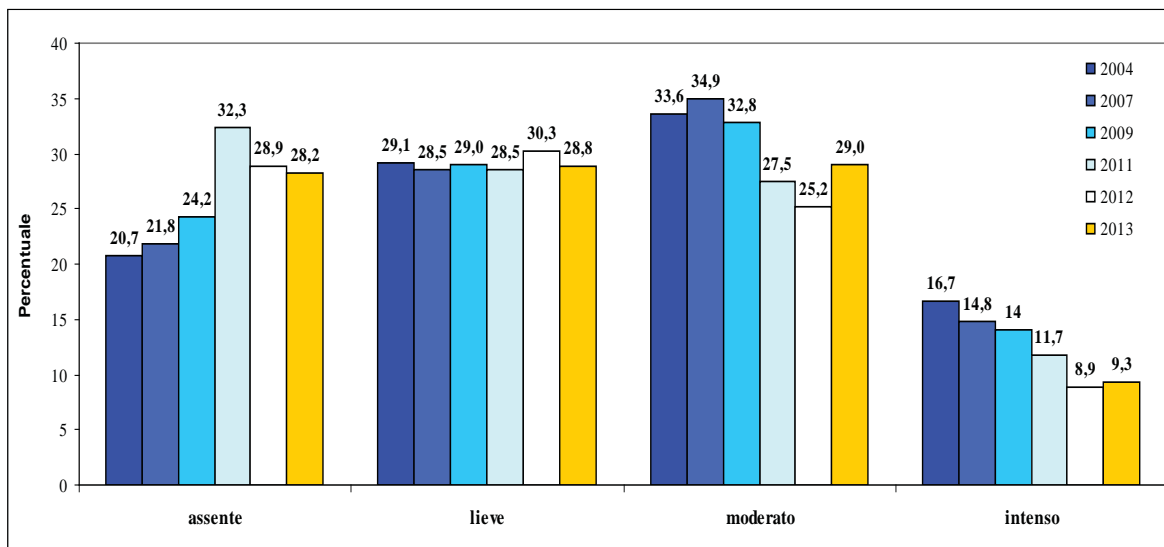
Figura 3.9 - La rete ospedale-territorio senza dolore in Azienda



## Il percorso di umanizzazione

Nel Dicembre del 2013 è stata effettuata un’indagine di prevalenza del dolore in ospedale , per valutare l’andamento del dolore assente e moderato severo, con un confronto negli anni e rilevare i desideri delle persone per provare sollievo, per poter ottimizzare e personalizzare le risposte di salute e i percorsi di cura. I dati sono stati analizzati nel 2014 e sono stati oggetto di un report aziendale

Figura 3.10 - Andamento del dolore in Azienda dal 2004 al 2013



Fonte Aziendale

### **3.1.2 Risultati dell'indagine sulla qualità del servizio di ristorazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**

Nel secondo semestre 2014 l'Azienda ha promosso un'indagine per valutare la qualità percepita del Servizio in outsourcing di ristorazione, destinato sia ad utenti esterni che al personale aziendale. L'analisi dei dati e la produzione del report con i risultati dell'indagine sono stati prodotti in collaborazione con lo Staff Accreditamento, Qualità Ricerca e Innovazione. Nella settimana dal 10 al 15 novembre 2014, i coordinatori di cucina, hanno distribuito un questionario a tutte le persone che usufruivano del servizio mensa nelle sue diverse sedi (Cona, S. Giorgio e C.so Giovecca). Il questionario, auto-compilato, era composto di otto domande a risposta chiusa e una sezione per "osservazioni o suggerimenti" ed è stato somministrato in forma anonima. Complessivamente, hanno risposto al questionario 807 persone. Nella sede di Cona hanno consegnato il questionario 543 utenti, nella sede di C.so Giovecca 226 e nella sede di S.Giorgio 38 utenti. Dai risultati è emerso che gli utenti sono complessivamente soddisfatti della qualità delle pietanze ed hanno valutato soddisfacente l'intero servizio. Le osservazioni e i suggerimenti riportati produrranno da febbraio 2015 alcune azioni di miglioramento (ampliare la scelta dei condimenti e dei contorni; diversificare le temperature delle pietanze, ecc.).

### **3.1.3 La partecipazione dei cittadini-utenti nella valutazione dei servizi ambulatoriali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**

La valutazione della qualità delle prestazioni ricevute da parte del cittadino/utente è un aspetto strategico della nostra Azienda. Lo Staff Accreditamento, Qualità Ricerca e Innovazione in collaborazione con Comitato Consultivo Misto (CCM) aziendale, rappresentanti dei cittadini, operatori sanitari e personale amministrativo ha svolto nel secondo semestre del 2014 un'indagine per valutare la qualità percepita da parte del cittadino/utente sulle prestazioni ambulatoriali erogate dalla nostra Azienda tramite indagine telefonica. Data la scelta di non avvalersi di personale esterno specializzato, si è reso necessario un adeguato addestramento degli intervistatori. Per la formazione ci si è rivolti ad un medico del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Modena, coinvolto da anni nel gruppo di Coordinamento Regionale del progetto PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia); le tematiche principali riguardavano le modalità di esecuzione delle interviste in particolare quelle di tipo comunicativo/relazionale (ascoltare, dimostrare empatia, ecc.) anche attraverso simulazioni sul campo. L'indagine si è svolta dal 23 giugno al 17 novembre 2014 e ha considerato un campione rappresentativo della popolazione di cittadini/utenti che hanno effettuato una prima visita specialistica presso gli ambulatori dell'Azienda. Lo strumento utilizzato per la rilevazione tramite intervista telefonica è stato un questionario formato da item a risposta chiusa che indagavano quattro ambiti della qualità percepita: prenotazione della visita, accesso alla prestazione, erogazione della prestazione e refertazione. Dalle 384 interviste effettuate è emerso che: i cittadini hanno voglia di comunicare la propria esperienza (pochi rifiuti, sia per il consenso a partecipare all'indagine sia per rispondere all'intervista telefonica, aspettano la chiamata per l'intervista, parlano anche di visite precedenti). Inoltre, gli utenti hanno dichiarato che i tempi di attesa per fare una visita sono troppo lunghi ma, complessivamente, sono soddisfatti della qualità delle prestazioni ricevute: tempo dedicato per fare la visita, cortesia del personale, rispetto della privacy e comprensibilità delle informazioni ricevute.

### **3.1.4 Sperimentazione di un sistema di valutazione della qualità dal punto di vista dei cittadini nelle strutture di degenza**

L'Azienda ha aderito al progetto "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", promosso dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna (ASSR), finalizzato a promuovere la verifica e validazione di un set minimo di indicatori di qualità del punto di vista degli utenti/cittadini per valutare la qualità dei servizi erogati ai pazienti in regime di ricovero. La sperimentazione prevedeva una rilevazione validata e confrontabile con i principali sistemi di valutazione della qualità a livello nazionale e internazionale, sostenibile sia dal punto di vista metodologico sia dal punto di vista organizzativo. Le Aziende coinvolte nel progetto potevano scegliere se condurre una o più tra le sperimentazioni proposte:

- 1) Studio 1 (livello aziendale) - "Sperimentazione di priority setting" sui 200 items della Check List proposta da Agenas.
- 2) Studio 2 (livello aziendale) - "Sperimentazione di rilevazione" sui 130 items della Check List che non sono

requisiti di accreditamento nel nostro sistema regionale.

Entrambe le tipologie di sperimentazione prevedevano il coinvolgimento sia di cittadini (o loro referenti – es. CCM, Organizzazioni di volontariato) sia di operatori (o loro referenti – es. CCM, Ufficio Qualità, Urp, Ufficio Comunicazione).

3) Studio 3 (livello regionale) finalizzato a definire e validare un set minimo di indicatori per valutare la qualità dal punto di vista del cittadino, integrando quelli selezionati dalla Check List di Agenas e prioritizzati, con quelli provenienti da altri strumenti di rilevazione già in essere nella nostra regione – ad es. qualità percepita e segnalazioni.

L'Azienda ha partecipato allo Studio 1 (livello aziendale) - "Sperimentazione di priority setting" che si proponeva di prioritizzare per ogni criterio gli items della Check List per la valutazione del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero proposta da Agenas integrando la pesatura già eseguita nel progetto nazionale e dal gruppo di lavoro regionale Assr/referenti aziendali. Allo studio 1 hanno partecipato 19 Aziende della Regione. Il gruppo di lavoro Aziendale era composto da 15 persone, 5 rappresentanti del volontariato appartenenti al Comitato Consultivo Misto Aziendale e 10 tra personale medico, infermieristico e amministrativo. L'azienda ha anche partecipato allo Studio 3 (livello regionale) finalizzato anch'esso a definire e validare un set minimo di indicatori per valutare la qualità dal punto di vista del cittadino, integrando quelli già prioritizzati, con quelli provenienti da altri strumenti di rilevazione, in essere nella nostra regione (es. indagini di qualità percepita, segnalazioni).

### 3.1.5 Osservatorio su equità e rispetto delle differenze

Sul progetto Differenze ed Equità - Osservatorio su Equità e rispetto delle Differenze, sono state completate le azioni previste dal Piano delle Azioni 2014:

- Realizzazione del Piano Equità 2013-15 e relativo Piano delle Azioni 2014
- Realizzazione della sperimentazione a livello aziendale dello strumento dell'Health Equity Audit, applicando le indicazioni elaborate a livello regionale al Progetto n. 13 proposto nell'ambito del Board Equità Aziendale dal titolo 'Processo di Health Equity Audit (HEA) applicato al Percorso della Donna Gravida – donna straniera e taglio cesareo'.

Entrambe le esperienze di cui sopra sono state riportate a livello Regionale.

#### *Health Equity Audit*

Tra gli obiettivi 2014 dei Direttori Generali compariva l'avvio e la realizzazione a livello aziendale di un Health Equity Audit (HEA). Il Responsabile Qualità Aziendale e la Responsabile dell'Area Comunicazione e Accoglienza a marzo 2014 hanno individuato alcuni possibili ambiti tematici e i professionisti di riferimento per la sperimentazione dell'HEA. Dal punto di vista metodologico sono state seguite le indicazioni regionali come descritto nel toolkit n.5. E' stato quindi avviato l'HEA "Valutazione dell'equità nel ricorso al taglio cesareo primario in donne italiane e donne straniere". L'analisi retrospettiva dei dati 2010-2013 è stata condotta dall'Ufficio Statistica Sanitaria e dall'ufficio Accreditamento Qualità, in collaborazione con alcuni professionisti dell'Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia. Il ciclo dell'audit non ha previsto la pianificazione di azioni di miglioramento in quanto non è stata riscontrata diseguità di ricorso al taglio cesareo in donne di diversa cittadinanza.

### 3.1.6 Miglioramento della qualità della comunicazione nella relazione di cura

L'Unità Operativa Area Comunicazione ha realizzato il Progetto 'Health Literacy: un modello aziendale per migliorare la comunicazione scritta, nella relazione tra le persone e attraverso il web'. Con questa metodica è stato realizzato un estratto in pillole del Bilancio di Missione seguendo le indicazioni espresse nel giudizio del Comitato di Indirizzo sul medesimo documento.

All'interno del processo di cambiamento culturale messo in atto dalla Regione Emilia-Romagna dal 2011 con l'introduzione del progetto Health Literacy all'interno delle Aziende Sanitarie è iniziato un percorso di sensibilizzazione sull'importanza di migliorare i 3 ambiti relativi a:

- orientamento e accessibilità dei cittadini all'interno delle strutture sanitarie,
- formazione del personale (sanitario e amministrativo sulla tecnica del teach back),
- revisione dei documenti che vengono consegnati a pazienti e familiari.

L'elemento conoscitivo basilare è il fatto che ogni forma di contatto tra personale e utente necessita di chiarezza e semplicità, dai colloqui ai documenti che l'azienda elabora, che devono essere scritti tenendo presenti le

esigenze di chi è colui che ne usufruisce, siano essi consensi informati, opuscoli informativi o altro.

## **3.2 Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure**

### **3.2.1 Sicurezza delle cure e gestione del rischio**

#### **Assetto organizzativo per rischio e sicurezza**

Nel 2014, l'Azienda, sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario, ha avviato i lavori per la stesura del nuovo Piano-programma per la sicurezza delle cure 2014-2016 (il precedente P-p 2008-2010, datato 12/09/2008, è stato validato nei contenuti fino al 2013, nel corso degli annuali Riesami della Direzione degli anni 2011, 2012, 2013), con l'obiettivo di riorganizzare il sistema di gestione del rischio secondo quanto indicato nella DGR 2079/2013, definendo chiari ruoli e responsabilità e integrazione sinergica tra i diversi attori coinvolti nella fase di prevenzione degli eventi avversi e nella fase di gestione diretta dei sinistri (eventi avversi associati all'assistenza sanitaria con danno) derivanti da responsabilità civile.

Nel corso del 2014:

- è stato attivato il gruppo di lavoro per la stesura della procedura aziendale finalizzata al recepimento della Raccomandazione Ministeriale n° 14 -Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici;
- è stata sottoposta a revisione la "P-005-AZ Gestione clinica dei farmaci (rev4, 02/12/2014)", in conformità con Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica della Regione Emilia-Romagna
- è stata integrata la "P-090-AZ procedura per la Trasfusione del sangue e degli Emocomponenti"
- è stata preparata e sperimentata la bozza avanzata della Procedura "incident reporting (ir) degli Eventi Avversi Potenziali (Quasi Eventi) e degli Eventi Avversi Effettivi con Nessun Esito & Significant event audit (SEA)", revisionata e condivisa nel board aziendale in data 03/09/2014
- è stata prodotta, in collaborazione con la U.O. di Oncologia e il Dipartimento di Psichiatria, la bozza avanzata della istruzione operativa "prevenzione del rischio di suicidio e tentato suicidio"
- è stata effettuata l'annuale rendicontazione dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) sullo stato di applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali, con il coinvolgimento delle Direzioni-Strutture responsabili della loro implementazione (es. Farmacia, Direzione delle Professioni, Direzione Medica di Presidio, ecc.)

In Azienda l'integrazione del governo del rischio infettivo con le attività aziendali di gestione del rischio clinico è stata realizzata dal 2008, inserendone le attività quali Schede-progetto del P-P 2008-2013.

Nel corso del 2014 è stato deliberato il nuovo assetto del Nucleo Strategico aziendale per la Gestione del Rischio Infettivo (NS-GRI) ed il Programma degli interventi 2014-2016 (Delibera n. 49 del 13/03/2014 "Attuazione delle linee di indirizzo previste dalla D.G.R. 318/2013 per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza (ICA) e uso responsabile degli antibiotici").

Le novità sono rappresentate da:

1. l'inserimento all'interno del NS-GRI del Gruppo Operativo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici, in precedenza nominato esternamente al Comitato Infezioni Ospedaliere, consentendo la gestione integrata e sinergica del rischio infettivo;
2. l'inserimento all'interno dei componenti del NS-GRI dei Direttori e collaboratori dei Dipartimenti ad Attività Integrata, quale componente strategica nella definizione delle attività e priorità di intervento;
3. l'inserimento tra le funzioni aziendali a valenza trasversale e di supporto delle due Unità Operative di Anestesia e Rianimazione aziendali.

Dal 2006, le attività di gestione del rischio infettivo sono sostenute da una Rete di Referenti per la Gestione del Rischio Infettivo (medici, laureati non medici, operatori delle professioni sanitarie), presenti in tutte le UU.OO. / articolazioni organizzative rilevanti (ad es. Piastra Operatoria, Aree Ambulatoriali Plurispecialistiche) e dal coinvolgimento delle scuole di specializzazione UNIFE.

Grazie a questa organizzazione, è stato possibile in questi anni progettare e implementare in maniera sistematica interventi di gestione del rischio su tutta l'Azienda, come ad es. la gestione dei pazienti colonizzati/infetti con alert organism.



## Sorveglianza e monitoraggio

### *Infezioni correlate all'assistenza*

L'infezione correlata all'assistenza (I.C.A.) é l'infezione che insorge dopo le 48 ore dal ricovero in ospedale e che non era clinicamente manifesta né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. Sono comprese le infezioni comparse successivamente alla dimissione e riferibili, per tempo di incubazione, ad un eventuale precedente ricovero (ad es., infezioni del sito chirurgico).

La sicurezza del paziente è una questione centrale per i servizi sanitari e le I.C.A. rappresentano uno dei fenomeni più rilevanti in questo ambito.

In Italia non è attivo un sistema di sorveglianza delle I.C.A., anche se numerosi sono gli studi di prevalenza e incidenza.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara negli ultimi anni sono stati effettuati studi ripetuti di prevalenza, a partire dal 1983.

Lo studio di prevalenza, di semplice e rapida esecuzione, dal basso costo e facile ripetibilità, rappresenta uno strumento in grado di fornire dati utili per orientare gli interventi e definire le priorità, in particolare per sottogruppi di pazienti omogenei per condizioni cliniche di base, reparto di ricovero, esposizione alle principali procedure invasive e uso di antibiotici.

Nonostante i noti limiti delle indagini di prevalenza, esse rappresentano l'unico strumento per ottenere informazioni di "struttura" relative alle I.C.A.. Inoltre, la ripetizione periodica dell'indagine le rende un prezioso strumento per mantenere vivo l'interesse degli operatori sanitari e per conoscere le sedi di infezione più colpite e le aree di degenza maggiormente gravate dal fenomeno.

Infine, i dati ricavati dall'indagine possono guidare la scelta dei temi da approfondire con momenti di informazione/formazione/addestramento e/o con indagini ad hoc di sorveglianza, prospettica e/o retrospettiva.

I dati di prevalenza (e di incidenza) I.C.A.:

- sono un requisito necessario per l'Accreditamento;
- sono obiettivi di valutazione regionale dei sistemi aziendali per la gestione del rischio;
- consentono di effettuare attività di benchmarking in ambito regionale, nazionale e internazionale;
- consentono di orientare gli interventi di miglioramento in specifici ambiti critici.

L'indagine si svolge attraverso una visita (investigazione) dei pazienti ricoverati in un unico giorno per ogni area degenza. I dati sono rilevati da Osservatori formati (investigatori indipendenti), attraverso l'esame della documentazione sanitaria e il colloquio con il personale di degenza (medico e infermiere Referente GRI di U.O./Area di degenza). L'indagine è stata applicata a tutti i pazienti ricoverati il giorno dell'indagine entro le ore 8 nelle aree di degenza per acuti e di riabilitazione, (sono escluse le funzioni di day hospital e day surgery), sono esclusi i pazienti in dimissione nella giornata dell'indagine. Ogni U.O. deve essere completata in un'unica giornata.

La Regione ha predisposto appositi indicatori per valutare le Aziende Sanitarie relativamente ai programmi di gestione del rischio infettivo.

Il punteggio ICALIN (Indice Composite des Activites de Lutte contre les Infections Nosocomiales), che descrive in modo sintetico le attività di sorveglianza e controllo delle ICA, varia dal 57% al 99% del punteggio massimo ottenibile. Il criterio di valutazione è l'esistenza di un programma di sorveglianza e controllo caratterizzato da alcune componenti ritenute prioritarie (organizzazione, sorveglianza, controllo e formazione).

Figura 3.11 - Punteggio ICALIN delle Aziende Sanitarie della Regione (2013)

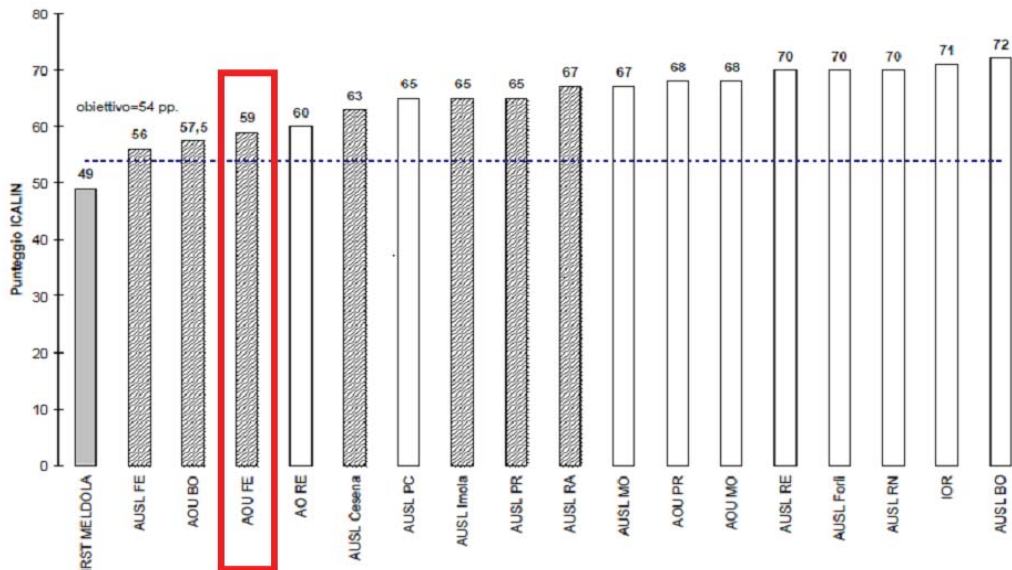


Figura 3.12 - Punteggio ICALIN totale e per area delle aziende regionali (2013)

Azienda sanitaria	Punteggio ICALIN				
	Globale	Area organizzazione	Area sorveglianza	Area controllo	Area formazione
IRST MELDOLA	49	26	8	7	8
AUSL FE	56	40	9	7	0
AOU BO	57,5	41	9	7,5	0
AOU FE	59	42	9	8	0
AO RE	60	35	9	8	8
AUSL Cesena	63	41	9	8	5
AUSL PC	65	41	9	7	8
AUSL Imola	65	42	9	8	6
AUSL PR	65	45	9	3	8
AUSL RA	67	45	9	8	5
AUSL MO	67	45	9	4	9
AOU PR	68	46	8	6	8
AOU MO	68	43	8	8	9
AUSL Forlì	70	45	9	8	8
AUSL RE	70	45	9	8	8
AUSL RN	70	45	9	8	8
IOR	71	46	9	8	8
AUSL BO	72	46	9	8	9
mediana RER	66	44	9	8	8
punteggio massimo	72	46	9	8	9

*Igiene delle mani e utilizzo appropriato e consapevole dei guanti*

Nel 2013 è stato completato il piano di azione quinquennale 2009-2013 della campagna aziendale “Non lavartene le mani!” di implementazione in scale-up delle linee Guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità in tutte le UU.OO. - aree di degenza ordinaria. Il 5 maggio 2014 (giornata mondiale dell’igiene delle mani), sono stati presentati in Azienda i dati raccolti nei 5 anni di attività di osservazione, i valori e le criticità osservate con le indicazioni per avviare interventi di miglioramento.

Il criterio di valutazione regionale è l’esistenza di interventi mirati a promuovere l’adesione alla igiene delle mani valutata sulla base di due indicatori: a) Consumo di prodotti idroalcolici – Farmacie ospedaliere; b) Griglia di autovalutazione dell’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), strumento messo a punto dall’OMS e tradotto

dall'ASSR (Agenzia Sociale e Sanitaria dell'Emilia Romagna), che prevede un punteggio massimo di 500 punti. Il consumo di prodotti idroalcolici per l'igiene delle mani varia per azienda da 1,8 litri per 1000 giornate di degenza ordinaria a 11,5/1000;

Figura 3.13 - Consumo di prodotti idroalcolici/1000 giornate di degenza (2013)

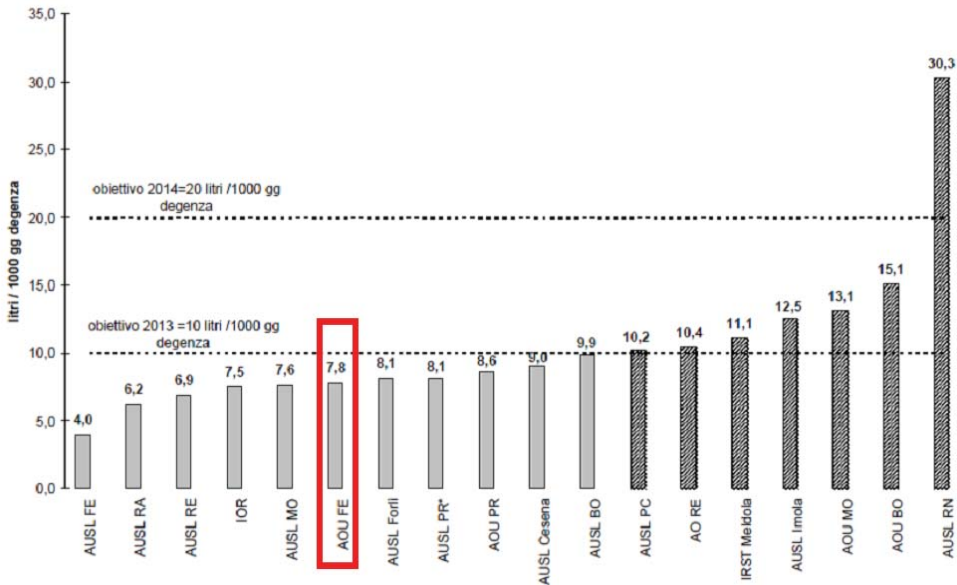


Figura 3.14 - Griglia di autovalutazione dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) (2013)

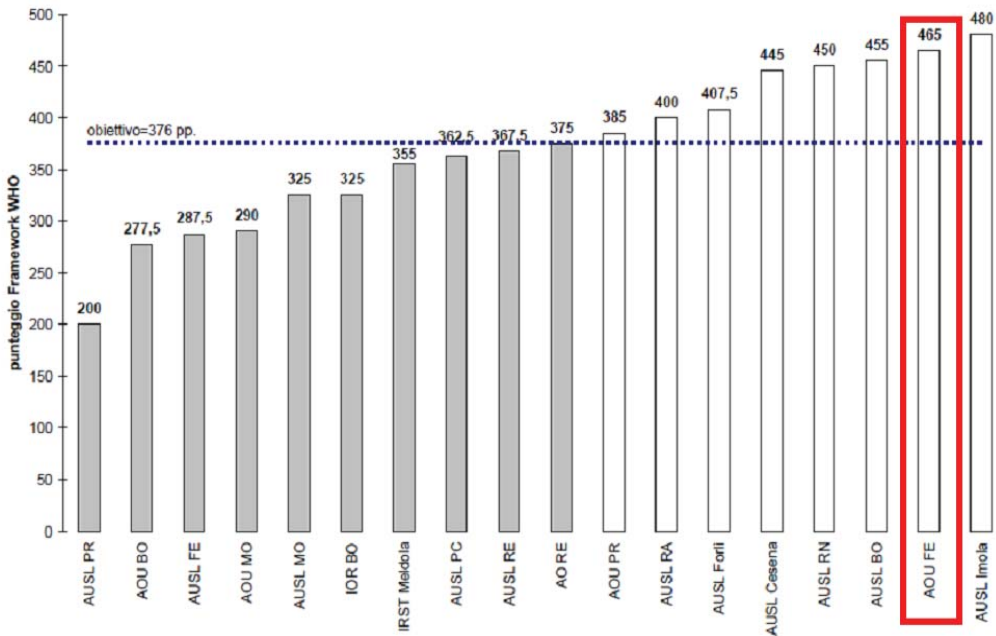


Figura 3.15 - Informazioni aggiuntive sui punteggi di tre aree di interesse della griglia di autovalutazione: disponibilità dei prodotti idroalcolici, frequenza del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani, percentuale di adesione all'igiene delle mani nell'azienda (2013)

Azienda sanitaria	Disponibilità prodotti	Frequenza monitoraggio	Percentuale adesione	Punteggio totale
AUSL PR	30	5	0	200
AOU BO	50	10	10	277,5
AUSL FE	10	0	0	287,5
AOU MO	50	5	5	290
AUSL MO	10	5	10	325
IOR BO	50	0	0	325
IRST Meldola	50	10	0	355
AUSL PC	50	0	0	362,5
AUSL RE	50	15	15	367,5
AO RE	50	5	10	375
AOU PR	50	10	25	385
AUSL RA	50	10	20	400
AUSL Forlì	50	10	20	407,5
AUSL Cesena	50	15	20	445
AUSL RN	50	15	15	450
AUSL BO	50	10	25	455
AOU FE	50	15	15	465
AUSL Imola	50	15	25	480
<b>punteggio massimo</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>500</b>

#### *Infezioni del sito chirurgico*

Uno degli obiettivi regionali fino ad ora non implementati in Azienda era rappresentato dall'avvio della sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico (ISC).

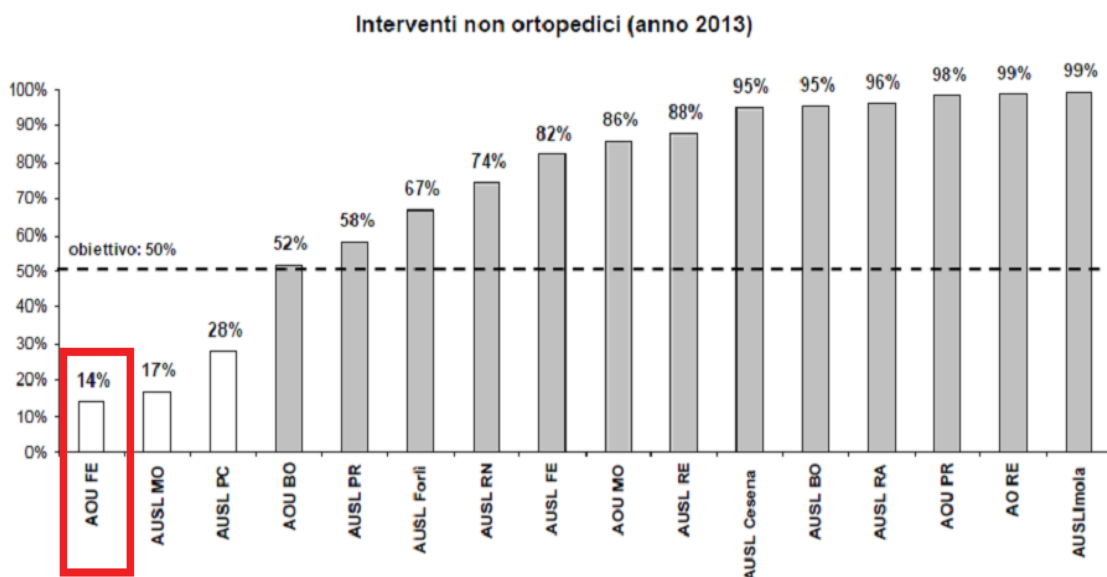
Grazie al trasferimento in Cona, all'informatizzazione del Registro Operatorio e alla sua integrazione col sistema di gestione dei ricoveri SAP, nel corso del 2012 è stata avviata l'implementazione del Protocollo SICHER in Azienda, lavorando con tutte le UU.OO. chirurgiche:

- 1) identificando per ciascuna UO le categorie NNIS da sorvegliare e i relativi codici ICD-IX-CM procedura, per un totale atteso, a pieno regime del sistema, di circa 3.500 interventi chirurgici sorvegliati.
- 2) definendo un percorso di segnalazione aziendale, presentato in uno specifico Corso di formazione, in 2 edizioni ripetute, preliminare all'avvio della sorveglianza grazie all'acquisizione di uno specifico modulo integrativo del software di gestione delle sale operatorie ORMAWEB.

La sorveglianza è stata attivata dal 22/10/2012 a tutto il 2013 sugli interventi (definiti come un ingresso in sala operatoria [SO] in cui un chirurgo esegue almeno una incisione attraverso cute o mucose, inclusi approcci endoscopici e laparoscopici, e chiude l'incisione prima che il paziente lasci la SO) eseguiti in regime di degenza ordinaria inclusi in una delle Categorie di intervento NNIS da sorvegliare (operative procedure categories) che raggruppano procedure chirurgiche clinicamente simili. Queste categorie rendono possibili i confronti in gruppi di pazienti sottoposti a procedure simili. La durata della sorveglianza è prevista fino a 30gg dopo l'esecuzione della procedura e 365gg in caso vi sia impianto di protesi, ma per questioni di sostenibilità, attualmente, la sorveglianza continua fino all'ultimo follow-up ambulatoriale post intervento.

Il criterio di valutazione regionale è la partecipazione dei reparti di chirurgia generale, ortopedia e chirurgia specialistica al Sistema SICHER (Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico. Emilia-Romagna).

Figura 3.16 - Percentuale di interventi sorvegliati su totale di quelli inclusi nella sorveglianza (2013)



### Sicurezza in sala operatoria

Nel 2008 l'OMS ha pubblicato e diffuso le linee guida "Guidelines for Safe Surgery" per la sicurezza in sala operatoria. Sulla base di queste raccomandazioni, è stata costruita una checklist per la sicurezza in sala operatoria, a supporto delle équipe operatorie, con la finalità di favorire in modo sistematico l'adesione a standard di sicurezza per la prevenzione degli eventi avversi evitabili. I risultati emersi dalla sperimentazione condotta in ospedali di diversi Paesi suggeriscono che l'utilizzo della checklist può migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre il numero di morti e di complicanze post-operatorie.

Nel 2009 il Ministero della Salute ha pubblicato un Manuale per la sicurezza in sala operatoria, adattando le raccomandazioni dell'OMS al contesto nazionale.

Nel 2010 l'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna ha curato l'adattamento delle raccomandazioni del Ministero e la loro diffusione tra le Aziende Sanitarie, avviando, con la partecipazione del Policlinico di Modena, il progetto collaborativo SOS.net (Sale Operatorie Sicure).

Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della checklist nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un database dedicato.

L'adesione delle Aziende al progetto SOS.net – e, in particolare, l'adesione al database dedicato - può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso un semplice indicatore di "copertura":

- proporzione di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net, (2011-2013)
- proporzione di unità operative con attività chirurgica che utilizzano la checklist (anno 2014, adempimento "Mantenimento dell'erogazione dei LEA")

Tabella 3.1 - Propozione di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net. Anni 2012-2013.

	INDICATORE		
AOU Ferrara	Den. *	Num.**	Valore %
2013	10.813	8506	78,7
2012	10.896	2.986	27,4

Fonte regionale

\*Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nell'anno 2012 e 2013.

\*\*Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno 2012 e 2013. Questo numero è stato

ottenuto dall'archivio regionale delle SDO, operando una selezione dei ricoveri dimessi da reparti con disciplina "chirurgica" (Cardiochirurgia pediatrica, Cardiochirurgia; Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Oculistica; Odontoiatria e stomatologia; Ortopedia e traumatologia; Ostetrica e ginecologia; Otorinolaringoiatria, Urologia, Grandi ustionati pediatrici, Grandi ustionati; Nefrologia; Dermatologia, Neurochirurgia pediatria, Urologia pediatrica, Day surgery); sono quindi esclusi dal calcolo del denominatore eventuali ricoveri con DRG chirurgico riconducibili ad altre discipline. Il criterio adottato consente di escludere i ricoveri in cui il DRG chirurgico è associato a una procedura interventistica (come ad es.: angioplastica, ...). Questa scelta comporta tuttavia anche un rischio di sottostima (ad esempio nei casi in cui un paziente sottoposto a intervento chirurgico venga trasferito e dimesso da discipline mediche). Inoltre, esiste un rischio di sottostima dovuto alla non inclusione delle procedure chirurgiche ambulatoriali (incluse invece, anche se in proporzione non nota, nel numeratore).

Nel 2014 la Regione ha cambiato le modalità di calcolo dell'indicatore, mettendo a confronto il totale delle U.O. Chirurgiche con il numero di U.O. chirurgiche che utilizzano la check list.

Tabella 3.2 - Proporzioni di Unità Operative (UO) con attività chirurgica che utilizzano la checklist. Anno 2014

AOU Ferrara	N. UO CHIRURGICHE TOTALI	N. UO CHE UTILIZZANO LA CHECKLIST	% UO CHE UTILIZZANO LA CHECKLIST
2014	12	12	100

Fonte regionale

#### Attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici

Nel 2014, nonostante la mancanza delle risorse specificamente attribuite dalla Regione per l'implementazione dei progetti di farmacovigilanza attiva nelle aree critiche di rischio, sono stati terminati nei primi mesi i progetti in corso ed è stato avviato dal mese di luglio uno specifico progetto di Farmacovigilanza con i Pediatri di Libera scelta con attivazione di iniziative di sensibilizzazione come la specifica formazione effettuata il 29 novembre per gli operatori di area pediatrica. Grazie al mantenimento delle iniziative di sensibilizzazione e informazione tramite l'elaborazione dei Comunicati mensili di Sicurezza e Note informative specifiche sia per farmaci che per dispositivi medici, nonché "Formazione sul campo", il tasso di segnalazione delle reazioni avverse a farmaci si è mantenuto più alto sia della media regionale che di quella nazionale con circa n° segnalazioni 120/100.000 abitanti contro le 71 in RER e le 91 a livello nazionale.

Figura 3.17 - Tasso di segnalazione reazioni avverse da farmaci



*Proseguimento dei progetti regionali di farmacovigilanza attiva nelle aree critiche di rischio in un'ottica provinciale secondo una modulazione favorente l'organizzazione per area vasta, come indicato dalla regione.*

Per quanto riguarda la Vigilanza dei dispositivi medici le situazioni importanti vengono di volta in volta discusse nelle riunioni della Commissione Provinciale Dispositivi Medici (CPDM). Sono state mantenute al momento le procedure in essere nelle due aziende AUSL e Azienda Ospedaliero Universitaria.

Nel corso del 2014 è stata aggiornata la Procedura aziendale di gestione clinica dei farmaci con riferimento alle modifiche introdotte dalle Linee di indirizzo regionali in merito ai processi di ricognizione e riconciliazione. Sono stati realizzati specifici incontri per illustrare la procedura di gestione clinica dei farmaci che ha visto la partecipazione di infermieri e coordinatori (120 partecipanti afferenti a tutte le Unità Operative) con approfondimento dei temi relativi alla prevenzione del rischio legato all'utilizzo di farmaci ad alto livello di attenzione e farmaci LASA. Già nel 2013 è stato eseguito un audit sul rispetto della procedura nell'ambito della prescrizione di "terapia al bisogno" in un Dipartimento, con l'obiettivo di verificare l'aderenza alla procedura Aziendale. Nel 2014 è stato attivato uno specifico gruppo di lavoro aziendale sulla prescrizione informatizzata che ha tra i suoi principali obiettivi la riduzione del rischio della gestione clinica dei farmaci (prescrizione, somministrazione, monitoraggio) e che tiene conto delle norme descritte nella relativa Procedura. Inoltre sono state implementate le azioni necessarie per l'applicazione della raccomandazione n.3 della regione (in applicazione della Raccomandazione Ministero della Salute n.14) "Gestione sicura dei farmaci antineoplastici". Il Laboratorio farmaci antiblastici (UFA) ha realizzato l'adeguamento alla raccomandazione n°3 RER (n° 14 Ministero della Salute) e il Dipartimento Interaziendale Farmacologico ha supportato lo specifico gruppo di lavoro interaziendale nella definizione della procedura di recepimento a livello complessivo, che è in corso di stesura ed approvazione definitiva.

*Attività' gruppo operativo uso responsabile degli antibiotici*

Il Gruppo ha esaminato i dati di consumo degli antibiotici dell'anno 2014 forniti dal Servizio di Farmacia ed ha evidenziato la riduzione della spesa vs 2013 ( -13%) e in misura minore delle DDD (dose definita giornaliera) dell'intera Azienda con una riduzione anche del costo/DDD per effetto della perdita di brevetto di molte molecole come Piperacillina Tazobactam, Meropenem, Levofloxacin. Le indicazioni di Antimicrobial Stewardship, sulla limitazione dell'impiego di fluorochinoloni, hanno determinato una riduzione da 24 a 20 DDD x 100 gg di degenza. Per quanto riguarda il calo di spesa dei glicopeptidi questo è da attribuire al raggiungimento dell'obiettivo a livello Aziendale fornito nel 2014 di rapporto vanco/teico  $\geq 3$ . La riduzione si evidenzia in quasi tutti i Dipartimenti ad eccezione del Dipartimento Medico Specialistico che presenta un incremento per le UUOO Ematologia, Nefrologia, Oncologia.

L'impiego degli antibiotici in termini di DDD è maggiore nei dipartimenti medico, emergenze e chirurgico e se si esprime il dato rapportandolo alle 100 gg di degenza sono il chirurgico ed il chirurgico specialistico che sono i più alti con un decremento nel chirurgico specialistico negli ultimi anni ed un decremento nel 2014 nelle chirurgie generali.

Il report sull'uso interno degli antibiotici DDD/100 gg di degenza evidenzia come la nostra Azienda Sanitaria sia tra le più alte in RER, ma in netto calo rispetto al 2013.

Il consumo anche degli antimicotici evidenzia un incremento vs 2013 soprattutto di echinocandine e amfotericina liposomiale per infezioni difficili specialmente in ematologia, terapia intensiva o in altre UU.OO. su prescrizione infettivologica, in rapporto all'emergenza di candidemie refrattarie al fluconazolo o ad altre micosi sistemiche invasive, specialmente in ospiti immunocompromessi o pazienti critici.

Vengono poi esaminati i report di monitoraggio effettuati dalla Farmacia degli obiettivi attribuiti alle UU.OO. nel 2014 che, sugli antimicrobici che erano i seguenti :

- Impiego degli antibatterici glicopeptidi secondo criteri di costo/efficacia con un rapporto vanco/teico  $\geq 3$
- Riduzione utilizzo fluorochinoloni per uso sistemico del 20%
- Riduzione della prescrizione di antibatterici alla dimissione con avvicinamento alla media regionale vs pazienti dimessi di almeno 5 punti percentuali (p.p.)
- Antimicrobial stewardship per le molecole di ultima generazione con una riduzione del 5% sulla spesa di questi antimicrobici. Obiettivo attribuito alle UU.OO di Ematologia, per il consumo in tale U.O., e di Malattie Infettive per il resto dell'Azienda.

Nel totale di azienda sono stati rispettati sia l'obiettivo sui glicopeptidi che sui fluorochinoloni ma con disallineamenti in alcune UUOO.

Per quanto riguarda l'obiettivo della prescrizione di antibiotici alla dimissione dopo intervento chirurgico vi è stato un disallineamento per la UUOO di ortopedia e per il DAI chirurgie generali.

Per quanto riguarda l'obiettivo di stewardship un disallineamento si è riscontrato nel DAI Medico e nella UO di Ematologia ma, se questi incrementi vengono valutati in rapporto alla casistica, si evidenzia che il disallinea-

mento è dovuto a casi di infezioni difficili evidenziate dalle UU.OO., documentate anche dai dati di laboratorio. Sono state inoltre esaminate e valutate le motivazioni dei direttori di UU.OO./DAI sui disallineamenti vs gli obiettivi e sono state ritenute congrue. Infatti si è considerato che gli obiettivi erano stati dati ai DAI a Maggio 2014 e quindi un periodo molto ristretto per poterli raggiungere pienamente e ottenere la capillare condivisione.

E' stato stabilito per l'obiettivo di prescrizione antibiotici alla dimissione del DAI Chirurgico di effettuare una rivalutazione della casistica con i professionisti delle UU.OO. chirurgiche e considerare al momento allineato l'obiettivo. Anche per l'obiettivo di riduzione del consumo dei fluoroquinoloni per la UO Cardiologia, pur ritenendolo al momento allineato, si ritiene di effettuare un approfondimento al riguardo.

Sono state poi presentate le attività svolte nel 2014 relative agli Audit Clinici sulla Chemioprofiliassi Perioperatoria nella Chirurgia del Colon – retto e in Chirurgia Toracica, per quanto riguarda gli interventi per Carcinoma del polmone, con risultati molto positivi e le osservazioni dei gruppi partecipanti agli Audit.

Nel corso del 2014 sono stati svolti corsi di formazione per l'Uso Responsabile degli Antibiotici, nell'ambito dei diversi Dipartimenti, con buona partecipazione da parte del personale sanitario, coinvolto nella prescrizione e somministrazione delle molecole.

Sempre nel 2014 è stato inviato a tutti i Direttori di Unità Operativa Complessa, un vademecum con le indicazioni di Politica degli Antibiotici (Antimicrobial Stewardship) da perseguire, alla luce della epidemiologia microbica locale e dei tassi di consumo degli antibatterici, per contenere il fenomeno delle resistenze, in particolare da parte di alcuni microrganismi emergenti.

Inoltre, come di consueto, sono stati presentati gli antimicrobici presenti nel Prontuario Terapeutico Locale e i costi degli stessi del 2015 che sono stati inviati alle singole UUOO.

Si è evidenziato che il consumo dei fluorochinoloni nella Azienda è ancora troppo alto anche in considerazione delle resistenze elevate a livello locale e che anche il consumo dei carbapenemi è troppo elevato e deve essere ben controllato e limitato per evitare la insorgenza di resistenze a questo antibiotico che è attualmente l'ultima arma per i gram negativi difficili.

#### *Governo dei dispositivi medici (D.M.)*

Nel 2014 si è svolto un costante monitoraggio dei consumi e della spesa, con particolare riguardo ai DM di alto costo, anche organizzando specifici incontri con i Dipartimenti, ottenendo un ridotto incremento della spesa dei DM pari a +4,3% rispetto ad un incremento medio regionale di +5,1% a fronte di un incremento di attività in alcune aree specifiche anche di elevato impatto economico (es.emodinamica interveniva).

La Commissione Provinciale Dispositivi Medici (CPDM), nel corso del 2014 si è riunita mensilmente e ha svolto una attenta analisi delle richieste di nuovi dispositivi medici attivando specifiche istruttorie atte a valutare l'efficacia e l'impatto sia economico che organizzativo a livello Aziendale dei nuovi DM. La CPDM ha recepito i documenti di indirizzo regionali implementandone, dove possibile, l'applicazione nelle Unità Operative Aziendali (criteri per TPN, linee di indirizzo gas medicinali) e attivando specifici gruppi di lavoro tematici per indirizzare iniziative di miglioramento e di appropriatezza per le seguenti tipologie di DM oggetto di specifici obiettivi RER di contenimento della spesa:

- **Taglienti:** un gruppo multidisciplinare dopo aver effettuato una attenta analisi del contesto normativo nazionale e regionale e avere sottolineato le necessità formative da parte degli operatori, ha effettuato una analisi del rischio nelle realtà sanitarie provinciali determinando l'impatto economico per l'adeguamento agli standard di sicurezza richiesti in merito alle tipologie di DM in uso.
- **Medicazioni avanzate:** è stata elaborata una scheda di monitoraggio assistenziale e clinico per il trattamento delle ferite/lesioni acute e croniche con medicazioni avanzate e sono state individuate Unità Operative critiche di entrambe le Aziende, sulla base di incremento di consumo e di spesa, che hanno testato questa scheda e i cui dati saranno raccolti fino a fine febbraio 2015 in un database informatico e la cui analisi permetterà di evidenziare punti di criticità su cui intervenire. Contestualmente è stata elaborata un'unica Istruzione Operativa Interaziendale, sulla base delle linee di Indirizzo Regionali (documento del 2012), partendo dai vari documenti (procedure e Istruzioni Operative) delle due Aziende già esistenti, che si completerà nei primi mesi del 2015.
- **Guanti non chirurgici:** è stato elaborato un documento dove sono state definite aree specifiche nelle Aziende Provinciali per utilizzo delle diverse tipologie di guanti, determinando un possibile risparmio di circa il 22% (- 60.000 euro) e una riduzione, in linea con gli obiettivi RER, del 70% di consumo di guanti in lattice non sterili.



Secondo le linee di indirizzo Regionali relative al governo dei Dispositivi Medici si è provveduto ad aggiornare i repertori Aziendali con le anagrafiche di tutti i prodotti, codificate secondo le istruzioni delle Linee di indirizzo RER complete di Classificazione Nazionale Dispositivi (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.

La percentuale delle anagrafiche con presenza CND è del 100%

#### *Completezza e qualità dei flussi dei dispositivi medici (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, i DM 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, nel 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 i dati, da una copertura del CE con flusso Dime del 2013 del 94,82% ad una copertura CE del 98,57% in Azienda Ospedaliera rispetto ad un dato Regionale 2014 del 98,5%.

Il tema del governo dei DM è stato affrontato in particolare a livello regionale in relazione alle attività compiute come membro del Gruppo Regionale Dispositivi Medici, della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e in particolare del sottogruppo di coordinamento tecnico scientifico.

Si cita tra gli altri il documento "Indicatori di consumo e spesa dei Dispositivi Medici - Anno 2013" e la nota interna di valutazione specifica della situazione Azienda Ospedaliero Universitaria FE.

Il governo dei Dispositivi Medici è il tema di elezione della CPDM. In particolare, come già descritto anche sopra:

- Istituzione di Gruppi di Lavoro (GdL) relativi a Guanti, Taglienti, Medicazioni, Suture Meccaniche;
- GdL Medicazioni: il GdL ha effettuato un'analisi dei consumi e ha proposto uno strumento di rilevazione (modulo) per l'utilizzo delle medicazioni nei reparti. Il lancio dell'attività di rilevazione è stato effettuato il 10/12/2014 con una specifica riunione. E' prevista a breve l'analisi dei moduli compilati dai reparti. La fase successiva sarà l'individuazione delle opportune azioni correttive per migliorare l'area di appropriatezza delle diverse tipologie di medicazione.
- GdL Taglienti: il problema è stato analizzato e il GdL ha proposto anche una simulazione di costo sorgente trasmesso dal coordinatore CPDM ai DG Azienda Ospedaliero Universitaria FE e AUSL FE con nota del 30/09/2014. Il 24/02/2015 al Collegio di Direzione AUSL FE è stata presentata nuovamente l'analisi effettuata e trasmessa il 30/09/2014.
- GdL Guanti: il tema è stato affrontato in particolare nella riunione CPDM del 10/12/2014 nella quale si è discusso in particolare dei criteri di appropriatezza individuati e delle modalità da mettere in atto per limitare i consumi.
- il GdL Suture Meccaniche non ha svolto alcuna attività: era stato comunicato in CRDM che sarebbe partito un gruppo regionale dello stesso tipo di quello creato per la Chirurgia ad Ultrasuoni e Radiofrequenza. Analogo gruppo è in costituzione in AVEC.
- Per quanto riguarda i DM impiantabili attivi cardiologici è in programmazione Intercent-ER una gara su tali DM nel Masterplan non ancora pubblicato per gli anni 2015-2017.

#### *Qualità e la sicurezza delle cure correlata alle prestazioni infermieristiche in relazione ai Nursing Sensitive Outcomes (NSO) misurati (cadute, lesioni da pressione, contenzione fisica)*

L'Azienda, da anni mantiene sotto sorveglianza il fenomeno "cadute accidentali" dei pazienti ricoverati, attraverso l'analisi sistematica dei dati raccolti dalle segnalazioni di caduta effettuate dai Medici all'Ufficio Legale e dai professionisti Infermieri, Fisioterapisti, Ostetriche e Tecnici Sanitari alla Direzione delle Professioni in applicazione della procedura aziendale P-081-AZ "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di pazienti ricoverati in ospedale" e in applicazione nella pratica clinica della "Raccomandazione Ministeriale n. 13 per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie".

L'analisi dei dati, la loro elaborazione e il ritorno degli stessi sono a disposizione dei professionisti nell'intranet aziendale.

Oltre alle consuete elaborazioni rispetto al numero degli episodi di caduta verificatisi in Azienda, nei Dipartimenti e nelle Unità Operative/Servizi ed al confronto con gli anni precedenti, dall'anno 2014, è visibile la distribuzione delle cadute rispetto all'orario, al giorno della settimana ed al mese cui le stesse sono occorse.

E' inoltre continuata l'attenzione al fenomeno "lesioni da pressione" in azienda.

Si sono sempre svolte tre indagini epidemiologiche di prevalenza/anno. Per il monitoraggio delle lesioni da pressione e per l'appropriatezza nell'utilizzo delle superfici antidecubito e medicazioni (avanzate e non), è stata utilizzata la "Scheda per il monitoraggio lesioni da pressione" compilata dall'infermiere.

L'analisi dei dati, la loro elaborazione e il ritorno degli stessi sono anch'essi a disposizione dei professionisti nell'intranet aziendale con una condivisione degli stessi attraverso riunioni/incontri periodici con la rete dei "Referenti di Attività prevenzione e trattamento lesioni da pressione".

### **Tracciabilità pazienti e prevenzione errori di identificazione**

Tra le aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio, come da DGR 1706/2009, c'è la "corretta identificazione del paziente".

Costituisce pertanto una priorità entrare nel merito delle indicazioni per l'adozione del braccialetto identificativo. (Fondo per la modernizzazione FRM 2010-2011-2012. Articolazione A10).

Il processo identificativo è indispensabile, in riferimento alla universalità delle prestazioni erogabili da un'azienda sanitaria; risulta particolarmente necessario ai fini della sicurezza del paziente e della tracciabilità degli interventi, l'allineamento delle informazioni relative al paziente che, seguendo i propri percorsi di cura, tocca punti diversi della rete dei servizi.

Il progetto si applica a tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Un primo studio ha previsto il monitoraggio dell'introduzione del braccialetto identificativo in tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Un secondo studio ha previsto la partecipazione di 5 aziende partner per la valutazione dei costi diretti, indiretti, la compliance del paziente, l'impatto sul lavoro dei professionisti, l'analisi dei fattori facilitanti e ostacolanti al progetto.

L'analisi dei risultati di cui sopra deve condurre alla definizione di una serie di misure da adottare per l'implementazione del braccialetto identificativo nei vari setting assistenziali.

Sono in corso di valutazione, l'impatto sul lavoro dei professionisti, l'analisi dei fattori facilitanti e ostacolanti al progetto.

### **3.2.2 Appropriatelyzza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio**

Oltre alla puntuale diffusione a livello provinciale (sia in Azienda Ospedaliero Universitaria che in AUSL) di tutti i documenti e i protocolli/raccomandazioni della (Commissione Regionale del Farmaco (CRF) e della Commissione del Farmaco per l'Area Vasta Emilia Centro (CF-AVEC), nonché al governo del rispetto del Prontuario Terapeutico Regionale e di Area Vasta attraverso le richieste personalizzate, nel corso del 2014 sono stati sottoposti a stretto monitoraggio gli andamenti di consumo e di spesa dei farmaci innovativi di alto costo inviando un report mensile alle Unità Operative e Centri specialistici Aziendali. Per verificare il rispetto delle raccomandazioni della CRF sono stati inoltre condotti:

- monitoraggi specifici per valutare gli scostamenti rispetto agli anni precedenti relativamente alla spesa ed al numero dei pazienti in trattamento con i biologici antiinfiammatori in campo reumatologico che nel 2013 erano già stati sottoposti ad audit clinici sui pazienti dei 3 anni precedenti con rilevazione di elevato grado di appropriatezza e adesione alle Linee guida terapeutiche Regionali;
- specifici audit clinici per la nuova triplice terapia per Epatite C che nel 2013 presentava un numero di pazienti troppo esiguo per eseguire un audit. L'audit del 2014 è stato preceduto da incontri con i clinici per analizzare i risultati di efficacia e sicurezza indirizzando l'impiego verso le molecole che presentavano il migliore rapporto. Dall'audit è poi stata rilevata appropriatezza prescrittiva ed allineamento a raccomandazione CRF;
- monitoraggi per i farmaci antineoplastici: è proseguito il monitoraggio con schede audit del format regionale, dell'adesione alle raccomandazioni regionali per:
  1. Pemetrexed in NSCLC: sui pazienti trattati nel 2013, evidenziando una pratica clinica allineata rispetto

- alla maggior parte dei quesiti previsti nelle Raccomandazioni Grefo;
2. Bevacizumab in NSCLC: su tutti i pazienti trattati nel 2013, da cui si evince una buona adesione alle Raccomandazioni Grefo,
  3. Bevacizumab e Cetuximab nel tumore del colon-retto sui pazienti trattati 2013 con una buona adesione alle Raccomandazioni Grefo.
  4. Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia effettuato su pz 2013 (nella verifica dell'anno precedente erano presenti alcune criticità) da cui si può rilevare l'allineamento alle Raccomandazioni Grefo;
- audit sull'impiego dei farmaci di II° linea per melanoma effettuato su pz trattati nel 2014, con allineamento alle Raccomandazioni Grefo;
  - audit su Azacitidina nelle MDS effettuato su pz trattati nel 2014: con allineamento alle Raccomandazione Grefo;
  - monitoraggio dell'impiego di Bortezomib per mieloma multiplo: dall'analisi dei dati di spesa in rapporto al totale RER si evince un'impiego percentualmente inferiore rispetto alla % rappresentata dalla popolazione pesata della provincia di Ferrara rispetto a RER, valore più basso rispetto alle altre province della Regione.
- Oltre a ciò, naturalmente, in fase di erogazione dei farmaci soggetti a Piano Terapeutico e/o a Registro AIFA, i farmacisti verificano che il Centro Prescrittore, sia RER che Fuori-RER, sia un Centro specifico autorizzato e verificano la qualità e l'appropriatezza della compilazione, provvedendo a richieste di chiarimento/integrazione/modifica qualora vengano ravvisate delle anomalie. Provvedono inoltre all'informazione /diffusione di nuove modalità prescrittive.

#### *Revisione dei Centri autorizzati*

L'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'AUSL di Ferrara hanno già applicato la visione sovraziendale dei Centri autorizzati per l'epatite C e in molti altri ambiti, essendo presenti i Centri specialistici solo in Azienda Ospedaliero Universitaria. Infatti i Centri di riferimento per la prescrizione dei nuovi farmaci per epatite C, sia per la triplice terapia che per il Sofosbuvir e le successive molecole che verranno commercializzate, sono stati individuati di concerto tra le due Aziende presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria, ma è comunque stata creata una rete clinica con i colleghi gastroenterologi di AUSL per l'individuazione dei pazienti in possesso dei criteri di elezione al trattamento. Al termine di ogni gara che produca riduzioni di prezzo, il Dipartimento Farmaceutico effettua opportune comunicazioni agli utilizzatori di entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi evidenziando i costi anche in relazione alle categorie terapeutiche di riferimento. Procede inoltre al monitoraggio ed invio di report alle Unità Operative coinvolte relativamente alle adesioni alle gare regionali come nel caso dell'impiego della tossina botulinica.

Inoltre il Dipartimento Farmaceutico invia informazioni ai prescrittori sui farmaci che sarebbero da evitare per migliorare la sicurezza dei pazienti soprattutto anziani.

#### *Farmaci che richiedono registro e monitoraggio dei Piani Terapeutici*

Il Dipartimento Farmaceutico provvede in maniera puntuale e sistematica all'inserimento dei dati di competenza, inderogabili ai fini del recupero dei rimborsi dovuti dalle Aziende farmaceutiche. Nel 2014 è stata attivata procedura di rimborso, secondo indicazioni regionali e disposizioni AIFA, per i pazienti inseriti nei registri nell'anno 2012. Per i pazienti trattati nel 2013 sono state recuperate tutte le richieste cartacee in quanto i sistemi informatici RER/AIFA non sono in grado di elaborare dati. Tutte le richieste sono state inviate alle ditte farmaceutiche per eventuali verifiche e per gli accrediti. Sono già pervenute note di credito per un importo di 297.000 euro e si è in attesa dell'invio di altre note relative a richieste inviate.

### **3.2.3 Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto**

Anche per il 2014 è stato perseguito l'obiettivo della prescrizione di farmaci con brevetto scaduto (sia generici sia biosimilari).

Sono proseguite le azioni di promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto che vedono il Dipartimento Farmaceutico impegnato in maniera trasversale sia nella farmaceutica convenzionata che in ospedale nell'ambito dell'erogazione diretta. Tali azioni, da anni attivate e sempre riviste e rimodulate, nel 2013 hanno visto Ferrara

raggiungere nuovamente gli obiettivi regionali in materia. Anche nel 2014 sono quindi stati attribuiti specifici obiettivi sulla prescrizione di questi farmaci in erogazione diretta ai medici specialisti ospedalieri. E' inoltre stata puntualmente effettuata l'informazione alle Unità Operative circa le nuove scadenze di brevetto (circa 6 Comunicazioni).

Per quanto riguarda i biosimilari la Regione Emilia Romagna indica come obiettivo per il 2014 l'inserimento nelle gare regionali di tutti i biosimilari disponibili e la verifica del loro progressivo utilizzo nella pratica clinica, l'AUSL e l'Azienda Ospedaliero Universitaria si adeguano prontamente alle gare regionali e sono anche stati attribuiti specifici obiettivi di utilizzo nei pazienti naive di biosimilari aggiudicati in gara.

Grazie all'intensa attività di promozione dell'uso del farmaco generico ed equivalente, effettuata sia sui prescrittori (ospedalieri e territoriali) che sui cittadini, e l'intensa attività di monitoraggio, Ferrara ha migliorato la performance a livello regionale. Infatti dai dati di prescrizione del mese di Luglio 2014, pur non raggiungendo, al pari delle altre Aziende, l'obiettivo di aumento di 10 punti percentuali verso il 2013, Ferrara presenta una percentuale di farmaci a brevetto scaduto superiore alla media RER e seconda solo a Parma. In tale rilevazione sono stati considerati solo i farmaci il cui brevetto è scaduto entro il mese di giugno 2014.

### 3.2.4 Rete delle farmacie oncologiche

Nel 2013 è stato predisposto un progetto 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) centralizzandole sul Laboratorio produzione farmaci antitumorali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Nel corso del 2014 si è realizzata progressivamente la completa presa in carico, conclusasi con la centralizzazione degli allestimenti delle terapie oncologiche per l'ospedale del Delta presso il laboratorio centrale Unità farmaci antitumorali di Azienda Ospedaliero Universitaria, il 16 giugno 2014.

### 3.2.5 Sviluppo delle funzioni HUB e definizione degli accordi contrattuali con le altre AUSL della RER

Nel corso del 2014 è stato consolidato il ruolo HUB delle funzioni storicamente punto di riferimento regionale, tenendo però conto del quadro relativo alle risorse sia in termini di beni di consumo, sia in termini di tecnologie, sia in termini di risorse umane. Il riconoscimento della produzione effettuata, senza nessun limite di crescita, è stato uno dei punti condivisi tra erogatore e committenza per tutte le AUSL della Regione con le quali l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha definito gli accordi di fornitura. Mantenendo invariate le risorse del personale, favorendo il contenimento della spesa e a parità di risorse tecnologiche il quadro di produttività delle funzioni HUB e di eccellenza è così riassumibile:

Tabella 3.3 - Produttività delle funzioni hub e di eccellenza. Anno 2014

Funzione HUB/eccellenza	Produzione 2014 (importi)	Costi del Personale	Spesa per beni	Note sulle risorse e sulle tecnologie
Unità Gravi cerebrolesioni	5.508.115	2.551.416	266.017	Durante il periodo estivo è stata effettuata una riduzione di 10 posti letto per la realizzazione a basso impatto economico del piano ferie estive aziendale.
Genetica	4.578.043	1.655.686	568.486	Nel corso dell'anno sono stati effettuati aggiornamenti tariffari ed è ancora in una fase di valutazione strategica l'acquisto di nuove tecnologie per il sequenziamento
TIN	3.497.667	2.309.675	181.475	
Neurochirurgia	4.771.872	2.097.676	505.252	
Chirurgia Maxillo facciale	1.078.277	791.447	171.856	
Chirurgia Pediatrica	2.201.150	1.496.950	81.669	
Talassemie	497.208	491.329	71.129	In questo settore la RER eroga un finanziamento specifico di 1.500.000 ripartito al 50% tra Azienda Ospedaliero Universitaria e AUSL

Funzione HUB/eccellenza	Produzione 2014 (importi)	Costi del Personale	Spesa per beni	Note sulle risorse e sulle tecnologie
ORL (Protesi cocleari)	4.473.213 (di cui 729.000 euro per 27 protesi cocleari)	3.505.399	969.617 (di cui 600.000 per protesi cocleari)	

### 3.2.6 Nuove prospettive di sviluppo per funzioni aziendali specifiche

#### *Chirurgia Vascolare*

Il settore della chirurgia vascolare è stato sviluppato nel corso del 2014 nelle diverse tematiche:

Complessivamente sono stati eseguiti 803 interventi di cui:

- 107 aorto-iliaci
- 241 sui TSA
- 261 a livello periferico
- 59 amputazioni
- 135 di altri tipi

Sono state effettuate 82 dimissioni per pazienti fuori residenti fuori provincia (22 in più rispetto al 2013).

#### *Cardiologia*

La cardiologia ha consolidato il ruolo di centro HUB provinciale, in particolare per la funzione di emodinamica, di aritmologia e di elettrofisiologia. Infatti nel corso del 2014, con la chiusura dell'emodinamica dell'ospedale del delta, questa funzione si è concentrata nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. La definizione dei criteri per la condivisione dei costi con la Committenza rientra nel quadro complessivo dei costi e dei ricavi delle reti cliniche col territorio.

#### *Chirurgia Maxillo facciale*

La chirurgia Maxillo facciale ha consolidato il ruolo di struttura di alta specializzazione in particolare per interventi di alta complessità per patologie rare o a bassa diffusione. Nel corso del 2014 sono state gestite le seguenti patologie:

- Malformazioni Craniofacciali e sindromi rare (Trigonocefalia, Scafocefalia, Ipertelorbitismo, Sinfrome di Freeman Sheldon, Sidrome di Pierre Robin, Sindrome di Binder, Sindrome di Apert, Microsomia Craniofacciale, Sindrome di Down, Sindrome di Perri Romberg)
- Allungamento delle ossa mandibola in bimbi per malattia congenita (5 casi)
- Chirurgia oncologica ricostruttiva (3 casi)
- Neoplasie cranio maxillo facciali (4 casi)
- Traumi complessi (10 casi)

#### *Neuroradiologia Interventistica*

La neuroradiologia interventistica ha trovato forte sviluppo interaziendale soprattutto nell'ambito del sistema della stroke unit, delineando in tal modo l'avanguardia nella gestione dell'emergenza cerebrovascolare nella provincia di Ferrara.

Complessivamente sono stati eseguite:

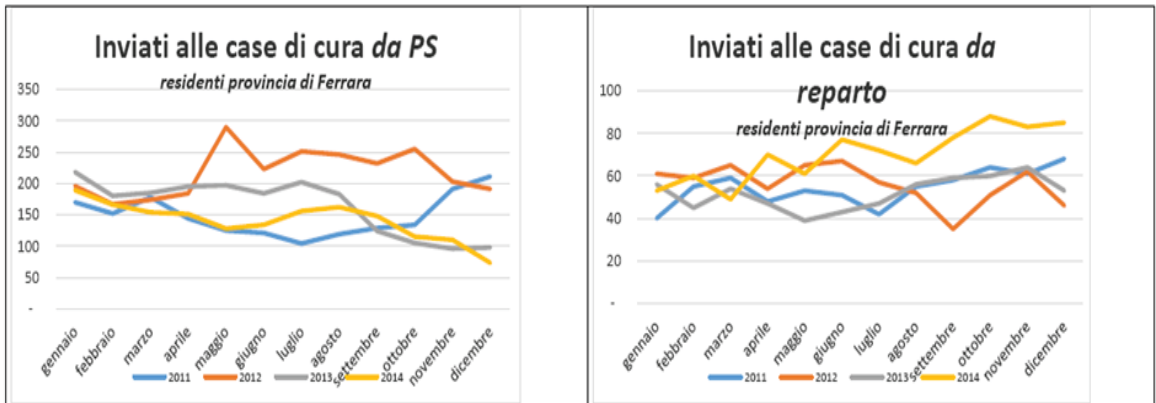
- 50 Trombectomie per stroke ischemico
- 30 Embolizzazioni di aneurismi cerebrali
- 10 Embolizzazioni di vario genere (fistole, mav, preoperatorie)

Nell'ambito del completamento del trasferimento delle attività dal vecchio al nuovo ospedale, sotto il coordinamento della Direzione Medica, è stato effettuato il trasferimento dell'attività ambulatoriale di Dermatologia e Cardiologia - Centro scompenso cardiaco.

### 3.2.7 Offerta verso le case di cura private mediante il trasferimento appropriato dei pazienti gestiti in LPA

Il numero di pazienti inviati alle case di cura nel 2014 è diminuito complessivamente passando dai 2.590 del 2013 ai 2.528 del 2014. Il numero medio giornaliero è passato dai 7,1 del 2013 ai 6,9 del 2014. Ma soprattutto sono diminuiti gli invii dal PS e sono aumentati gli invii dai reparti ad evidenza del maggior presidio sui criteri di scelta decisionale per l'invio. Si è osservata la maggior tendenza a privilegiare l'esigenza di gestione del paziente in post-acuzie.

Figura 3.18 - Pazienti inviati alle case di cura



### 3.2.8 Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

La Direzione Medica ha coordinato e gestito congiuntamente ai Dipartimenti le misure organizzative per fare fronte alle criticità dovute all'iperafflusso di ricoveri da Pronto Soccorso. Inoltre ha coordinato e gestito l'obiettivo organizzativo di ricovero dei pazienti in età pediatrica in un appropriato ambito pediatrico come previsto dai requisiti di accreditamento.

È stato realizzato un progetto di accorpamento delle degenze del Dipartimento Neuroscienze (Neurologia, Clinica neurologica, Neurochirurgia) in un'ottica di miglioramento del percorso assistenziale del paziente neurologico. È stato altresì organizzato l'accorpamento delle degenze del Dipartimento Chirurgico nell'ambito di un progetto di separazione di percorso del ricovero urgente e programmato.

Fra le attività di coordinamento e gestione rientra anche la progettazione e organizzazione delle rimodulazioni e chiusure estive.

#### Day-hospital

Nel corso del 2014 si è ottimizzata la gestione degli spazi ambulatoriali e dei posti letto/poltrona, utilizzando uno strumento informatico creato ad hoc.

L'attribuzione degli spazi viene valutata mensilmente in base alle richieste dei clinici e alla valutazione delle attività svolta, provvedendo, se necessario, alle modifiche necessarie.

#### Centrali Operative – 118

La Centrale Operativa del Sistema di Emergenza 118 di Ferrara risulta già centralizzata ed unificata con quella di Bologna presso la sede di quest'ultima. I risultati preliminari dell'attività conseguente al riordino organizzativo effettuato risultano in linea con i livelli di qualità e sicurezza degli interventi finora assicurati.

Particolare impegno è stato posto nella messa a punto della proceduralizzazione del PEIMAF (piano emergenza interno massiccio afflusso feriti) aziendale, avente ovvie implicazioni anche a livello interaziendale e di Area Vasta, sviluppando anche percorsi formativi dedicati.

#### Centralizzazione emergenze

Per quanto riguarda i percorsi in emergenza di centralizzazione relativamente alle funzioni di Cardiologia/Emodinamica, Chirurgia ed Ortopedia/Traumatologia, nell'ambito della Provincia di Ferrara gli stessi sono stati già

definiti ed oggetto di proceduralizzazione operativa avendo come riferimento l'HUB rappresentato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria.

La Direzione Medica ha collaborato nella revisione del percorso di gestione del politrauma a livello provinciale con l'elaborazione di una procedura interaziendale.

#### *Servizi intermedi*

Per quanto riguarda la funzione di Laboratorio Analisi, con l'attivazione della nuova struttura di Cona, si è resa possibile la centralizzazione sulla stessa, dell'intera produzione, per ricoverati e per esterni, richiesta da parte di tutte le strutture presenti in ambito provinciale.

#### *Punti nascita*

Nell'ambito della riorganizzazione dei percorsi nascita, prevista su scala provinciale, sono state individuate le modalità ed i percorsi che consentono l'integrazione delle attività pediatriche-neonatologiche-TIN (terapia intensiva neonatale) in ambito provinciale.

E' stata realizzata la rete unica provinciale dell'assistenza pediatrica mediante la garanzia della copertura dell'assistenza in tale ambito, anche in urgenza, presso l'ospedale del Delta da parte dei Pediatri di Azienda Ospedaliero Universitaria.

#### *Unità coronarica*

Proseguimento delle azioni di integrazione con l'Azienda Territoriale che, attraverso anche la strategia della rete clinica, hanno permesso la centralizzazione del trattamento dell'Infarto miocardico acuto (IMA).

Il risultato è da considerarsi ampiamente conseguito attraverso il Laboratorio unico provinciale di Emodinamica.

### **3.2.9 Promozione della salute, prevenzione delle malattie**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara si è impegnata a condurre le azioni specifiche indicate dalle linee di programmazione Regionali, nelle quali è coinvolta:

- Realizzazione dei programmi di promozione della salute per favorire stili di vita salutari, (es. fumo, movimento, alimentazione) facilitando il coordinamento delle diverse azioni e intervenendo nei progetti di comunità e in quelli realizzati in contesti scolastici e sanitari;
- Organizzazione di tutte le azioni necessarie per rispondere alle eventuali emergenze infettive anche sulla base degli specifici piani regionali, in particolare: "Piano sorveglianza sanitaria e controllo West Nile, Chikungunya, Dengue, Altri Arbovirus"; "I-080-INTER Piano di gestione dei casi sospetti di Malattia da Virus Ebola (MVE) e dei contatti nella Provincia di Ferrara";
- Implementazione del calendario vaccinale regionale prevedendo nuovi modelli organizzativi con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e delle Cure Primarie e azioni che favoriscano l'adesione delle persone con fattori/condizioni di rischio, offrendo loro le vaccinazioni previste; collaborazione per promuovere l'offerta delle vaccinazioni in ospedale per operatori (es. morbillo, varicella) e pazienti target (es. rosolia – donne in età fertile, es. pneumococco – pazienti con fattori di rischio specifici);
- Implementazione dei sistemi informativi e sistemi di sorveglianza (anagrafe vaccinale, SMI-sistema di segnalazione informatizzato delle malattie infettive e diffuse, DIP, Passi, HBSC, Okkio, ProSa, registri tumori) e partecipare alla valutazione di performance con gli indicatori definiti a livello interregionale;
- Implementazione e mantenimento sistema di sorveglianza informatizzato SMI delle malattie infettive e diffuse.

### **3.3 Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori**

#### **3.3.1 Referenti di attività, Facilitatori di Processo, Consulenti, Case Manager**

Per l'anno 2014, gli obiettivi sono stati finalizzati alla Visita Ispettiva Regionale, all'obiettivo del completamento dell'Accreditamento Istituzionale e al processo di integrazione inter e intraprofessionale sulla base delle nuove integrazioni logistiche strutturali delle Unità Operative e delle Piattaforme funzionali.

Ogni Referente di Attività, Facilitatore di Processo, Consulente e Case Manager è stato coinvolto, ognuno per la propria area di competenza e per il proprio ambito di referenza, sulla revisione, modifica e/o nuova redazione di

Procedure, Istruzioni Operative, Documenti sia di U.O. che Dipartimentali, che Aziendali e ha contribuito attivamente al processo di integrazione inter e intra professionale.

#### *Rete referenti di attività prevenzione e trattamento lesioni da pressione*

E' continua l'attenzione al fenomeno lesioni da pressione; in azienda si svolgono tre indagini epidemiologiche di prevalenza/anno, partecipiamo al Progetto IQIP (Progetto Internazionale Indicatori Qualità) indicatore 15 - Pressur ulcer (Total pressure ulcer point prevalence in acute inpatient care). Per il monitoraggio delle lesioni da pressione e per l'appropriatezza nell'utilizzo delle superfici antidecubito e medicazioni è in uso la Scheda per il monitoraggio lesioni, compilata dall'infermiere.

#### *Rete referenti di attività Sorveglianza, prevenzione e controllo delle infezioni*

Operano in funzione dello sviluppo della campagna aziendale sulla promozione dell'igiene delle mani "Non lavar-tene le mani", del progetto pilota Chirvasc – Surgical Patient Friendly Hospital e del progetto SICH-ER-SNICH in capo alla Struttura Dipartimentale Igiene ospedaliera - Qualità Servizi Ambientali - Risk Management. Uno dei momenti principali nella prevenzione e controllo delle infezioni in sala operatoria, è rappresentato dal processo di sterilizzazione. Attiva partecipazione e collaborazione nell'implementazione del programma informatico che consente la tracciabilità del materiale utilizzato nel paziente interessato.

#### *Referenti di attività Ospedale senza dolore*

Operano in funzione e nel rispetto della legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" con l'obiettivo aziendale dell'informazione, della comunicazione, della valutazione e del monitoraggio continuo del dolore in ospedale attraverso scale dedicate (NRS, FPS, BPS, PAINAD, PIPP, FLAC, EDIN) e strumenti vari quali ad esempio la Scheda unica aziendale "Il dolore si cura insieme".

#### *Rete referenti di attività Sistema Informativo Informatico*

Promuovono le funzionalità dei sistemi informativi (documentazione sanitaria) e informatici aziendali (SAP, RIS, PACS...) che supportano l'assistenza sanitaria, migliorando la comunicazione inter ed intra professionale, l'utilizzo e la sicurezza delle informazioni. Per quanto riguarda la diagnostica per immagini, i Referenti svolgono anche la funzione di "Amministratore di sistema" a garanzia della qualità e della sicurezza del dato. Nell'ultimo anno i Referenti hanno curato la pubblicazione nella rete aziendale dei documenti del Sistema Qualità.

#### *Case Manager per la pianificazione e predisposizione di attività riabilitative a domicilio*

Nel Day Hospital del settore di Medicina Riabilitativa S.Giorgio la presa in carico dei pazienti avviene dal momento della dimissione dalle degenze dell'Arcispedale S.Anna ubicato a Cona, dalle degenze Unità Gravi Cerebrolesioni e Medicina Riabilitativa, dalla richiesta degli ambulatori e dall'esterno fino alla dimissione e anche per un periodo di follow-up. La fisioterapista case manager segue il percorso del paziente facilitando la comunicazione tra le varie Unità Operative e Servizi ed è anche referente per la pianificazione delle attività del personale della riabilitazione che opera nel Day Hospital del Settore di Medicina Riabilitativa.

#### *Facilitatori per la prevenzione di cadute e dei danni da contenzione fisica dei pazienti*

E' operativa la procedura aziendale "Prevenzione, gestione e segnalazione delle cadute di pazienti ricoverati in ospedale". Per il monitoraggio delle cadute è in uso la "Scheda di segnalazione cadute".

#### *Facilitatori per la sicurezza del malato nei gruppi operatori*

Attiva partecipazione e collaborazione al progetto SOS.net (Sicurezza in Sala Operatoria) nella compilazione della check list, che rappresenta l'azione professionale chiave per migliorare la sicurezza in Sala Operatoria e nella registrazione della stessa, che va ad alimentare il database e consente di monitorare l'andamento del



progetto.

E' implementato il modulo per la gestione e compilazione informatica delle checklist per ciascun intervento chirurgico, garantendo completezza, leggibilità, tempistica di compilazione, tracciabilità di chi ha compilato la checklist e condivisione di responsabilità fra chirurgo, infermiere e anestesista. (Programma informatico Ormaweb). E' recepita la raccomandazione n. 2, del Ministero della Salute "Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico": redatta, pubblicata ed applicata la "Procedura per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico" in tutta la piastra operatoria. (Programma informatico Ormaweb).

Per la corretta identificazione del paziente, è in uso il braccialetto identificativo del paziente.

#### *Facilitatori per prelievo di organi e tessuti nelle sale operatorie e Integrazione inter e intraprofessionale*

Attiva partecipazione nella revisione dell'istruzione operativa aziendale per l'allertamento delle équipe e nella revisione della modulistica di riferimento

#### *Case Manager per la continuità assistenziale in Onco-Ematologia*

Partecipazione attiva alla costruzione dei PDTA del cancro del polmone e di quello della mammella. La presa in carico dei pazienti inseriti nel PDTA del cancro del polmone avviene nel DH Onco-Ematologico e viene portata a termine fino all'uscita del paziente dal DH.

### **3.3.2 Implementazione dei percorsi sulla valutazione individuale, della trasparenza della performance (decreto Brunetta) e degli organismi di valutazione**

Nel corso del 2014 sono state assicurate tutte le adempienze in tale ambito. E' stato elaborato il ciclo della performance seguendo i criteri predefiniti a livello regionale e seguendo le indicazioni del decreto Brunetta ed in linea con i contenuti della legge sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. E' stato anche elaborato il piano triennale della performance. Entrambi i documenti sono stati pubblicati sulle apposite pagine del sito internet aziendale previa approvazione da parte del Nucleo di valutazione. A completamento del percorso della performance, è stato anche implementato il processo di cambiamento dei sistemi di valutazione, che prevede l'integrazione della valutazione delle prestazioni con la valutazione individuale. A tal proposito è stata elaborata la scheda di valutazione individuale, presentata alle organizzazioni sindacali, che dovrà essere introdotta nel 2015 attraverso una fase sperimentale.

### **3.3.3 Il Benessere Organizzativo in Azienda**

Nella prospettiva di migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi nei confronti dei dipendenti, il Comitato Unico di Garanzia (CUG) dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, con decisione unanime, ha avviato un' "azione positiva", per valorizzare il ruolo centrale del lavoratore nella propria azienda.

Ha condotto, dal 13 gennaio al 28 febbraio 2014, un'indagine sul Benessere organizzativo dei colleghi e delle colleghe dell'Azienda, attraverso l'utilizzo di un questionario. E' stato utilizzato il modello di questionario redatto dalla Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (ANAC ex CIVIT) approvato, in data 29/5/2013, ai sensi dell'art.14 comma 5 Dlgs 150/09, emanato in attuazione della legge 4 marzo 2009 - n. 15, che detta una serie di norme in materia di "ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

L'indagine, che fa riferimento agli ultimi 12 mesi di attività, si basa sulla rilevazione della percezione personale che ogni singolo dipendente ha dei fenomeni dell'Azienda, indagati dal questionario, non sulla loro conoscenza specifica ed oggettiva; si tratta di una valutazione del contesto lavorativo fatta a seconda del proprio insieme di valori, del proprio stile di pensiero e anche dello stato psicofisico del momento in cui viene effettuata la rilevazione.

Non si possono considerare i dati raccolti come valori assoluti, quanto piuttosto come indicatori soggettivi che contribuiscono a dare una visione generale dello stato di benessere organizzativo del personale dell'Azienda.

#### *Obiettivi dell'indagine*

L'indagine, presenta tre Aree di rilevazione (Benessere Organizzativo, Grado di Condivisione del Sistema di

Valutazione e Valutazione del Superiore Gerarchico), 14 ambiti d'indagine (più un ambito I-bis) e 73 domande totali e ha le seguenti finalità:

1. capire le opinioni dei dipendenti su tutte le dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni nei luoghi di lavoro, nonché individuare le leve per la valorizzazione delle risorse umane;
2. identificare le cause di soddisfazione e insoddisfazione;
3. conoscere il grado di condivisione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
4. conoscere la percezione che il dipendente ha del modo di operare del proprio superiore gerarchico.

Il questionario comprende anche una scheda in cui vengono rilevate alcune informazioni di tipo anagrafico e lavorativo (genere, fascia di età, tipo di contratto, anzianità di servizio, qualifica, Area di appartenenza).

Tabella 3.4 - Le aree e i settori di indagine

<b>Area 1 Benessere Organizzativo</b>	A-Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato
	B-Le discriminazioni
	C-L'equità nella mia Amministrazione
	D-Carriera e sviluppo professionale
	E-Il mio lavoro
	F-I miei colleghi
	G-Il contesto del mio lavoro
	H-Il senso di appartenenza
	I-L'immagine della mia amministrazione
<b>Area 2 Grado di condivisione del sistema di misurazione</b>	L-La mia organizzazione
	M-Le mie performance
	N-Il funzionamento del sistema
<b>Area 3 Valutazione del proprio superiore gerarchico</b>	O-Il mio capo e la mia crescita
	P-Il mio capo e l'equità

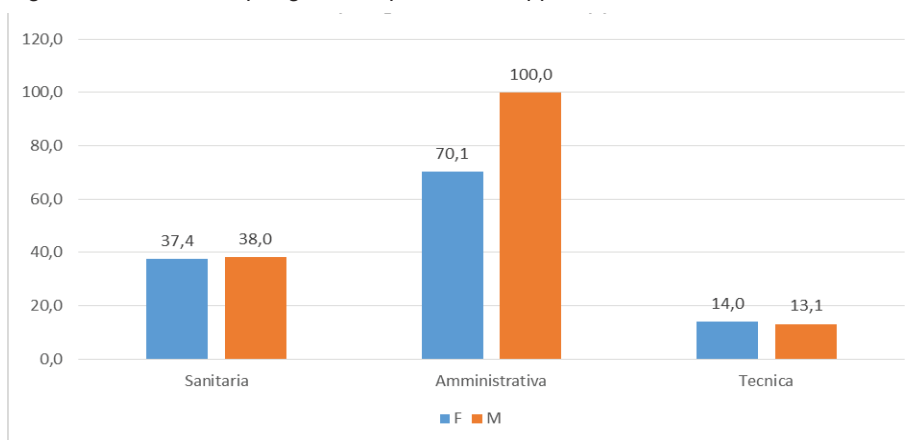
#### I risultati complessivi

Ha compilato il questionario il 36,8% dei dipendenti dell'Azienda, il tasso di partecipazione all'indagine è stato omogeneo nei due generi (F 36,6%; M 37,2%).

Hanno aderito 114 dipendenti Universitari e 849 dipendenti Ospedalieri.

Nella figura seguente è riportata la distribuzione per area di appartenenza (Sanitaria-Amministrativa-Tecnica).

Figura 3.19 - Aderenti per genere e per Area di appartenenza



Nel campione aderente prevale l'età compresa fra 41 e 50 anni, per le donne e fra 51 e 60 anni per gli uomini, con un'anzianità di servizio superiore a 20 anni.

Figura 3.20 - Personale dipendente aderente all'indagine, per anzianità di servizio

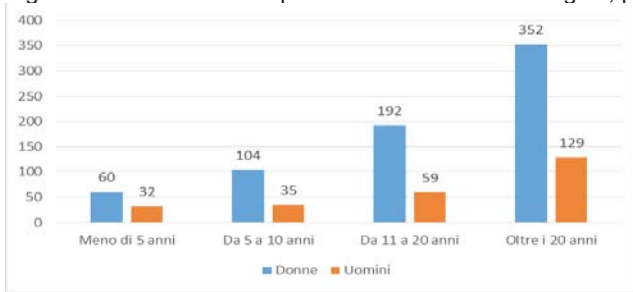
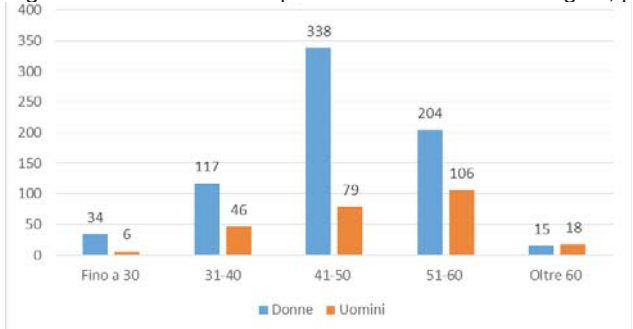


Figura 3.21 - Personale dipendente aderente all'indagine, per fascia di età e genere



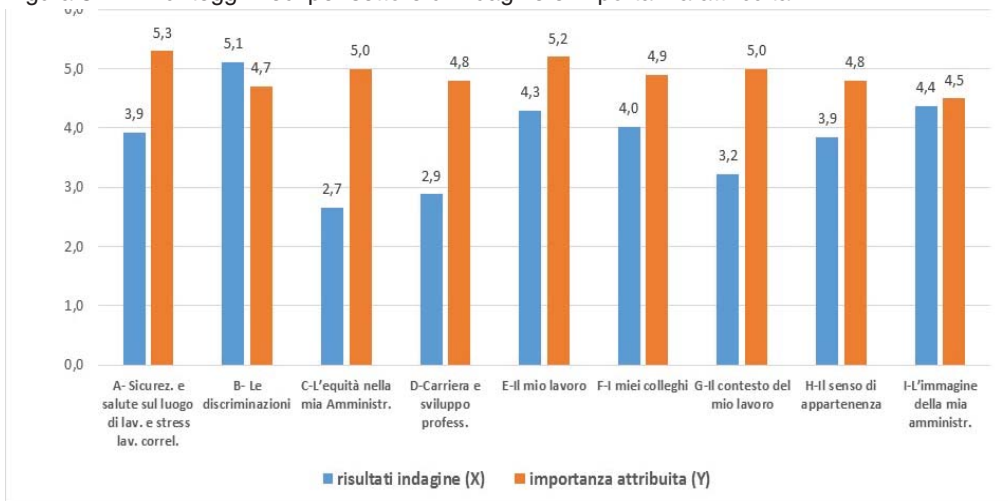
I valori medi relativi all' "Importanza degli ambiti di indagine", indagati in Area 1, Benessere Organizzativo, descrivono l'importanza attribuita, da parte dei dipendenti, a ciascuno degli ambiti.

Nei diversi ambiti i valori medi, di importanza attribuita, risultano essere superiori a 4.

È data più importanza agli aspetti relativi all'esperienza lavorativa ("La sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato", "Il mio lavoro", "L'equità nella mia amministrazione", ecc.).

I risultati sulla percezione del livello di Benessere Organizzativo, aggregati per ambiti, e correlati con il livello medio di importanza attribuita agli stessi, mostrano lo scarto tra i valori medi relativi alla percezione del livello di benessere e l'importanza attribuita allo stesso.

Figura 3.22 - Punteggi medi per settore di indagine e importanza attribuita



Il valore medio registrato nell'Indagine sul "Livello di Benessere Organizzativo, Grado di condivisione del Sistema di Valutazione e Valutazione del superiore gerarchico" nell'Azienda Ospedaliero - Universitaria raggiunge un valore medio pari a 3,7, superiore al valore soglia di 3,5 nella scala Likert.

Tabella 3.5 - Le aree e i settori di indagine

		Punteggio medio
<b>Area 1 Benessere Organizzativo</b>	A-Sicurezza e salute sul luogo di lavoro e stress lavoro correlato	3,9
	B-Le discriminazioni	5,1
	C-L'equità nella mia Amministrazione	2,7
	D-Carriera e sviluppo professionale	2,9
	E-Il mio lavoro	4,3
	F-I miei colleghi	4,0
	G-Il contesto del mio lavoro	3,2
	H-Il senso di appartenenza	3,9
	I-L'immagine della mia amministrazione	4,4
<b>Area 2 Grado di condivisione del sistema di misurazione</b>	L-La mia organizzazione	2,6
	M-Le mie performance	2,8
	N-Il funzionamento del sistema	2,5
<b>Area 3 Valutazione del proprio superiore gerarchico</b>	O-Il mio capo e la mia crescita	3,2
	P-Il mio capo e l'equità	3,2

Tra gli elementi che fondano il benessere organizzativo, si riscontrano i seguenti:

- Caratteristiche dell'ambiente nel quale il lavoro si svolge;
- Chiarezza degli obiettivi organizzativi e coerenza tra enunciati e pratiche organizzative;
- Riconoscimento e valorizzazione delle competenze;
- Comunicazione intra-organizzativa circolare;
- Circolazione delle informazioni;
- Prevenzione degli infortuni e dei rischi professionali;
- Clima relazionale franco e collaborativo;
- Scorrevolezza operativa e supporto verso gli obiettivi;
- Giustizia organizzativa;
- Apertura all'innovazione;
- Stress;
- Conflittualità.

La buona salute di un'organizzazione dipende da diversi fattori, che non riguardano solo componenti strutturali e ambientali, ma anche le diverse interazioni che avvengono all'interno.

La convivenza lavorativa che si sviluppa negli ambienti di lavoro, dove ogni soggetto investe tempo, energie ed emozioni, può diventare sempre più problematica a causa dell'insoddisfazione che è propria dei soggetti che vi operano. Risulta evidente che il comportamento delle persone al lavoro è determinato dalla combinazione tra le caratteristiche della situazione di lavoro e le caratteristiche individuali. L'esito è quindi la mediazione tra variabili oggettive e variabili soggettivamente percepite. Le caratteristiche del compito affidato, le condizioni generali di lavoro, l'ambiente fisico, la tecnologia, i tempi di lavoro, le relazioni nell'ambiente di lavoro, lo stile di leadership e management, hanno un forte impatto sul comportamento di ogni singolo individuo e concorrono a costituire il clima dell'organizzazione. Gli individui nell'organizzazione si trovano ad interagire con se stessi, con gli altri lavoratori della medesima, con le entità che rappresentano l'autorità da cui traggono sostanzialmente il significato del loro agire e dell'agire del sistema di cui sono parte e con i soggetti esterni.

Alla luce dei risultati dell'indagine, sono ipotizzabili interventi su tre livelli:

- organizzativo;
- individuo-organizzazione;
- individuale.

A livello organizzativo, l'intervento dovrebbe puntare: a migliorare la comunicazione/informazione interna a tutto il personale, degli obiettivi e delle strategie, dei risultati effettivamente conseguiti dall'Azienda; ad adottare un sistema di valori condiviso, che abbia dei riflessi sia sul piano della visibilità/riconoscimento professionale che sullo sviluppo di carriera. Dovrebbe essere inoltre implementata l'informazione con l'introduzione o la riedizione, nel

piano di formazione annuale, di corsi e convegni su temi quali il rischio da stress lavoro-correlato, la gestione dei conflitti, la prevenzione del mobbing, la conciliazione dei tempi di lavoro-famiglia, il management, la leadership e le relazioni efficaci. Deve essere data la più ampia diffusione dei corsi di formazione, di cui sopra, e favorita e incoraggiata la partecipazione di tutto il personale.

A livello della connessione tra individuo-organizzazione, le azioni dovrebbero tendere al miglioramento delle dinamiche persona-ambiente e delle relazioni sul lavoro, sia attraverso una maggiore trasparenza dei processi decisionali (con riferimento a decisore, procedure e tempi), ma anche migliorando il grado di partecipazione alle decisioni operative ed incentivando le relazioni lavorative tra colleghi.

A livello individuale potrebbe essere proposto e avviato, come progetto pilota, lo “Sportello d’ascolto per il dipendente” per potenziare le risorse e capacità dell’individuo per un miglior inserimento nel contesto professionale. Con l’espressione capacità personali si fa riferimento a quell’insieme di caratteristiche più strettamente legate al Sé e precisamente ai repertori personali di base: cognitivo, affettivo - motivazionale, socio-interpersonale, che sono coinvolti in numerosi compiti e attività ed esportabili da un contesto all’altro. Alcuni autori (Spencer, 1993; Goleman, 1998) ritengono che il successo professionale non sarebbe ascrivibile alle sole conoscenze tecniche per eseguire un certo lavoro, quanto piuttosto al possesso di qualità distintive di natura personale e sociale, costituendo quindi la condizione che massimizza l’espressione del potenziale conoscitivo e tecnico dell’individuo. Il CUG (Comitato unico di garanzia), attraverso un Piano di Azioni Positive (2012-2014), ha già individuato possibili iniziative incidenti sia nell’ambito della sfera relazionale e della crescita personale, sia nell’ambito della sfera organizzativa, del contesto del lavoro e del senso di appartenenza.

Il Questionario somministrato è stato un utile strumento.

I risultati analizzati, rappresentano una prima occasione per il CUG e l’Azienda, per avere conoscenza, reale e contestuale, su alcune dinamiche lavorative, individuare e misurare criticità, punti di forza e aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi e di una revisione ragionata del Piano delle Azioni Positive, fra cui: .

- Garantire una più chiara e capillare informazione sugli obiettivi aziendali e di struttura e sui risultati ottenuti. Estendendo, ancora di più, in particolare, la negoziazione di budget a tutte le realtà operative aziendali, sollecitando, i responsabili di struttura, ad un maggior coinvolgimento dei collaboratori;
- Migliorare la comunicazione;
- Migliorare le relazioni sul lavoro;
- Rendere trasparenti i processi decisionali, le regole concorsuali sulla mobilità all’interno dell’Azienda;
- Attivare la contrattazione integrativa sugli obiettivi e sui criteri di distribuzione della retribuzione di risultato, in particolare per il comparto e gli amministrativi;
- Aggiornare il sistema di valutazione in essere per i dirigenti ed i responsabili di posizioni organizzative – assicurando anche un effettivo contraddittorio – e, nel rispetto del D.Lgs. 150/2009, attivare il sistema di valutazione per il personale del comparto;
- Fornire un’adeguata informazione sui sistemi di valutazione;
- Sensibilizzare, anche con apposite e omogenee direttive, i responsabili delle strutture aziendali ad un maggior coinvolgimento informativo e operativo dei collaboratori e ad un’efficace azione per la soluzione dei problemi, delle criticità e dei conflitti interni;
- Adeguare maggiormente l’attività di formazione alle necessità di conoscenze operative del personale;
- Aprire uno sportello di ascolto;
- Favorire la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita con le azioni contrattualmente possibili e con l’avvio di uno studio di fattibilità per l’apertura dell’asilo aziendale presso l’ospedale di Cona;
- Attivare il bando per la nomina della Consigliera di Fiducia.

### **3.4 Sostenibilità, monitoraggio e regolazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari**

#### **3.4.1 Governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare**

##### *Il Piano investimenti*

Il Piano Investimenti 2014-2016 è stato redatto, come da tempo richiesto dalla Regione, secondo le indicazioni e gli schemi previsti dalla normativa vigente, nonché le indicazioni regionali.

L’Azienda vede un intervento finanziato nel programma regionale di investimenti relativo al completamento della Sala Server di Cona che è stato trasmesso alla Regione ed ammesso a finanziamento nel 2014. Si sta proce-

dendo alla gara per l'assegnazione dei relativi lavori entro giugno 2015.

Il tema del Piano degli investimenti é stato gestito a livello locale (Azienda Ospedaliero Universitaria FE e AUSL FE) e a livello regionale nell'ambito GRTB (Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche). A questo scopo ci si riferisce in particolare alla nota interna al Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie relativa alla descrizione delle attività svolte nell'ambito dei progetti inerenti le tecnologie sanitarie e al documento Piano Investimenti Tecnologie Biomediche Regione Emilia-Romagna 2014-2016 - Contributo GRTB Masterplan Intercent-ER (2014).

#### *Gestione del Patrimonio immobiliare e tecnologico*

In merito ai costi di manutenzione ordinaria, a seguito del trasferimento al nuovo ospedale di Cona dell'attività sanitaria, gli stessi sono stati rideterminati sia per Cona che per le restanti strutture dell'Azienda tramite la compilazione delle relative tabelle regionali.

Relativamente ai nuovi interventi avviati nel 2014, la progettazione preliminare e, ove possibile, anche la progettazione definitiva, viene svolta da personale interno all'Azienda. Stessa condizione per le attività di Coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, e per gli incarichi di Direzione lavori, collaudo e certificazione di regolare esecuzione, fatti salvi casi in cui la tipologia di intervento richieda un profilo professionale specialistico non presente in organico.

Relativamente agli investimenti e alla gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico, si è provveduto alla gestione, sostituzione ed acquisizione delle tecnologie biomediche (nuove o in sostituzione di altre obsolete o dismesse).

### **3.4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

#### *Adesione a tutte le convenzioni che Intercent attiverà nel 2014 di interesse aziendale presenti sulla piattaforma e avvio dell'utilizzo del Mercato elettronico Intercent*

L'Azienda ha aderito alle convenzioni Intercent-ER di interesse aziendale, coerentemente alle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 (delibera della Giunta n.217/2014); si è contribuito alla stesura della programmazione acquisti anno 2014 di Area Vasta Emilia Centrale, approvata con la delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara n.196 del 23.10.2014 e si è dato corso alla medesima effettuando acquisizioni anche tramite procedure telematiche.

#### *Verifica e rimodulazione dei processi (procedure) e dei flussi gestionali di approvvigionamento nell'ottica di integrazione attraverso la formulazione di diagramma di flusso per l'evasione degli ordini a seguito di richiesta delle Unità Operative, unificazione della modulistica, unificazione tempistica di approvvigionamento con istruzioni operative unificate.*

L'attività di approvvigionamento del Dipartimento interaziendale Acquisti e Logistica Economale è aderente alle indicazioni regionali sugli acquisti attraverso l'utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Agenda Intercenter- Convenzioni e Mercato Elettronico- nonché degli strumenti Consip

E stata garantita, nel corso del 2014, l'adesione a tutte le nuove convenzioni Intercent-er di interesse dell' Azienda Ospedaliero Universitaria.

#### *Partecipazione attiva nella pianificazione triennale di Intercenter attraverso l'effettuazione di una programmazione di iniziative di gare all'interno dell'Area Vasta.*

E' stata garantita la partecipazione attiva nella pianificazione triennale di Intercenter attraverso l'effettuazione di una programmazione di iniziative di gare all'interno dell'Area Vasta.

#### *Rinnovo dell'adesione alla Convenzione INTERCENT-ER per l'acquisto dell'energia elettrica sul mercato libero*

Si è rinnovata l'adesione alla Convenzione INTERCENT-ER per l'acquisto dell'energia elettrica sul mercato libero.

### 3.4.3 Azioni in ambito I.C.T.

*Costante allineamento fra le iniziative di livello interaziendale, di Area Vasta e regionale al fine di facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi metodologici.*

In linea generale nel corso del 2014 il Dipartimento ICT (DICT) ha proseguito la propria collaborazione con il Servizio Innovazione e Sviluppo ICT della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e con il Gruppo ICT, per contribuire alla realizzazione del piano pluriennale 2015-2017 di modernizzazione, di innovazione e sviluppo e alla rendicontazione dei progetti ICT affidati alla società CUP2000 S.p.A.

*Adozioni di soluzioni applicative progressivamente uniformi a livello di Area Vasta ed a livello regionale per quanto riguarda:*

- **Gestione Risorse Umane**  
Il Dipartimento ICT ha preso parte ai lavori del tavolo di lavoro regionale costituito dal Gruppo ICT per la definizione del piano strategico pluriennale di realizzazione e diffusione del nuovo GRU in ambito regionale a seguito dell'aggiudicazione della gara europea per l'individuazione del fornitore.
- **Area Amministrativa sistemi contabili**  
Il Dipartimento ICT ha contribuito ai lavori del tavolo regionale per l'individuazione delle caratteristiche funzionali e tecnologiche di un software unico di contabilità e magazzino e la conseguente stima economica dei costi per la sua realizzazione.
- **Area Amministrativa logistica**  
Il DICT ha completato il portale AVEN per la codifica centralizzata degli articoli di magazzino farmaceutico ed economico per le tre principali macro classi merceologiche dei medicinali, dei dispositivi medici e dei prodotti economici. È stata inoltre completata la progettazione dei web service per l'allineamento con le anagrafi dei sistemi gestionali aziendali per la logistica.
- **Sistemi gestionali di laboratorio**  
In collaborazione con i fornitori che si sono aggiudicati le forniture di area vasta per gli strumenti diagnostici e il sistema informatico, sono iniziate l'installazione e la configurazione della nuova strumentazione di laboratorio e l'integrazione con il middleware del LIS.
- **Sistemi gestionali di Anatomia Patologica**  
In attesa del completamento della prima fase del progetto di migrazione che vede coinvolte le Aziende Sanitarie dell'Area metropolitana bolognese, il DICT in collaborazione con il Dipartimento Acquisti ha perfezionato l'adesione alla convenzione di area vasta.

*Governo delle tecnologie hardware e software che supportano tutti i processi aziendali amministrativi e sanitari*

Nel corso del 2014 il Dipartimento ICT in collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie e Farmaceutico ha proseguito le attività di diffusione dello strumento della ricetta dematerializzata per la prescrizione farmaceutica. A fine 2014 risultano attivati circa il 70% dei medici MMG e tutte le farmacie private e comunali del territorio provinciale con un volume complessivo di ricette dematerializzate erogate pari a circa 684.000 (circa il 37% dei volumi complessivi). Tale situazione si colloca in linea con il valore medio regionale.

Parallelamente si è lavorato anche alla predisposizione del sistema di gestione della ricetta dematerializzata per la gestione dell'attività di specialistica ambulatoriale. In tal senso sono stati adeguati i sistemi prescrittivi in uso presso gli ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri ed i sistemi CUP e di Accettazione per il recupero e la prenotazione delle medesime. Nel corso del 2014 presso l'Ospedale di Cento sono stati resi operativi quattro medici ospedalieri per una prima sperimentazione. Tale stato di avanzamento è avvenuto secondo le tempistiche di attivazione, in linea con quanto definito dalla Direzione Generale dell'Assessorato Regionale.

*Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*

Nel 2014 le Aziende USL e Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno proseguito la propria attività di promozione e attivazione del FSE ai propri assistiti. In particolare nel corso dell'anno sono state organizzate sedute

specifiche di attivazione del fascicolo presso gli uffici del Dipartimento ICT. In tali occasioni sono stati attivati circa 5.800 fascicoli.

Inoltre a fine anno con l'attivazione del nuovo software per la gestione della Specialistica Ambulatoriale, è stata introdotta un'ulteriore modalità di distribuzione delle credenziali del FSE contestuale alla visita del paziente in ambulatorio.

A fine 2014 i FSE attivati in provincia di Ferrara erano circa 18.000, pari al 5,1% della popolazione assistita. A questi vanno aggiunti ulteriori 6.477 utenti, ovvero un ulteriore 1,8%, per i quali il percorso di attivazione è in corso di completamento.

*Diffusione del servizio di consegna online dei referti di laboratorio, radiologia e specialistica ambulatoriale in ottemperanza alle indicazioni del DPCM 8/8/2013.*

Il Servizio di consegna on line dei referti di laboratorio e di radiologia tramite FSE è a regime. Qualora l'assistito abbia attivato il proprio fascicolo e ne abbia fatto esplicita richiesta in fase di prenotazione o accettazione, può ricevere il proprio referto on line, senza più bisogno di ritirarne anche la copia cartacea.

Inoltre per i pazienti non residenti in regione, che non possono quindi richiedere il fascicolo, è stato predisposto un portale specifico per la consegna dei referti. Tale servizio può essere utilizzato anche in farmacia.

Per il tramite di queste due nuove modalità di distribuzione on line dei referti, nel corso del 2014 sono stati consegnati complessivamente circa 53.000 referti.

*Offerta di prestazioni prenotabili online*

Nel corso del 2014 le Aziende Usl e Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno ulteriormente dettagliato e completato la propria offerta di prestazioni di Laboratorio analisi, Radiologia e Specialistica ambulatoriale prenotabili on line per il tramite del Servizio regionale Cup Web.

Pertanto nel corso del 2014 mediante lo strumento del Cup web sono state effettuate circa n.2327 operazioni di prenotazione on line.

*Avvio del percorso di unificazione dei sistemi di gestione delle Anagrafi Assistiti delle Aziende sanitarie con il sistema di Anagrafe Assistiti regionale*

Nel corso del 2014 sono proseguiti i lavori di scelta di un software unico regionale per la gestione dell'Anagrafe Assistiti, che è stato individuato in quello utilizzato dalla Regione Veneto. Inoltre, poiché tale software sarà acquisito mediante la soluzione del riuso, si è reso necessario motivare opportunamente tale scelta mediante una valutazione comparativa tecnico – economica e costruire un percorso amministrativo per la scelta del fornitore a cui affidarne la manutenzione.

#### **3.4.4 Ottimizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale in relazione al completamento della dotazione informatica-tecnologica dei processi aziendali connessi**

*Snellimento e velocizzazione dei processi di tariffazione-pagamento ticket per i pazienti in Pronto Soccorso (PS)*

Il raggiungimento dell'obiettivo era vincolato all'introduzione di un nuovo percorso principalmente caratterizzato dalla procedura di calcolo automatico del ticket e ai relativi tempi tecnici. Nel 2014 il processo innovativo non è andato oltre la fase di studio di fattibilità e di costi da sostenere. E' stato elaborato il foglio informativo sui criteri di esenzione per l'utenza.

*Sviluppo/completamento dello strumento informatico di informazione diagnostica in PS*

La circolare n.2 (PG.2015.0089864 del 12/02/2015) della Regione Emilia Romagna ha reso il campo relativo (nel flusso di PS) obbligatorio/scartante a partire dal 1/1/2016; tutti gli accessi con diagnosi non valorizzata verranno scartati. Nel corso del 2014, in previsione di questa modifica, sono state riviste e completate le liste delle diagnosi a disposizione degli ambulatori di PS e rese disponibili in SAP da maggio.

Nel 2013 la percentuale di diagnosi codificate, per l'intera Funzione di PS, si aggirava attorno al 53%, a dicembre 2014 è stato raggiunto nel complesso l'86%.

Nel corso del 2014 si è ulteriormente migliorato l'applicativo informatico a supporto dell'attività del Pronto Soccorso, sia secondo le indicazioni dettate dalla Regione per la gestione del flusso informativo, sia perseguendo il miglioramento continuo degli strumenti informatici a disposizione dei clinici.

E' stata ottimizzata la gestione dei trasporti tra Pronto Soccorso e Radiologia, permettendo di gestire in maniera



più dettagliata ed efficace le richieste di trasporto.

#### *Miglioramento degli strumenti di controllo della produzione, in linea con processi di snellimento delle procedure di tariffazione, in particolare sui percorsi di Day Service (DSA)*

Nel corso dell'anno è stata formalizzata e applicata la procedura aziendale di utilizzazione del percorso di Day Service in parallelo alla definizione anche della procedura per il Day Hospital. Entrambe sono state valutate anche nell'ambito del processo di Accreditamento. La gestione dei DSA non ha ancora superato tutte le criticità di percorso e di tariffazione. Questo è in larga parte legato alla componente data da particolari DSA di tipo 2 prevalentemente nel settore oncologico, poiché essendo aperti in parallelo a DH vengono chiusi a fine anno.

#### *Sviluppo della piattaforma ambulatoriale in relazione all'espansione dei bacini di utenza e alla conversione dei Day Hospital-Day Surgery a forme di assistenza ambulatoriale*

Il volume di attività nella Specialistica ambulatoriale si è consolidato rispetto al 2013, in particolare per alcune discipline come la Genetica molecolare per la quale l'Azienda riveste il ruolo di centro HUB regionale.

Nel corso del 2014, è stato definito, in collaborazione con ICT, lo sviluppo del progetto di integrazione SAP/Cup-PISES necessario per rendere più efficiente il processo di gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nell'ambito di percorsi ambulatoriali complessi (PAC/DSA).

Tale strumento apporta un consistente contributo al progetto aziendale di informatizzazione della Specialistica Ambulatoriale, consentendo in particolare una puntuale rendicontazione quali/quantitativa delle attività erogate all'interno dei percorsi ambulatoriali complessi, con possibilità di monitoraggio degli indicatori di attività (quali ad esempio, durata media DSA, frequenza degli accessi DSA...).

Il progetto vedrà la sua piena realizzazione ed implementazione nel corso del triennio 2015-2017.

Il 2014 ha visto un ulteriore incremento dell'offerta specialistica ambulatoriale strutturata in percorsi ambulatoriali complessi (PAC/DSA), consentendo il trasferimento di una quota significativa di attività dal regime di ricovero, in particolare di day hospital, ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale, mantenendo tuttavia i contesti organizzativi di riferimento per la presa in carico del paziente e garantendo sicurezza e qualità della pratica clinica, nonché l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati.

In tale ottica, sono stati progettati due nuovi percorsi di Day Service Ambulatoriale. Il primo dedicato al follow up dei pazienti nefrotrapiantati, per i quali l'Unità Operativa di Nefrologia della nostra Azienda rappresenta il centro di riferimento provinciale, in collegamento con il centro trapianti di Bologna e i centri extra regionali di Verona e di Pisa.

Inoltre sono stati strutturati specifici DSA finalizzati al trattamento terapeutico e al follow up di pazienti affetti da malattie reumatiche riconosciute, i quali richiedono, in quanto tali, la somministrazione di terapia specifica e di valutazioni periodiche programmate degli effetti della terapia (secondo quanto previsto dalla DGR 2101/2013).

I nuovi DSA troveranno effettiva implementazione nel corso del 2015, rispondendo all'esigenza di trasferire quota dell'attività ad oggi erogata in regime di Day Hospital al livello di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, favorendo comunque al paziente l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati.

### **3.4.5 Processi di integrazione: Prosecuzione dell'attività di sviluppo della rete clinica interaziendale**

Il principale strumento per implementare, razionalizzare e sviluppare i percorsi clinico-assistenziali è l'integrazione interaziendale.

L'Azienda USL Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna hanno intrapreso già da alcuni anni un processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni.

Il fine perseguito è stato quello di "migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo." (DGR 199/2013).

La dimensione interaziendale consente di raggiungere elevati gradi di efficienza ottimizzando i costi.

Nel corso del 2014 è stato consolidato/sviluppato, sia in termini organizzativi che economici (accordi e allocazioni dei costi), il sistema integrato delle reti cliniche con l'Azienda Territoriale. Lo stato dell'arte sui lavori svolti negli

ultimi anni fino al 2014 in tale ambito è così riassumibile:

1. *Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto*

I pazienti colpiti da Ictus vengono trasportati direttamente dal 118 dal proprio domicilio e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi, da completare la centralizzazione primaria. Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva.

2. *Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neuro trauma*

I pazienti vengono trasportati direttamente dal 118 e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi, da completare l'integrazione di Area Vasta. Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva. Nello specifico per le mielolesioni è attuata la centralizzazione verso l'HUB di riferimento di Area Vasta.

3. *Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica e l'elezione cardiologica*

I pazienti colpiti da infarto, vengono trasportati direttamente dal 118 e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi. La funzione di emodinamica è concentrata a Cona

4. *Rete dell'emergenza*

E' stata conclusa la fase di centralizzazione della gestione del sistema 118 presso l'HUB regionale di Area Vasta

5. *Rete oncologica*

La diagnosi e l'assistenza al malato oncologico era parcellizzata e scarsamente integrata nelle varie sedi ospedaliere provinciali. Si è ritenuto necessario generare un'offerta fortemente integrata attraverso l'unificazione in una unica Unità di Oncologia Medica Interaziendale in grado di operare nelle varie sedi secondo protocolli, modalità organizzative ed operative unitarie. In relazione alla realizzazione del PDTA specifico a tutt'oggi sia l'Oncologia che l'Ematologia di Cona sono identificabili come centro HUB provinciale.

6. *Rete pediatrica e Percorso nascita*

La Rete Provinciale è costituita da tre punti nascita: Cona (1° e 2° livello), Cento e Delta (1° livello). La presenza di Unità Operative autonome di Pediatria a Cona e al Delta e di un servizio pediatrico a Cento. Il ridotto numero di nascite e di bambini che caratterizzano la Provincia di Ferrara e in modo particolare nel Distretto Sud Est impone la necessità di trovare soluzioni di efficienza e di equità dell'assistenza pediatrica, attraverso l'attivazione di una Unità Operativa Complessa Unica che può operare nelle tre sedi. E' stata realizzata una Unità strutturale pediatrica unica tra Cona e il Delta, in grado di garantire la copertura di pronto soccorso pediatrico con Cona come centro HUB provinciale.

7. *Rete Chirurgica (Chirurgia Urgenza, Generale, Urologia, Ortopedia)*

Si è ravvisata la necessità per migliorare l'appropriatezza delle Reti Chirurgiche di attuare progetti interaziendali, basati sulla concentrazione degli interventi chirurgici maggiori, in modo particolare per quanto riguarda la Chirurgia Oncologica in unica sede, lasciando nelle sedi Ospedali Spoke interventi chirurgici a bassa complessità e a maggior incidenza.

8. *Rete Nefrologia – Dialisi*

Si è ravvisata la necessità, per migliorare il percorso assistenziale di attivare una Unità Operativa Complessa Interaziendale che operi in tutte le sedi provinciali che dovrà fornire una assistenza omogenea e coordinata su tutto il territorio provinciale attraverso l'adozione di percorsi unificati, di protocolli unitari e di un gruppo medico specialistico omogeneo al fine di dialogare con le altre articolazioni territoriali e sociali

9. *Rete TAO*

E' stato ampiamente sviluppato il programma Interaziendale TAO che prevede l'esecuzione della Diagnostica di Laboratorio nel Hub di Cona e per tutta la Provincia, un servizio unico provinciale di 2° livello e l'assistenza di 1° livello ai pazienti in terapia anticoagulante nelle sedi periferiche di: Cento, Argenta e Copparo.

LE' in fase di realizzazione il completamento della progettualità con l'estensione della centralizzazione anche sui pazienti del Delta.

10. *Rete di diagnostica radiologica e radiologia interventistica*

La Rete di Diagnostica Radiologica e Radiologia Interventistica era caratterizzata da un elevato consumo e di una elevata produzione di prestazioni su tutta la Provincia. La presenza di tre Servizi di Radiologia Interventistica (2 a Cona e 1 al Delta) non garantivano una continuità H24 dell'offerta nelle varie sedi e comportavano una assoluta disomogeneità di percorsi assistenziali, scarsa efficienza e scarsa integrazione. E' stata istituita una Radiologia diagnostica in veste istituzionale di Unità Operativa Complessa Interaziendale.

11. *Rete di diagnostica di laboratorio*

E' stato consolidato ed è a pieno regime il Laboratorio Unico Provinciale come riferimento HUB per la diagnostica laboratoristica dell'intera provincia

12. *Rete di assistenza riabilitativa*

La realizzazione di un progetto sul Programma Riabilitativo interaziendale è a tutt'oggi ancora in fase di analisi di fattibilità in termini strategici e organizzativi.

13. *Rete per la salute mentale in età adulta e pediatrica*

Sono stati avviati i Programmi interaziendali per i Disturbi del Comportamento Alimentare e le consulenze intraospedaliere di Neuropsichiatria Infantile.

14. *Paziente diabetico*

Si è completata la fase di transizione verso un sistema caratterizzato da una Struttura complessa in AUSL per una gestione della fase ambulatoriale del paziente diabetico, lasciando a Cona la fase relativa al ricovero per acuti. Non è ancora conclusa la fase di condivisione dei criteri di allocazione delle risorse economiche e umane disponibili

E' stata implementata la presa in carico del paziente giovane diabetico con complicanze di tipo odontostomatologico. a tal proposito è iniziata nel 2014 una collaborazione integrata tra Odontoiatria Universitaria e Diabetologia del Territorio.

### **3.4.6 Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza**

*Abbattimento globale del DH-DS eccetto le situazioni "non convertibili ad altro setting (tendenza all'adozione della logica "Out-Patients or In-Patients"), in accordo con l'Azienda Committente.*

Nel corso del 2014 sono stati concertati obiettivi sull'appropriatezza dei setting con riferimento alla scelta del DH solo nei casi in cui non era possibile un setting alternativo (DH in narcosi, DH terapeutici, DH con prescrizioni di farmaci ad alto costo rimborsati al 50%) o comunque situazioni che, non avevano ancora disponibile un setting alternativo in termini di organizzazione delle risorse umane dedicate o in termini di adeguatezza specifica per i locali da adibire ad attività ambulatoriale (es: chirurgia ambulatoriale). Il quadro numerico generale non mostra il calo dei DH complessivo ma in essi si può notare come sia calata la componente medica (in assoluto la meno appropriata) e sia aumentata la componente chirurgica.

Tabella 3.6 - Day Hospital suddivisi per tipologia 2013-2014

REGIME DI RICOVERO: Day Hospital

	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2013	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2014	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2013	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2014	TOTALE - GEN.- DIC. 2013	TOTALE - GEN.- DIC. 2014
N. DIMISS.	7,029.00	7,298.00	2,019.00	1,941.00	9,048.00	9,239.00
PESO-DRG MEDIO	0.92	0.93	0.90	0.92	0.92	0.93
N. DH MEDICI < 4 ACCESSI	556.00	650.00	111.00	125.00	667.00	775.00
N. DIM. DRG CHIRURGICI	3,060.00	3,269.00	586.00	746.00	3,646.00	4,015.00
N. DIM. DRG MEDICI	3,969.00	4,029.00	1,433.00	1,195.00	5,402.00	5,224.00
N. DIM. CON DRG MEDICO SENZA PROCEDURA	106.00	21.00	20.00	5.00	126.00	26.00
% DH MEDICI < 4 ACCESSI	7.91	8.91	5.50	6.44	7.37	8.39
% DIM. CHIR.	43.53	44.79	29.02	38.43	40.30	43.46
% RES. AZ. USL 109-FE	-	-	-	-	77.69	79.05
N. MEDIO DIAGNOSI	2.20	2.09	2.82	2.48	2.34	2.17
IMPORTO TARIFFE 2013 PER INTRAREG. E TARIFFE 2014 PER EXTRAREG.	12,609,396.96	13,019,183.55	3,330,367.47	3,248,325.33	15,939,764.43	16,267,508.88

*Ottimizzazione delle risorse umane: valutazione tecnica sullo spostamento dal DH verso altri setting*

Nella tematica del setting per il paziente chirurgico la Direzione Medica ha consolidato il percorso di preparazione preoperatoria presso il CUNICO (centro unico di prenotazione) occupandosi della gestione e delle implementazioni organizzative che si sono rese necessarie (gestione degli spazi ambulatoriali, orari di attività, chiusure, valutazione ed autorizzazione delle prestazioni rientranti nella preparazione preoperatoria).

La Direzione Medica è componente del Nucleo di Valutazione della Piastra Operatoria con funzione di coordinamento. Il Nucleo ha svolto un'attività di raccolta, monitoraggio e valutazione degli indicatori previsti dal Regolamento con implementazione di azioni di informazione e di correzione in incontri specifici o assembleari.

Sono state inoltre analizzate le criticità rilevate dall'Unità di Programmazione operando azioni di approfondimento e gestione.

*Analisi dei percorsi dei ricoveri finalizzata all'ottimizzazione dei livelli di qualità organizzativa e delle risorse impiegate*

Nel 2014 sono stati sottoposti a verifica sull'appropriatezza 1.332 episodi di ricovero selezionati secondo vari criteri:

- selezione campionaria secondo le indicazioni della DGR 1890/2009;
- appropriatezza di setting motivata direttamente dalla Unità Operative.

Nelle tabelle seguenti (la prima per i ricoveri ordinari e la seconda per i ricoveri diurni) le risultanze del controllo, distinte per regime di ricovero, sulla quota relativa all'appropriatezza organizzativa.

Tabella 3.7 - Verifiche appropriatezza organizzativa ricovero ordinario

	Appropriato	Non appropriato	Parzialmente appropriato	Totale
CARDIOLOGIA	2			2
CHIRURGIA D'URGENZA	7		1	8
CHIRURGIA GENERALE	11		3	14
CHIRURGIA PEDIATRICA	6	5		11
CHIRURGIA PLASTICA	1			1
CHIRURGIA TORACICA	1	2		3
CHIRURGIA VASCOLARE	2	1	1	4
CLINICA CHIRURGICA	7		1	8
CLINICA MEDICA	10		1	11
CLINICA NEUROLOGICA			1	1
DIABETOLOGIA	2		3	5
ENDOCRINOLOGIA	42	1		43
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	14			14
GASTROENTEROLOGIA	3		2	5
GERIATRIA-ORTOGERIATRIA	20	1	5	26
GINECOLOGIA	9	2	3	14
MALATTIE INFETTIVE	4	1	3	8
MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	2			2
MAXILLO-FACCIALE	13	1	4	18
MEDICINA D'URGENZA	47			47
MIO I	1			1
MIO II	25	1	4	30
MIU	17		4	21
NEFROLOGIA	2	3	6	11
NEUROCHIRURGIA	1		3	4
NEUROLOGIA	12		8	20
NIDO	2			2
O.R.L.	49		5	54
OCULISTICA	36		7	43
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	9	5		14
ONCOLOGIA	6			6
ORTOPEDIA	22		6	28
OSTETRICIA	22	2	3	27
PEDIATRIA	17	12	2	31
PNEUMOLOGIA	7			7
REUMATOLOGIA	53	1	2	56
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E PEDIATRICA	8	3		11
UROLOGIA	7	1	2	10
RICOVERI DIURNI "TRASFORMATI" IN PAC (DSA)	8	4		12
<b>Totale complessivo ricoveri ordinari</b>	<b>507</b>	<b>46</b>	<b>80</b>	<b>633</b>

Tabella 3.8 - Verifiche appropriatezza organizzativa day hospital

	Appropriato	Non appropriato	Parzialmente appropriato	Totale
DH CHIRURGIA PEDIATRICA	5	3		8
DH CHIRURGIA VASCOLARE	1			1
DH CLINICA CHIRURGICA		1		1
DH DERMATOLOGIA	2			2
DH ENDOCRINOLOGIA	254			254
DH GASTROENTEROLOGIA		1		1
DH GINECOLOGIA	2	12		14
DH INTERNISTICO	1		1	2
DH MALATTIE INFETTIVE		1		1
DH MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	2			2
DH MAXILLO-FACCIALE	1	2		3
DH NEUROLOGIA	2			2
DH O.R.L.		1		1
DH ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1			1
DH ONCOLOGIA	10	2		12
DH ORTOPEDIA	1	2		3
DH OSTETRICIA		1		1
DH PEDIATRIA	178	1		179
DH PNEUMOLOGIA	192			192
DH UMR		2		2
DH UROLOGIA	6	11		17
<b>Totale complessivo ricoveri diurni</b>	<b>261</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>266</b>

Nel confronto con l'anno precedente spiccano alcune variazioni significative nel numero di ricoveri giudicati inappropriati all'interno della produzione di alcune Unità Operative:

- Endocrinologia: le verifiche condotte l'anno precedente davano evidenza di 13 ricoveri inappropriati, 1 parzialmente appropriato e 3 appropriati su un totale di 17 cartelle esaminate; le verifiche condotte sulla produzione 2014 danno evidenza di 1 solo ricovero giudicato non appropriato e 42 ricoveri giudicati appropriati;
- Medicina Interna Ospedaliera II: le verifiche condotte l'anno precedente davano evidenza di 9 ricoveri inappropriati, 10 parzialmente appropriati e 38 appropriati su un totale di 58 cartelle esaminate; le verifiche condotte sulla produzione 2014 danno evidenza di 1 solo ricovero giudicato non appropriato, 4 giudicati parzialmente appropriati e 25 giudicati appropriati;
- Reumatologia: le verifiche condotte l'anno precedente davano evidenza di 49 ricoveri inappropriati, 12 parzialmente appropriati e 9 appropriati su un totale di 70 cartelle esaminate; le verifiche condotte sulla produzione 2014 danno evidenza di 1 solo ricovero giudicato non appropriato, 2 giudicati parzialmente appropriati e 55 giudicati appropriati;

Tali variazioni sono strettamente collegate alla scelta di attivare un programma di verifica in stretta collaborazione con il personale medico del reparto, condizione che ha permesso di estendere l'analisi anche ai criteri di appropriatezza clinica. In merito alle condizioni di inappropriata organizzativa, anche parziale, è opportuno specificare che:

- le Unità Operative 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 Unità Operative;
- 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 assistenziali infermieristiche o di base che giustificherebbero il trasferimento del paziente ad una struttura a bassa intensità assistenziale, liberando così il posto letto nel reparto per acuti.

### *Ottimizzazione del rapporto spesa per prestazioni/ricavi da degenza*

Nel corso del 2014 la richiesta di prestazioni di laboratorio si è sensibilmente ridotta, sia come numero sia come importi. Questo fenomeno si è verificato in una condizione di aumento della produzione, principalmente come numero di dimissioni. L'attività di ricovero però presenta anche livelli di complessità (misurata come importo mediano) superiore alle altre Aziende Ospedaliero Universitarie della Regione. La performance ottenuta è da attribuirsi ad obiettivi di budget specifici, concordati soprattutto coi dipartimenti medici, alla forte sensibilizzazione esercitata in primis dalla Direzione Sanitaria, e all'ausilio di un progetto di ricerca sul miglioramento dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami laboratoristici, anche con l'aiuto informatico.

### *Ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e governo della spesa farmaceutica in linea con le Direttive Regionali (razionalizzazione della prescrizione dei farmaci ad alto costo della Nutrizione parenterale, degli Antibiotici, degli Inibitori di pompa, delle Statine, degli Anti-ipertensivi, degli Antidepressivi).*

Anche nel 2014, al fine di perseguire un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di governo complessivo della spesa sono stati attribuiti specifici obiettivi alle Unità Operative su aree individuate come oggetto di miglioramento. In particolare sono stati assegnati specifici obiettivi relativi alla prescrizione di antibiotici, somministrati in regime di ricovero, favorendo la prescrizione di vancomicina vs teicoplanina, riduzione del consumo di chinolonici e prescrizione con consulenza infettivologica (stewardship antibiotica) degli antibiotici ed antimicotici di ultima generazione ad alto costo. Gli obiettivi sono stati complessivamente raggiunti e si è anche avuta una riduzione della spesa di antibiotici di circa il 14,7%. Anche gli obiettivi di riduzione del consumo di sacche NPT, raggiunti nella quasi totalità delle Unità Operative, nell'ottica di ridurre il ricorso alla nutrizione parenterale favorendo quella enterale, hanno portato ad una riduzione della spesa di circa il 14%.

Nel corso del 2014 sono stati sottoposti a stretto monitoraggio gli andamenti di consumo e di spesa dei farmaci innovativi di alto costo inviando un report mensile alle Unità Operative e Centri specialistici Aziendali

In linea con le indicazioni regionali e con il governo complessivo provinciale della farmaceutica sono anche stati assegnati obiettivi di governo dell'appropriatezza prescrittiva nell'importante fase di interfaccia tra ospedale e territorio rappresentata dalle prescrizioni in dimissione da ricovero e da visita specialistica nell'area cardiovascolare (prescrizione di statine a brevetto scaduto, rapporto prescrittivo ace/sartani, riduzione di sartani, ecc) e nella prescrizione di biosimilari nei pazienti naive consolidando quanto fatto negli anni passati. Il monitoraggio è stato effettuato attraverso le prescrizioni rilevate in fase di erogazione diretta che si conferma un importante strumento di governo e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei medici specialisti nella fase di interfaccia con i medici prescrittori territoriali e quindi un'area di possibile induzione prescrittiva

Quest'anno è stato inoltre introdotto uno specifico obiettivo collegato alla riduzione della prescrizione di antibiotici in dimissione.

Gli obiettivi assegnati sono stati sostanzialmente raggiunti e nei casi di non raggiungimento sono state fornite adeguate motivazioni da parte dei clinici.

### **3.4.7 Appropriatezza della domanda**

Analizzando la tematica dal punto di vista dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, è possibile individuare alcuni indicatori (anche se non sempre specifici) che possono contribuire a quantificare il livello dell'appropriatezza della domanda oltre che del setting di erogazione dell'offerta.

Alcuni indicatori individuati sono:

- la percentuale di accessi non urgenti al Pronto Soccorso;
- gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso;
- i ricoveri ripetuti;
- l'indice di consumo standardizzato Tac e Risonanze magnetiche ad elevato rischio di inappropriata;
- i ricoveri prevenibili-evitabili.

#### *Percentuale di codici di gravità "non urgente" al Pronto Soccorso*

Alla chiusura della pratica di Pronto soccorso attualmente viene utilizzato un nuovo sistema di codici: al tradizionale codice bianco corrisponde il 'non urgente' L'accesso con successiva attribuzione di tale codice è indice di ricorso inappropriato al Pronto Soccorso. La frequenza degli accessi "non urgenti" presenta un trend in riduzione: sono sensibilmente diminuiti anche nel 2014 rispetto al 2013 e al 2012, sia come numero assoluto sia come

percentuale .

Tabella 3.9 - Accessi al PS classificati per codice colore a confronto 2013-2014

	anno											
	2013						2014					
	gravità					totale	gravità					totale
	missing	Critico	Acuto	Urgente differibile	Non urgente		missing	Critico	Acuto	Urgente differibile	Non urgente	
388 - Pronto Soccorso Ortopedia		1	700	9.221	811	10.733			802	9.503	835	11.140
436 - Pronto Soccorso Oculist			73	4.781	2.886	7.740		1	75	5.727	2.343	8.146
471 - Pronto Soccorso	7	1.513	12.373	25.782	2.561	42.236	9	1.378	13.689	27.264	2.226	44.566
745 - P.S. Ostetricia e Ginecologia		3	29	4.908	696	5.636			40	5.070	640	5.750
991 - Pronto Soccorso Pediatrico		2	186	7.602	4.177	11.967		3	174	8.560	4.479	13.216
<b>totale</b>	<b>7</b>	<b>1.519</b>	<b>13.361</b>	<b>52.294</b>	<b>11.131</b>	<b>78.312</b>	<b>9</b>	<b>1.382</b>	<b>14.780</b>	<b>56.124</b>	<b>10.523</b>	<b>82.818</b>
<b>% Non urgenti</b>						<b>14,2</b>						<b>12,7</b>

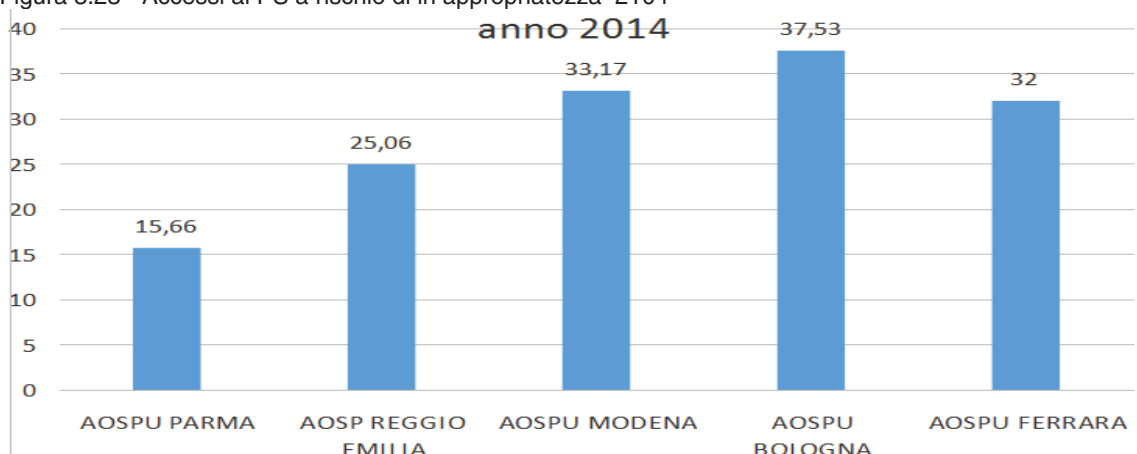
#### Accessi inappropriati al Pronto Soccorso

Questo indicatore costituisce un'estensione del precedente. Sono considerati accessi inappropriati quelli per cui ci si potrebbe rivolgere ai Servizi di assistenza territoriale. Gli accessi a rischio di inappropriatazza sono da ricercarsi all'interno degli accessi codificati come non urgenti, più precisamente:

- i codici non urgenti esitati a domicilio o che hanno abbandonato il PS prima della visita o prima del referto;
- i codici acuti esitati a domicilio o non urgenti o urgenti differibili che hanno fatto solo la visita generale o che sono stati inviati da un medico diverso dal medico di medicina generale o di continuità assistenziale o 118 o specialista.

Il Pronto Soccorso del S.Anna presenta una percentuale di accessi potenzialmente inappropriati (secondo i criteri di cui sopra) più elevata dell'Azienda di Parma e di Reggio Emilia, ma inferiore a Modena e a Bologna: tale situazione è molto simile a quella descritta anche nel 2013.

Figura 3.23 - Accessi al PS a rischio di in appropriatezza 2104

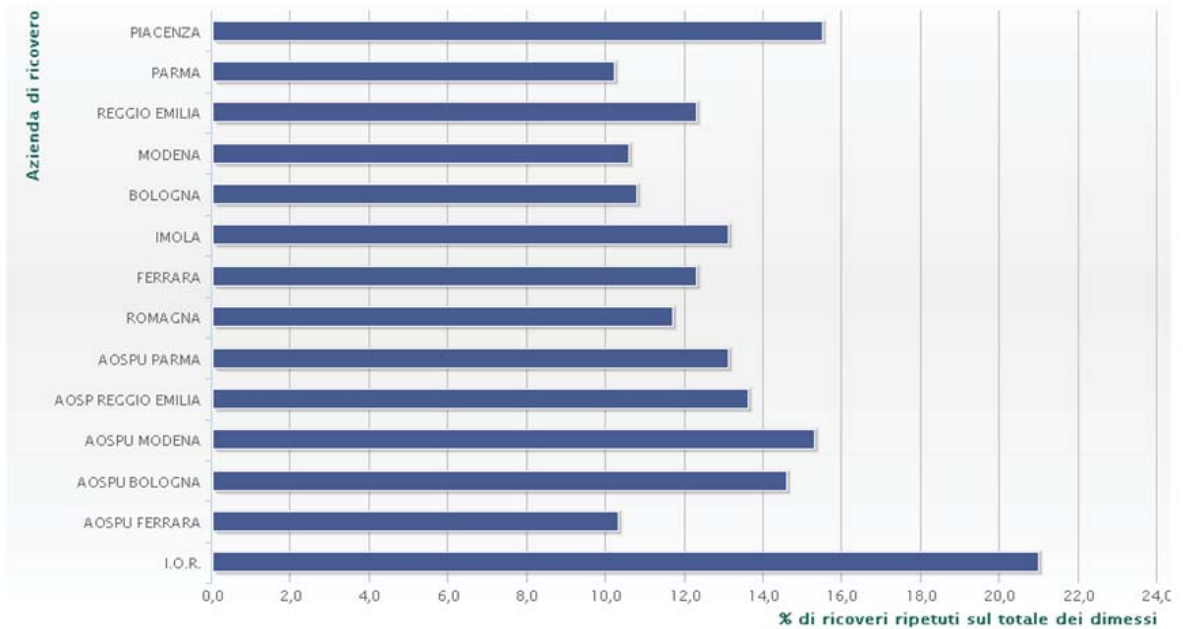




## Ricoveri ripetuti

I ricoveri ripetuti costituiscono un indicatore di qualità dell'assistenza ospedaliera, quindi rientrante nella sfera dell'appropriatezza dell'offerta. Il fenomeno che descrive tale indicatore, però, potrebbe risentire dei livelli di efficienza/efficacia nella gestione del paziente fragile o affetto da patologia cronica, nella fase successiva al ricovero. Le progettualità e le organizzazioni del sistema delle cure primarie sono volte a impedire l'ospedalizzazione talvolta indotta da condizioni sociali di difficile risoluzione. Il dato relativo alla performance dell'Azienda S. Anna, per il 2014, è ancora tra i più bassi nel quadro complessivo regionale.

Figura 3.24 - Percentuale di ricoveri ripetuti nel 2014 a confronto tra le Aziende RER



Fonte: ReportER

## Indice di consumo standardizzato di TC e RM ad alto rischio di inappropriatezza

Rientra nella dimensione dell'appropriatezza della domanda anche questo indicatore. L'indice di consumo standardizzato delle Tac e delle Risonanze Magnetiche è una media ponderata degli indici specifici di consumo per età in cui, per ogni età, i coefficienti di ponderazione sono ottenuti da una popolazione tipo scelta come riferimento. Nel caso specifico, è stato deciso di utilizzare come popolazione tipo la popolazione regionale. L'indice di consumo standardizzato serve ad eliminare l'effetto della diversa composizione per età delle popolazioni su cui è calcolato, rendendo così possibile il confronto tra indici riferiti a popolazioni differenti. La tabella seguente evidenzia che la Provincia di Ferrara presenta un valore complessivo inferiore alla media regionale. Concorrono alla performance complessiva il dato sulle TC sensibilmente inferiore alla media ed il dato sulle RM che invece è superiore di un punto rispetto alla media regionale.

Tabella 3.10 - Indice di consumo per le TC e RM ad alto rischio di in appropriatezza nel 2014

Azienda USL di residenza	SSN		
	TAC	RM	TOTALE
Piacenza	4,0	31,2	35,2
Parma	3,7	45,8	49,5
Reggio Emilia	6,0	54,7	60,6
Modena	4,4	37,7	42,0
Bologna	4,8	40,5	45,3
Imola	4,6	44,8	49,4
Ferrara	2,9	45,3	48,2
Romagna	7,2	48,9	56,1
<b>TOTALE RER</b>	<b>5,1</b>	<b>44,3</b>	<b>49,5</b>

Fonte: ReportER

### Ricoveri prevenibili (evitabili)

Questa linea analitica ha un significato tendenzialmente più di tipo sperimentale che operativo. Come già precisato nell'edizione del Bilancio di Missione del 2013, nel 2011 sono stati pubblicati i risultati di uno studio condotto in seno all'Istituto Superiore di Sanità, denominato ERA (Epidemiologia e Ricerca Applicata), in cui venivano descritti i possibili criteri per definire l'ospedalizzazione evitabile o prevenibile, poiché legata al livello di efficienza e di efficacia della prevenzione primaria nella popolazione.

In analogia alla mortalità evitabile con interventi preventivi, anche l'ospedalizzazione può essere evitata per patologie che si possono efficacemente contrastare con azioni di prevenzione primaria.

Tra le patologie identificate ed esaminate in tale studio figurano:

- Malattie ischemiche del cuore (codice diagnosi ICD9-CM: 410.0-414.9)
- Cardiomiopatia alcolica (codice diagnosi ICD9-CM 425.5)
- Gastrite alcolica (codice diagnosi ICD9-CM:535.3)
- Malattia epatica cronica e cirrosi su base alcolica (codice diagnosi ICD9-CM: 571.0-571.3)

L'analisi della casistica delle dimissioni caratterizzate da tali diagnosi principali nel 2013 al S.Anna ha evidenziato i dati riportati nella tabella seguente.

Tabella 3.11 - Descrizione della casistica relativa ad alcune delle diagnosi identificate dallo studio ERA sui ricoveri potenzialmente prevenibili, classificati per fasce di età, (non sono presenti le fasce con numerosità 0).

Patologia principale		Numero dimissioni per fasce di età (classi standard)					TOTALE
		15-44	45-64	65-74	75-84	>84	
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	2014	19	357	378	431	206	1.391
	2013	22	264	339	340	168	1.133
CIRROSI EPATICA ALCOLICA	2014	2	24	2	1		29
	2013	5	29	5	8		47
DANNO EPATICO DA ALCOL, NON SPECIFICATO	2014		1				1
	2013	1					1
EPATITE ACUTA ALCOLICA	2014	1					1
	2013	1					1
STEATOSI EPATICA ALCOLICA	2014			1			1
	2013						
TOTALE	2014	22	382	381	432	206	1.423
	2013	29	293	344	348	168	1.182

Verosimilmente le classi di età sui cui potrebbe essere diretta l'attenzione dello studio sono quelle intermedie, poiché sulle altre incide sensibilmente il fattore età del paziente. Le tavole mostrano che da un lato sono sensibilmente ridotti i casi relativi alla cirrosi epatica (concentrati nelle fasce medio basse) mentre sono aumentati i casi relativi alle malattie ischemiche del cuore.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria continua a collaborare con l'Azienda USL e l'Univeristà per il controllo dell'appropriatezza della domanda, perseguendo traiettorie strategiche comuni, già individuate nel 2013 ma ribadibili completamente anche per il 2014i:

- La gestione razionale del paziente in Pronto Soccorso attraverso il miglioramento continuo delle attribuzioni del codice colore al momento del triage e attraverso l'affinamento delle misure di controllo sulle cause dell'accesso.
- Il consolidamento dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) come setting alternativo a ricovero inappropriato
- Accordi budgetari con le case di Cura per la gestione di trasferimenti verso tali strutture
- Patto di fornitura per la gestione delle prestazioni ambulatoriali per esterni previa valutazione dei bisogni della popolazione e volto al rispetto dei tempi di attesa standard regionali.
- La rivalutazione continua delle dotazioni dei posti letto in relazione all'entità della domanda e allo sviluppo delle funzioni di eccellenza.
- Lo sviluppo delle reti cliniche interaziendali per favorire non solo l'ottimizzazione delle risorse ma anche la condivisione di criteri di clinical competence e di riferimento provinciale per la gestione di determinate patologie.
- Partecipazione a progetti di miglioramento sulla gestione della "fragilità" (per esempio al progetto "Uffa che afa").

### **3.4.8 Ottimizzazione della programmazione e organizzazione dell'attività di sala operatoria**

Nel corso del 2014 è stato completamente implementato il percorso del paziente chirurgico, dall'inserimento in lista di attesa fino all'esecuzione dell'intervento chirurgico e alla dimissione. Parallelamente al processo organizzativo, è stato sviluppato lo strumento informatico a supporto del sistema.

Tutta la gestione dei dati del paziente e il governo del percorso avviene informaticamente: il chirurgo ha la possibilità di inserire il paziente in lista di attesa informatizzata a seguito della sua valutazione (ambulatorio, consulenza in altra Unità Operativa ecc...), indicando gli esami necessari da effettuare per la preparazione all'intervento. Il CUNICO (centro unico di prenotazione), sulla base delle priorità indicate dal chirurgo, chiama i pazienti da preparare, prenotando gli esami possibilmente nella stessa giornata (prenotazione esami su applicativo informatico). Una volta preparato il paziente all'intervento, il chirurgo può inserire in programmazione operatoria settimanale e poi giornaliera il paziente da operare, utilizzando l'applicativo informatico OrmaWeb; inoltre, viene automaticamente inviata a tutti i soggetti interessati una mail contenente la programmazione operatoria.

La programmazione è così trasparente e analizzabile da tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura/monitoraggio.

Gli obiettivi e le relative azioni in questo ambito nascono dai risultati ottenuti nel 2013, anno in cui si è registrato un aumento dell'efficienza grazie allo sviluppo di questo nuovo strumento informatico, all'implementazione di nuovi sistemi organizzativi sull'attività operatoria e soprattutto sull'utilizzazione dei posti letto.

*Genesis e adozione di nuovi indicatori con l'ausilio del nuovo strumento informatico Ormaweb*

1. Totale diffusione e adozione di Ormaweb da parte di tutta la rete professionale: chiara definizione ambiti di responsabilità di compilazione dello strumento.
2. Applicazione del nuovo modello organizzativo della Piastra operatoria con partecipazione diretta al governo delle sale operatorie per la parte di competenza professionale di gestione delle risorse umane e di gestione dell'organizzazione.
3. Utilizzo da parte degli organi di governo della Piastra operatoria (unità di programmazione e nucleo di valutazione) di ormaweb come strumento di gestione e controllo della performance dell'attività chirurgica.
4. Orientamento all'utilizzo del Panel Indicatori di performance di Piastra operatoria definito.
5. Elaborazioni dati specifici di attività su richiesta Direzione generale.

*Consolidamento del sistema CUNICO (gestione degli accertamenti preoperatori)*

1. selezione ed evidenza delle Unità Operative chirurgiche non ancora inserite nel processo centralizzato e

forte sensibilizzazione e collaborazione all'avvio dell'iter chirurgico con la centralizzazione del percorso del paziente chirurgico e del processo peri-operatorio per tutte le Unità Operative chirurgiche che ancora non avevano aderito.

2. Allocazione definitiva di risorse umane dedicate al CUNICO, attività infermieristiche correlate alla preparazione del paziente chirurgico: pianificazione esami pre-operatori e visita anestesiologicala pre-operatoria, pianificazione di ulteriori accertamenti e pianificazione visita cardiologica.

Tabella 3.12 - Panel indicatori di controllo attività di piastra operatoria

<b>Programma operatorio settimanale/giornaliero</b>		
<b>Indicatore</b>	<b>Metodo</b>	<b>Standard</b>
Adeguatezza organizzativa (NON fattibilità dei programmi inviati)	N° di programmi settimanali/giornalieri di Unità Operativa non "fattibili" in 1 mese/ N° totale di programmi settimanali/giornalieri inviati dall'Unità Operativa	<= 1%
Adesione al programma operatorio settimanale/giornaliero	N° interventi modificati/ N° totale interventi inseriti nel programma settimanale/giornaliero	<= 25%/<=10%*
Adeguatezza temporale (Invio del programma settimanale/giornaliero entro le 14 del giovedì/ entro le 13 del giorno precedente)	N° di programmi operatori dipartimentali settimanali inviati entro le ore 14 del giovedì \ N° Totale programmi operatori dipartimentali settimanali oppure N° di programmi operatori dipartimentali settimanali inviati entro le ore 13 del giorno precedente \ N° Totale programmi operatori di Unità Operativa giornalieri nel caso di programmazione giornaliera	100%/>=95%
Completezza dei singoli programmi operatori dipartimentali settimanali	N° di programmi operatori dipartimentali completi/ N° totale di programmi operatori dipartimentali	100%
Stato della preparazione preoperatoria dei pazienti inseriti nel programma settimanale/giornaliero	N° pazienti PRONTI in programma operatorio settimanale/giornaliero di Unità Operativa/N° totale pazienti in programma operatorio settimanale/giornaliero di Unità Operativa	<=90%/100%
<b>Puntualità dell'attività di sala operatoria</b>		
<b>Indicatore</b>	<b>Metodo</b>	<b>Standard</b>
Arrivo primo paziente (in ogni Blocco) entro le 7.45	N° Blocchi Operatori con arrivo del primo paziente entro le 7.45 / N° Totale Blocchi Operatori	100%
Arrivo di tutti i primi pazienti di ogni seduta entro le 8.15	N° Totale dei primi pazienti arrivati entro le 8.15 / N° Totale primi pazienti attesi (primi pazienti in ogni seduta operatoria) entro le 8.15	100%
Inizio sedute operatorie entro le ore 9.15	N° sedute operatorie iniziate entro le 9.15 / N° totale di sedute operatorie mattutine (calcolo per Piastra e per Blocco)	100%

Indicatore	Metodo	Standard
Tempo di "SALA VUOTA"	N° di interventi con tempi di cambio entro 30 minuti/N° totale di cambi (calcolo per Piastra e per Blocco)	100%
Prolungamento seduta operatoria	N° di sedute operatorie di Unità Operativa con prolungamento oltre l'orario assegnato / N° totale di sedute assegnate all' Unità Operativa	15% al mese Le Unità Operative che hanno dati di sfioramento superiori al 15% devono ridurre del 50% al mese l'entità dello sfioramento e comunque devono raggiungere il 15% entro 3 mesi. Nella assegnazione di sale operatorie aggiuntive saranno tenuti in considerazione i livelli di performance.

\* Sono esclusi dal calcolo gli interventi rinviati per problematiche relative al paziente non governabili dall'Unità Operativa (es. paziente non presentato, controindicazione intervenuta )

Descrizione: corrispondenza tra interventi presenti nel programma giornaliero ed interventi eseguiti nel giorno di interesse.

Non sono considerate come modifiche le sostituzioni di interventi della stessa tipologia (es. neoplasia con neoplasia) e/o di pari orario di durata.

La Valutazione sarà effettuata con cadenza settimanale e prenderà in esame l'analisi dell'attività per piastra e per blocco.

E' stata inoltre informatizzata nel 2014 anche la lettera di dimissione: quest'ultima, tramite il progetto SOLE, se il paziente ha espresso il suo consenso, arriva al medico di famiglia che assiste il paziente.

La completa gestione informatica del percorso consente inoltre di controllare l'efficacia e l'appropriatezza dello stesso, monitorando ed agendo in maniera puntuale su tempi di attesa e indicatori di attività di sala operatoria.

Il processo di riorganizzazione del sistema di verbalizzazione degli interventi chirurgici attraverso il software "Ormaweb", ha permesso una verifica di concordanza tra le informazioni registrate sulla scheda di dimissione ospedaliera ed il registro operatorio aziendale. La verifica ha comportato la revisione e la correzione di 99 schede di dimissione, aggiornate sulla base delle informazioni relative all'atto chirurgico eseguito e registrato su Ormaweb.

Per ulteriori 81 schede, sottoposte a verifica, non è stato eseguito alcun intervento correttivo perché:

- il codice procedura presente in banca dati - corrispondente al codice procedura registrato su Ormaweb - non ha la capacità di attribuire il caso ad un DRG di tipo chirurgico, anche se la procedura è stata eseguita in Sala Operatoria (ad esempio in caso di posizionamento di CVC);
- il codice identificativo univoco presente sul referto operatorio è errato, generalmente riferito ad altro episodio di ricovero (è il caso di pazienti con un primo episodio di ricovero vero in regime diurno ed uno successivo in regime ordinario; in alcuni casi nel verbale operatorio è stato utilizzato il codice a barre del ricovero diurno ma l'intervento è stato eseguito all'interno del ricovero ordinario, o viceversa);
- il codice registrato sul verbale operatorio è errato.

### 3.4.9 Ottimizzazione dei processi di fornitura dei materiali richiesti dalle Unità Operative

Durante il 2014 sono state condotte due progettualità specifiche sul miglioramento della gestione degli ordini dei beni di consumo con lo scopo di ottimizzare il governo delle richieste di materiali da parte delle Unità Operative, che dovranno essere proporzionate rispetto al consumo medio mensile favorendo l'evoluzione verso un sistema più equilibrato di richiesta in rapporto alla giacenza, che si sono concretizzate in:

1. Informatizzazione delle richieste di prodotti in transito di magazzino, attraverso lo sviluppo di una funzione specifica di workflow autorizzativo, che consente alle singole unità operative di inserire le richieste di approvvigionamento di materiale in transito in regolare contratto attivo e con verifica immediata e contestuale della disponibilità di budget.
2. Ulteriore informatizzazione delle richieste dei prodotti in scorta con visualizzazione delle quantità richiedibili previste

E' così possibile al momento dell'inserimento della richiesta avere un feedback immediato sugli ordini dei beni in

scorta e in transito. In caso di superamento del tetto di spesa il processo viene sospeso ed è richiesta la presa visione da parte del Direttore di Unità Operativa che diventa l'unico profilo autorizzato a forzare comunque l'ordine a seguito di adeguata motivazione scritta. Ogni operazione di questo tipo rimane comunque tracciata nei singoli passaggi.

Il comune denominatore di entrambi i sistemi è la possibilità (per i professionisti) di poter:

- Governare direttamente le risorse messe a budget (farmaci presidi ecc);
- Seguire l'iter delle procedure di richiesta dei materiali in modo più semplice e sburocratizzato;
- Interagire con maggiore facilità con i livelli gerarchici sulla gestione di situazioni caratterizzate dallo sfornamento del budget predefinito.

E' stata inoltre posta la traccia progettuale e programmatica del miglioramento della gestione delle giacenze (magazzini di reparto e prescrizione informatizzata).

La realizzazione di una funzionalità informatica per la gestione dei magazzini di reparto è strettamente correlata con la realizzazione della prescrizione farmaceutica informatizzata. La compilazione del foglio unico di terapia si è svolta scegliendo i principi attivi dei farmaci ed i prodotti commerciali da un set di medicinali che rappresentino la disponibilità in magazzino di reparto e/o di farmacia a seconda dei casi con conseguente possibilità di reintegro delle scorte.

Per quanto riguarda la prescrizione farmaceutica informatizzata è stata completata la fase di progettazione e di realizzazione della funzione di prescrizione informatizzata della terapia farmacologica per il paziente ricoverato. E' in fase di programmazione l'attività di formazione e di adozione di tale strumento da parte del Dipartimento Medico e del Dipartimento Chirurgico.

### **3.4.10 Centralizzazione della distribuzione dei beni farmaceutici**

Nel 2014, in seguito a nuove indicazioni regionali, il progetto di Area Vasta si è sviluppato nella direzione di progettazione di un magazzino unico provinciale che unitamente a quelli del S.Orsola e dell'AUSL di Bologna costituiscono 3 HUB del più ampio progetto di Area Vasta che gestirà in maniera integrata tutti gli aspetti tecnico-amministrativi. Per la definizione del progetto e la realizzazione della prima fase a Ferrara, sono state analizzate tutte le fasi di attività rapportandole, per definire le risorse necessarie, ai dati ed alle organizzazioni dei magazzini farmaceutici di AUSL BO e Azienda Ospedaliero Universitaria BO. Sono state definite anche le caratteristiche organizzative e tecnologiche. Attraverso l'individuazione dei costi cessanti comprensivi di personale, spazi, ecc è stato realizzato un quadro sinottico del risultato economico complessivo con specifici approfondimenti sul personale, sulla revisione del sistema trasporti provinciale attuale e sulle ripercussioni sui Bilanci Aziendali nei prossimi anni. Sono quindi state individuate le attività successive da compiere per realizzare la centralizzazione secondo un preciso Gantt.

### **3.4.11 Sistemi di monitoraggio della performance aziendale**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è coinvolta nella valutazione delle performance di sistemi regionali e nazionali.

I principali sistemi di monitoraggio della performance clinico-organizzativa sono il database aziendale degli indicatori, le reportistiche sugli "Indicatori di attività" dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Governo Clinico, il Programma Nazionale Esiti (PNE), il sistema di valutazione "Network Regioni" progettato Laboratorio Management e Sanità (Scuola S. Anna di Pisa), cui la regione Emilia Romagna ha aderito nel 2014.

La nostra Azienda ha assunto, dal 2001 in poi, il "Sussidio per l'autovalutazione e l'accreditamento" dell'Agenzia Sanitaria Regionale come linea guida per la costruzione del sistema di misurazione e monitoraggio delle caratteristiche di qualità. Coerentemente a quanto enunciato nelle pag. 4-7 di tale documento, nel 2001 è iniziata la costruzione di un sistema aziendale di indicatori di performance clinica. Per diffondere a livello aziendale una cultura "valutativa" sulla qualità tecnico-organizzativa sono state svolte sin dall'inizio attività di formazione. Nel 2001 è stata richiesta a tutte le Unità Operative la formulazione di indicatori di performance clinica relative ad eccellenze cliniche o ad attività preminenti svolte; nel 2002 è iniziata la raccolta dei dati, e nella fase successiva (2003) sono stati definiti gli standard di riferimento. Quando il volume di dati stava diventando importante, si è proceduto con l'informatizzazione degli indicatori e dei dati rilevati in un database con superficie web, nel 2008 si è reso necessario un upgrade al sistema per poter agganciare i dati al Sistema Qualità, integrando gli indicatori

previsti dai requisiti specifici di Accreditamento Regionale. Ogni indicatore è messo in relazione ad un prodotto/processo specifico del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) o dell'Unità Operativa. Gli indicatori sono collegati nei propri contenuti alle procedure. Ad oggi, il sistema di raccolta dati è divenuto una fonte preziosa sia a livello di Unità Operativa, sia dipartimentale, sia aziendale, permettendo una rapida verifica dell'attuale posizionamento rispetto allo standard di riferimento. Nel Database Aziendale vengono monitorati circa 750 indicatori, sia di processo che di outcome; esso è accessibile da qualsiasi Personal Computer collegato ad internet e contiene i metadati ed i dati degli indicatori di performance (standard di prodotto) di tutte le Unità Operative dell'Azienda. Per ogni indicatore sono previste specifiche autorizzazioni di immissione e convalida. Le funzioni aziendali centrali invece possiedono accesso di sola lettura. Per favorire la massima trasparenza interna all'azienda ogni utilizzatore del sistema è abilitato a vedere dati e metadati di tutte le articolazioni aziendali.

Il controllo statistico sugli eventuali scostamenti viene effettuato sia a livello di Unità Operativa e DAI, che a livello aziendale, ed i risultati entrano nel processo del riesame della direzione - assegnazione obiettivi - verifica. Il processo di assegnazione degli obiettivi quindi riguarda variabili di costo, di produzione e di qualità.

Ogni anno l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Governo Clinico invia alle Direzioni Aziendali dei Presidi Sanitari un report sugli "Indicatori di attività"; il documento propone per ciascun indicatore il confronto tra le diverse Aziende sanitarie della Regione. I dati si riferiscono all'anno precedente a quello di pubblicazione e sono derivati per la quasi totalità dai flussi correnti (Scheda di Dimissione Ospedaliera, Registro di Mortalità).

I settori esaminati sono relativi all'attività specifica delle Commissioni regionali cardiologica e cardiocirurgia, oncologica e ortopedica e del gruppo di lavoro di monitoraggio del trauma grave.

Nell'ambito della valutazione comparativa degli esiti sanitari la nostra Azienda utilizza le informazioni che rende disponibili il Programma Nazionale Esiti (PNE) affidato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas) dal Ministero della salute. PNE definisce strumenti e metodi di misura per la valutazione empirica degli esiti, stimati sia a livello di struttura ospedaliera sia a livello di area di residenza.

Gli indicatori considerati sono costruiti sulla base di protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con una chiara definizione l'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi. Nel mese di Novembre 2014, la nostra Azienda è stata invitata da Agenas ad attivare processi di verifica della qualità dei dati registrati sul PNE, e precisamente i dati relativi a situazioni cliniche che indicavano la necessità di un taglio cesareo. L'indicatore "Proporzione con parti con taglio cesareo primario," pur presentando una "percentuale grezza" in linea con i valori regionali e nazionali, raggiungeva una "percentuale aggiustata" non aderente alla realtà, che faceva pensare ad un comportamento opportunistico di codifica da parte della nostra Azienda. I risultati PNE sono stati discussi con i Professionisti in Collegio di Direzione ed è quindi stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per analizzare la documentazione clinica dei casi in studio ed identificare i possibili fattori che potevano determinare un "sovr-aggiustamento" delle percentuali grezze.

L'attività di revisione ha evidenziato che:

- il tasso di parti cesarei primari della Azienda Ospedaliero Universitaria FE era in linea con i valori regionali e nazionali;
- non trattandosi di un problema clinico, la causa dello scostamento segnalato era da ricercare nel processo di diagnosi-trascrizione-codifica-data entry, in particolare per le "malposizioni del feto".

Sono state immediatamente eseguite le correzioni concordate ed è stato predisposto un "vademecum" con le indicazioni per la codifica delle condizioni di malposizionamento più frequenti.

Nel 2001 la Regione Toscana, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna l'incarico di predisporre un progetto per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane. (decreto n.7425 del 18/12/2001). La Regione Emilia Romagna partecipa al progetto dall'anno 2014. Il sistema "bersaglio" fornisce un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile alla valutazione della performance conseguita, ma anche alla valorizzazione dei risultati ottenuti. Le dimensioni di valutazione che compongono il sistema sono relative a: livelli di salute della popolazione, capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, socio sanitaria (di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione), esterna (data all'attività aziendale dai cittadini come utenti, compresa l'efficacia dei processi di comunicazione esterna), interna (il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie), efficienza operativa e della performance economico finanziaria (capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria - reddituale monetario, finanziario e patrimoniale).

Il sistema di valutazione permette il confronto a livello regionale e aziendale. Le performance delle varie dimensioni sono riassunte in 60 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite un “bersaglio”, con cinque fasce di valutazione a seconda della performance conseguita: al centro i punti di forza, corrispondenti alle fasce verdi, mentre nelle aree rosse e arancioni sono indicati i punti di debolezza.

#### **3.4.12 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Audit Clinico**

La progettazione di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.

E' stato utilizzato lo strumento dell'Audit Clinico come verifica sull'implementazione di un percorso assistenziale; questo assicura al team clinico-assistenziale che il percorso si sta applicando come previsto e che sta raggiungendo gli obiettivi che sono stati definiti.

Durante l'anno 2014 si è concluso l'Audit relativo al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “Carcinoma del Polmone” partito nell'anno 2012. I risultati dell'Audit hanno dimostrato una buona aderenza dei professionisti al PDTA, anche in considerazione del periodo esaminato, che si riferisce al primo anno di attività.

Particolarmente significativo il numero elevato di pazienti inseriti nel Percorso e l'assenza di pazienti usciti per motivi non clinici. Questi dati testimoniano il valore del PDTA, in grado di offrire una risposta efficace al problema di salute mediante il coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti nella gestione del tumore polmonare, e nel contempo di far sentire il paziente al centro di un sistema che ruota intorno a lui, che si fa carico dei suoi bisogni, fornendo risposte adeguate e coordinate. Nessun paziente ha, infatti, abbandonato spontaneamente il PDTA, a testimonianza della percezione di un servizio di elevata qualità.

A Gennaio 2014 il PDTA “Ictus” è stato condiviso e revisionato dai professionisti delle due Aziende ferraresi divenendo interaziendale e a maggio 2014 si è conclusa formazione del terzo percorso “Carcinoma della mammella”; per entrambi è prevista l'implementazione e l'avvio di audit nel corso del 2015.

Inoltre, nel mese di Ottobre 2014 sono partiti il PDTA “Infarto Miocardico Acuto (IMA)” e “Carcinoma del colon”, che verrà successivamente esteso al colon-retto.

A differenza delle edizioni precedenti tali percorsi sono stati coordinati da facilitatori interni, che avevano già partecipato alla costruzione di altri percorsi, supportati dalla supervisione a distanza di un metodologo esperto, che durante il percorso valuta la qualità degli elaborati e invia feed back; tali percorsi si concluderanno a maggio 2015.

Lo staff “Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione” si è impegnato nell'ulteriore sviluppo del Sistema Qualità, perseguendo questi obiettivi:

- Portare il controllo statistico dei processi clinici ai professionisti.
- Revisionare la qualità scientifica e metodologica degli indicatori di Performance (in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale).
- Rendere sistematica l'attività di audit clinico.
- Consolidare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, insieme all'Azienda Usl.
- Sperimentare nuove forme di ascolto degli utenti.

#### **3.4.13 Accreditamento delle farmacie ospedaliere**

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, in collaborazione con il Servizio Politica del Farmaco e con alcuni Direttori di Farmacie ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, ha elaborato durante l'anno 2013 il documento dei Requisiti specifici per l'Accreditamento delle Strutture di Farmacia Ospedaliera che dovrà essere acquisito nelle singole Aziende sanitarie. Tale procedura consentirà a questi Servizi di accertare il reale possesso dei requisiti di qualità e di sicurezza necessari a garantire l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, relativamente al Servizio di Farmacia Ospedaliera, in Regione ha costituito il campo di sperimentazione dell'applicazione dei nuovi requisiti di Accreditamento.

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara sono già state realizzate da parte del Servizio tecnico e di Prevenzione e Protezione le attività propedeutiche alle autorizzazioni riguardanti gli aspetti logistici, strutturali e tecnologici preliminari all'avvio dell'accreditamento, in particolare rispetto ai laboratori di allestimento delle terapie antitumorali e ai locali di Erogazione Diretta. Il Servizio di Farmacia Ospedaliera ha predisposto un Manuale Qualità di Unità Operativa, un Manuale Qualità di Dipartimento ed una serie di procedure, istruzioni operative e



documenti a corredo e completamento dei Manuali stessi. Ha inoltre implementato un sistema di monitoraggio degli indicatori / standard di prodotto come richiesto dal documento regionale.

In seguito alla visita del 26 marzo sono state accreditate l'Unità Operativa Farmacia Ospedaliera ed il Dipartimento farmaceutico, prime strutture farmaceutiche della RER, precedendo quindi tutte le altre strutture farmaceutiche della Regione.

Il verbale della visita di accreditamento ha riportato una valutazione molto positiva con attestazione da parte della Regione delle capacità, competenza e professionalità dei professionisti del Dipartimento. La valutazione positiva è stata ottenuta sia nel superare le difficoltà ed i vincoli strutturali presenti, sia nel supportare i Dipartimenti clinici nell'uso appropriato e sicuro dei beni farmaceutici con riconoscimento alla Direzione del Dipartimento di capacità di analisi delle criticità, individuazione di indicatori, messa in campo di azioni correttive e piani di miglioramento pur nelle difficoltà generate dalle diversità di sedi e strumenti di lavoro. Tutto con attenzione all'efficienza ed efficacia sia verso la propria organizzazione che verso l'esterno.

Sono state riconosciute numerose eccellenze quali il Laboratorio di produzione galenica ed antiblastici interaziendale, l'attività di Erogazione Diretta di cui viene enfatizzata la capacità di verifica di appropriatezza prescrittiva, gestione del rischio per il paziente e delle interazioni farmacologiche anche tramite lo specifico software all'avanguardia sui temi clinici presente in Azienda Ospedaliero Universitaria. Viene evidenziata l'importanza dell'HUB regionale nell'ambito della gestione antidoti (la Farmacia è sede del centro di riferimento regionale) e vengono indicati elevati livelli qualitativi nel campo della farmacovigilanza, della sperimentazione applicata alla pratica clinica e della valutazione della sicurezza/efficacia (interazioni, aderenza alla terapia), nonché capacità di comunicazione con l'utenza e di analisi delle proprie attività e competenze.

Sono stati analizzati i vari aspetti farmaceutici presenti quali per la gestione dei farmaci ed altri beni sanitari le tematiche relative agli approvvigionamenti, alla gestione logistica dei beni sanitari, al monitoraggio dei consumi e dei costi, ai gas medicali.

Mentre, per quanto riguarda il governo clinico sono stati analizzati i parametri di qualità previsti nel documento regionale, nelle diverse aree di attività: galenica clinica, valutazione/informazione/appropriatezza sui farmaci e sui dispositivi medici, analisi di appropriatezza e audit clinici, didattica, sperimentazioni cliniche, farmaco-vigilanza, dispositivo-vigilanza, distribuzione diretta dei medicinali, ecc...

Parte integrante dell'accreditamento è relativa ai requisiti organizzativi che il responsabile della Farmacia ha mantenuto in linea con l'evoluzione del contesto clinico nel quale il Servizio opera, dalla formazione all'acquisizione e mantenimento della clinical competence.

#### **3.4.14 L'accreditamento istituzionale**

L'Accreditamento del nuovo ospedale di Cona, avviato nell'anno 2013, è proseguito nel 2014. Nei primi due mesi sono stati visitati dai Team regionali di valutazione gli ultimi 2 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI Neuroscienze Riabilitazione e DAI Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio) ed il Laboratorio Unico Provinciale, in Marzo sono stati sottoposti a valutazione la U.O. Fisica Medica ed il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale con la seguente calendarizzazione:

- 21-22 Gennaio: valutazione del settore di neuroscienze del DAI Neuroscienze Riabilitazione + Piastra ambulatoriale
- 17-18 Febbraio: Laboratorio Unico Provinciale
- 18-19 Febbraio: DAI Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio
- 27-28 Febbraio: Unità di Raccolta Sangue Avis Provinciale di Ferrara
- 24 Marzo: U.O. Fisica Medica e Anello S. Anna Corso Giovecca ,Genetica Medica
- 26 Marzo: Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (relativamente al Servizio di Farmacia Ospedaliera)
- 27 marzo 2014 valutazione del settore della Riabilitazione del DAI Neuroscienze Riabilitazione

Tale percorso aziendale si è concluso nella giornata del 7 Maggio, in cui la nostra Azienda ed il Team regionale dei Valutatori hanno condiviso la valutazione del sistema qualità aziendale della struttura sanitaria nel suo complesso.

L'8 Maggio si è tenuto il Convegno Nazionale "L'accreditamento come strumento di lettura di nuovi Modelli Organizzativi" che ha visto la partecipazione dei Professionisti aziendali, dell'Assessore Politiche per la Salute, del Presidente Provincia di Ferrara, del Rettore Università degli Studi di Ferrara, del Presidente Comitato di Indirizzo, del Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e del Responsabile Funzione Accreditamento in Agenzia, del Team Leader dei Valutatori regionali, oltre ad ospiti internazionali.

Infatti, fra l'8.5.2013 ed il 27.3.2014 si sono svolte ben 17 visite di verifica, che hanno impegnato 83 valutatori regionali (fra cui 13 teamleader), per un totale di circa 1.260 ore di verifica e 11.619 requisiti verificati, dapprima in autovalutazione, poi da parte dei team regionali.

Oltre alle dimensioni quantitativamente significative, il percorso ha implicato anche aspetti innovativi nei contenuti e nella metodologia:

1. D'accordo con l'Agenzia Regionale si sono coinvolti nella valutazione, già dall'inizio, anche i livelli aziendali, e non solo i singoli dipartimenti. Quindi, per la prima volta un'azienda intera si è sottoposta alla valutazione tramite le visite di verifica, in linea con i nuovi principi nazionali dell'accordo Stato-Regioni del Dicembre 2012; l'Agenzia ha dato riscontro di ciò con la nota 277148 del 28/7/2014.
2. L'Azienda nel suo insieme ha reagito immediatamente ad eventuali criticità rilevate durante le visite, presentando le azioni correttive ai valutatori di quelle successive; la Regione dà atto di questo approccio sistemico al miglioramento con nota 410802 del 4/11/2014 e 420821 del 10/11/2014, tant'è vero che l'atto di accreditamento sopraccitato non contiene prescrizioni sostanziali, ma solo una di forma.
3. Sono stati sottoposti a verifica due Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, applicando la nuova checklist regionale per il PDTA "Ca. polmone" (insieme al DAI Medicine Specialistiche 12-13/11/2013) ed il PDTA "Ictus" (insieme al DAI Neuroscienze 21-22/1/2014).
4. L'Ufficio Formazione della nostra Azienda è stato il primo fra le aziende pubbliche dell'Emilia-Romagna a superare una verifica non sperimentale sui nuovi requisiti per i provider della formazione (nota 180048 del 17/7/2013).
5. E' stato sottoposto, con successo, a verifica sperimentale il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, applicando i nuovi requisiti specifici (nota 136092 del 18/4/2014 e 234312 del 12/6/2014).
6. All'interno del processo di accreditamento del "Sistema Sangue" provinciale, è stato affrontato il set di requisiti innovativi per i servizi trasfusionali; l'iter si è concluso positivamente, come viene confermato dalle determinazioni 19066 e 19209 del 23/12/2014.
7. Sono state sottoposte a valutazione due "piattaforme" trasversali con visite apposite:
  - a. le sale operatorie (in data 28-29/5/2013)
  - b. le piastre ambulatoriali e Day Hospital (in data 21-22/1/2014)
8. Oltre al Dipartimento Farmaceutico, sono andati in verifica, per la prima volta, altri due dipartimenti interaziendali:
  - a. Ingegneria Clinica, con la Fisica Sanitaria (24/3/2014)
  - b. Laboratorio Unico Provinciale (17-18/2/2014).

Anche nella sede del Convegno del 8.5.2014 sono stati confermati i principi fondanti del Sistema qualità della nostra azienda:

- i dati sono la "materia prima" del processo pianificazione e valutazione,
- si usa il modello dell'accreditamento per il governo degli assetti organizzativi,
- nella cornice del SQ aziendale, le osservazioni emerse da visite di verifica diventano obiettivi annuali per le strutture interessate.

Nei primi mesi del 2014 il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) "Ictus" è stato condiviso e revisionato dai professionisti delle due Aziende ferraresi divenendo interaziendale.

A fine Marzo il Responsabile Qualità Aziendale ha predisposto un report per l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale per evidenziare le azioni correttive e di miglioramento avviate sia a livello aziendale sia dai Dipartimenti ad Attività Integrata in seguito alle criticità trasversali e alle osservazioni segnalate dai Team regionali di valutazione. Le criticità rilevate per DAI ed UU.OO. sono inoltre confluite tra gli obiettivi di Budget 2014.

Nel mese di Luglio l'Agenzia ha ritenuto superata la quasi totalità delle criticità emerse e rispetto alle azioni ancora in corso e da completare entro la fine dell'anno, l'Azienda ha inviato rendicontazioni puntuali nei mesi di Luglio, di Ottobre, Novembre e Dicembre 2014, relativi in particolare alla convalida dei processi del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale come richiesto dai requisiti CNS, ai controlli di qualità esterni del Laboratorio di Endocrinologia e all'implementazione di un sistema di Incident Reporting per la terapia antitumorale in Oncoematologia.

A Settembre è iniziato il percorso di accreditamento Jacie del Centro Trapianti di Ferrara, che vedrà impegnate le Unità Operative di Ematologia e del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale fino alla visita degli Ispettori prevista entro Marzo 2016.

In data 23 Dicembre 2014 è stata emessa dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali la Determinazione di Accreditamento Istituzionale definitivo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e in data 30 Dicembre 2014 la Determinazione di Accreditamento delle Unità di Raccolta Sangue Avis Provinciale di Ferrara.

#### *Pianificazione e gestione delle verifiche ispettive interne*

Durante l'anno 2014 sono state effettuate 3 Verifiche Ispettive Interne estemporanee commissionate dalla Direzione aziendale (PMA, Congelatori /frigoriferi, Centro trapianti di Ferrara ). L'unica Visita programmata pre-verifica regionale ha coinvolto il Laboratorio Unico Provinciale la cui Direzione è in capo all'Azienda USL, dalla quale è stata organizzata.

### **3.4.15 Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione**

Nell'ambito delle azioni e delle misure di attuazione delle strategie di prevenzione e contrasto del fenomeno corruttivo, la L. 190/2012 prevede diversi strumenti, fra i quali l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.), adempimenti di trasparenza, codice di comportamento, rotazione del personale, obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, formazione in tema di anticorruzione.

Sulla base delle indicazioni di cui al Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in data 30.01.2014, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2013-2016 e i documenti parte integrante, ovvero il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2014-2016 il Codice di comportamento e il Piano della Performance (P.P.) 2013-2016 (Delibera n. 10 del 30/1/2014).

Il P.T.P.C. è ispirato ai principi di modularità e progressività, in relazione ad una corretta applicazione degli obblighi normativi cogenti. E' un documento di natura programmatica, per comprendere l'esposizione al rischio corruzione da parte dell'Amministrazione e adottare le necessarie misure di contrasto, attraverso l'implementazione di azioni atte a eliminare o ridurre sensibilmente il rischio stesso.

In Azienda è stato individuato un responsabile della prevenzione della corruzione e responsabile della trasparenza. L'opportunità di designare referenti del Responsabile anticorruzione è prevista dalla Circolare n.1 2013 del D.F.P., poi ripresa sia nel Piano Nazionale Anticorruzione sia nell'allegato n. 1 al Piano stesso.

A tale proposito, si è ritenuto di individuare un gruppo di lavoro permanente a supporto del Responsabile della prevenzione della corruzione nelle attività di informazione e raccordo con le strutture aziendali.

Nell'elaborazione e adozione di azioni, misure e documenti in tema di prevenzione della corruzione, nel corso del 2014, ha assunto un ruolo importante il tavolo "Trasparenza ed Anticorruzione" dell'AVEC (Area Vasta Emilia Centrale). Il Tavolo è stato attivato in considerazione del notevole impatto delle novità normative nazionali (e delle delibere ANAC conseguenti) in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza e della difficile gestione da parte delle singole Aziende.

La finalità di tale Tavolo permanente è quella di assicurare, pur nel rispetto delle autonomie delle Aziende, il coordinamento delle attività e lo scambio di esperienze e di informazioni utili a favorire il confronto tra i Responsabili della Prevenzione Corruzione e della Trasparenza, condividere l'interpretazione delle normative e fornire indicazioni più puntuali su vari temi quali ad es. le modalità di formalizzazione e aggiornamento dei Piani, il monitoraggio delle azioni previste nei Piani la promozione di attività informativa e formativa.

Il Tavolo AVEC si è riunito a cadenza circa mensile, approfondendo, di volta in volta, specifiche tematiche ed ha consentito l'attivazione di un canale di confronto con la Regione Emilia-Romagna che si è fatta carico di trasferire all'ANAC le istanze di chiarimento e di approfondimento su aspetti normativi di non facile interpretazione.

La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C., rappresenta il mezzo per attuare la gestione del rischio di corruzione, con ciò intendendosi l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Amministrazione con riferimento al rischio di corruzione.

Le fasi principali da seguire nella gestione del rischio sono:

- la mappatura dei processi attuati dall'amministrazione
- la valutazione del rischio per ciascun processo
- il trattamento del rischio

Nel corso del 2014, per l'attuazione del PTPC, si è tenuto conto delle caratteristiche peculiari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, costituite sia dalla descrizione dei processi che dall'identificazione dei responsa-

bili, in relazione all'organigramma aziendale e al funzionigramma delle Unità Operative interessate alla valutazione dei rischi, comprendendo ovviamente le quattro macroaree di legge. Ciò ha permesso una prima descrizione di diversi processi/attività a rischio e l'esame e previsione di misure di contrasto che si sono rivelate, allo stato, efficaci. Il percorso di valutazione e gestione del rischio ha visto il necessario coinvolgimento dei dirigenti e del personale delle strutture interessate, tramite interviste che hanno avuto ad oggetto dati tratti dall'esperienza e eventuali precedenti giudiziari o disciplinari, ed hanno fornito utili elementi di valutazione. Ciò ha reso il modello di gestione del rischio in grado di essere calato nei singoli processi con la successiva individuazione per ciascuno di rischi specifici e relative misure. E' evidente che tale modello deve presentare caratteristiche di dinamicità, tali da consentire il suo adattamento all'emergere di nuovi processi e/o rischi da gestire.

Per la valutazione dei rischi ci si è attenuti agli indicatori di cui alla "Tabella di valutazione del rischio" allegata al PNA, che suggerisce una pluralità di domande per la valutazione delle rischiosità dei processi che deve essere effettuata attraverso l'analisi di due dimensioni, ovvero la probabilità e l'impatto.

Una volta valutato il rischio di corruzione che grava sui processi, nell'ambito di gruppi di lavoro ristretti in materia di gare e contratti, nonché in materia di personale e concorsi, si è cercato di far emergere ed identificare i possibili rischi di corruzione da inserire nel "registro dei rischi". L'attività si è svolta tramite colloqui/interviste con i referenti/dirigenti responsabili, con il supporto della lista esemplificativa di possibili rischi di cui all'Allegato n. 3 del PNA, dalla quale sono stati tratti alcuni eventi ritenuti rischiosi in base alle specificità dell'Azienda, dei processi esaminati e dell'organizzazione delle strutture aziendali interessate.

Infine, sempre insieme ai referenti/dirigenti responsabili di taluni processi a medio rischio, il responsabile della prevenzione corruzione ha individuato le misure potenzialmente idonee a ridurre la probabilità delle conseguenze degli eventi rischiosi, consistenti ad esempio nell'introduzione o implementazione di attività organizzative interne (sempre esplicitate nel PTPC).

Le misure di trasparenza sono indicate nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità che costituisce un allegato parte integrante del P.T.P.C. Tale documento contiene anche l'individuazione di obiettivi di trasparenza, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze. Al riguardo si precisa che nella scheda di valutazione della performance individuale è presente un richiamo esplicito alle norme sulla trasparenza e anticorruzione.

A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 33/2013 è stata creata la sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente", articolata in sotto-sezioni di primo e secondo livello, corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare.

Nel corso del 2014 è stato inoltre adottato il Codice di Comportamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, secondo le indicazioni di cui alla legge n. 190/2013 e in osservanza delle Linee Guida della Delibera CIVIT (ora ANAC) n. 75/2013.

A fronte delle specificità dell'Azienda, sono state inserite integrazioni rispetto al Codice di comportamento di cui al DPR n. 62/2013, riguardo ad esempio al comportamento in servizio e all'attività libero professionale intramuraria della dirigenza.

Secondo la legge n. 190/2012 e il P.N.A la formazione è di importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione.

Il personale destinatario della formazione in materia di anticorruzione nel corso del 2014 è stato individuato, come indicato nel P.T.P.C., sulla base dei seguenti criteri:

1. l'afferenza diretta all'attività individuata come a potenziale rischio di fenomeni corruttivi;
2. la rilevanza del ruolo gerarchico/funzionale del dipendente nell'area o Unità Operative prescelta, nell'ambito delle quali si è individuato il procedimento o l'attività a rischio.

Si precisa che l'Azienda ha aderito alle indicazioni regionali in previsione di un "Piano formativo regionale", che garantisca uniformità di approccio alle problematiche in esame, prevedendo, in sintesi, 3 fasi di formazione:

1. di carattere "tecnico" per i Responsabili della Prevenzione Corruzione e loro collaboratori;
2. di carattere "specifico" rivolta ai dipendenti che il P.T.P.C. ha individuato come lavoratori a rischio;
3. di carattere "generale" rivolta a tutti i dipendenti delle Aziende del SSR.



Eiporto

## 4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

La quarta sezione del documento è volta a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze del personale. Un'elevata qualità professionale degli operatori e la possibilità che alti livelli possano essere mantenuti sono infatti condizioni essenziali per assicurare il buon funzionamento del servizio sanitario, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini.

### 4.1 La "carta di identità" del personale

L'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara viene svolta attraverso proprio personale dipendente, personale dipendente dall'Università degli Studi di Ferrara e personale con altre tipologie di rapporto di lavoro (incarichi libero professionali, co.co.co, assegnisti e borsisti).

Il personale dipendente dell'Azienda si compone di una percentuale del 78,54% di laureati. Una percentuale che negli anni è destinata ad incrementarsi, in quanto l'Azienda ha come mission fondamentale l'attività assistenziale nei confronti del cittadino-utente e stante le attuali limitazioni delle assunzioni stabilite dalla Regione Emilia-Romagna comporta prioritariamente il reclutamento di figure sanitarie dedicate in modo diretto all'assistenza. Il ruolo sanitario da solo rappresenta il 75,58% del personale, a cui si devono aggiungere le unità del ruolo tecnico che collaborano più strettamente con l'attività assistenziale (Operatori Socio Sanitari e Autisti 118) che costituiscono il 10,45%, per un totale dell' 86,03%.

L'evoluzione professionale in atto del personale delle professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, tecnico-sanitarie e della riabilitazione) comporterà nei prossimi anni il delinearsi di nuovi modelli organizzativi che dovranno tenere conto della presenza sempre maggiore di dipendenti in possesso della laurea specialistica.

L'Azienda ha continuato a rispettare nel corso dell'anno 2014 sia l'obiettivo di contenimento della spesa del personale stabilito dalla Regione Emilia-Romagna che le conseguenti limitazioni della copertura del turn-over, nella percentuale del 25% dei posti resisi vacanti nel medesimo anno.

Il personale dipendente dell'Università degli Studi di Ferrara che svolge attività assistenziale presso l'Azienda Ospedaliera viene identificato sulla base dell'Accordo Attuativo Locale. Pur mantenendo l'Università degli Studi la titolarità del rapporto di lavoro, funzionalmente tale personale per gli adempimenti dei doveri assistenziali risponde al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera.

Infine il personale dipendente dell'Azienda è parte integrante nello svolgimento dell'attività didattica nei corsi di laurea del personale sanitario e nelle scuole di specializzazione per le diverse discipline mediche.

E' in atto infine una sempre maggiore integrazione e collaborazione tra il personale delle Aziende Sanitarie della Provincia di Ferrara sia per il ruolo amministrativo e tecnico che anche per quello sanitario al fine di dare una risposta al cittadino-utente che migliori le prestazioni sanitarie che vengono erogate, anche in un'ottica di abbattimento delle liste di attesa e di contenimento dei costi.

Tabelle 4.1 - La situazione al 2014

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2430	591	1839
Personale universitario	138	78	60
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	83	23	60

Fonte aziendale

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2430	591	1839	178	614	1013	619	6	1	110
Dirigenti medici	383	193	190	10	126	99	142	6		4
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	66	14	52	2	9	19	36			
Personale infermieristico	1154	183	971	135	334	512	173		1	64
Personale tecnico sanitario	161	37	124	14	36	61	50			18
Personale della prevenzione	11	5	6			5	6			1
Personale della riabilitazione	63	5	58	10	12	23	18			8
Personale OTA, OSS, ausiliari	262	36	226	2	51	139	70			3
Personale amministrativo	159	23	136		25	80	54			6
Altro personale	171	95	76	5	21	75	70			6

Fonte aziendale

\* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	116	di cui: 39 pensionamenti - 26 dimissioni - 38 termine incarico - 5 dispense - 4 decessi - 4 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	71	di cui: 4 mobilità da altre aziende

Fonte aziendale

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2014	9,38%	149	79

Fonte aziendale

Tabelle 4.2 - La situazione al 2013

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2475	604	1871
Personale universitario	139	79	60
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	90	25	65

Fonte aziendale

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	34-44	44-54	54-64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2475	604	1871	197	692	1012	566	8	1	116
Dirigenti medici	389	193	196	12	124	105	143	5	0	3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	68	16	52	1	11	21	33	2	0	0
Personale infermieristico	1174	188	986	147	381	483	163		1	69
Personale tecnico sanitario	164	38	126	14	45	58	46	1	0	19
Personale della prevenzione	11	5	6		1	7	3	0	0	1
Personale della riabilitazione	64	6	58	11	12	25	16	0	0	8
Personale OTA, OSS, ausiliari	266	39	227	6	54	146	60	0	0	3
Personale amministrativo	166	23	143		35	89	42	0	0	7
Altro personale	173	96	77	6	29	78	60	0	0	6

Fonte aziendale

\* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	105	di cui: 12 pensionamenti - 29 dimissioni - 49 termine incarico - 5 decessi - 10 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	92	di cui: 6 mobilità da altre aziende

Fonte aziendale

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2013	11,47%	195	89

Fonte aziendale

Tabelle 4.3 - La situazione al 2012

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2488	611	1877
Personale universitario	142	82	60
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	97	23	74

Fonte aziendale



Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	34-44	44-54	54-64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2488	611	1877	220	748	1034	483	3	2	118
Dirigenti medici	384	195	189	18	120	115	129	2	0	3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	69	17	52	1	12	23	32	1	0	0
Personale infermieristico	1180	194	986	160	421	468	131	0	2	70
Personale tecnico sanitario	168	37	131	18	44	63	43	0	0	19
Personale della prevenzione	11	5	6	0	1	7	3	0	0	1
Personale della riabilitazione	66	9	57	13	12	28	13	0	0	9
Personale OTA, OSS, ausiliari	268	35	233	4	64	155	45	0	0	3
Personale amministrativo	167	23	144	0	41	87	39	0	0	8
Altro personale	175	96	79	6	33	88	48	0	0	5

Fonte aziendale

\* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	170	di cui: 51 pensionamenti - 33 dimissioni - 72 termine incarico - 1 licenziamento - 3 dispense per inval. perm. - 3 decessi - 7 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	86	di cui: 7 mobilità da altre aziende

Fonte aziendale

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2012	10,81%	189	80

Fonte aziendale

## 4.2 Partecipazione dei professionisti all'individuazione delle strategie aziendali e alla gestione operativa

### 4.2.1 Il Collegio di Direzione

Come citato nell'atto aziendale, le linee organizzative aziendali si realizzano, nell'ambito di un sistema di governo clinico che sappia coniugare la funzione manageriale e professionale, coordinando i diversi ambiti di responsabilità e autonomia delle figure professionali coinvolte.

Il Collegio di Direzione e i Dipartimenti ad Attività Integrata costituiscono l'ambito organizzativo dove queste linee di governo si sviluppano e dove i principi, le metodiche e gli obiettivi ad esse correlati vengono valutati e condotti al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e delle Unità Operative.

Nella particolarità dell'anno 2014 il Collegio di Direzione è stata la sede ove sono avvenute:

- la condivisione delle strategie e della pianificazione annuale, in particolare la condivisione degli obiettivi di budget e la condivisione dei progetti di ricerca;
- la pianificazione strategica in integrazione con l'Università.

### 4.2.2 Il processo di Budget

Il processo di Budget rappresenta un momento di priorità strategica aziendale in cui figure professionali deputate a funzioni diverse interagiscono e partecipano alla programmazione delle attività e alla previsione dei costi e dei limiti di spesa per un intero anno.

Nel 2014 dal punto di vista della programmazione, l'Azienda è uscita dal periodo di transizione organizzativa

legata alla sequenza di eventi che hanno caratterizzato il trasloco verso la nuova struttura. E' stato ripercorso il processo di budget seguendo l'impostazione classica caratterizzata da una prima fase di presentazione delle linee programmatiche e degli obiettivi 2014 (avvenuta in Collegio di Direzione), e da una successiva fase di negoziazione degli obiettivi stessi, tra i DAI e la Direzione.

Tabella 4.4 - Programmazione DAI 2014

Ambito	Obiettivo strategico	Azioni specifiche
Gestione	Ottimizzazione delle funzioni gestionali finalizzate direttamente al miglioramento organizzativo e al controllo della spesa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione dei magazzini di reparto</li> <li>• Prescrizione farmaceutica informatizzata</li> <li>• Percorso informatizzato delle richieste di materiali in transito</li> <li>• Processi di feedback immediato sugli ordini in scorta e transito e valutazione con valutazione sull'introduzione di un periodismo ristretto (anche mensile) delle richieste</li> <li>• Formulazione di ipotesi di progettazione del progressivo decentramento della codifica della SDO</li> </ul>
Offerta sanitaria	Sviluppo della dotazione delle risorse in relazione al rapporto tra la struttura e il bacino di Utenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotazione annuale dei posti letto</li> </ul>
	Sviluppo delle funzioni HUB e definizione degli accordi contrattuali con le altre AUSL della RER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento dell'attività specifica con copertura delle relative spese per beni di consumo</li> </ul>
	Nuove prospettive di sviluppo per funzioni aziendali specifiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chirurgia vascolare</li> <li>• Cardiologia</li> <li>• Chirurgia maxillo facciale</li> <li>• Neuroradiologia interventistica</li> </ul>
	Accentramento nel nuovo Ospedale delle funzioni aziendali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attività riabilitativa a Cona</li> </ul>
	Offerta verso le case di cura private	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasferimento dei pazienti in LPA e di Riabilitazione</li> </ul>
	Ottimizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale in relazione al completamento della dotazione informatica-tecnologica ed al miglioramento nella nuova struttura e dei processi aziendali connessi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completamento della pratica di tariffazione pagamento ticket per i pazienti in PS, al momento dell'accesso e non tardivamente</li> <li>• Sviluppo/completamento dello strumento informatico di informazione diagnostica in PS</li> <li>• Identificazione di strumenti di controllo della produzione maggiormente in linea con i tempi di tariffazione (riduzione significativa delle discrepanze temporali)</li> <li>• Sviluppo della piattaforma ambulatoriale in relazione all'espansione dei bacini di utenza e alla conversione dei DH-DS a forme di assistenza ambulatoriale</li> </ul>
	Processi di integrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosecuzione dell'attività di sviluppo della rete clinica interaziendale</li> </ul>

Appropriatezza	<p>Ottimizzazione dell'appropriatezza organizzativa in relazione all'offerta erogabile; consolidamento dei setting assistenziali ottimali e delle prestazioni richieste per pazienti ricoverati</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbattimento globale del DH- DS eccetto le situazioni "non convertibili ad altro setting (adozione della formula OutPatients or InPatients), in accordo con l'Azienda Committente.</li> <li>• Ottimizzazione delle risorse umane: spostamento dall'attività di DH verso l'ordinario e/o l'ambulatorio</li> <li>• Azioni correttive sui percorsi e sulla documentazione in base agli esiti del processo di controllo della documentazione sanitaria</li> <li>• Ottimizzazione del rapporto spesa per prestazioni/ricavi da degenza</li> </ul>
	<p>Ottimizzazione dell'efficienza prescrittiva e governo e governo della spesa farmaceutica in linea con le Direttive Regionali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Razionalizzazione prescrizione della Nutrizione parenterale</li> <li>• Razionalizzazione prescrizione degli Antibiotici</li> <li>• Razionalizzazione prescrizione degli Inibitori di Pompa</li> <li>• Razionalizzazione prescrizione dei farmaci ad alto costo</li> </ul>
Efficienza	<p>Ottimizzazione della programmazione e organizzazione dell'attività di sala operatoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genesi e adozione di nuovi indicatori con l'ausilio del nuovo strumento informatico Ormaweb</li> <li>• Messa a regime del sistema CUNICO</li> </ul>
	<p>Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2013 sull'utilizzazione dei posti letto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento del Tasso di Occupazione, indice di rotazione e di turnover e ulteriore miglioramento ove tecnicamente possibile</li> </ul>
	<p>Adeguamento dei casi di giornate di degenza eccessive rispetto alla media delle altre AOSPU</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimizzazione dell' Indice Comparativo di Performance</li> <li>• Ottimizzazione dell' Indice di Case Mix</li> </ul>
	<p>Ottimizzazione dei processi di fornitura dei materiali richiesti dalle UUOO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azzeramento delle richieste sproporzionate rispetto al consumo mensile per evoluzione verso un sistema più equilibrato di richiesta in rapporto alla giacenza.</li> </ul>
	<p>Ottimizzazione della gestione delle risorse umane in rapporto alla produttività</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottimizzazione del rapporto infermieri –OSS / Posto Letto attraverso lo sviluppo delle reti cliniche e alla disponibilità di offerta dei PL in relazione alla conversione DH verso Ambulatorio.</li> </ul>
	<p>Implementazione dei percorsi sulla valutazione individuale (decreto Brunetta) e degli organismi di valutazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano della performance</li> <li>• Ciclo della performance</li> <li>• Valutazione individuale</li> </ul>
	<p>Ottimizzazione del Processo di budget tenendo conto delle linee guida RER specificamente redatte e collegato alla valutazione individuale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituzione del Comitato di Budget</li> <li>• Applicazione del regolamento attuale eventualmente aggiornato in base alle linee guida RER</li> </ul>
	<p>Risparmio energetico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sviluppo della ricerca di innovazione tecnologica specifica</li> </ul>
Qualità /Outcome/Rischio	<p>Ridefinizione della Dimensione organizzativa descritta dal percorso nei settori tecnico amministrativi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processi di allocazione delle risorse e beni gestione dei servizi esternalizzati</li> <li>• Percorsi sugli ordini di beni e relativa tempistica</li> <li>• Percorsi per la gestione dei magazzini</li> <li>• Ridefinizione dei ruoli e delle responsabilità specifiche degli attori (nella descrizione dei percorsi)</li> </ul>
	<p>Analisi dei percorsi dei ricoveri finalizzata all'ottimizzazione dei livelli di qualità organizzativa e delle risorse impiegate</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Messa regime dell'attività del Nucleo Aziendale dei Controlli sanitari</li> </ul>

Integrazione con l'Università	Definire e sviluppare gli ambiti che descrivono e favoriscono il processo di integrazione.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborazione e condivisione in Collegio di Direzione di un documento formalizzato che descriva e quantifichi l'integrazione tra Ospedale e Università</li> </ul>
Processo di Accredimento	Concludere il processo di Accredimento per tutte le Articolazioni Aziendali coinvolte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superamento delle visite ispettive</li> <li>• Inserimento delle eventuali criticità rilevate tra gli obiettivi assegnabili ai DAI</li> </ul>
Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Applicazione e controllo delle normative specifiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Armonizzazione della normativa con la programmazione e gli obiettivi</li> <li>• Mappatura dei processi</li> <li>• Elaborazione del modello del patto di integrità per i contratti</li> <li>• Formazione degli operatori incaricati</li> <li>• Monitoraggio e verifica dei procedimenti, delle attività e delle pubblicazioni e degli obblighi</li> <li>• Raccolta delle dichiarazioni</li> </ul>

Fonte aziendale

### 4.2.3 Il processo di Accredimento

Il processo di Accredimento istituzionale che ha coinvolto l'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara durante l'anno 2014 è approfonditamente descritto al paragrafo 3.4.12 "Accredimento istituzionale".

### 4.2.4 I programmi interaziendali

Anche questo argomento è stato descritto nelle sezioni specifiche. Elemento costitutivo comune ai piani interaziendali è la necessità di coinvolgimento e coordinamento di molte articolazioni organizzative in ambito aziendale e interaziendale.

## 4.3 Gestione del rischio e sicurezza dei lavoratori

Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha adottato, fin dalla sua costituzione, un modello di gestione qualità per processi che si è concretizzato nel 2008 con la certificazione ISO 9001-2008.

Il Dipartimento, in coerenza con il mandato ricevuto dall'Azienda Ospedaliera, ha creato un contesto facilitante per il miglioramento delle attività relative al percorso di promozione e monitoraggio della salute e sicurezza dei lavoratori attraverso:

- *l'elaborazione di procedure, istruzioni operative e altri documenti*: le attività del Dipartimento e quelle delle strutture organizzative considerate critiche sono state documentate attraverso procedure, istruzioni e documenti scritti che insieme al Manuale Qualità, compongono il Sistema Qualità del Dipartimento, pubblicato sul sito intranet dell'Azienda Usl e sul sito intranet dell'Azienda Ospedaliera.
- *l'attività di formazione*: tale attività è governata da una specifica procedura a valenza interaziendale, denominata "Pianificazione ed Integrazione nel Sistema di Gestione delle Attività di Informazione, Addestramento e Formazione dei Lavoratori in Azienda" è rivolta ai lavoratori dell'Azienda ed è orientata allo sviluppo di una cultura della sicurezza fra gli operatori sanitari e all'adozione di competenze cognitive, operative e comportamentali relative alla salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro. I corsi effettuati nell'anno 2014 sono stati 6, gli operatori iscritti al corso sono stati 2.638, gli operatori che hanno partecipato ai corsi sono stati 1.825 (69,2%). Nel 2014 è proseguita l'attività di formazione dei lavoratori nell'ambito del corso attivato nel 2013 dal titolo "Corso di Formazione per la Sicurezza sul Lavoro e la Tutela della Salute dei Lavoratori Aziendali" avente come oggetto le procedure/istruzioni operative emesse dal Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione e sono stati formati n° 490 Operatori. Nell'aprile 2014 è stato attivato il corso a distanza per Operatori neo assunti e Operatori amministrativi che si è concluso nel mese di novembre sia per la parte generale che per i rischi specifici. Nel corso del 2014 è inoltre proseguita l'attività di formazione

inerente il “Progetto INAIL” dal titolo: “Applicazione di un Modello Organizzativo per la Gestione del Rischio Infortunistico da Movimentazione Manuale dei Carichi (MMC) e dei Pazienti (MMP) nella AUSL ed AZOSP di Ferrara, in vista del consolidamento come buona pratica”; sono stati formati n° 34 Operatori del Dipartimento Medico Specialistico e n° 121 Operatori del Dipartimento Emergenza.

- *la gestione del processo di Valutazione dei Rischi:* il Dipartimento, elabora il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) attraverso una valutazione globale e documentata di tutti i rischi presenti nell’ambiente lavorativo. Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha predisposto la documentazione di sicurezza prevista dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i. contestualmente allo stato di avanzamento ed esecutività dei trasferimenti presso i locali ex Sant’Anna. L’attività ha riguardato: l’elaborazione dei Documenti di Valutazione dei Rischi per le attività trasferite da altre sedi e l’elaborazione dei Manuali Operativi di Gestione Emergenza, Informazioni per il Personale, Valutazione Rischio Incendio, Procedure di chiamata in emergenza, Informazioni per i Vigili del Fuoco. Nel 2014 è iniziata l’attività di aggiornamento del DVR dell’Ospedale di Cona e dell’Ospedale San Giorgio.
- *la gestione della Sorveglianza Sanitaria:* tale processo è gestito dalla U.O. di Medicina del Lavoro dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Anna ed è descritto da una specifica procedura interaziendale, denominata “Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori esposti a rischi presenti nell’ambito lavorativo” e prevede il controllo dei lavoratori esposti a rischi lavorativi mediante visite preventive, periodiche. Nella tabella è riportata l’attività di sorveglianza sanitaria svolta nel 2014.

Tabella 4.5 - Attività di sorveglianza sanitaria

Tipologia	2012	2013	2014
Visite periodiche	756	980	874
Visite preventive	274	180	152
Visite a richiesta del lavoratore	54	41	41
Altra tipologia	114	84	135
Vaccinazioni Antiepatite B	25	31	23
Vaccinazioni Antitetaniche	161	161	146
Vaccinazioni Antinfluenzale	232	238	188

Fonte aziendale

- *la gestione dell’infortunio:* l’intero processo è gestito da una specifica procedura aziendale che prevede dal 2010 un’attività di verifica puntuale delle modalità di accadimento per gli infortuni biologici, da movimentazione manuale dei carichi/pazienti ed accidentali allo scopo di migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro ed attivare le necessarie azioni preventive e/o correttive.  
Nel corso del 2014 è proseguito il monitoraggio degli infortuni attraverso le specifiche indagini di valutazione delle modalità di accadimento.

Tabella 4.6 - Report Infortuni

Tipologia	2012	2013	2014
Infortuni Biologici	125	126	128
Infortuni Movimentazione Manuale dei Carichi/Pazienti	24	41	28
Infortuni Accidentali	69	87	69
Infortuni Itinere	23	26	22
Giornate perse per Infortuni	4.667	5.295	5.087

Fonte aziendale

Tabella 4.7 - Rilevazione degli indici di incidenza

	2012		2013		2014	
	N°	% su totale dipendenti	N°	% su totale dipendenti	N°	% su totale dipendenti
Infortunati totali	241	9,69%	280	11,31%	247	10,2%
Infortunati a rischio biologico	125	5,02%	126	5,05%	128	5,3%
Domande di riconoscimento di malattie professionali per patologia apparato muscolo scheletrico	1	0,04%	3	0,12%	7	0,28%
Malattie professionali riconosciute anno	0	0%	0	0%	0%	0%
Dipendenti con limitazione parziale e-o inidoneità	35	1,41%	35	1,41%	38	1,5%

Fonte aziendale

- *la gestione dei dispositivi di protezione individuale*: tale processo è gestito attraverso una specifica procedura, a valenza interaziendale, denominata “Gestione dei dispositivi di protezione individuale”. Dal 2010 è possibile segnalare al Dipartimento, attraverso uno specifico modulo, eventuali anomalie o reclami relativi ai DPI. Nel 2012 è stato elaborato il “Catalogo dei DPI” con le schede tecniche di tutti i DPI presenti in Azienda. Il Catalogo è stato aggiornato e la nuova versione è stata pubblicata sul sito intranet aziendale nel dicembre 2014.
- *la gestione del processo relativo al rischio incendio ed esecuzione delle prove di evacuazione*: nel 2012 è stato predisposto il Piano Generale per la gestione delle Emergenze ed Evacuazione (PEI) di Cona e i Manuali operativi per ogni unità operativa relativi alla gestione emergenza. Nel 2014 è stato aggiornato il PEI, è stata effettuata la relativa formazione degli Operatori e sono state effettuate le prove di evacuazione nelle diverse UU.OO dell’Azienda Ospedaliera.
- *la gestione della sicurezza negli appalti di lavori, forniture e servizi*: tale processo è governato attraverso due procedure a valenza interaziendale “Informazione sui rischi da trasmettere alle ditte appaltatrici di lavori/ servizi, compreso l’eventuale DUVRI, art. 26 D.Lgs. 81/08”. L’attività effettuata, che consiste nell’individuare i rischi interferenti derivanti da attività svolte da lavoratori dipendenti di aziende o imprese esterne che svolgono il loro lavoro all’interno dell’Azienda, è di elaborare il Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI). Nell’anno 2013 sono stati prodotti 9 DUVRI e 10 informazioni sui rischi. La figura del Coordinamento della Sicurezza nei Cantieri in fase di Esecuzione è stata attivata all’interno del Dipartimento, a partire dal 2011. Tale processo è governato da una specifica procedura interaziendale, denominata “Coordinamento della Sicurezza nei Cantieri in fase di Esecuzione” ed è finalizzato a garantire la presenza di una figura istituzionale all’interno dell’organizzazione aziendale che riesca ad assicurare la sicurezza nei cantieri di lavoro all’interno dell’Azienda. Nell’anno 2013 sono stati attivati 2 Coordinamenti Lavori.

#### 4.4 Ridefinizione dei ruoli professionali in relazione allo sviluppo delle strategie aziendali

##### 4.4.1 La ridefinizione dei nuovi quadri di responsabilità

Nell’anno 2014 si è continuato ad avvalersi dei Referenti di attività individuati mediante specifiche procedure di selezione per le singole articolazioni organizzative. La presenza di tale figura ha comportato una maggiore partecipazione del Personale nella gestione dell’attività dell’Azienda con assunzione di responsabilità diretta, anche collegata al trasferimento dell’Ospedale.

L’attività dei titolari delle richiamate funzioni continua a essere soggetta a valutazione annuale e si inserisce in un quadro di crescita professionale delle figure interessate con lo scopo di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate nel complesso delle diverse Unità Operative.

Analoghe considerazioni valgono per altre figure del Comparto come Facilitatori, Case Manager e Consulenti per i quali annualmente vengono attribuiti specifici obiettivi.

L’Azienda basa la gestione dei professionisti sui principi dell’informazione, del coinvolgimento e della partecipazione, nel rispetto delle responsabilità/autonomie di ciascun ruolo organizzativo, della sistematica verifica,

valutazione e definizione dei processi operativi, attraverso il confronto chiaro ed esplicito fra i diversi livelli di responsabilità. L'Azienda intende orientare in misura crescente tutta la struttura verso tali stili gestionali, consapevole anche della loro forte valenza formativa.

## **4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti**

### **4.5.1. Procedure di valutazione**

L'Azienda sta sviluppando modelli organizzativi che prevedono una maggiore partecipazione del personale con assunzione di responsabilità diretta nella gestione dell'attività aziendale.

Nell'anno 2014 si è continuato a subordinare l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività, per il Personale del Comparto, e alla retribuzione di risultato, per i Dirigenti, al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale.

Nell'anno 2014 ha concluso la sua attività il Nucleo di Valutazione a seguito della nomina a livello regionale dell'Organismo Indipendente di Valutazione. Tale organismo che ha il compito prioritario di indicare principi e modalità operative in materia di valutazione del personale e che può avvalersi a livello locale dell'Organismo Aziendale di Valutazione, inoltre può essere chiamato a decidere eventuali divergenze su valutazioni individuali sui dipendenti delle Aziende presenti nella Regione. L'Organismo Aziendale di Valutazione collabora con i Dirigenti delle strutture e il Direttore Generale per la valutazione degli obiettivi annuali concordati con le diverse articolazioni organizzative in sede di definizione di budget.

Le procedure di valutazione devono essere improntate ai seguenti principi generali:

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

La Direzione Generale ha individuato per ciascun titolare di incarico professionale e di Struttura Semplice e Complessa obiettivi generali, validi per tutti i Dirigenti ovviamente collegati alle diverse tipologie di incarico, e obiettivi specifici. Gli obiettivi specifici sono stati attribuiti su proposta del Responsabile della Struttura Complessa di riferimento, tenuto conto dell'articolazione organizzativa di appartenenza del dirigente, della natura dell'incarico e delle necessità assistenziali aziendali collegate anche a parametri regionali per migliorare la performance di efficacia ed efficienza dell'attività sanitaria. Il raggiungimento di tali obiettivi specifici sarà il fattore di valutazione per l'eventuale rinnovo dell'incarico. In particolare gli obiettivi specifici sono definiti per migliorare la qualità delle prestazioni erogate e la casistica di attività che permettono una valutazione anche oggettiva del raggiungimento degli obiettivi e che consente anche al dirigente di monitorare la situazione nel corso del periodo di incarico.

La Direzione Generale nell'anno 2014 ha ritenuto di valorizzare la stipula dei contratti collegati agli incarichi Dirigenziali con rapporto diretto con il singolo dirigente pertanto la sottoscrizione diviene non un mero adempimento burocratico ma un momento di confronto diretto tra la Direzione e il Professionista in cui vengono precisati i contenuti degli obiettivi indicati nel contratto e con il contributo del dipendente prese in considerazione eventuali proposte di adeguamento a ulteriori necessità aziendali e dell'utenza o di evoluzione di modalità assistenziale.

La valutazione e verifica degli incarichi di natura professionale e di quelli di direzione di struttura semplice o complessa, attribuiti ai dirigenti delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, della professione ostetrica e dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, dipendenti del S.S.R. ed universitari integrati, è operata dagli organismi preposti: valutatori di prima istanza e Collegio Tecnico. Il valutatore di prima istanza è il responsabile dell'articolazione di appartenenza (il direttore dell'Unità Operativa per i dirigenti ad essa assegnati, il direttore del Dipartimento per i Direttori delle Strutture complesse che compongono il Dipartimento). Il Collegio Tecnico formato da tre componenti e presieduto dal Direttore Amministrativo o Sanitario a seconda dell'appartenenza del dirigente al Settore Amministrativo o Sanitario; gli altri due componenti sono titolari di incarico di Struttura Complessa. Per i Direttori di Dipartimento il valutatore di prima istanza è il Direttore Sanitario o Amministrativo; conseguentemente il Collegio Tecnico è presieduto dal Direttore Generale in quanto la partecipazione alla valutazione iniziale esclude la possibilità di far parte del Collegio Tecnico. Per i Dirigenti Sanitari che prestano la loro attività all'interno del Dipartimento ad attività Integrata con l'Università i Collegi Tecnici prevedono al loro interno la presenza di un Responsabile di Struttura Complessa Universitaria sia per la valutazione dei Dirigenti Ospedalieri che dei Professori e Ricercatori Universitari. Il Dirigente alla scadenza dell'incarico viene invitato a presentare una relazione dell'attività svolta nel periodo considerato, collegato agli obiettivi precedentemente attribuiti in sede di conferimento o di rinnovo dell'incarico stesso.

Per il personale Dirigente Sanitario e per i Professori e Ricercatori Universitari equiparati gli organismi di valu-

tazione sono costituiti con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo. Il Nucleo di Valutazione supporta la Direzione Generale nella valutazione e verifica dei risultati di gestione collegati al sistema di incentivazione (produttività e risultato).

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

E' stata predisposta una scheda individuale per la valutazione annuale dei Dirigenti appartenenti ai diversi ruoli (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo) in collaborazione con l'Azienda USL di Ferrara. La scheda tiene conto della specificità conseguente alla natura di Azienda Ospedaliera Universitaria e si intende sperimentarne l'utilizzazione nell'anno 2015.

La contrattazione nazionale e locale, su istanza sindacale, ha nel tempo favorito l'incremento della parte fissa della retribuzione rispetto a quella variabile.

Le risorse collegate alla retribuzione variabile sono le seguenti:

- Area Dirigenza Medica € 1.924.617;
- Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa € 278.576;
- Area Comparto € 3.574.791;

La percentuale della retribuzione in rapporto alla retribuzione fissa per le medesime aree è pari a circa il 6%.

#### **4.6 Sistema informativo del personale**

Nell'ambito della gestione del personale sono attivi specifici indirizzi intranet dedicati in particolare a taluni aspetti collegati al trattamento economico, alla gestione delle presenze e alla regolamentazione dell'attività libero professionale del personale avente diritto. All'interno di questi indirizzi sono presenti sia indicazioni normative che stampati per richieste da presentare all'Amministrazione, negli uffici di riferimento, per singole tematiche, con i riferimenti di contatto.

La gestione delle risorse umane, attraverso lo sportello self-service per il dipendente ha permesso nell'anno 2014 una forte interazione di informazioni non solo tra gli uffici della Direzione Giuridico ed Economica delle Risorse Umane ed i singoli dipendenti, ma anche con le altre Direzioni Tecnico-Amministrative e Sanitarie dell'Azienda.

Il lavoratore, infatti, oltre ad effettuare consultazioni sul proprio cartellino delle presenze sulla situazione dei crediti e debiti orari, visualizzazioni e stampa del cedolino dello stipendio, comunicazione del cambio di residenza, ha iniziato ad utilizzare l'applicativo informatizzato per la richiesta di una serie di assenze.

L'utilizzo crescente degli applicativi informatizzati è sostenuto dalla normativa (digitalizzazione/dematerializzazione) e dall'economicità e qualità del lavoro, consentendo la tracciabilità delle comunicazioni e la loro archiviazione.

Con l'utilizzo del citato applicativo informatizzato delle assenze, cambia il modo di trasmissione delle informazioni: si passa da richieste ed autorizzazioni su cartaceo a richieste ed autorizzazioni sul modello elettronico.

E' continuato il consolidamento della citata piattaforma con visualizzazione e relativa stampa del C.U.D. da parte del singolo dipendente e prosegue in maniera soddisfacente la funzione integrata con il Settore della Formazione Aziendale, allo scopo di migliorare il canale di dialogo e comunicazione con tutte le articolazioni dell'Azienda sia in tema di messaggistica individuale che di gruppo.



Figura 4.1 - Homepage dello sportello self service per il dipendente



Fonte aziendale

## 4.7 Formazione

La valutazione e lo sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari si sviluppa attraverso un processo che prevede le seguenti fasi:

- analisi bisogno formativo
- programmazione formativa
- effettuazione dei percorsi formativi
- valutazione della formazione

### *Analisi del bisogno formativo*

L'analisi del bisogno è la risultante delle priorità espresse dalla Direzione Generale e dai Dipartimenti ad Attività integrata/Servizi coerenti con obiettivi nazionali, regionali e aziendali e in integrazione con le richieste manifestate dai professionisti. Tra queste due tensioni si snoda il lavoro di rilevazione del bisogno formativo in ambito professionale: da un lato rilevare e rispondere a esigenze e bisogni legati alla soluzione di problemi imminenti, personali e organizzativi, frutto di mutazioni della routine; dall'altro mantenere una prospettiva ampia e una progettualità di lungo respiro, che possa offrire al professionista occasioni concrete di costruzione del sé professionale.

### *Analisi dell'organizzazione*

I referenti di formazione raccolgono dati organizzativi (indicatori aziendali qualità, reclami, SDO, etc) e li interpretano in chiave formativa; ossia verificano se i dati sono correlati ad un gap di competenze e non ad un problema organizzativo.

### *Autovalutazione delle competenze da parte del professionista*

Dall'anno 2011 l'area Formazione e Aggiornamento dell'Azienda ha predisposto nuovi modelli di questionari on line (piattaforma web 2.0) di analisi dei bisogni formativi, che ogni singolo professionista deve compilare al fine di autovalutare le proprie competenze e analizzare percorsi di formazione ritenuti necessari. La scelta di trasferire in formato on line tale analisi ha permesso di ridurre i tempi di elaborazione dei dati e di poter facilmente rappre-

sentare a livello aziendale la prospettiva dei professionisti.

Inoltre, i referenti dipartimentali della formazione possono integrare tali metodologie attraverso:

- indagine a campione, interviste in profondità ad opinion leader, focus group in merito al gap di conoscenze percepiti dai professionisti.
- l'analisi delle schede di clinical competence compilate dai responsabili delle Unità Operative.

#### *Dossier formativo di dipartimento*

L'area Formazione ha implementato il dossier formativo di gruppo in ambito aziendale su tutti i dipartimenti ad Attività Integrata.

L'obiettivo principale del dossier di gruppo è stato quello di stimolare la visione sistemica dello sviluppo delle competenze in ambito dipartimentale e la costruzione di modelli mentali condivisi, poiché in passato il Piano formativo di dipartimento aveva il limite di essere una "classificazione di corsi" senza correlazioni e livelli di priorità definiti. Con questa definizione si mira alla condivisione da parte di più persone di strutture di conoscenza che permettono di armonizzare il comportamento collettivo, elemento necessario per l'esito delle cure sull'utente. L'implementazione di tale strumento ha consentito di definire in maniera sistemica lo sviluppo delle competenze in correlazione agli obiettivi strategici dei dipartimenti stessi.

Un altro elemento chiave del dossier, che risulta essere migliorativo rispetto al piano formativo tradizionale, è il modello di valutazione dipartimentale della formazione, non previsto dal Piano formativo e ora definito in integrazione con l'area Accreditamento, qualità, ricerca e innovazione ed in fase di sperimentazione.

#### *Piano Aziendale di formazione*

Il Piano Aziendale di formazione rappresenta la sintesi dei diversi dossier e, nell'anno 2014, ha previsto tre linee strategiche distinte:

1. Percorsi formativi a valenza "di sistema";
2. Eventi formativi di carattere Tecnico-Professionale;
3. Percorsi FAD e sostegno all'autoapprendimento.

Il primo livello ha riguardato la formazione come risposta a criticità emergenti espresse dalle Direzioni, tenuto conto dei processi di cambiamento, i cui principali livelli di impatto sono così sintetizzabili:

- supporto alla nuova riorganizzazione dei processi correlata al trasloco nel nuovo ospedale (integrazione tra unità di degenza e servizi);
- politiche sanitarie locali (Regione Emilia Romagna) particolarmente dinamiche con un elevato tasso di innovazione e sperimentazione, soprattutto a livello organizzativo e procedurale.

Nel secondo livello ogni Dipartimento ha identificato le proprie proposte formative dall'analisi del fabbisogno delle singole articolazioni organizzative (U.O., Servizi, ecc.) e, in base alle esigenze delle diverse qualifiche professionali presenti nell'organico, specifiche e collegate alle criticità emergenti nelle fasi immediatamente precedenti e successive al trasloco, hanno costituito le aree tematiche di formazione.

Il terzo livello è rappresentato dall'autoformazione, caratterizzata in innumerevoli attività intellettuali non riconducibili alla formazione tradizionale. La modalità prevalente di autoformazione per le professioni sanitarie è caratterizzata dalla lettura e valutazione critica di letteratura scientifica disponibile sulla biblioteca digitale aziendale e sulle fonti open access.

A tal fine sono state attuate numerose azioni finalizzate sia a facilitare il reperimento di letteratura scientifica attraverso il sito della biblioteca Aziendale e Universitaria in integrazione con percorsi di formazione FAD (Formazione a Distanza) (<http://formazione.azospe.it/>) elaborati in azienda e pertanto con alto livello di contestualizzazione.

#### **4.7.1 Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del piano formativo 2014**

##### *Integrazione interaziendale e costruzione dei PDTA*

Il PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) è uno strumento basato sull'analisi dei percorsi compiuti dai pazienti e dei processi produttivi che concorrono alla loro determinazione, e mirato alla loro re-ingegnerizzazione in un'ottica di snellimento e di eliminazione delle fasi superflue che non aggiungono valore al risultato. Tale

strumento prende in considerazione gli aspetti organizzativi e gestionali, nonché, in alcuni casi, aspetti clinici sotto forma di protocolli, linee guida e buone pratiche.

Nell'anno 2011 le due Direzioni delle Aziende sanitarie ferraresi hanno iniziato il percorso di costruzione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) elaborando i percorsi Cancro polmone e Ictus e a maggio 2014 si è conclusa la formazione del terzo percorso, il PDTA Cancro mammella.

Il nuovo PDTA Cancro Mammella formalizza nuovi momenti comunicativi tra il team e la paziente (ritiro esito, diagnosi e presa in carico infermieristica) e definisce l'introduzione della figura del case manager. Tale nuova organizzazione ha reso consapevoli gli operatori della necessità di formazione finalizzata a condividere all'interno del gruppo le nuove strategie comunicative da attuare all'interno del PDTA.

I professionisti affermano di aver già svolto in passato diversa formazione in merito alle tecniche di comunicazione efficaci; ciononostante, durante gli incontri di conclusione del PDTA affermano di percepire il bisogno di affrontare tali tematiche con una caratterizzazione maggiore, approfondendo le strategie comunicative all'interno del team che gestirà il percorso affinché le modalità siano condivise ed agite in modo uniforme.

Nel mese di settembre è stato svolto un corso di formazione finalizzato a sviluppare tali abilità comunicative con ottimi livelli di gradimento.

Ad ottobre 2014, seguendo i principi definiti nel 2011 sono iniziati due percorsi formativi nuovi:

Costruzione PDTA Ima (Infarto miocardico acuto)

PDTA Cancro colon

A differenza delle edizioni precedenti tali percorsi sono stati gestiti da facilitatori interni (che avevano già partecipato alla costruzione di altri PDTA) supportati dalla supervisione a distanza di un metodologo esperto che durante il percorso valuta la qualità degli elaborati e invia feedback; tali percorsi si concluderanno a maggio 2015.

### *Qualità*

Il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico ha superato positivamente la visita di accreditamento sperimentale nel mese di febbraio 2014 e il giorno 7 maggio 2014 si è conclusa positivamente la visita di accreditamento da parte della commissione Regionale.

### *Gestione emergenze (sperimentazione nuove modalità formative)*

Nell'anno 2014 la formazione con simulazione è stata ulteriormente diffusa in azienda con le seguenti modalità:

- conclusione del percorso formativo rivolto a tutto il dipartimento medico
- conclusione del percorso formativo rivolto alle aree di DH

I risultati in termini di gradimento e apprendimento sono stati più che soddisfacenti, rappresentano ancora una criticità la scarsa numerosità di docenti formati, soprattutto nell'area delle professioni sanitarie.

Al termine dell'anno 2014 è iniziato il progetto "gestione emergenze intraospedaliere" nel dipartimento medico specialistico, che prevede la mappatura delle competenze in ingresso attraverso la tecnica del pre – testing.

Nell'ambito del progetto "gestione delle emergenze ostetriche in ambito provinciale", dopo l'acquisto delle attrezzature, nel mese di dicembre si sono svolte le prime due edizioni pilota del corso. Le criticità emerse hanno evidenziato la necessità di un modulo teorico propedeutico e l'allargamento del numero di formatori.

### *Competenze relazionali ed educative*

La programmazione dei percorsi formativi health literacy è proseguita come da programmazione. I dati di gradimento confermano l'interesse da parte dei professionisti. Sono inoltre stati effettuati i corsi rivolti alle guide di tirocinio, sia per infermieri che per ostetriche. L'area tecnica non è stata coinvolta per elementi di carattere organizzativo, ma vi sono molti professionisti che svolgono tale attività senza alcuna formazione specifica.

### *Competenze Manageriali*

In relazione alle criticità emerse nell'ambito delle visite di accreditamento è stato attivato il percorso di formazione manageriale rivolto ai direttori di struttura semplice o complessa, che si è concluso ad Aprile 2014. Tale percorso, oltre a creare competenza diffusa sui temi più attuali del management sanitario ha rappresentato anche una occasione di confronto e di costruzione di rete da parte dei direttori di Struttura semplice o complessa.

E' iniziata la formazione relativa alla corretta compilazione delle SDO e all'interpretazione dei dati di controllo di gestione coinvolgendo gli specializzandi; è stata definita una lista di priorità insieme al controllo di gestione e la formazione proseguirà anche nel 2015.

#### *FAD, comunità di pratica e autoapprendimento*

Molte azioni sono state compiute nell'implementazione di percorsi di autoapprendimento, attraverso le risorse presenti:

- la piattaforma Moodle (corsi FAD, corsi blended, reti/comunità, consultazione materiali didattici) è stata suddivisa in diversi ambiti e sono stati attivati nuovi percorsi di autoapprendimento.
- Si è strutturato il nuovo corso di "Radioprotezione" utilizzando sistemi multimediali più avanzati.
- Si sono create nuove connessioni tra la biblioteca di Scienze della salute (abbonamenti e servizi) e la piattaforma affinché il personale possa passare da un ambiente all'altro in base alle proprie necessità. Il limite del percorso è l'impostazione ancora troppo "tradizionale" e contenutistica. Devono essere pensati percorsi formativi che, partendo dall'esperienza del clinico, gli consenta di sviluppare maggiori competenze metodologiche (ragionamento clinico, ricerca informazioni, etc). Vi è inoltre un'ampia parte del personale che non ha mai avuto accesso alla piattaforma, pertanto devono essere indagate le motivazioni ed attuate azioni di miglioramento.

#### **4.7.2 Formazione aziendale e crediti ECM**

La manutenzione delle competenze può essere svolta attraverso diverse modalità formative:

- formazione residenziale
- formazione a distanza (FAD)
- formazione sul campo
- formazione fuori sede (incluse iniziative di particolare interesse)

Come si può osservare dalla tabella sottostante la maggioranza dei crediti formativi vengono maturati attraverso formazione residenziale; ciononostante vi è un trend in aumento sia per la formazione FAD che per percorsi di formazione sul campo.

La formazione FAD viene offerta gratuitamente dall'Azienda, ma anche da associazioni, Ordini e collegi; a tal fine l'area Formazione svolge una azione di informazione capillare per facilitare il reperimento di tali opportunità formative.

Tabella 4.8 – Tipologia attività e numero di crediti conseguiti dai dipendenti per formazione in sede e fuori sede

<b>Tipologia attività formativa</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Formazione residenziale	30.129,5	50.761,65	53.563
FAD	14.458	19.751,1	26.787,8
Formazione sul campo	6.678,3	8.640,5	8.153,5
Formazione fuori sede	6.611,5	6.500	5.015,2
<b>TOTALE</b>	<b>57.877,3</b>	<b>85.653,25</b>	<b>93.519,5</b>

Fonte aziendale

L'area di formazione prevalente è quella relativa alle tematiche cliniche, rispetto agli anni precedenti vi è stato un aumento della formazione rivolta a tematiche comunicativo relazionali, in particolare health literacy.

Nella tabella sottostante vengono riportati i crediti conseguiti per formazione in sede suddivisi per area tematica nel triennio 2012-2014.

Tabella 4.9 Crediti ECM erogati per area tematica

Area Tematica	2012	2013	2014
Area comunicativo/relazionale	2.092,8	4.735,4	5.821,7
Area informatica	499	764	126
Area Linguistica	255		
Area manageriale/organizzativa	3.107	4.445,5	7.639,8
Area sicurezza	3.107,7	3.817,6	7.520,4
Area tecnico/specialistica	48.530,3	54.064,65	35.005,4
Area ricerca		792,9*	1.832,6*
Area risk management/governo clinico		3.943,3*	7.916,6*
<b>TOTALE</b>	<b>57.591,8</b>	<b>72.563,35</b>	<b>65.865,5</b>

\* Nel 2012 erano compresi nell'area tecnico/specialistica

Fonte aziendale

Più della maggioranza degli eventi formativi sono rivolti o coinvolgono infermieri che maturano più di 50.000 crediti ECM, in linea con i dati di prevalenza della professione che rappresenta il gruppo professionale più numeroso in Azienda.

Tabella 4.10 - Crediti conseguiti per figura professionale

Figura professionale	2012	2013	2014
ASSISTENTE SANITARIO		80,8	142,7
BIOLOGO	1.431,7	1.233,3	1836,8
DIETISTA	143,5	95,8	156,8
FARMACISTA	454,2	310,25	618,2
FISICO	297	46,8	203,3
FISIOTERAPISTA	2.007,2	2.321,8	2703,35
INFERMIERE	33.721,1	41.886,15	51279,85
LOGOPEDISTA		282	460,9
MEDICO	13.223,8	16.334,25	25715,8
ODONTOIATRA		35	323
ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA		406,2	330,65
OSTETRICO	1.347	2.215,8	2670,15
PSICOLOGO		78	234,3
TECNICO AUDIOMETRISTA		100	368,7
TECNICO DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA		3,6	
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO		272,55	374,2
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA		354,65	369,9
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1.894,4	3.225,75	3908,85
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	2.036,5	2.621,55	3424,3
ALTRE PROFESSIONI		359,1	314,7

Fonte aziendale

#### 4.7.3 Budget della formazione aziendale

La Direzione Generale determina annualmente, nel rispetto della normativa CCNL, degli accordi di categoria, della compatibilità e delle priorità aziendali, il budget della formazione; tale proposta, viene poi presentata alle

delegazioni sindacali e diventa oggetto di trattativa sindacale. Per quanto riguarda la Dirigenza Medica, al budget assegnato è stata sommata una quota derivante dall'attività libero professionale (A.L.P.). Di seguito sono riportate tabelle riepilogative di assegnazione e utilizzo del budget per l'anno 2014.

Tabella 4.11 - Budget della formazione per tipologia di attività

Tipologia attività formativa	Budget assegnato	Budget utilizzato	%
Aggiornamento in sede	184.714	206.600	111,84
Aggiornamento fuori sede	110.057	69.500	63,14
Comandi finalizzati	156.342	123.127	78,75
Biblioteca	35.000	45.000	128,57
<b>TOTALE</b>	<b>486.113</b>	<b>444.227</b>	<b>91,38</b>

Fonte aziendale

Tabella 4.12 - Budget della formazione per area contrattuale

Tipologia attività formativa	Budget assegnato	Budget utilizzato	%
Dirigenza medica	219.392	194.400	88,61
Dirigenza sanitaria, amministrativa tecnica e professionale	15.827	15.827	100
Comparto sanitario/amm./tecnico	250.894	234.000	93,27
<b>TOTALE</b>	<b>486.113</b>	<b>444.227</b>	<b>91,38</b>

Fonte aziendale

#### 4.7.4 Corsi di Laurea in convenzione

##### *Corso di laurea in Infermieristica*

Il contributo fornito dai professionisti della formazione aziendale per la formazione degli studenti di Infermieristica riguarda l'insegnamento teorico e la gestione dei tirocini.

Il personale dipendente, svolge lezioni relative alle discipline professionalizzanti nell'ambito dei propri settori scientifico disciplinari. Le metodologie didattiche prevalentemente utilizzate sono quelle attive, in grado di sviluppare negli studenti abilità analitiche, di pensiero critico e di problem solving; abilità indispensabili nell'esercizio della professione. Principalmente le metodologie utilizzate sono:

- apprendimento basato sui problemi (pbl);
- discussione di casi/autocasi;
- analisi critica di filmati;
- laboratori/simulazioni;
- utilizzo di contratti e piani di autoapprendimento.

Il tirocinio rappresenta il cuore della preparazione professionale degli studenti e rimane una strategia formativa indispensabile per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico. Il tirocinio, inteso come parte integrante del curriculum formativo viene programmato, supportato e controllato adeguatamente, svolto in contesti lavorativi reali, dove gli studenti possono anticipare in parte la loro futura attività professionale.

Il programma del tirocinio è definito dalla Direttrice delle attività didattiche, unitamente ai docenti delle discipline professionalizzanti, mentre la programmazione annuale delle attività del tirocinio è effettuata dai Coordinatori d'anno (uno per ogni anno di corso). Le attività di tirocinio sono organizzate per obiettivi, per anno di corso e per aree organizzative. Le attività svolte dagli studenti sono illustrate nei programmi di tirocinio e registrate nel libretto personale dello studente. Il tirocinio prevede che lo studente, assegnato ad una determinata sede, abbia come riferimento un tutor didattico ed una guida di tirocinio.

Il ruolo del tutor didattico è svolto dai docenti delle discipline professionalizzanti, il rapporto n° studenti per tutor didattico è stato di 1: 20-55 (l'impegno dell'attività di tutoraggio è di 10 mesi all'anno, i tirocini degli studenti del 1°-2°-3° anno sono complessivamente 6, 1 al 1° anno, due al 2° anno e tre al 3° anno, per un totale di 1800 ore, 60 CFU come da ordinamento didattico).

Il ruolo della guida di tirocinio invece, viene esercitato da un infermiere che ha acquisito le metodologie di base del processo di facilitazione tutoriale, frequentando oggi, un corso di 32 ore ed un aggiornamento biennale.

Nell'anno oggetto di analisi, è stata effettuata una edizione del Corso base guide di tirocinio rivolto a 27 operatori.

Il rapporto n° studenti per guida di tirocinio è stato di 1:1-2; 240 operatori hanno svolto attività di tutoraggio.

#### *Corso di laurea in Fisioterapia*

Il corso prevede, oltre alle lezioni in presenza dello studente (120 crediti formativi universitari), anche 60 crediti di attività formative specifiche professionalizzanti (tirocinio). Tali attività si svolgono prevalentemente nei servizi di riabilitazione, pubblici o privati, distribuiti nelle regioni E.Romagna, Veneto, Lombardia (circa 50 sedi). Gli studenti sono accompagnati nel loro percorso di apprendimento da fisioterapisti tutor di tirocinio (circa 130) appositamente formati.

Lo scopo di questo corso di studio è di preparare fisioterapisti laureati che siano in grado di svolgere un'attività professionale incentrata sulla persona, etica, efficace e sicura, e di assumere piena responsabilità personale e professionale delle loro azioni. Gli obiettivi educativi del Corso sono ispirati al Core Competence e al Core Curriculum italiani per la fisioterapia e agli standard di pratica e di formazione della European Region- World Confederation for Physical Therapy (ER-WCPT [www.physio-europe.org](http://www.physio-europe.org)). Le competenze sviluppate nel corso sono sia di tipo specialistico, relative alla fisioterapia, sia trasversali (comunicative, educative, gestionali). Il corso promuove l'adozione della Evidence Based Practice, lo sviluppo del ragionamento clinico e del pensiero critico, l'acquisizione delle capacità di life-long learning, anche allo scopo di formare figure professionali autonome che operano in piena sintonia con il codice deontologico. Nel corso vengono proposte una varietà di attività formative, preferibilmente interattive e incentrate sullo studente, sia in aula che nel contesto clinico.

L'organizzazione e lo sviluppo della didattica e dei tirocini in un corso di laurea professionalizzante ha richiesto lo svolgimento di diverse attività.

- Con il Coordinatore del corso di studio, anche in relazione alle indicazioni normative, sono stati definiti gli obiettivi "core" della formazione triennale in fisioterapia e progettato il percorso formativo (insegnamenti e tirocini) per il loro raggiungimento;
- Progettazione della formazione alla didattica tutoriale per i fisioterapisti tutor di tirocinio. Curiamo inoltre la rilevazione dell'attività di tutoraggio svolta dai professionisti;
- Collaborazione allo svolgimento dei processi di miglioramento ed accreditamento del corso di laurea;
- Implementazione dei progetti di miglioramento della didattica del corso di laurea (in particolare per le attività formative professionalizzanti/tirocini) (per esempio, nel 2014: 1- Progetto di formazione al ragionamento clinico collaborativo, integrato alla Classificazione Internazionale del funzionamento e alla pratica basata sulle evidenze, 2- Uso dell'e-learning nella formazione al ragionamento clinico, 3- Revisioni dello strumento di valutazione delle competenze all'esame di laurea in fisioterapia.);
- Collaborazione con l'Ufficio Mobilità Internazionale dell'Università di Ferrara nell'organizzazione e svolgimento dei progetti Erasmus e altri scambi internazionali;
- Collaborazione con la direzione dell'U.O. Formazione per alcuni corsi di formazione permanente per il personale sanitario.

#### **4.7.5 Corsi per operatori socio sanitari**

Le attività formative per i corsi per Operatori Socio Sanitari per l'anno 2014 hanno continuato a non essere più oggetto delle programmazioni provinciali o regionali approvate e finanziate con risorse pubbliche, ma bensì attività cosiddette "a mercato" attraverso l'autofinanziamento da parte dei corsisti con il pagamento di una quota individuale.

Nel 2014 l'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna di Ferrara ha partecipato, in convenzione con gli Enti di Formazione per l'aspetto sanitario, alla realizzazione di n. 4 corsi che sono iniziati nel 2013 e terminati nel 2014 e n. 4 corsi che hanno avuto inizio nel 2014, ma che termineranno nell'anno corrente 2015, in collaborazione con gli enti di formazione Agenfor, CFP e C.E.S.T.A. e Infomedia.

La funzione di coordinamento e tutoraggio sanitario ha compreso le seguenti attività:

##### Coordinamento

- Incontri con il responsabile del Centro di Formazione per la condivisione del progetto formativo (uc ore);
- Preparazione e invio delle Lettere di Impegno tra Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna di Ferrara e Centro di Formazione per la collaborazione allo svolgimento dei Corsi attivati;
- Individuazione, contatti telefonici e incontri individuali con i docenti sanitari per la definizione delle ore, ora-

rio e contenuti delle unità assegnate;

- Individuazione di nuovi docenti sanitari e valutazione dei curriculum;
- Visione, correzione e definizione convenzione base e di stage tra Centro di formazione e azienda AOU e sua sottoscrizione;
- Incontri con i responsabili del Centro di formazione Cesta ed Agenfor per criticità presentate da alcuni studenti in tirocinio.

#### Tutoraggio

- Incontri con il coordinatore sociale per l'integrazione dei contenuti sia sanitari che sociali. Controllo visite di idoneità effettuate:
- Individuazione sedi di tirocinio;
- Contatti telefonici e incontri con i coordinatori infermieristici per definire le modalità di tirocinio;
- Elaborazione strumenti di tirocinio (scheda presenza, foglio informativo, orario, disposizioni spogliatoio);
- Presentazione in aula del tirocinio (obiettivi, orario e strumenti);
- Monitoraggio svolgimento dei tirocini e incontri con il Coord. Inf.co per valutazioni formative critiche e valutazioni sommative. Controllo di tutta la documentazione di tirocinio;
- Incontri periodici con l'AUSL per la programmazione dei corsi assegnati;
- Gestione e coordinamento studenti in tirocinio provenienti da altri Enti di Formazione.

Per lo svolgimento del tirocinio sono state utilizzate le seguenti U.O dell'AOU S.Anna di Ferrara:

Tabella 4.13 - Unità operative sede di tirocinio

SEDE DI TIROCINIO	N. STUDENTI
Clinica Chirurgica	34
Urologia	4
Neurologia	2
Pneumologia	1
Medicina Riabilitativa	3
Neurochirurgia	4
Geriatria	4
Piastra chirurgica	9
Pronto Soccorso	8
Unità Gravi Cerebrolesioni	4

Fonte aziendale

#### 4.7.6 Biblioteca digitale di scienze della salute

La Biblioteca di Scienze della Salute è specializzata in biomedicina ed è rivolta al personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara interessato a frequentarla per motivi di studio e di ricerca; inoltre si propone come strumento informativo in campo sanitario anche per qualsiasi operatore sanitario esterno.

Attraverso la consultazione dei cataloghi online ATOZ (opac delle risorse elettroniche in abbonamento) e SEBINA OPAC (opac delle risorse cartacee possedute) è possibile sapere quali libri, riviste, banche dati ed e-books sono presenti in Biblioteca e richiederne perciò la fruizione secondo le modalità stabilite dal Regolamento.

L'utenza può usufruire dei servizi anche recandosi direttamente in Biblioteca, che mette a disposizione un'aula dotata di 12 postazioni internet, disponibili per la ricerca, la consultazione e lo studio. I pc dell'aula informatica, collegati alla rete ospedaliera, possono accedere anche alle risorse universitarie, come qualunque pc di reparto. Nell'arco di tutto il 2014 l'Aula informatica è stata frequentata da quasi un migliaio di utenti.

L'accesso telematico continuativo alla sezione web della Biblioteca avviene per i dipendenti direttamente dalla propria postazione di lavoro e da remoto attraverso CLAS, controllato da autenticazione.

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014 le visualizzazioni di pagina sono state 15.806 e il download di articoli in full text, dai periodici elettronici in abbonamento, è stato di 91.859.

La Biblioteca possiede un ampio e diversificato patrimonio bibliografico che afferisce a diversi settori quali Storia della Scienza, Medicina, Biologia, Genetica, Farmacia, Scienze Infermieristiche, Ingegneria Clinica, Informatica, Organizzazione Sanitaria, Management, Sociologia.

La Biblioteca attualmente possiede una collezione di 51 libri antichi, che occupano un arco temporale che parte



dal 1538 e arriva al 1830, segnalati alla Soprintendenza per i beni librari e documentari dell'Istituto per i beni artistici, culturali e naturali della regione Emilia Romagna e 2.219 monografie moderne (dal 1831 ad oggi) di cui alcune facenti parte di collezioni dedicate; inoltre possiede 309 titoli di riviste cartacee, di cui 307 spenti, 2 tuttora attivi e 123 proseguono in formato elettronico.

I servizi erogati dalla Biblioteca sono elencati di seguito.

#### *Consultazione in sede:*

La consultazione dei documenti avviene all'interno della sala di lettura, dotata di 14 posti a sedere e nella quale i documenti collocati a scaffale aperto sono liberamente consultabili.

Informazioni sulla collocazione dei materiali posseduti vengono fornite a richiesta dal personale bibliotecario.

I documenti non ammessi al prestito sono consultabili nella sala di lettura fino ad un massimo di tre documenti per volta. Qualora si sia raggiunto il numero massimo di volumi concessi in consultazione è necessario restituire i volumi in consultazione prima di poter effettuare nuove richieste.

Per quanto riguarda i periodici a stampa, vanno richiesti al bibliotecario che, previa richiesta scritta, provvederà a ritirarli dal deposito nei giorni prestabiliti.

Dal 1 gennaio al 31 dicembre 2014, l'aula è stata utilizzata da più di cento utenti e sono stati prestati 130 libri.

#### *Consultazione delle risorse digitali in abbonamento:*

La Biblioteca sottoscrive abbonamenti a periodici elettronici, banche dati e altre pubblicazioni digitali che sono disponibili per la sola utenza interna, sia con accesso dalle sedi dell'Azienda, sia da remoto attraverso il servizio CLAS.

Per ottenere l'autorizzazione alla consultazione da remoto è necessario registrarsi, attraverso il modulo interattivo reperibile alla pagina della sezione web della Biblioteca, l'utenza esterna può accedere alle risorse digitali recandosi in Biblioteca.

#### *Prestito libri:*

La Biblioteca effettua servizio di prestito gratuito ai sensi della Legge Regionale 18/2000 agli utenti interni ed esterni che abbiano compiuto 18 anni.

Sono esclusi dal prestito tutti i documenti che nel Catalogo del Polo Unificato Ferrarese riportano la dicitura "Documento per sola consultazione interna" o facciano parte di raccolte organiche.

#### *Reference service:*

La Biblioteca fornisce un servizio di informazione al pubblico che consiste in consulenze bibliografiche, assistenza alla consultazione dei cataloghi online della Biblioteca, ricerca nei cataloghi di altre biblioteche e nelle banche dati che la Biblioteca mette a disposizione.

Il servizio si propone di aiutare l'utente a utilizzare efficacemente gli strumenti informativi e comunicativi della Biblioteca, il personale della quale offre il proprio aiuto nel rispetto dei differenti bisogni informativi e culturali degli utenti. È necessaria la prenotazione telefonica o per mail.

Il personale bibliotecario fornisce assistenza agli utenti interni nella ricerca bibliografica all'interno delle banche dati in abbonamento.

Qualora l'informazione richiesta non possa essere reperita in Biblioteca, il bibliotecario fornisce le necessarie istruzioni affinché l'utente stesso possa rivolgersi ad altra istituzione in grado di soddisfare la richiesta.

Per quanto riguarda tesi di laurea e di specializzazione, il personale bibliotecario indica all'utente gli strumenti informativi e bibliografici per procedere nella ricerca in modo autonomo.

#### *Fornitura articoli:*

La Biblioteca fornisce articoli tratti da riviste in abbonamento ed anche non a catalogo; si avvale di una rete di canali di acquisizione preferenziali (Nilde, MAI, PubMed, Google Scholar) che consentono, nella maggior parte dei casi, la fornitura all'utente del materiale richiesto anche non posseduto.

Il servizio di richiesta articoli reperiti presso altre biblioteche (Document delivery service) fornisce gratuitamente agli utenti riproduzioni di documenti conservati presso altre biblioteche.

#### *Corsi di formazione:*

La Biblioteca cura la formazione e la diffusione della cultura scientifica tra gli operatori della sanità e promuove

l'uso delle risorse digitali che acquisisce in favore dei professionisti dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara.

In particolare promuove il trasferimento e la disseminazione delle conoscenze scientifiche per sostenere e diffondere la medicina basata sulle evidenze e ogni buona pratica professionale.

Pertanto annualmente la Biblioteca organizza per gli utenti interni cicli di formazione per la consultazione efficace delle banche dati disponibili, tenendo in considerazione le esigenze delle diverse figure professionali presenti in ospedale.

In particolare nel 2014 sono state attuate le seguenti attività formative:

- 4 corsi di formazione dal titolo "Utilizzo delle banche dati on line per il miglioramento della pratica clinica", il cui obiettivo generale è stato di fornire gli strumenti metodologici e le competenze di base per poter trasformare un dubbio clinico in un quesito ricercabile sulle principali banche dati on line;
- 4 corsi di formazione dal titolo "MICROMEDEX Solutions: trasferire le evidenze scientifiche sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci nella pratica clinica", il cui obiettivo generale è stato di fornire gli strumenti metodologici e le competenze specifiche attraverso l'utilizzo efficiente e critico della banca dati MICROMEDEX, per un accesso semplice ed immediato ad un cospicuo numero di informazioni su problemi correlati all'uso dei farmaci nella pratica clinica;
- 4 corsi di formazione dal titolo "Imparare a risolvere casi clinici usando UpToDate al point of care", il cui obiettivo generale è stato quello di fornire metodologie appropriate per imparare a rispondere a quesiti clinici che sorgono giornalmente in reparto e in ambulatorio, migliorando l'assistenza ai pazienti, prendere decisioni mirate per diminuire esami inutili e ridurre tempi di degenza e costi.

Tutti i corsi citati sono stati accreditati ECM e si sono svolti presso l'Aula Informatica.

#### *Seminari e convegni:*

Per realizzare il processo di condivisione delle conoscenze, gestione, diffusione dell'informazione sanitaria, la Biblioteca organizza inoltre annualmente convegni e seminari rivolti non solo al personale dipendente, ma anche a operatori sanitari esterni, studenti e cittadini.

Nel 2014 sono stati organizzati due convegni dai titoli:

- "La sostenibilità dell'Open Access: quale scenario per il futuro?", che ha avuto luogo il 25 marzo 2014, presso la Sala Congressi;
- "Il fondo archivistico di Glauco Bassi a Ferrara. Un modello per la flebologia e la metodologia medica moderna", che ha avuto luogo il 10 dicembre 2014 presso la Sala Congressi.

Tabella 4.14 - Statistiche d'uso del servizio di biblioteca di scienze della salute

Servizio	Anno 2013	Anno 2014
Visualizzazioni pagine della sezione web Biblioteca	17.154	15.806
Download articoli full text dai periodici elettronici in abbonamento	62.314	91.859
Ricerche bibliografiche	81	91
Document delivery: articoli forniti	1.141	1.584

## **4.8 Struttura delle relazioni con il personale dipendente e le sue rappresentanze**

### **4.8.1 Iniziative volte a creare un ambiente aperto alla negoziazione come condizione necessaria per la riflessione sulla qualità dei processi aziendali**

L'Azienda rivolge la massima attenzione al rispetto dei modelli relazionali previsti dai CC.NN.LL (contrattazione, informazione, concertazione) e dalla vigente normativa delle tre aree che nella Sanità sono: Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Professionale e Amministrativa e Comparto, ponendo in essere le previste forme di rapporto con le Rappresentanze sindacali legittimate alla partecipazione.

La contrattazione aziendale è, insieme a quella nazionale, la principale fonte di regolazione dei rapporti di lavoro e, al contempo, un essenziale meccanismo di adattamento di norme generali alle situazioni del lavoro locale.

Preliminarmente alle attivazioni di nuovi modelli organizzativi aziendali o alla revisione di quelli in essere, in tutti i casi in cui sono coinvolte le diverse professionalità presenti in Azienda, viene data formale informazione all'area sindacale interessata o a tutte le aree sindacali qualora la revisione dei modelli organizzativi coinvolgano tutte le professionalità

A seguito della informazione e se necessario o richiesto vengono attivati i tre tavoli sindacali di confronto, uno per ogni area contrattuale.

Contestualmente o successivamente, per aspetti organizzativi o regolamentari di particolare complessità, vengono attivate Commissioni Tecniche che approfondendo tecnicamente quanto in discussione e fermo restando il potere organizzativo in capo alla Direzione Aziendale, consentono di definire, con il contributo delle Rappresentanze Sindacali, proposte condivise.

Nell'anno 2014 sono stati effettuati incontri al tavolo sindacale per le seguenti aree contrattuali:

- Dirigenza Medica n. 18 incontri, di cui 3 interaziendali
- Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa n. 11 incontri, di cui 2 interaziendali
- Comparto n. 36 incontri, di cui 9 interaziendali

In relazione ad argomenti di interesse generale per tutta l'Azienda o per singole articolazioni sono organizzati incontri con il personale per illustrare azioni che si ritiene necessario perseguire.

Per consentire la massima informazione al personale sul portale del sito Aziendale sono inserite tutte le procedure, regolamenti e modulistica ed in particolare tutti gli accordi e linee di intesa definiti con le Rappresentanze Sindacali.

Il livello di informazione/confronto con le Rappresentanze Sindacali delle diverse Aree è avviato ed è tutt'ora in corso in relazione ai costituiti modelli organizzativi aziendali/interaziendali che consentono forme di coordinamento e/o di integrazione fra funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con quelle della Azienda USL di Ferrara e che sono rappresentate dai Dipartimenti Interaziendali, dai Programmi Interaziendali e dai Coordinamenti Interaziendali.

La costituzione di tali forme di aggregazione è stata preceduta dai predetti percorsi informativi, che hanno contribuito al raggiungimento del prioritario obiettivo interaziendale di ricercare e sviluppare tutte le soluzioni possibili orientate ad un uso integrato delle risorse e alla loro ottimizzazione, valorizzando, nel contempo e sulla base delle caratteristiche che lo contraddistinguono, il patrimonio professionale, tecnologico e strutturale reso disponibile dalle singole realtà organizzative dell'Azienda USL e Ospedaliero-Universitaria.

### **4.8.2 Azioni promosse per i dipendenti**

#### *Le attività del Club Aziendale*

Il Club S. Anna si è riorganizzato per garantire supporto sia sulla sede di Ferrara sia sulla nuova sede.

A Ferrara i contatti diretti con i Soci e dipendenti sono garantiti da un componente del Consiglio Direttivo, che fa da punto di riferimento e tramite per tutte le necessità: dalla raccolta delle richieste di iscrizione alla distribuzione del materiale informativo, nonché l'affissione delle comunicazioni e delle novità nella bacheca ubicata presso la mensa aziendale.

Questo punto di riferimento risulta strategico, poiché nel 2013 è stata effettuata una modifica statutaria che consente anche ai dipendenti dell'Azienda USL di Ferrara di iscriversi al Club S. Anna e godere delle agevolazioni previste per i Soci. Tale decisione, assunta con il parere favorevole dell'Assemblea dei Soci, è motivata

dall'istituzione del Dipartimento Interaziendale per la Gestione delle Risorse Umane. A ciò si aggiunge che molti servizi comuni alle due Aziende sanitarie sono ubicati nella stessa sede di Ferrara ed altre sono in corso di trasferimento.

Nella sede a Cona è stato individuato un locale in condivisione con le Associazioni di Volontariato, ubicato in Area Accoglienza – Ingresso n. 1 piano terra.

Ciò contribuisce ad identificare il Club come un'entità reale, un punto di riferimento e di incontro per i dipendenti e per gli interlocutori esterni al S. Anna che vogliono intrattenere rapporti convenzionali con il Club. Agevola inoltre lo svolgimento delle attività e la diffusione delle informazioni.

Il Club S. Anna comunica con tutti i dipendenti e Soci attraverso i seguenti strumenti:

1. mailing list di tutti i dipendenti che hanno un indirizzo @ospfe.it
2. mailing list dei Soci e dipendenti che hanno un indirizzo e-mail personale
3. invio al domicilio delle comunicazioni Club per chi ne fa richiesta
4. bacheca adiacente l'ingresso degli spogliatoi del personale
5. bacheca posta all'ingresso della mensa a Ferrara
6. newsletter mensile, con spazio riservato alle comunicazioni del Club S. Anna.
7. mailing list dei dipendenti dell'Azienda USL di Ferrara
8. Newsletter mensile dei dipendenti dell'Azienda USL di Ferrara

Le attività del Club Aziendale sono finalizzate a migliorare i rapporti tra dipendenti, condividendo interessi personali e sono dettagliate sulle pagine dedicate al Club del sito intranet aziendale. L'accesso è possibile anche da casa attraverso il sito internet aziendale [www.ospfe.it](http://www.ospfe.it) con accesso riservato.

Strumenti di dialogo tra dipendenti (sito intranet aziendale):

- Aggiornamento del Mercatino on line (scambio – vendo – compro).

Servizi ai dipendenti e alle loro famiglie:

- Convenzioni con esercizi commerciali di ogni tipo
- Convenzione con UISP Ferrara, che controlla sul territorio tutte le piscine, per consentire ai dipendenti di accedere ai corsi di nuoto attraverso una 'corsia preferenziale'.
- Convenzione con AICS Ferrara, per l'accesso ai corsi che si svolgono nelle stesse piscine in orari alternativi a quelli della UISP.
- Convenzione con piscina di Via Beethoven a Ferrara, non più a gestione comunale ma privata.
- Convenzione con Asilo privato e diffusione di comunicazioni relative alla disponibilità per iscrizioni ad asili statali.
- Fiere: distribuzione di biglietti a prezzo ridotto per le principali manifestazioni fieristiche organizzate a Ferrara
- Corso di Nordic Walking, disciplina finalizzata al benessere psico-fisico con benefici all'apparato cardio-circolatorio

Momenti di aggregazione fra dipendenti:

- Partecipazione a mostre e organizzazione di viaggi
- Ciclo 'Salute e benessere dei dipendenti', serate gratuite a tema con presentazione discipline particolari e prova pratica da parte dei partecipanti (Reiki, tecnica Cranio –sacrale, Posturale...).

Rapporti con associazioni locali:

- Scambi culturali con il Gruppo Archeologi Ferraresi (visita guidata al Museo di Spina, partecipazione ad iniziative organizzate dal Club per i Soci GAF e viceversa)
- Diffusione delle iniziative dell'Associazione culturale 'Pico Cavalieri'.
- Rapporti con Touring Club Italiano con proposte a favore di tutti i dipendenti del S. Anna, Soci e non Soci.

Partecipazione al Board Equità aziendale per il Progetto di Equità & Diversity Management regionale:

- come componente del Board Equità, contribuisce alla realizzazione degli obiettivi previsti dal progetto regionale. A fine dicembre 2014 si è concluso il progetto intitolato 'Il Club S. Anna incontra i colleghi dell'Azienda USL di Ferrara', con l'obiettivo di rafforzare la politica dell'interaziendalità, sia dal punto di vista professionale che umano.



Area Commerciale e Accoglienza

## 5. Il Ruolo dell'organizzazione nella comunicazione e nell'accoglienza

### 5.1 La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi

#### 5.1.1 Gruppo di lavoro misto per il miglioramento della accessibilità in ospedale collaborazione con le Associazioni di Volontariato

Il gruppo interistituzionale "Barriere architettoniche Ospedale di Cona" istituito dagli incontri avuti presso la residenza municipale nel 2013 fu costituito da:

- referenti delle Associazioni dei rappresentanti delle persone disabili,
- operatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara,
- componenti del Criba (Centro regionale di informazione per il Benessere Ambientale).

Questo gruppo è stato ulteriormente suddiviso in sotto gruppi rispettivamente dedicati alle seguenti tematiche:

1. orientamento e segnaletica interna – percorsi di accesso alla struttura rivolti agli ipo-vedenti e non vedenti;
2. viabilità esterna;
3. servizi igienici e ambulatori.

La facilitazione dei gruppi svolta dall'Area Comunicazione e Accoglienza ha comportato le seguenti attività:

- a. Convocazione e organizzazione degli incontri del gruppo,
- b. Gestione delle relazioni tra i componenti del gruppo di lavoro,
- c. Stesura dei verbali e relativa approvazione e diffusione ai componenti,
- d. Partecipazione alle attività svolte sul campo (sopralluogo agli ambienti),
- e. Organizzazione degli incontri con le figure aziendali coinvolte nella varie fasi.

I risultati del gruppo "bagni e ambulatori" che si è riunito tra il 2013 e il 2014 16 volte ed ha rispettivamente raggiunto gli obiettivi relativi al mandato ricevuto esponendoli anche in sede di comitato consultivo misto:

#### A) Bagni:

1. condivisione delle problematiche riscontrate dal CRIBA (Centro Regionale di Informazione sul Benessere Ambientale) con visualizzazione del software utilizzato (sedili WC, maniglioni, porte, sedia igienizzabile per doccia, campanello allarme ...);
2. svolgimento di sopralluoghi di verifica dei locali e delle situazioni indicate;
3. valutazione e condivisione della fattibilità di eventuali interventi in funzione della tipologia costruttiva dei bagni;
4. condivisione della necessità di operare anche su bagni non dedicati a persone con disabilità per migliorarne la fruibilità (Geriatrics, Ortopedia ...);
5. elaborazione di proposte migliorative e sperimentazione di alcune delle soluzioni proposte.

#### B) Ambulatori e Pronto Soccorso:

1. condivisione delle problematiche riscontrate dal Criba effettuando sopralluoghi diretti e confrontandosi anche con i coordinatori infermieristici;
2. valutazione delle dotazioni di arredo degli ambulatori;
3. elaborazione di proposte migliorative.

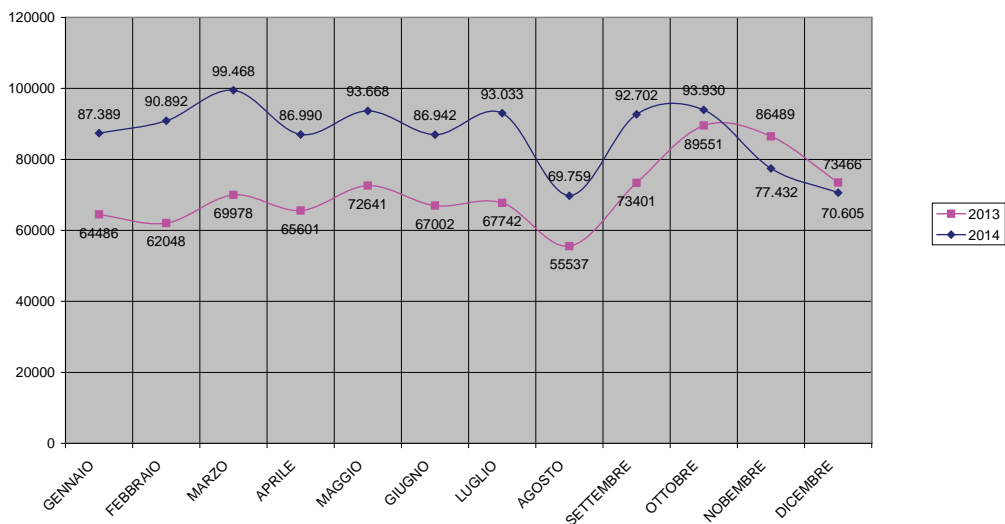
### 5.2 La comunicazione per le scelte d'interesse per la comunità

#### 5.2.1 Operazione trasparenza e anticorruzione

Durante il 2014, oltre al periodico aggiornamento delle informazioni inerenti l'ospedale, il nuovo strumento informatizzato dedicato all'orientamento "Locator" presente direttamente sulla home page del sito internet aziendale [www.ospfe.it](http://www.ospfe.it) è proseguita anche l'intensa attività dedicata alla individuazione e alla scelta dei contenuti e delle informazioni pubblicate all'interno della sezione "Amministrazione trasparente". La trasparenza dell'attività am-

ministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili della Costituzione.

Figura 5.1 - Statistiche di accesso a www.ospfe.it Anno 2013-2014



Fonte aziendale

## 5.2.2 L'analisi dei reclami in collaborazione con il comitato consultivo misto

Si sono svolti diversi incontri di verifica con i referenti delle diverse proposte di miglioramento e di sintesi degli obiettivi raggiunti per le 26 criticità identificate sulla base dei reclami 2011 e 2012.

La sintesi è stata presentata alla Direzione Generale nell'incontro del 27/05/2014 ed è stata accolta positivamente per il contributo offerto al miglioramento di tali aspetti, fermo restando l'impegno di portare a conclusione in progetti tuttora in essere e le 2 criticità ancora aperte.

Di seguito è riportata la classificazione delle segnalazioni pervenute all'Ufficio relazioni con il Pubblico:

Tabella 5.1 - Segnalazioni pervenute all' Ufficio relazioni con il Pubblico

RILIEVI	161
RECLAMI	431
ELOGI	400
SUGGERIMENTI	27
IMPROPRI	93
<b>TOTALE</b>	<b>1112</b>

## 5.3 Gli strumenti per la comunicazione interna aziendale

### 5.3.1 Health Literacy: il modello aziendale, Formazione e tecnica del teach back

#### *La realizzazione dei corsi di formazione al personale*

Nel 2014 nasce una nuova idea di fare sistema tra la componente sanitaria e quella amministrativa e di coinvolgere nella formazione tutto il personale aziendale. Alla base di questa scelta vi è la consapevolezza che un linguaggio chiaro favorisca l'integrazione tra le persone che lavorano per uno scopo comune e che l'intera Azienda parli lo stesso linguaggio e abbia la stessa capacità di relazionarsi anche tra professionisti oltre che con l'utente.

Sono state svolte 15 edizioni del corso rivolte a tutte le professionalità aziendali a cui hanno partecipato 348 partecipanti (afferenti alle varie professionalità e unità operative).

I dati dell'indagine di gradimento svolta al termine dei corsi dall'unità organizzativa formazione e aggiornamen-

to che mettono evidenza quanto segue:

Tabella 5.2 - Indagine di gradimento di fine corso (scala likert utilizzata da 1 a 5)

<b>VALUTAZIONE COMPLESSIVA</b>	
<b>DOMANDE</b>	<b>MEDIA</b>
09. Gradimento complessivo del corso	4,62
10. Adeguatezza della durata del corso:	breve 8%
	adeguato 84%
	lungo 7%
11. Ciò che ha appreso è in concreto applicabile sul lavoro nel breve – medio termine	4,46
Totale domanda 9 e 11	4,54

#### *La valutazione di impatto della formazione*

Nel 2014 con il Dipartimento Chirurgico Specialistico è stata fatta una valutazione per sperimentare l'impatto della formazione svolta che ha riguardato tutto il personale (compresi gli specializzandi).

Il Dipartimento Chirurgico Specialistico dell'Azienda è costituito dalle seguenti unità operative: Oculistica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Plastica e Odontoiatria.

Per valutare e misurare l'impatto gli strumenti utilizzati sono stati due tipologie di questionari di valutazione, somministrati prima e dopo il corso al personale, con obiettivi specifici.

Lo scopo della prima somministrazione era di valutare rispettivamente:

- il livello di conoscenza del tema "Health Literacy",
- la percezione delle proprie modalità di comunicazione in termini di chiarezza,
- il grado di comprensione e ricordo da parte degli utenti dopo il colloquio clinico.

Lo strumento utilizzato con i professionisti "Capiamoci" è stato creato prendendo spunto dalla versione utilizzata all'Azienda Usl di Reggio Emilia, per poter effettuare comparazioni tra i dati delle due Aziende. La prima somministrazione del questionario al personale del Dipartimento Chirurgico Specialistico è avvenuta prima dell'inizio dei corsi di formazione svolti nei mesi di novembre e dicembre 2014.

Dopo la prima somministrazione del questionario, sono stati rivisti i documenti del dipartimento chirurgico specialistico comprese le informative e i consensi informati.

La seconda somministrazione del questionario al personale coinvolto è avvenuta nei primi mesi del 2015. Sono inoltre state condotte analisi delle telefonate che pervengono ai reparti del dipartimento chirurgico specialistico per monitorare la tipologia di domande che vengono rivolte al personale sanitario da parte dei pazienti e familiari ed è stato fatto compilare un questionario che ha coinvolto i pazienti ricoverati nelle U.O. del Dipartimento nell'arco di un mese.

#### *La revisione dei materiali scritti aziendali*

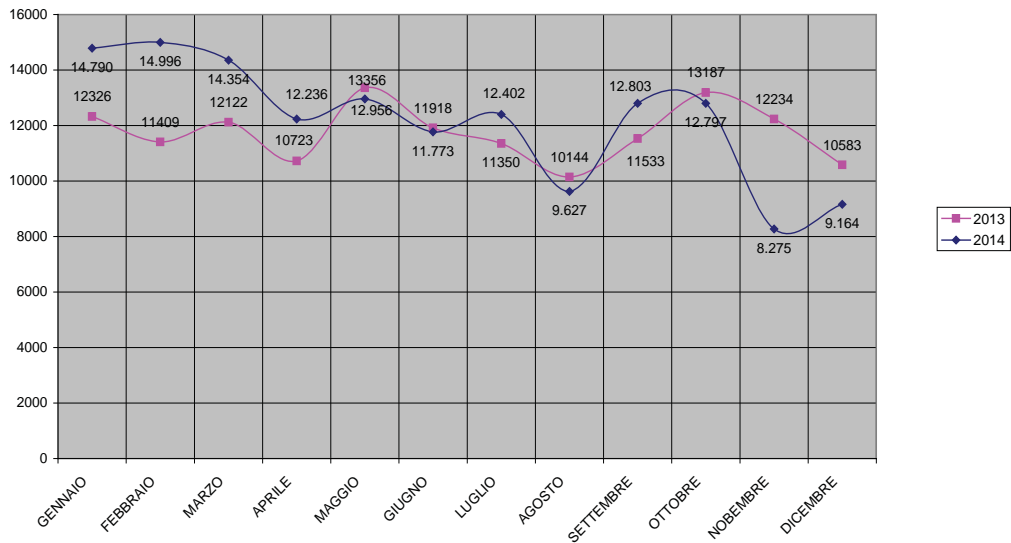
Durante il 2014 è proseguita l'attività di revisione dei documenti aziendali (tot. 53 documenti conclusi) che vengono consegnati al paziente seguendo le linee guida della dr.ssa Rima Rudd (166 documenti aziendali rivisti da quando è iniziato il progetto).



### 5.3.2 Gestione dell'identità e dell'immagine aziendale verso l'interno

Nel corso del 2014 sono state spedite 12 Newsletter a tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. La rassegna stampa è stata inoltrata ogni giorno ai dipendenti, inoltre sono stati aggiornati i contenuti del sito intranet.

Figura 5.2 - Statistiche di accesso al sito intranet Anno 2013-2014



Fonte aziendale



Sala Operatoria

## 6. Governo della Ricerca ed Innovazione

Il Servizio sanitario regionale (SSR) ha assunto come principio la rilevanza delle attività di ricerca come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico. Tale importanza si esprime attraverso la definizione della ricerca come funzione istituzionale fondamentale propria di tutte le Aziende sanitarie in cui il SSR si articola, al pari di quella assistenziale, con la quale deve essere funzionalmente integrata. La valorizzazione delle attività di ricerca e di didattica svolte dal SSR è proceduta contestualmente, da un lato alla ridefinizione del ruolo e delle funzioni delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, rafforzando le forme di collaborazione con il sistema delle Università della regione, secondo quanto previsto dalla L.R. 29/2004, e dall'altro, attraverso il Programma di ricerca Regione Università con l'avvio di progetti finalizzati in alcune specifiche aree cliniche e metodologiche, teso a rafforzare e sviluppare la rete collaborativa fra le Aziende Sanitarie, l'Università e gli IRCSS.

### 6.1 Azioni dell'infrastruttura locale ed integrazione dei sottosistemi aziendali

Per sviluppare la capacità di produrre ricerca e per gestire tale attività come funzione istituzionale, l'Azienda si avvale di alcune strutture/organismi diversi:

1. l'Ufficio Ricerca ed Innovazione, parte della struttura "AcQuaRI", in staff alla Direzione Generale;
2. il Board della Ricerca, afferente al Collegio di Direzione;
3. il Comitato Etico Unico Provinciale (comune a Azienda Usl e Università);
4. E' in corso di costituzione una rete di professionisti a supporto metodologico dei Dipartimenti, per le attività di ricerca.

L'Ufficio Ricerca ed Innovazione svolge le seguenti funzioni:

- coordinamento aziendale per le tematiche relative al Comitato Etico, compresa l'attività di segreteria amministrativa ed economica del Comitato Etico;
- gestione di studi clinici, compreso l'iter autorizzativo, la valutazione di impatto economico ed organizzativo, la gestione di contratti e convenzioni connessi, la gestione e controllo dei fondi istituzionali per la ricerca in ambito sanitario, il monitoraggio della ricerca scientifica svolta all'interno dell'azienda, la cura ed aggiornamento dei database e dei flussi informativi relativi alle attività di sperimentazione e ricerca (interni, AIFA, Regione);
- gestione della ricerca istituzionale, che comprende la raccolta dei bandi istituzionali, la trasmissione ai professionisti coinvolti, la ricezione dei progetti inoltrati dai professionisti e l'invio agli Enti istituzionali pertinenti, la raccolta e verifica dei relativi contratti, le attività amministrative di supporto, le relazioni con i servizi coinvolti, la predisposizione dei documenti autorizzativi;
- gestione di progetti europei, tramite l'attività di "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) e tra il responsabile scientifico e l'Ente finanziatore per tutte le comunicazioni inerenti il progetto approvato e finanziato.

Le attività sono gestite in base ad una "procedura aziendale di gestione degli studi clinici e dei progetti di ricerca istituzionale", relativa al percorso processuale delle sperimentazioni, condivisa con tutti gli attori coinvolti che a qualsiasi titolo entrano nel processo. Questo ha prodotto una maggior integrazione tra gli operatori dell'Ufficio e con le interfacce interne ed esterne all'azienda, ma anche con i "clienti interni", nonché una maggiore chiarezza sulle competenze e responsabilità. Infatti, l'implementazione della procedura aziendale ha permesso il coinvolgimento dei settori, con i quali l'ufficio collabora maggiormente, quali la Farmacia (per la parte che gli compete di accoglimento, distribuzione, preparazione e restituzione dei farmaci), la Farmacologia Clinica (per il monitoraggio clinico interno degli studi), la Direzione Risorse Economico Finanziarie e Contabilità (predisposizione delle procedure condivise di fatturazione, invio dei dati fiscali ed anagrafici, rendicontazioni, ecc.), la Direzione Approvvigionamento Beni e Servizi e Attività Economiche ed infine con l'Ufficio Legale e la Direzione Amministrativa di Presidio (per i percorsi inerenti le assicurazioni e la predisposizione dei contratti conseguenti all'attivazione di studi clinici). Il percorso sopra descritto è certificato ai sensi della norma ISO 9001-2008.

I compiti e i criteri per la composizione del board aziendale sono stati definiti dal Collegio di Direzione:

- valutare ed approvare gli studi spontanei per un eventuale contributo dal Fondo per la Ricerca Spontanea (di prossima istituzione);
- valutazione dei progetti Programma Regione Università, da trasmettere alla Regione;
- individuazione e promozione di progetti della Comunità Europea per sviluppare aree di eccellenza;
- indirizzi per la formazione alla ricerca;
- linee guida per il supporto alla ricerca spontanea.

Il Comitato Etico e la costituenda rete di supporto verranno trattati negli specifici paragrafi.

## 6.2 Capacità di attrazione di risorse finanziarie

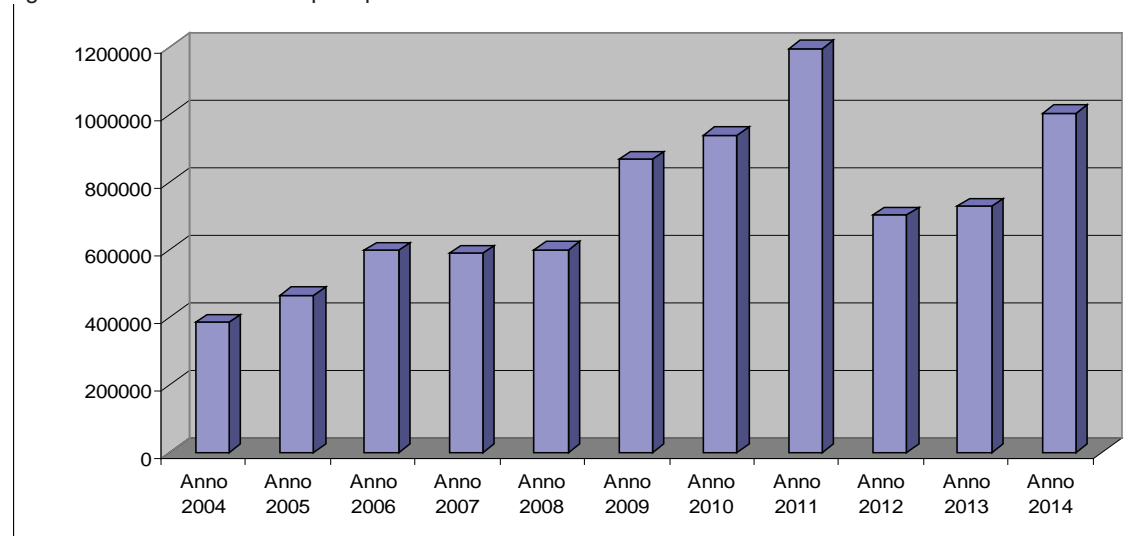
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata catalizzatore di alcuni progetti di ricerca relativi al bando regionale "Giovani Ricercatori Alessandro Liberati" che nell'anno di pertinenza hanno ricevuto un finanziamento complessivo pari a € 589.000, e di un progetto clinico relativo alle patologie oncologiche finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per un importo di € 458.000.

L'Azienda ha partecipato al bando per la ricerca finalizzata ex art. 12 D.Lgs. 502/92 con molteplici progetti, fra i quali sono stati finanziati 4 progetti di ricerca finalizzata per un importo complessivo pari a € 1.391.306.08.

Complessivamente, nel solo anno 2014 i progetti afferenti ai bandi regionali Programma Regione Università hanno prodotto un finanziamento complessivo pari a € 3.096.187, superando ogni altra fonte di finanziamento per la ricerca di questa azienda.

Per quanto concerne lo specifico campo delle sperimentazioni sponsorizzate da privati, emerge dal sistema informativo aziendale che i fondi incassati per sperimentazioni sono pari a € 1.004.044.

Figura 6.1 – I fondi incassati per sperimentazioni



Fonte aziendale

Per quanto concerne l'utilizzo di fondi comunitari, l'Azienda sta partecipando ad un progetto interregionale ed ha posto le basi per una partecipazione meno sporadica ai numerosi bandi che usciranno nei prossimi mesi.

Nel corso dell'anno 2014, anche grazie all'apporto consulenziale di una ditta esterna, si è proceduto all'attività di "matching" fra i bandi europei in fase di pubblicazione e le idee progettuali aziendali.

Si è proseguito con il supporto alla gestione complessiva dei progetti europei in essere. Sono stati realizzati incontri formativi/informativi inerenti a specifici programmi di particolare interesse per l'Azienda. E' stato fornito supporto alla creazione di partnerati internazionali, requisito fondamentale per poter partecipare ai bandi UE.

L'Ufficio Ricerca, al di là della progettazione europea, ha fornito anche supporto amministrativo in merito a proposte progettuali riferite a bandi sostenuti da fondazioni internazionali.

Nell'anno 2014 era attivo il Progetto europeo di ricerca "Sign" Network Genetico transfrontaliero (progetto transfrontaliero Italia-Slovenia). Nei mesi Gennaio-Marzo sono stati definiti gli aspetti certificativi relativi al rimborso delle risorse rendicontate nel corso dell'anno 2013. La convalida della V° relazione del beneficiario da parte del Controllo di 1° livello è pervenuta il 9.05.2014. La VI° e la VII° relazione del beneficiario su costi sostenuti fino a

conclusione del progetto avvenuta il 30.10.2014 sono avvenute ad inizio 2015.

Nel 2014 è proseguita l'attività 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 Gennaio 2014 e Marzo 2014 sono state realizzate le seguenti attività:

- Diffusione dei bandi UE (call) associati ai punti di forza aziendali analizzati nell'anno 2013: diffusione tramite il portale della ricerca OSPFE-ditta consulente dei bandi europei pubblicati a partire dal 13.12.2013;
- Incontri fra l'Ufficio Ricerca, la ditta consulente ed i ricercatori interessati per l'analisi della fattibilità delle idee progettuali emerse nel corso degli incontri esplorativi dell'anno 2013;
- Supporto e assistenza tecnica alle proposte progettuali emerse: incontri fra Ufficio Ricerca, ditta esterna e un ricercatore per la presentazione di progetto europeo avente l'Azienda come capofila (progetto inviato il 14.10.2014).

Nel corso dell'anno 2014 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".

### **6.3 Politiche per la ricerca e l'innovazione**

A dicembre 2014 si è concluso il Master Universitario di II livello della durata biennale, partito a Febbraio 2013, "Scuola di Ricerca ed Epidemiologica" dello IUSS dei professionisti individuati dall'Ufficio Ricerca Innovazione. Nel corso dell'anno 2014 è proseguito il coinvolgimento dei professionisti che hanno partecipato al Master nell'attività di coordinamento del corso per "referenti della ricerca" partito nel dicembre del 2013 (la cui conclusione è prevista nel 2015) al quale prendono parte anche due professionisti per DAI, indicati da ciascun Dipartimento ad Attività Integrata.

Nell'anno 2014 è iniziata la progettazione del corso interno aziendale di "Formazione teorica e pratica di figure professionali che svolgeranno il ruolo di Clinical Research Monitor internamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara", che vedrà come docente una figura qualificata di CliREst srl. Nel corso si prevedono 2 giornate teoriche rispettivamente una all'inizio del corso e una alla fine e 8 giornate pratiche di visite di monitoraggio attive a studi spontanei monocentrici che verranno selezionati dal Comitato Etico.

Alla conclusione del corso i discenti, sei professionisti interni dell'AOU individuati dal responsabile dell'Ufficio Ricerca e Innovazione, acquisiranno le competenze necessarie per eseguire in modo autonomo e in aderenza alle GCP (Good Clinical Practice) e alla normativa vigente, il monitoraggio di studi svolti all'interno dell'Azienda.

### **6.4 Incentivazione dello sviluppo di collaborazioni con altre istituzioni**

Nell'anno 2014 è proseguita l'attività di ricerca del Programma Ricerca Regione Università avviato nel 2008.

Nel 2014 erano in corso 7 Progetti approvati dalla Regione che vedevano la nostra azienda come capofila, e in altri 11 era centro collaboratore. Entrambe le tipologie vedono la collaborazione attiva di altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna e di Dipartimenti dell'Università di Ferrara (convenzionati o meno con l'Azienda), favorendo così l'integrazione della componente aziendale con la componente universitaria in materia di ricerca. L'Azienda ha siglato con le altre aziende sanitarie coinvolte nel Programma di ricerca, dei Protocolli d'Intesa per regolamentare i rapporti con le stesse e stabilire le quote di finanziamento da erogare o da introdurre.

L'Ufficio Ricerca ed innovazione ha svolto un ruolo fondamentale per la gestione amministrativo-contabile dei progetti e relativi finanziamenti. Ha intrattenuto costanti e regolari rapporti con tutte le aziende e dipartimenti coinvolti nei predetti progetti di ricerca. In particolare ha svolto un ruolo di intermediazione fra le unità partecipanti ai progetti e le Direzioni Aziendali preposte all'attivazione di figure professionali coinvolte nei progetti (borse di studio, assegni di ricerca ecc.), o preposte alle acquisizioni di materiali, attrezzature e quant'altro necessario alla riuscita dell'attività di ricerca. Ha provveduto a trasmettere alla Segreteria Scientifico-Organizzativa del Programma di Ricerca Regione Università, istituita presso l'Agenzia Sanitaria, le relazioni scientifiche, stilate dai Responsabili Scientifici dei progetti e le relative relazioni economiche, stilate dall'Ufficio Ricerca stesso.

### **6.5 Il Comitato Etico**

Visto il decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n.

189, recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”, il Ministero della Salute ha emanato il decreto 8 febbraio 2013 dal titolo: “Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici”.

Fino al 31 dicembre 2013 gli enti AUSL Bologna, AUSL Imola, AUSL Ferrara, AOU Ferrara, Università di Ferrara, IRCCS Scienze Neurologiche di Bologna avevano costituito un Comitato Etico Interaziendale di Area Vasta Bologna-Imola-Ferrara (CE-BIF). Il primo Gennaio 2014 gli enti suddetti hanno deciso di sciogliere il CE-BIF; successivamente, in data 3 Marzo 2014, l’AUSL Ferrara, l’AOU Ferrara e l’Università degli Studi di Ferrara hanno istituito il Comitato Etico Unico della Provincia di Ferrara attraverso la formalizzazione del regolamento.

Il Comitato Etico ha continuato la propria attività di valutazione dei protocolli scientifici presentati dai Professionisti e nel corso dell’anno è stato diverse volte coinvolto da varie Unità Operative aziendali, in merito al rilascio di pareri in relazione a procedure cliniche, all’uso compassionevole dei farmaci ed anche i merito a pareri medico legali su particolari esecuzioni di prestazioni cliniche.

Il Personale dell’Ufficio Ricerca e Innovazione riveste il ruolo di Segreteria Amministrativa del Comitato Etico svolgendo le mansioni tipiche dedicate, quali:

1. Fase informazione, accoglienza e istruttoria pre Comitato Etico;
2. Fase post Comitato Etico (gestione verbale, ecc.)
3. Aspetti assicurativi
4. Monitoraggio Database AIFA
5. Predisposizione report periodici per monitoraggio attività e riesame gestione studi clinici
6. Archiviazione della documentazione relativa agli studi clinici

L’attività di Segreteria Amministrativa a supporto del Comitato Etico ha comportato l’organizzazione e partecipazione a 10 sedute del C.E. , la redazione e la trasmissione dei relativi verbali, la predisposizione del Bilancio “Gestione proventi” e la liquidazione compensi dei componenti.

L’attività del 2014 ha visto la valutazione di 155 studi presentati così distinti:

Totale studi valutati	155
Approvati	137
In sospenso	6
Respinti	11
Sospesi e approvati al secondo esame	28
Studi commerciali sponsorizzati	39
Studi no profit	
(ISS-AIFA-Ministero-Regione)	15
Studi no profit promossi da altri enti	43
Studi spontanei	58
Pareri unici rilasciati	9
Emendamenti sostanziali valutati	124
Contratti per studi clinici stipulati (*)	42
Autorizzazioni rilasciate dalla Direzione (*)	63
Totale studi autorizzati	105

(\*) Dati relativi al 2014, anche in riferimento a studi approvati dal CE in anni precedenti.

Nel corso dell’anno 2014 è proseguito il monitoraggio della Farmacologia Clinica con il supporto dell’Ufficio Ricerca Innovazione degli studi approvati dal Comitato Etico ed autorizzati dalla Direzione Aziendale. L’U.O. di Farmacologia Clinica si occupa della valutazione, in particolare degli eventi avversi verificatisi nel corso della sperimentazione, accertandone la tempestiva segnalazione alla Segreteria Tecnico-Scientifica per gli adempimenti di competenza. In data 16 Aprile 2014 l’Unione Europea ha approvato una direttiva di recepimento del Regolamento n. 536/2014 avente ad oggetto “Sperimentazioni cliniche di medicinali per uso umano che abroga la direttiva 2001/20/CE”.

## 6.6 Attività universitarie in rapporto all'Azienda

L'impronta Universitaria nell'attività assistenziale trova una sua primaria espressione nello sviluppo delle attività HUB e di eccellenza, come già descritto nei capitoli precedenti. In particolare le attività Universitarie che definiscono questi livelli di prestazioni riguardano la Genetica, e le Neuroscienze,

La componente universitaria si esprime in tutti i settori assistenziali erogati dall'Azienda. I processi di integrazione sono stati concretizzati attraverso l'istituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata, avvenuta diversi anni fa, regolati nel principale documento di intesa tra l'Università e il Servizio Sanitario Nazionale: l'Accordo Attuativo Locale. La crescita dell'attività di ricerca e didattica oltre che di quella assistenziale rappresenta la componente fondamentale in cui si articola il rapporto con l'Azienda.

### 6.6.1 Ricerca

Nel corso del 2013 hanno operato in azienda in totale 111 Assegnisti di ricerca, 78 con docente di riferimento convenzionato dei quali 26 svolgono anche attività assistenziale presso l'azienda e 33 Assegnisti con docente di riferimento non convenzionato.

L'attività di ricerca si è svolta anche attraverso l'istituzione dei Dottorati, elencati nella tabella seguente.

Tabella 6.1 - Dottorati di Ricerca della Macroarea Medico-Biologica nell'anno 2014

Denominazione Dottorato	Coordinatore	Iscritti I anno	Iscritti II anno	Iscritti III anno
BIOCHIMICA, BIOLOGIA MOLECOLARE E BIOTECNOLOGIE	Prof. Francesco Bernardi	0	13	9
BIOLOGIA EVOLUZIONISTICA E AMBIENTALE	Prof. Guido Barbujani	0	7	3
FARMACOLOGIA E ONCOLOGIA MOLECOLARE	Prof. Antonio Cuneo	0	15	16
SCIENZE BIOMEDICHE	Prof. Silvano Capitani	0	7	10
BIOLOGIA EVOLUZIONISTICA ED ECOLOGIA (D.M. 45/2013)	Prof. Guido Barbujani	9		
SCIENZE BIOMEDICHE E BIOTECNOLOGICHE (D.M. 45/2013)	Prof. Francesco Bernardi	18		
MEDICINA MOLECOLARE E FARMACOLOGIA (D.M. 45/2013)	Prof. Antonio Cuneo	10		

Fonte: Università degli studi di Ferrara

### Finanziamenti

Lo sviluppo dell'attività di ricerca, condotto a livelli di eccellenza, necessita di finanziamenti o fondi che, attraverso specifiche modalità, possono essere erogati da enti pubblici e privati. Gli enti pubblici, possono essere di livello nazionale o internazionale, gli enti privati possono distinguersi in "profit" o "non profit" Le tavole seguenti evidenziano i finanziamenti e fondi classificati per tipologia e allocazione

Tabella 6.2 - Finanziamenti e fondi in riferimento all'attività di ricerca

Finanziatori	Importo
Enti pubblici nazionali	€ 1.122.659,39
Enti pubblici internazionali	€ 725.932,75
Privati non profit (es. fondazioni, associazioni)	€ 483.620,00
Privati profit (aziende farmaceutiche e biomedicali)	€ 860.752,24

Fonte: Università degli studi di Ferrara

La tabella mostra le risorse finanziarie ottenute per attività di ricerca dai dipartimenti universitari medici: di Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale, Scienze biomediche e chirurgico specialistiche, Scienze mediche. Non è stato possibile determinare i progetti riferibili a ciascun docente in convenzione. Il dato si riferisce quindi agli importi complessivi (dato di cassa) ricevuti dai dipartimenti di afferenza dei docenti nel corso dell'anno 2014.

Le tavole successive mostrano i dati relativi al Fondo Ateneo per la Ricerca locale negli anni 2014 e 2013

Tabella 6.3 - Fondo di Ateneo per la Ricerca Locale (FAR) - Anno 2014

<b>Area statutaria</b>	<b>Subarea</b>	<b>Comm.scientif.</b>	<b>Dipartim. (dal 1/10/2012)</b>	<b>FAR 2014</b>
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 1.481
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 1.439
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 1.518
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 2.617
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 6.730
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 1.224
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 4.166
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 2.292
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 8.272
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 5.740
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 8.329
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 3.749
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 9.567
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 9.598
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 16.172
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 2.539
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 10.147
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 4.055
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 5.402



Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim. (dal 1/10/2012)	FAR 2014
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 8.704
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 4.855
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 8.252
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 5.105
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 9.287
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 5.989
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 2.312
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 4.011
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 4.429
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 4.765
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 7.927
			<b>TOTALE</b>	<b>€ 170.673</b>

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.4 - Fondo di Ateneo per la Ricerca Locale (FAR) - Anno 2013

Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim. (dal 1/10/2012)	FAR 2013
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 1.715
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 6.822
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 1.760
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 2.196
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 5.808
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 5.579
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 1.309
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 0
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 5.496

Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim. (dal 1/10/2012)	FAR 2013
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 8.870
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 1.586
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 6.660
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€13.137
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 1.919
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 2.335
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 12.146
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 4.626
Area 3	Scienze biomediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 3.278
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 7.600
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 2.853
Area 3	Scienze biomediche	05/07 scienze biologiche e scienze agrarie	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 13.276
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale	€ 0
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 7.595
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 5.629
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 15.085
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 2.004
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e chirurgico specialistiche	€ 8.062
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 3.983
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 4.773
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze mediche	€ 6.564
			<b>TOTALE</b>	<b>€ 162.666</b>

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione

Tabella 6.5 - Progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione con azienda ospedaliera universitaria Anno 2014

TITOLO DEL PROGETTO	AREA DISCIPLINARE	INIZIO	SCADENZA	PROGR. UE	U.O. AZIENDA COINVOLTE	NUMERO PARTECIPANTI ALLA RICERCA		
						UNIVERSITARI CONVENZIONATI	UNIVERSITARI NON CONVENZIONATI	DEL SSR
AirPROM - Airway Disease Predicting Outcomes through Patient Specific Computational Modelling	Medicina Clinica e Sperimentale	01/03/2011	28/02/2016	7° PQ - ICT	dato non disponibile	1 (docente)	0	dato non disponibile
NEUROMICS - Integrated European -omics research project for diagnosis and therapy in rare neuromuscular and neurodegenerative diseases	Scienze Mediche	01/10/2012	30/09/2017	7° PQ - HEALTH	dato non disponibile	2 (docente e ricercatore)	5 (4 assegnisti, 1 dottorando 2° anno)	dato non disponibile
EPIXCHANGE - Innovative gene therapies for epilepsy treatment	Scienze Mediche	01/12/2011	30/11/2015	7° PQ - People IAPP	dato non disponibile	1 (docente)	0	dato non disponibile
EPITARGET - Targets and biomarkers for antiepileptogenesis	Scienze Mediche	01/11/2013	31/10/2018	7° PQ - HEALTH	dato non disponibile	1 (docente)	3 (1 ricercatore, 2 assegnisti)	dato non disponibile
PANGeA - Telesna aktivnost in prehrana za kakovostno staranje / Attività fisica e nutrizione per un invecchiamento di qualità	Medicina Clinica e Sperimentale	01/10/2011	30/09/2014	Interreg Italia-Slovenia	dato non disponibile	1 (ricercatrice)	1 (tecnico)	dato non disponibile
TRANS-2-CARE	Medicina Clinica e Sperimentale	01/04/2011	30/09/2014	Interreg Italia-Slovenia	dato non disponibile	1 (docente)	2 (1 amministrativo, 1 co.co.co)	dato non disponibile

Fonte: Università degli studi di Ferrara

NR. PROGETTI	6
NR. PROGETTI NEI QUALI UN DIPENDENTE DELL'AZIENDA E' CAPOFILO O RESPONSABILE SCIENTIFICO	1
NR. COORDINATORI/RESPONSABILI DI PROGETTO:	
- UNIVERSITARI	5
- DEL SSR	0

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Su 6 progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione, tutti hanno Coordinatori o Responsabili universitari.

### *Pubblicazioni*

Nel corso del 2014 sono state prodotte le pubblicazioni di cui alla tabella seguente, classificabili per tipologia e quantità. Va tenuto presente che i dati di seguito riportati sono il totale dei tre Dipartimenti Universitari Medici (Dipartimento di Scienze biomediche e chirurgico specialistiche, Dipartimento di Morfologia, chirurgia e medicina sperimentale, Dipartimento di Scienze mediche), individuati in base al criterio di afferenza di personale medico strutturato e non, docente/ricercatore e non.

Tabella 6.6 - Cataloghi Ateneo prodotti dai tre Dipartimenti Medici

<b>Tipologia Catalogo Ateneo</b>	<b>Totale</b>	<b>Percentuale considerati</b>
Monografia o Trattato Scientifico	4	0,75%
Contributo in volume (Capitolo, articolo)	15	2,82%
Prefazione/Postfazione	1	0,19%
Articolo su rivista	429	80,64%
Recensione	2	0,38%
Abstract su rivista	6	1,13%
Contributi in atti di convegno (in Rivista)	24	4,51%
Contributi in atti di convegno (in Volume)	4	0,75%
Abstract (Riassunto) in convegno in Rivista/Volume	31	5,83%
Poster	8	1,5%
Altro	1	0,19%
Coordinamento Prog.Ricerca Naz. ed Internaz.	2	0,38%
Cura di Atti, Volumi, Cataloghi e numeri speciali di riviste	1	0,19%
Direzione o Responsabilità Riviste	1	0,19%
Ideazione, Progettaz, Ordinamento Manifestazioni (ad esaurimento)	3	0,56%
<b>TOTALE</b>	<b>532</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Ufficio Ricerca Nazionale, Università degli studi di Ferrara

Dati aggiornati al 31/12/2014, estratti dal Repository IRIS, archivio dei prodotti della Ricerca di UNIFE

## Impact Factor

L'impact factor (IF), è un indicatore che viene largamente utilizzato nel mondo scientifico per valutare in modo oggettivo il valore delle pubblicazioni, delle istituzioni di ricerca e degli stessi ricercatori.

La base su cui è calcolato l'Impact Factor è costituita dalle pubblicazioni scientifiche.

Queste hanno un grande valore non solo per il loro intrinseco contenuto informativo ma anche perchè costituiscono un elemento di valutazione che, attraverso le citazioni viene utilizzato in vari campi:

- Risultati della ricerca (valutazione degli obiettivi raggiunti);
- Personale (valutazione dell'importanza dell'autore);
- Istituzionale (valutazione dell'importanza dell'Ente di ricerca);
- Bibliografico/Editoriale (valutazione dell'importanza della rivista).

L'entità dell'indicatore è direttamente proporzionale al valore attribuito alla pubblicazione. Occorre comunque considerare che l'impact factor può presentare valori sensibilmente diversi in relazione alla tipologia o categoria della rivista.

La tavola successiva mostra quali sono le fasce di impact factor delle pubblicazioni indicizzate sulla Banca Dati Pub Med, nelle quali tra gli autori vi sia personale ospedaliero e/o universitario convenzionato.

Tabella 6.7 - Fasce di Impact factor. Anni 2012-2014

Intervallo valori di Impact factor	% di pubblicazioni		
	2012	2013	2014
Impact factor da 0 a 1	4,90%	4,90%	4,46%
Impact factor da 1,01 a 5	79,72%	81,12%	75,74%
Impact factor da 5,01 a 10	9,79%	9,09%	14,36%
Impact factor da 10,01 a 15	4,20%	2,80%	1,98%
Impact factor superiore a 15,01	1,40%	2,10%	3,47%

Stringa di ricerca internet (Pub Med): [pdac]AND ferrara[ad]

## La valutazione della Qualità della Ricerca

Con il Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) n. 17 del 15 luglio 2011 ha preso avvio la Valutazione della Qualità della Ricerca 2004-2010 (VQR 2004-2010). Tale decreto ha disciplinato i criteri e le modalità per la realizzazione del processo di valutazione dei risultati della ricerca nel periodo 2004-2010 da parte dell'Agenzia di Valutazione del Sistema Universitario e della Ricerca (ANVUR). Tali dati sono i più recenti resi disponibili dall'ANVUR.

Per la valutazione relativa all'Area 06 delle Scienze Mediche è stata utilizzata la metodologia dell'informed peer review, ovvero un mix di criteri bibliometrici e di revisione peer. L'Università di Ferrara, sulla base di una graduatoria di prodotti "attesi" si trova nel gruppo degli Atenei medi. In totale le strutture valutate nell'Area 06 sono: 63 Università, 3 enti di ricerca e 7 consorzi.

In sintesi:

- la Facoltà medica di Ferrara è al 9° posto tra gli atenei medi;
- le Scienze cliniche di Ferrara sono al 16° posto a livello nazionale;
- le Scienze chirurgiche di Ferrara sono al 19° posto a livello nazionale;

## 6.6.2 Didattica

Nell'anno 2014 il personale dell'Università di Ferrara che ha svolto attività assistenziale o con ricaduta assistenziale presso l'azienda ospedaliera è composto di 23 professori ordinari, 29 professori associati, 46 ricercatori a tempo indeterminato, 5 ricercatori a tempo determinato e 44 tra Tecnici e Amministrativi.

Nelle tavole seguenti sono evidenziati i master di interesse medico attivi nell'A.A 2013/14 e la situazione dei corsi di laurea attivati per la professione medica e le altre professioni sanitarie.

Tabella 6.9 – Master A.A. 2013/14

Denominazione corso	Tipologia	Iscritti A.A. 2013/14	
		maschi	femmine
SCUOLA DI RICERCA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA: FOCUS SU MONITORAGGIO, QUALITÀ E STATISTICA	Master di Secondo Livello	8	9

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.10 - Iscritti totali (compresi i cessati per rinuncia, decadenza o trasferimento in uscita) ex Facoltà di Medicina e Chirurgia a.a. 2013/14

Corsi di Studio	2013/2014									
	Iscritti IC						Iscritti IC Totale	Iscritti FC Totale	Totale iscritti (IC+FC)	
	1	2	3	4	5	6				
<b>BIOTECNOLOGIE MEDICO-FARMACEUTICHE</b>										
Corso di Laurea specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
<b>DIETISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI DIETISTA)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	11	10	8	-	-	-	29	0	29	
<b>EDUCAZIONE PROFESSIONALE (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI EDUCATORE PROFESSIONALE)</b>										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	30	27	25	-	-	-	82	6	88	
<b>FISIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	34	29	31	-	-	-	94	1	95	
<b>FISIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA) - SEDE DI BOLZANO</b>										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	21	18	19	-	-	-	58	0	58	
<b>IGIENE DENTALE (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI IGIENISTA DENTALE)</b>										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	12	8	8	-	-	-	28	0	28	
<b>INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	32	32	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	148	132	126	-	-	-	406	47	453	
<b>INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE) - SEDE DI CODIGORO</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	6	6	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	35	22	25	-	-	-	82	28	110	
<b>INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE) (PIEVE DI CENTO)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	8	8	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	66	55	49	-	-	-	170	21	191	
<b>LOGOPEDIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI LOGOPEDISTA)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	16	12	10	-	-	-	38	1	39	
<b>MEDICINA E CHIRURGIA</b>										

Corsi di Studio	2013/2014									
	Iscritti IC						Iscritti IC	Iscritti FC	Totale iscritti (IC+FC)	
	1	2	3	4	5	6	Totale	Totale		
Corso di Laurea a Ciclo Unico 6 anni (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	145	145	271	416	
Corso di Laurea Magistrale Ciclo Unico 6 anni (DM 270/2004)	254	219	215	175	147	-	1010	1	1011	
<b>MEDICINA E CHIRURGIA (Nuovissimo Ordinamento)</b>										
Corso di Laurea (Ante riforma)	-	-	-	-	-	-	-	56	56	
<b>MEDICINA E CHIRURGIA (Nuovo Ordinamento)</b>										
Corso di Laurea (Ante riforma)	-	-	-	-	-	-	-	17	17	
<b>MEDICINA E CHIRURGIA (Vecchio Ordinamento)</b>										
Corso di Laurea (Ante riforma)	-	-	-	-	-	-	-	8	8	
<b>ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA</b>										
Corso di Laurea a Ciclo Unico 5 anni (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	6	6	
Corso di Laurea Magistrale Ciclo Unico 6 anni (DM 270/2004)	25	14	11	11	15	-	76	0	76	
<b>ORTOTTICA ED ASSISTENZA OFTALMOLOGICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI ORTOTTISTA ED ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA )</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	17	9	9	-	-	-	35	0	35	
<b>OSTETRICIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI OSTETRICA/O)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	6	6	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	23	19	14	-	-	-	56	4	60	
<b>SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE</b>										
Corso di Laurea Specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	3	3	
<b>SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE</b>										
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	25	25	-	-	-	-	50	2	52	
<b>SCIENZE E TECNICHE DELL'ATTIVITA' MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA</b>										
Corso di Laurea Specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	3	3	
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	43	31	-	-	-	-	74	7	81	
<b>SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE</b>										
Corso di Laurea Specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	7	7	
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	30	28	-	-	-	-	58	2	60	
<b>SCIENZE MOTORIE</b>										
Corso di Laurea (Ante Riforma)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
Corso di Laurea (DM 599/1999)	-	-	-	-	-	-	-	41	41	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	129	112	105	-	-	-	346	63	409	
<b>SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE</b>										
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	25	22	-	-	-	-	47	0	47	
<b>TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA)</b>										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	11	8	9	-	-	-	28	0	28	
<b>TECNICHE AUDIOPROTESICHE (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI AUDIOPROTESISTA)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	7	7	
<b>TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO)</b>										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	16	11	14	-	-	-	41	5	46	
<b>TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA)</b>										
Corso di Laurea (DM 509)	-	-	-	-	-	-	-	7	7	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	31	32	33	-	-	-	96	8	104	
<b>TOTALE</b>	<b>1002</b>	<b>843</b>	<b>711</b>	<b>186</b>	<b>162</b>	<b>145</b>	<b>3049</b>	<b>684</b>	<b>3733</b>	

Fonte: Università degli studi di Ferrara

### Scuole di Specializzazione

Le tavole successive descrivono il quadro per Scuole di Specializzazione, le tipologie, gli iscritti negli anni di corso previsti.

Per quanto riguarda la formazione medico-specialistica, il numero di scuole con struttura di sede nell'azienda sono 32 e vedono 535 medici iscritti; di questi nell'anno Accademico 2013-2014 se ne sono diplomati 55.

A seguito della contrattualizzazione dei medici in formazione specialistica a partire dal 2006/07, l'anno accademico viene a coincidere con l'anno di contratto con conseguente ricaduta in termini di scadenza per la conclusione del percorso formativo.

Tabella 6.11 - Elenco delle Scuole di Specializzazione con struttura di sede nell'azienda (aggiornato al 2014)

<b>N.</b>	<b>DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA</b>
1	ANATOMIA PATOLOGICA
2	ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
3	AUDIOLOGIA E FONIATRIA
4	MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE
5	CHIRURGIA GENERALE
6	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
7	CHIRURGIA PEDIATRICA
8	CHIRURGIA TORACICA
9	CHIRURGIA VASCOLARE
10	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
11	EMATOLOGIA
12	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO
13	GASTROENTEROLOGIA
14	GENETICA MEDICA
15	GINECOLOGIA ED OSTETRICA
16	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
17	MALATTIE INFETTIVE
18	MEDICINA DEL LAVORO
19	MEDICINA INTERNA
20	MEDICINA LEGALE
21	MEDICINA NUCLEARE
22	NEUROCHIRURGIA
23	NEUROLOGIA
24	OFTALMOLOGIA
25	ONCOLOGIA
26	ORTOGNATODONZIA
27	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
28	OTORINOLARINGOIATRIA
29	PATOLOGIA CLINICA
30	PEDIATRIA
31	RADIODIAGNOSTICA
32	REUMATOLOGIA

Fonte: Università degli studi di Ferrara



Le tabelle seguenti mostrano gli iscritti alle Scuole di Specializzazione. Si precisa che i dati sono comprensivi di 55 medici in formazione contrattualizzati che hanno conseguito il titolo nel 2014.

Tabella 6.12 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A. 2013/2014 Nuovo ordinamento

Scuola di Specializzazione	Medici in Formazione												
	Iscritti I anno		Iscritti II anno		Iscritti III anno		Iscritti IV anno		Iscritti V anno		Iscritti VI anno		Totale frequentanti
	dal 10/12/2014		dal 08/08/2014		dal 05/07/2014		dal 30/06/2014		dal 17/05/2014		dal 30/06/2014		
	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	
ANATOMIA PATOLOGICA		1		1		1		1		1		1	
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	12		11		11		10		11				55
AUDIOLOGIA E FONIATRIA			1	1									2
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	7		5		5		6		5				28
CHIRURGIA GENERALE	5		4		5		5		4		5		28
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE		1		1		1		1		1		1	5
CHIRURGIA PEDIATRICA								1				1	1
CHIRURGIA TORACICA								1		1		1	2
CHIRURGIA VASCOLARE		1		1		1		1		1		1	5
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA		2		1		1		1		1		1	6
EMATOLOGIA		1		1		1		1		1		1	5
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	3		3		3		3		2				14
GASTROENTEROLOGIA		1		1		1		2		1		2	6
GENETICA MEDICA		1		1		1		1		1		1	5
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	5		4		4		4		3				20
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	3		3		4		3		1				14
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		2		2		2		2		2		2	10
MALATTIE INFETTIVE		1		1		1		1				1	4
MEDICINA DEL LAVORO						1		1		1		1	3
MEDICINA DELLO SPORT		1		1		1		1		1		1	5
MEDICINA INTERNA	5		5		4		4		2				20
MEDICINA LEGALE	3		4		3		4		6				20
MEDICINA NUCLEARE								1					
NEUROCHIRURGIA										1			1
NEUROLOGIA		2		2		1		2		2		2	9
OFTALMOLOGIA	6		7		8		5		5				31
ONCOLOGIA MEDICA	4		4		4		4		4				20
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6		5		5		3		3				22
OTORINOLARINGOIATRIA	5		7		6		7		7				32
PATOLOGIA CLINICA		1		1		1		1		2		1	6
PEDIATRIA	7		7		7		5		5				31
PSICHIATRIA	3		3		2		3		3				14
RADIODIAGNOSTICA	5		4		5		6		6				26
REUMATOLOGIA		1		1		1		3		1		3	7
<b>TOTALI</b>	<b>79</b>	<b>16</b>	<b>77</b>	<b>16</b>	<b>76</b>	<b>15</b>	<b>72</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>462</b>

Tabella 6.13 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A 2013/2014 Scuole sanitarie

Scuola di Specializzazione	N. Iscritti per anno					Totale Iscritti
	I anno	II anno	III anno	IV anno	V anno	
GENETICA MEDICA IND. TECNICO						
ORTOGNATODONZIA	24	27	22			73
PATOLOGIA CLINICA IND. TECNICO						
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>27</b>	<b>22</b>			<b>73</b>

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.14 - Medici in formazione specialistica che hanno conseguito il titolo nell'anno 2014. Area Medico-Chirurgica

Scuola di Specializzazione	N. specializzati nell'anno 2014
Anatomia Patologica	0
Anestesia e Rianimazione	8
Audiologia e Foniatria	0
Cardiologia	4
Chir. Gen - Ind Chirurgia d'urgenza	3
Chir. Gen - Ind Chirurgia Generale	0
Chirurgia Maxillo-Facciale	1
Chirurgia Pediatrica	0
Chirurgia Toracica	0
Chirurgia Vascolare	0
Dermatologia e Venerologia	0
Ematologia	0
Endocrinologia e Mal. del Ricambio	3
Gastroenterologia	0
Genetica Medica (Ind. Medico)	0
Ginecologia ed Ostetricia	2
Igiene e Medicina Preventiva	1
Malattie dell'Apparato Respiratorio	2
Malattie Infettive	0
Medicina del lavoro	0
Medicina dello Sport	0
Medicina Interna	4
Medicina Legale	3
Medicina Nucleare	0
Nefrologia	0
Neurochirurgia	0
Neurologia	2
Oftalmologia	3
Oncologia	1
Ortopedia e Traumatologia	4
Otorinolaringoiatria	2
Pediatria	5
Psichiatria	1
Radiodiagnostica	6
Reumatologia	0
<b>TOTALE</b>	<b>55</b>

Le Scuole di specializzazione dell'area medico-sanitaria a partire dall'a.a. 2008/09 sono state interessate dal processo di riforma e razionalizzazione previsto ai sensi dei D.M. 1 agosto 2005 e D.M. 29 marzo 2006. Tale processo di razionalizzazione è stato inizialmente avviato dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) attraverso l'istituzione temporanea di federazioni di Scuole della medesima specialità, tra gli Atenei della stessa regione o comunque limitrofi. Nell'anno accademico successivo, si è passati dalle Federazioni al sistema delle aggregazioni di scuole della medesima tipologia con consolidamento nell'anno accademico 2010/11 e mantenimento di tale organizzazione negli anni accademici successivi.

A partire dall'a.a. 2013/14 il MIUR ha modificato l'accesso alle Scuole suddette emanando direttamente il Bando di ammissione e prevedendo un concorso unico nazionale che ha sostituito i concorsi di ammissione che precedentemente venivano gestiti con propri bandi dalle singole Università sulla base di Decreti Ministeriali che assegnavano i contratti e specificavano le Scuole autonome assegnate agli Atenei e e Università capofila di Scuole aggregate della stessa tipologia.

Per l'a.a. 2013/14 l'Università di Ferrara è risultata capofila per le Scuole di Specializzazione in Endocrinologia e malattie del metabolismo (con sede aggregata Bologna), in Medicina Legale (con sede aggregata Parma), in Oftalmologia e in Otorinolaringoiatria (con sedi aggregate Modena e Parma), confermando l'assetto del precedente anno accademico.

L'Università di Ferrara è risultata aggregata per le Scuole di Specializzazione in: Anatomia patologica, Audiologia e foniatría, Chirurgia maxillo-facciale, Chirurgia vascolare, Dermatologia e venereologia, Ematologia, Gastroenterologia, Genetica medica, Malattie dell'apparato respiratorio, Malattie infettive, Medicina del lavoro, Medicina dello sport, Medicina nucleare, Neurologia, Patologia clinica e Reumatologia. Per dette Scuole l'Università di Ferrara non risulta più sede amministrativa.

Le Scuole di Specializzazione di area sanitaria di Genetica medica – indirizzo tecnico e Patologia clinica – indirizzo tecnico, attivate negli anni precedenti al 2008/09, non possono più essere previste nell'offerta formativa dell'Ateneo in quanto seguono le modalità di aggregazione previste per quelle mediche.

### **6.6.3 Processi di integrazione con l'Università**

Nel rispetto della mission aziendale e secondo le linee di principio descritte nell'Accordo Attuativo Locale, l'intesa con l'Università è stata un elemento costitutivo per la prosecuzione di percorsi, dalla pianificazione strategica alla definizione degli obiettivi, alla gestione condivisa delle situazioni di emergenza. Nei paragrafi seguenti vengono riportate, in parte, le evidenze descritte nel Bilancio di Missione del 2013, essendo sostanzialmente a regime nel nuovo ospedale.

#### *Pianificazione e Programmazione*

La pianificazione strategica è stata condivisa con la componente universitaria attraverso la partecipazione continua avvenuta nella sede istituzionale del Collegio di Direzione, in particolare per:

- Attività connesse al completamento del trasloco. L'organizzazione delle fasi e delle Unità Operative coinvolte nel trasloco verso il nuovo ospedale è sempre stata condotta in una logica di condivisione tra la gestione tecnica (a cura della Direzione Medica di presidio, della Direzione delle Professioni e delle Direzioni Tecniche) la visione strategica (a cura della Direzione Strategica) e l'analisi delle problematiche e delle priorità, valutate di concerto nel Collegio di Direzione.
- Definizione degli obiettivi collegati alla retribuzione di risultato. Sono stati condivisi e approvati i macro-ambiti:
  - Miglioramento gestionale e controllo della spesa
  - Ottimizzazione dell'efficienza organizzativa e processi di integrazione (Territorio e Università)
  - Appropriatelyzza (prescrittiva ed organizzativa)
  - Accredimento
  - Applicazione di tutti gli accorgimenti tecnici e adempimenti in materia di Trasparenza e Prevenzione della corruzione.

#### *Ottimizzazione delle risorse umane*

L'applicazione di strategie di ottimizzazione delle risorse umane ha trovato, nel 2014, una evidenza di processo nei seguenti ambiti:

- elaborazione del piano ferie estivo, come per il 2013 rimanendo in linea con le indicazioni regionali sul

risparmio programmato della spesa per il personale, l'intesa operativa tra aree a direzione ospedaliera e aree a direzione universitaria è stata un componente fondamentale per la riuscita del piano. Anche in questa circostanza, il Collegio di Direzione è stato lo strumento di condivisione e formalizzazione dei percorsi.

- ottimizzazione organizzativa e funzionale dell'attività operatoria. Si è sviluppata l'attività di uno specifico Nucleo Aziendale di Valutazione dell'attività di sala operatoria, che analizza i dati ed elabora strategie migliorative sull'efficienza. Tale attività è opportunamente monitorata dall'introduzione di un nuovo sistema informatico aziendale (Ormaweb).

#### *Manovra di risparmio sui beni di consumo*

Le basi delle strategie di razionalizzazione della spesa provenivano dalle linee guida programmatiche regionali e dalle strategie aziendali, sempre condivise in Collegio di Direzione. Anche nel 2014 le strategie hanno enfatizzato la priorità nella preservazione del ruolo e della mission aziendale, in cui la componente universitaria è essenziale:

- sviluppo dell'eccellenza,
- accentramento delle funzioni complesse,
- garanzia di erogazione di prestazioni in urgenza.

#### *Progetti di ricerca*

L'attività di ricerca, in particolare verso i progetti di valenza regionale, ha rappresentato un'area di collaborazione con l'Università, ed è gestita in azienda da un ufficio specifico (Accreditamento-Qualità-Ricerca-Innovazione) che ne costituisce l'interfaccia con la Regione. Le attività svolte in tale ambito sono descritte nel capitolo specificamente dedicato nel Bilancio di Missione.

#### *Tecnologie*

L'integrazione tra assistenza e ricerca ha trovato espressione anche nello sviluppo delle tecnologie diagnostiche. In particolare nell'Azienda sono state implementate le tecnologie laboratoristiche.

#### *Caratteristiche della struttura*

L'organizzazione logistica e funzionale specifica permette lo svolgimento dell'attività didattica e la frequenza degli studenti dei Corsi universitari (compresi quelli relativi alle Professioni sanitarie) e delle Scuole di Specializzazione, negli spazi dedicati dell'Ospedale di Cona.

#### *Didattica*

La didattica e la ricerca costituiscono uno degli ambiti in cui i processi di integrazione possono raggiungere massima enfasi, poiché direttamente ispirati alla mission dell'Ospedale, allo sviluppo dell'eccellenza, al potere di attrazione verso l'utenza extra-provinciale. In particolare è caratterizzato da:

- sviluppo dell'attività didattica per le Professioni Sanitarie;
- svolgimento dell'attività didattica per gli iscritti alle Scuole di Specializzazione;
- attività didattica svolta dai professionisti ospedalieri nell'ambito delle Scuole di Specializzazione, delle Professioni Sanitarie e dei Corsi di Laurea;
- attività di affiancamento, tutoraggio, guida di tirocinio svolta nel nuovo ospedale per le Scuole di Specializzazione, Corsi di Laurea, Laboratorio;
- attività di guida di tirocinio per servizi non solo di tipo sanitario ma anche tecnico-amministrativo (ad esempio le funzioni di staff come la Programmazione e Controllo di Gestione e le funzioni tecnico-amministrative come l'Economato).

#### *Bilancio d'esercizio*

Come espressione documentale, anche il Bilancio Aziendale contiene evidenze di integrazioni con l'Università, in particolare è ben definita l'allocazione delle voci di costo e di ricavo relativamente ai progetti di ricerca Regione Università.

#### 6.6.4 Integrazione tra Assistenza Ricerca e Didattica (Estratto del Report sullo stato di integrazione Ospedale-Università, aggiornato al 31.12.2014, elaborato a cura del comitato di Indirizzo dell'AOU Sant'Anna di Ferrara)

La conoscenza costituisce la risorsa che più di altre determina gli effetti del grado di integrazione nei diversi ambiti di assistenza, ricerca e didattica. I processi di accumulo di conoscenza costituiscono però aspetti di carattere intangibile nel management di una struttura sanitaria, e pertanto, di non facile valutazione. Non solo, questi spesso non sono noti, poiché riconducibili ai singoli professionisti, e risultano difficili da visualizzare, da condividere, da gestire.

Partendo da tali considerazioni è stato sviluppato il Report sullo stato di integrazione Ospedale-Università, nell'intento di contribuire a rappresentare i fattori determinanti i processi di integrazione nel contesto dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Sant'Anna di Ferrara. A tal fine, mutuando dalla letteratura economico-manageriale il framework del Capitale Intellettuale, il report propone di leggere il grado di integrazione tra struttura del SSR e università mediante un'analisi del a) capitale umano, b) del capitale relazionale, c) del capitale interno. Tali sezioni sono però precedute da un'analisi del grado di integrazione istituzionale. L'integrazione istituzionale è il risultato dell'effetto prodotto dal contesto normativo di riferimento che prevede l'interazione tra università e sanità nella definizione della composizione degli organi d'Azienda.

In tal senso, osservando il vertice aziendale, l'interazione tra università e sanità si realizza in particolar modo nel processo di scelta del Direttore Generale, nella composizione del Collegio di Direzione e del Comitato di Indirizzo, nella individuazione dei componenti il Collegio Sindacale e il Comitato Etico. Naturalmente, la considerazione dell'integrazione strategico-istituzionale è rilevante poiché genera riflessi sulla programmazione strategica dell'AOU.

Dopo le premesse relative alle finalità del report, alle caratteristiche dell'AOU nel contesto sanitario provinciale, e all'integrazione istituzionale, il Report si articola in tre sezioni principali:

Il *Capitale Umano* è riferito all'insieme delle risorse a disposizione dell'AOU che esprimono l'entità della conoscenza di cui l'azienda dispone (come riportato nella tabella seguente).

Il capitale umano può essere ricondotto sia alle professionalità che operano in azienda, sia ai percorsi di carriera attraverso cui si esprimono le conoscenze specialistiche ed elevate di cui l'Azienda dispone nell'organizzazione dei processi assistenziali ed amministrativi.

L'integrazione tra sanità e università consente di evidenziare la forte peculiarità dell'AOU in termini di professionalità impegnate nei processi operativi interni. L'università, infatti, partecipa ai processi operativi dell'Azienda sia attraverso accademici in convenzione con il SSR e personale tecnico e amministrativo, sia attraverso medici in formazione specialistica e dottorandi. Professionisti questi ultimi che necessitano della struttura ospedaliera per sviluppare l'attività di ricerca e per dare compimento al proprio percorso di formazione, pertanto hanno un impatto sui processi assistenziali, e nel contempo sono anche il risultato di un processo di formazione che vede impegnate le due componenti: universitaria e ospedaliera.

Tabella 6.15 - Potenzialità professionali interne

Tipologia Professionisti	Numero
Medici Ospedalieri Dipendenti	360
Dirigenti Professioni Sanitarie	3
C.P.S. Esperti Infermieri e Infermieri	1.079
O.S.S., O.T.A.S., O.T.A.S.S., O.T.A.	281
C.P.S. Esperti Tecnici Sanitari e Tecnici Sanitari	231
Dirigenti Non Medici Ruolo Sanitario	40
Dirigenti Amministrativi, Professionali e Tecnici	21
Personale Comparto Amministrativo e Tecnico	292
Universitari Convenzionati	95
Tecnici Universitari	38
Impiegati dell'Università di Ferrara	27
Assegnisti di Ricerca convenzionati	17

Tipologia Professionisti	Numero
Medici in Formazione Specialistica UniFe	309
Medici in Formazione Specialistica Scuole Aggregate/Federate	86
Medici in Formazione Specialistica Sovrannumerari + Militare posto aggiunto	7
Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia°	73
Dottorandi*	42

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

\* Sono indicati i soli dottorandi che svolgono attività di ricerca nelle strutture dell'AOU, come indicato dagli stessi Coordinatori di Dottorato.

° La Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia non è parte dell'Accordo Attuativo Locale, ma è prevista una convenzione con l'Azienda Usl.

Il *capitale relazionale* permette di descrivere ed esplicitare alcuni dei principali fattori che determinano l'entità delle relazioni detenute dall'Azienda Ospedaliero Universitaria, e che permettono di produrre un effetto sui processi decisionali, sui processi operativi assistenziali, tecnici e amministrativi. In particolare, vengono evidenziate le relazioni generate dalla presenza di personale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria in commissioni regionali, nazionali e internazionali, così come in ruoli di alta direzione di associazioni e società scientifiche. Inoltre, la capacità di networking è colta anche attraverso la considerazione degli spin-off, in quanto aziende che mettono in rete università, sanità e altri partner privati. Infine, il riferimento è fatto alle relazioni con l'azienda sanitaria locale, sul piano provinciale, e con il personale accademico dell'università di Ferrara non in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Regionale. A titolo esemplificativo, la tabella seguente riporta le relazioni tra Università e locale azienda sanitaria territoriale.

Tabella 6.16 - Relazioni fra l'Università e l'Azienda Sanitaria Locale al 31/12/2014

Integrazione UniFe – Azienda Usl di Ferrara		
Professori Ordinari		1
Ricercatori		4
Personale Tecnico-Amministrativo non in convenzione	Area Amministrativa	1
Medici in formazione specialistica Unife	Igiene e Medicina Preventiva	13
	Psichiatria	16
	Medicina dello Sport	6
Medici in formazione specialistica Sovrannumerari	Igiene e Medicina Preventiva	1
Dottorandi	Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	3

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

Il *Capitale Interno* evidenzia la misura in cui l'interazione tra componente Ospedaliera ed Universitaria ha contribuito a sviluppare conoscenza che rimane poi quale patrimonio dell'Azienda, e in quanto tale genera rilevanti risultati sul piano della ricerca scientifica, dell'assistenza e della didattica. Sul piano della didattica, seppure in questa sede si riportano solo i dati inerenti la formazione dei medici, odontoiatri e professionisti sanitari, occorre richiamare il rilevante contributo alla formazione di specializzandi e dottorandi, i cui dati sono riportati nella sezione inerente il Capitale Umano.

Tale sezione accoglie la parte più corposa del report, ponendo in evidenza il capitale interno sia nella visione statica (i risultati), sia nella visione dinamica (i processi che conducono ai risultati intangibili). A titolo esemplificativo, come per le precedenti sezioni, si riporta la tabella seguente che pone in evidenza una delle componenti del capitale interno, le pubblicazioni congiunte di ospedalieri e universitari.

Tabella 6.17 - Numero di Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari rispetto numero di Pubblicazioni totali

	2014	2013	2012
Pubblicazioni Totali	737	481	620
Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Convenzionati	148	116	69

	<b>2014</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>
Percentuale Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari sul Totale delle Pubblicazioni	20,01%	24,12%	11,13%
Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Non Convenzionati*	72	57	9

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara; Biblioteca di Scienze della Salute, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

\*L'apporto scientifico degli Universitari Non Convenzionati è talvolta nell'ambito di pubblicazioni che vedono già tra gli autori Ospedalieri ed Universitari Convenzionati e che quindi rientrano in quest'ultima categoria.

Come chiarito, l'obiettivo del Report è consistito nel definire uno strumento finalizzato a visualizzare, sia attraverso indicatori, sia attraverso elementi descrittivi, le variabili suscettibili di conferire valore alla relazione ospedale-università, alla luce della missione di un'azienda ospedaliero-universitaria. In tal senso, il Comitato di Indirizzo insieme alla Direzione generale ha condiviso alcune variabili che reputa rilevante monitorare per il futuro, ponendo le basi per la considerazione di aspetti chiave dal punto di vista della didattica, dell'assistenza, della ricerca scientifica, secondo una visione diversa da quella meramente economico-finanziaria.



Sala per parto in acqua



## 7. Il bilancio di genere

### 7.1 Premessa

Il Bilancio di Genere (o Gender Budgeting) è uno strumento di consuntivazione delle Politiche di genere, un'azione che, l'ente pubblico, sviluppa secondo prospettive di "mainstreaming" e di azioni positive legate fra di loro, per superare diversità e discriminazioni.

Il concetto di "mainstreaming" (entrare o stare nella corrente principale) indica la necessità, in fase di programmazione, di valutare come gli effetti delle politiche si differenziano su uomini e donne; mentre le azioni positive sono quelle in cui, parte delle risorse disponibili sono specificamente destinate al superamento delle disuguaglianze e delle discriminazioni.

Si tratta di uno strumento di verifica, ma anche di supporto che mette in atto una pratica di rendicontazione sociale delle misure usate per trarre elementi utili al miglioramento dei risultati ottenuti integrando la prospettiva di genere nella lettura di documenti di programmazione economica che declinano le politiche del welfare.

Il legislatore, attenendosi all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, ha imposto di indicare, nella relazione sulla performance che deve essere redatta annualmente, insieme ai "risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse", "il bilancio di genere realizzato".

Il Bilancio di genere riporta la diversa composizione di genere dei gruppi che operano all'interno dell'Azienda. In particolare, viene evidenziata la differente percentuale di donne e uomini nei diversi livelli di inquadramento del Personale tecnico-amministrativo e nei diversi stadi di evoluzione della dirigenza sanitaria. La differenza tra donne e uomini, che può essere considerata come una risorsa positiva, presuppone il raggiungimento di condizioni di uguaglianza tra soggetti di pari valori attraverso un percorso che sia in grado di valutarne le diverse caratteristiche, portatrici sia di bisogni ed esigenze cui l'Azienda è chiamata a rispondere, sia di competenze e potenzialità che la stessa Azienda è chiamata a valorizzare.

Viene fornita una descrizione delle carriere dei lavoratori e delle lavoratrici, riportando il differenziale di genere relativo alla richiesta di congedi per motivi familiari, nonché alle richieste di conversione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale. Al fine di evidenziare i differenziali salariali, si è indicato il numero di donne e uomini che hanno percepito indennità di vario tipo rispetto al totale della categoria di appartenenza.

Il Bilancio di genere è uno strumento essenziale che l'Azienda adotta per programmare attività nel rispetto del:

- principio di equità senza differenze (l'Azienda deve occuparsi delle questioni legate al genere e ridurre le disuguaglianze tra uomini e donne);
- principio di efficienza (durata della degenza, razionalizzazione dei percorsi, soddisfazione, umanizzazione);
- principio di trasparenza delle politiche adottate verso i dipendenti e verso gli utenti.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzione alcuna, rispetta quanto sancito dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel 2008 nel suo Rapporto sulla salute mondiale, il "gender challenge", per valutare, con un'analisi di genere della salute, i fattori di rischio e distinguere cause biologiche e cause sociali dei differenziali sanitari fra donne e uomini.

Grazie all'analisi di genere del cliente interno ed esterno, in Azienda è possibile superare gli ambiti di discriminazione, conoscere la relazione fra i bisogni sanitari e l'uso dei servizi sanitari, la situazione socioeconomica e il ruolo delle donne e degli uomini, di qualsiasi etnia, cultura e religione e pianificare le risposte sanitarie, sviluppando le relazioni empatiche, il counselling, il linguaggio della comunicazione scritta e parlata, nel rispetto della dignità della persona, dell'accessibilità, della qualità, della sicurezza e della continuità delle cure.

Il Bilancio di Genere costituisce una delle azioni collocate nelle linee Programmatiche di "S. Anna: Ospedale senza differenze".

Incrocia due filoni:

- l'analisi "macro", relativa alle risorse umane (distribuzione, ruoli, carriere, ...);
- le differenze nella domanda di salute, per genere e per esito delle persone ricoverate.

La popolazione ammessa al S. Anna, è stata prevalentemente di genere femminile. Le donne vivono di più, si ammalano di più e usano farmaci con maggiore frequenza; la tutela della salute femminile dovrebbe essere realizzata con strategie di prevenzione primaria.

Sul tema delle pari opportunità e dell'attenzione alle tematiche di genere nel 2014 l'Azienda Ospedaliero-Uni-

versitaria ha partecipato attivamente a percorsi e progetti provinciali, interaziendali, in collaborazione con l'Università e con la Consigliera di parità provinciale, di Area Vasta, regionali, nazionali, su temi riguardanti il diversity management, la conciliazione tempi di vita-tempi di lavoro, per avviare la promozione di politiche attive nelle relazioni familiari e il Percorso Equità senza differenze.

Percorsi di comunicazione e sensibilizzazione sul tema dell'equità di genere, interistituzionali, sono stati sviluppati al Tavolo Salute donna del Comune di Ferrara, al Tavolo provinciale sul tema delle Pari Opportunità, dei Comitati Unici di garanzia, al Tavolo sulla violenza sulle donne e sui minori provinciali, e i risultati sono stati oggetto di ricerche e di comunicazioni presentate in Convegni regionali e nazionali. Il rispetto della Legge 125/91, della Legge 903/77 e i report nazionali e internazionali in termini di sicurezza sul lavoro sono stati oggetto di azioni di sensibilizzazione del personale sanitario.

Lo sviluppo aziendale, in linea con i programmi di Area Vasta, degli strumenti di equality assessment, di analisi della coerenza e dell'ottimizzazione delle risorse per un equo accesso alle cure, la produzione anagrafica del personale con le specifiche differenze, il monitoraggio di specifici indicatori, la realizzazione e delibera del Board aziendale di Equality assessment, l'Equity e il Diversity management e l'integrazione con i sistemi di qualità, ha permesso lo sviluppo di una nuova cultura fra tutti gli operatori dell'Azienda e nuove forme di formazione (laboratori, residenziali, formazione sul campo, lezioni frontali).

La distribuzione equilibrata tra donne e uomini di diritti, responsabilità, equità nella spesa e nel controllo delle risorse è un processo lento e difficile, necessita comunque di un cambiamento culturale e di sempre nuovi investimenti finanziari. Gestire e valorizzare le differenze individuali delle risorse umane eterogenee è una meta ancora lontana e necessita di un approccio strategico che porti a migliorare il clima aziendale, la motivazione e la produttività, con l'utilizzo di sistemi di flessibilità.

### *3 bollini rosa: il S. Anna a misura di donna*

Anche per il 2014 l'Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Anna di Ferrara, nell'ambito del Programma Bollini Rosa organizzato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (ONDA), ha visto riconfermato il riconoscimento dei tre bollini rosa (il punteggio massimo). Ogni bollino rosa corrisponde ad un livello crescente di attenzione alla salute della donna.

Particolare attenzione è stata riservata alla Sclerosi Multipla, per il costante impegno nel promuovere, all'interno dell'Azienda, un approccio 'di genere' nella definizione e nella programmazione strategica dei servizi socio-sanitari, imprescindibile per poter garantire, secondo i principi fondamentali di parità ed equità delle cure, il diritto alla salute non solo delle donne ma anche degli uomini. Tra i servizi offerti, in occasione della Settimana Nazionale della Sclerosi Multipla promossa da AISM, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, nell'ambito dell'Open Day Sclerosi Multipla, ha organizzato a Maggio 2014 diverse iniziative fra cui "Cona a porte aperte – Il Team dei Professionisti incontra le Donne con Sclerosi Multipla".

## **7.2 Genere e salute, il contesto demografico della provincia: la storia sanitaria dei dimessi nel 2014**

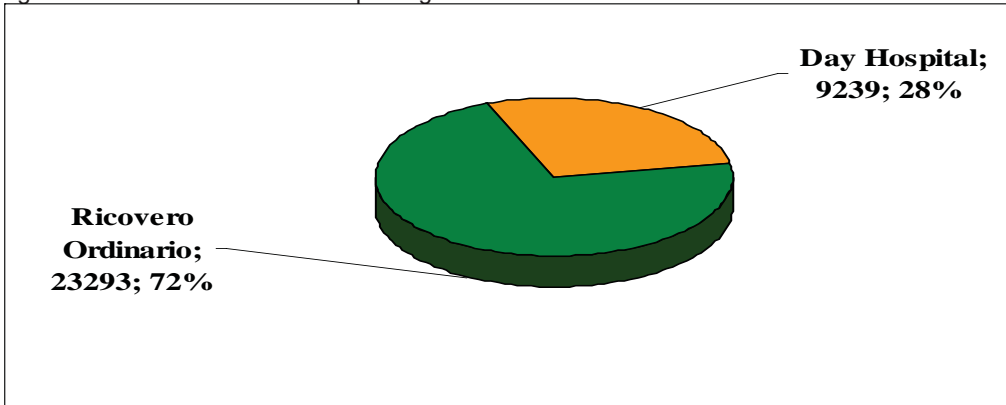
La popolazione residente nel comune di Ferrara al 31 dicembre 2014 risultava essere di 133.682 persone di cui 12.596 stranieri. (9,4%). I residenti della provincia invece risultavano, alla stessa data, essere 355.101 persone di cui 185.514 donne e 169.587 uomini (dati forniti dal sito della Provincia di Ferrara).

La composizione per età della popolazione in base al genere evidenzia un invecchiamento della popolazione, legato all'aumento della longevità e alla bassa natalità con maggiore presenza delle donne nelle classi di età avanzata.

Le persone ricoverate nel 2014 in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sono state 32.532 (esclusi i neonati sani), di cui 23.293 in regime di ricovero ordinario (72%) e 9.239 in regime di ricovero DH (28%). Dei 23.293 pazienti in ricovero ordinario 12.406 erano donne e 10.887 uomini; in Day Hospital dei 9.239 dimessi, 5.061 donne e 4.178 uomini. Le persone ricoverate sono state prevalentemente di genere femminile.

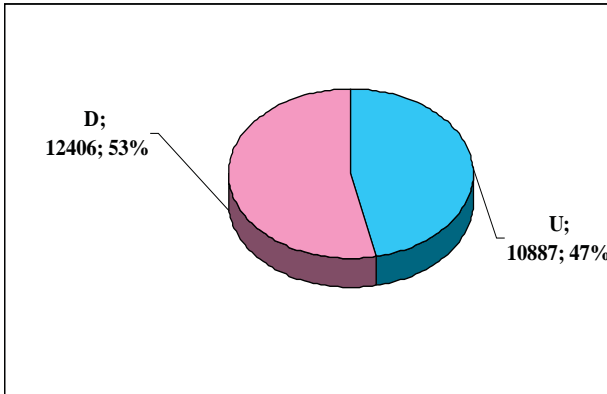
I pazienti deceduti sono stati 1.091, di cui 552 donne e 539 uomini.

Figura 7.1 - Numero di dimissioni per regime di ricovero 2014



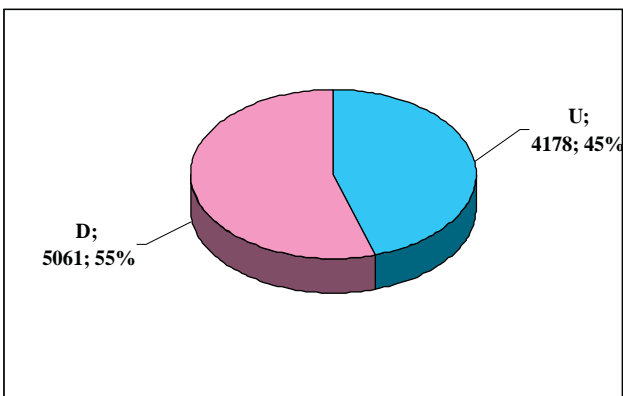
Fonte aziendale

Figura 7.2 - Totale dei dimessi per genere ricovero ordinario



Fonte aziendale

Figura 7.3 - Totale dei dimessi per genere day hospital



Fonte aziendale

Si riporta di seguito la distribuzione dei dimessi e dei deceduti, in ricovero ordinario, per classe di età.

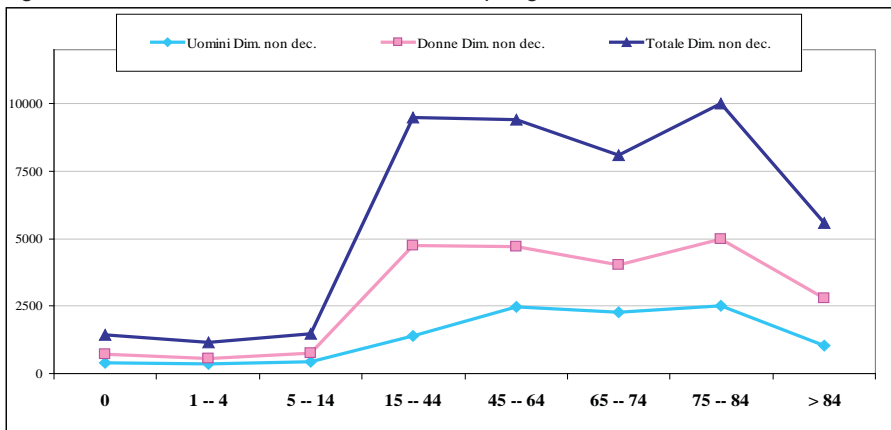
La distribuzione per classi di età dei pazienti dimessi, in regime di ricovero ordinario, mostra una prevalenza di età nella classe superiore ai 74 anni, con una preponderanza delle donne nell'età avanzata. Medesimo scenario per i pazienti deceduti in regime di ricovero ordinario, in cui prevalgono le fasce di età tra i 75-84 anni e superiore agli 84 anni, con prevalenza di uomini nella fascia tra i 75-84 anni e di donne superiore agli 84 anni.

Tabella 7.1 – Totale ricoverati per classe di età, genere ed esito. Ricovero ordinario

ETÀ DEL PAZIENTE	UOMINI			DONNE			TOTALE		
	N. DIMISS.	N. DECED.	% DECED.	N. DIMISS.	N. DECED.	% DECED.	N. DIMISS.	N. DECED.	% DECED.
0	389	2	0,51	320	5	1,56	709	7	0,99
1 -- 4	345	0	0,00	224	0	0,00	569	0	0,00
5 -- 14	447	0	0,00	294	0	0,00	741	0	0,00
15 -- 44	1.395	6	0,43	3.352	4	0,12	4.747	10	0,21
45 -- 64	2.490	66	2,65	2.213	46	2,08	4.703	112	2,38
65 -- 74	2.286	119	5,21	1.754	77	4,39	4.040	196	4,85
75 -- 84	2.493	196	7,86	2.508	181	7,22	5.001	377	7,54
> 84	1.042	150	14,40	1.741	239	13,73	2.783	389	13,98
<b>TOTALE</b>	<b>10.887</b>	<b>539</b>	<b>4,95</b>	<b>12.406</b>	<b>552</b>	<b>4,45</b>	<b>23.293</b>	<b>1091</b>	<b>4,68</b>

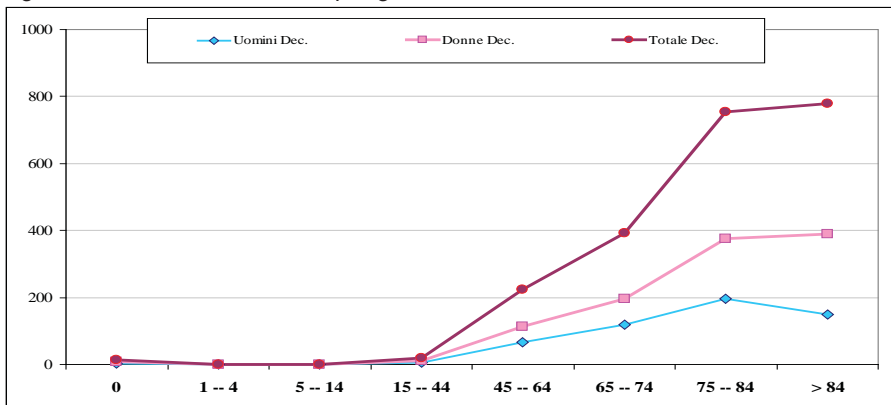
Fonte aziendale

Figura 7.4 - Totale dei dimessi, non deceduti, per genere e classe di età. Ricovero ordinario



Fonte aziendale

Figura 7.5 - Totale dei deceduti per genere e classe di età. Ricovero ordinario



Fonte aziendale

Le persone ricoverate in regime di Day Hospital, nel 2014, peraltro tutte dimesse, sono state 9.239, di cui 5.061 donne e 4.178 uomini.

La distribuzione per classi di età mostra una prevalenza di dimessi nella fascia di età compresa tra i 45 e i 64 anni, soprattutto per il genere femminile (58%).

Tabella 7.2 – Totale ricoverati per classe di età e per genere, Day Hospital

REGIME DI RICOVERO Day Hospital			
	GENERE		TOTALE
	UOMINI	DONNE	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
ETÀ DEL PAZIENTE			
0	11	9	20
1 -- 4	172	63	235
5 -- 14	262	191	453
15 -- 44	930	1.556	2.486
45 -- 64	1.294	1.802	3.096
65 -- 74	871	786	1.657
75 -- 84	519	516	1.035
> 84	119	138	257
<b>TOTALE</b>	<b>4.178</b>	<b>5.061</b>	<b>9.239</b>

Fonte aziendale

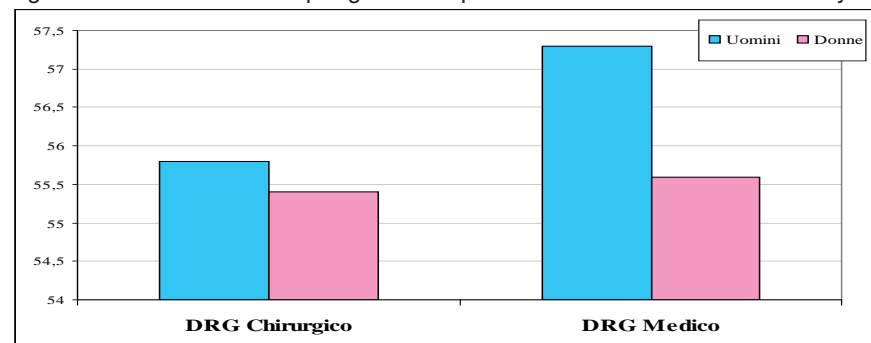
Nell'anno 2014 sono state dimesse più donne, sia con DRG Chirurgico (53%) che DRG Medico (54%;). L'età media dei dimessi sia con DRG Chirurgico che DRG Medico è più alta per gli uomini.

Tabella 7.3 - Totale dimessi suddivisi per classe di DRG

REGIME DI RICOVERO Ordinario + Day Hospital						
	GENERE				TOTALE	
	UOMINI		DONNE		N. DIMISS.	ETA' MEDIA
	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N.DIMISS.	ETA' MEDIA		
<b>DRG CHIRURGICO</b>	6.660	55,8	7.552	55,4	14.212	55,6
<b>DRG MEDICO</b>	8.405	57,3	9.915	55,6	18.320	56,4
<b>TOTALE</b>	<b>15.065</b>	<b>56,6</b>	<b>17.467</b>	<b>55,5</b>	<b>32.532</b>	<b>56</b>

Fonte aziendale

Figura 7.6 - Età dei dimessi per genere e tipo di DRG. Ricovero ordinario + Day Hospital



Fonte aziendale

Nel 2014 le diagnosi principali più rappresentate in regime di ricovero ordinario, per le donne, sono state: parto vaginale senza complicanze, insufficienza cardiaca e shock, emorragia intracranica o infarto cerebrale, parto cesareo senza CC.

Per gli uomini insufficienza cardiaca e shock, emorragia intracranica o infarto cerebrale, interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore.

Molte persone sono state dimesse con diagnosi di edema polmonare ed insufficienza respiratoria, setticemia senza ventilazione meccanica, insufficienza renale, polmonite semplice e pleurite con CC.

Tabella 7.4 – DRG per genere. Ricovero ordinario (CC sta per complicanze)

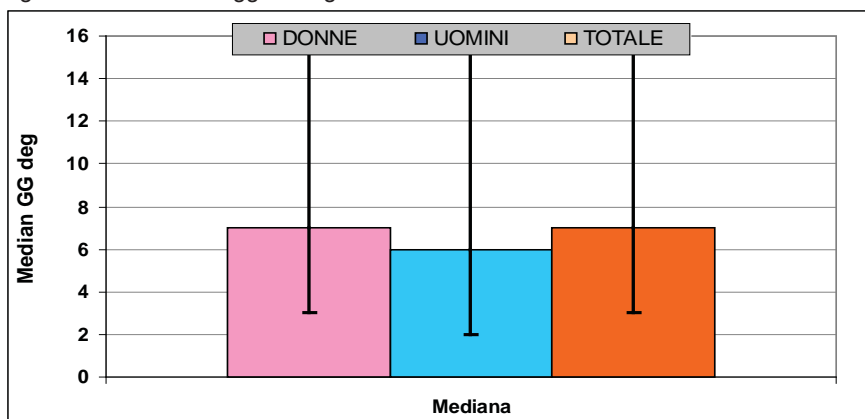
<b>REGIME DI RICOVERO Ordinario</b>			
<b>DRG</b>	<b>GENERE</b>		<b>TOTALE</b>
	<b>DONNE</b>	<b>UOMINI</b>	
	<b>N. DIMISS.</b>	<b>N. DIMISS.</b>	<b>N. DIMISS.</b>
373 M-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	990	-	990
127 M-Insufficienza cardiaca e shock	367	311	678
014 M-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	312	297	609
371 C-Parto cesareo senza CC	449	-	449
557 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	116	294	410
087 M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	196	201	397
576 M-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	187	154	341
316 M-Insufficienza renale	156	185	341
089 M-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	167	140	307
125 M-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	127	160	287
055 C-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	87	153	240
555 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	93	146	239
290 C-Interventi sulla tiroide	168	63	231
558 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	60	171	231
544 C-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	146	64	210
053 C-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	82	117	199
552 C-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	77	115	192
534 C-Interventi vascolari extracranici senza CC	61	121	182
082 M-Neoplasie dell'apparato respiratorio	58	119	177
210 C-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	141	34	175
311 C-Interventi per via transuretrale senza CC	40	125	165
494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	97	68	165
395 M-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	100	63	163
310 C-Interventi per via transuretrale con CC	50	113	163
500 C-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	58	105	163
060 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	59	99	158
479 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	62	93	155
203 M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	59	93	152
183 M-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	89	60	149

REGIME DI RICOVERO Ordinario			
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
149 C-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	79	69	148
403 M-Linfoma e leucemia non acuta con CC	70	77	147
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	143	-	143
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	140	-	140
518 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	45	95	140
241 M-Malattie del tessuto connettivo senza CC	98	39	137
078 M-Embolia polmonare	73	60	133
039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	63	66	129
075 C-Interventi maggiori sul torace	51	76	127
124 M-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	44	81	125
174 M-Emorragia gastrointestinale con CC	50	74	124
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	76	48	124
073 M-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	24	100	124
383 M-Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche	122	-	122
<b>TOTALE</b>	<b>12.406</b>	<b>10.887</b>	<b>23.293</b>

Fonte aziendale

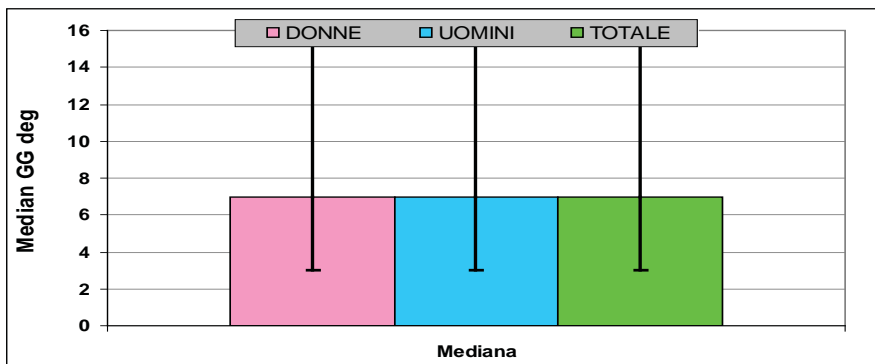
Se si valuta la durata della degenza (rappresentata con la mediana), in regime di ricovero ordinario, per il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) per gli uomini è superiore di un giorno rispetto a quella delle donne; per il DRG 014 (emorragia intracranica o infarto cerebrale) e DRG 576 (Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore) non ci sono differenze fra i generi, mentre per il DRG 087 (edema polmonare/insufficienza respiratoria) e DRG 316 (insufficienza renale) risulta più lunga per le donne.

Figura 7.7 – Mediana gg. di degenza DRG 127 - Insufficienza cardiaca e shock



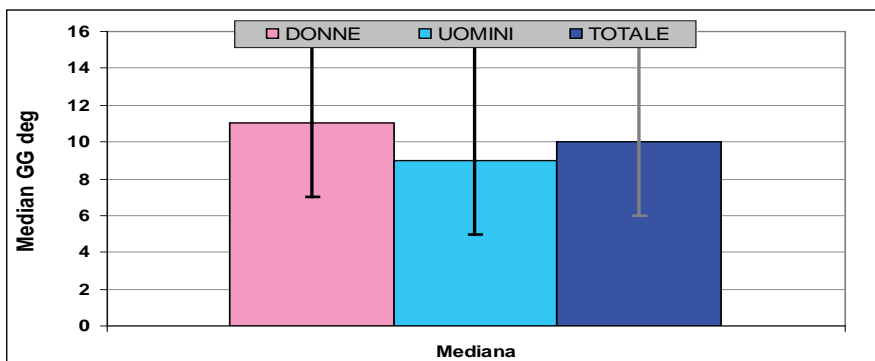
Fonte aziendale

Figura 7.8 – Mediana gg. di degenza DRG 014 -Emorragia intracranica o infarto cerebrale



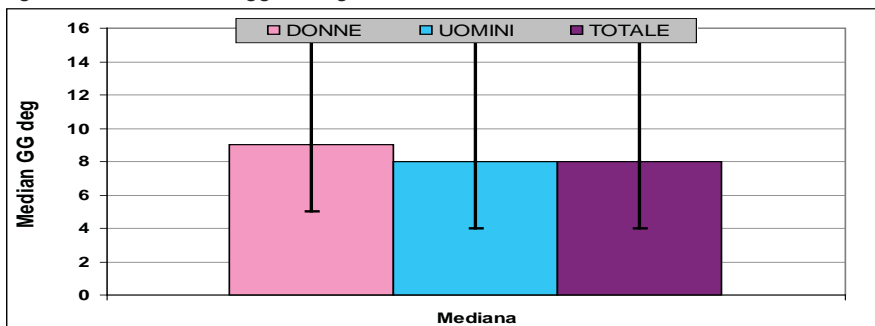
Fonte aziendale

Figura 7.9 – Mediana gg. di degenza DRG 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria



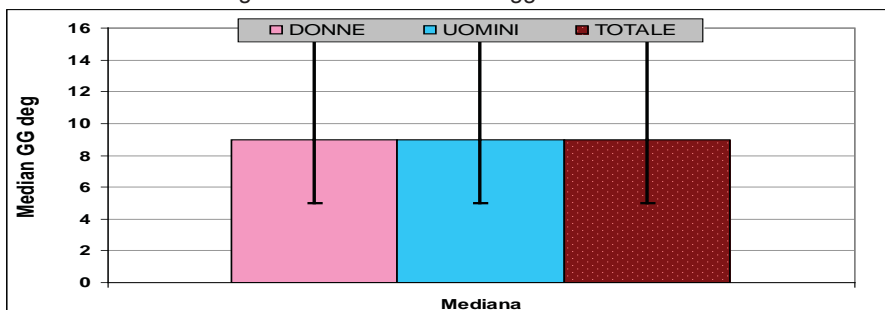
Fonte aziendale

Figura 7.10 – Mediana gg. di degenza DRG 316 - Insufficiente renale



Fonte aziendale

Figura 7.11 – Mediana gg. di degenza DRG 576 - Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore



Fonte aziendale



Se consideriamo i DRG più rappresentati in regime di Day Hospital, prevalgono, per i DRG medici (M) la terapia riabilitativa per gli uomini e le chemioterapie, non associate a diagnosi secondaria di leucemia acuta, per le donne.

Per i DRG chirurgici (C) prevalgono trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC per gli uomini e aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia, legatura e stripping di vene, per le donne.

Tabella 7.5 – DRG per genere. Day Hospital

<b>REGIME DI RICOVERO Day Hospital</b>			
<b>DRG</b>	<b>GENERE</b>		<b>TOTALE</b>
	<b>DONNE</b>	<b>UOMINI</b>	
	<b>N. DIMISS.</b>	<b>N. DIMISS.</b>	<b>N. DIMISS.</b>
410 M-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	551	469	1.020
462 M-Riabilitazione	329	499	828
395 M-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	245	162	407
266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	154	231	385
364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	379	-	379
381 C-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	362	-	362
119 C-Legatura e stripping di vene	177	62	239
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	168	50	218
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	217	-	217
380 M-Aborto senza dilatazione e raschiamento	147	-	147
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	139	-	139
316 M-Insufficienza renale	37	92	129
055 C-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	41	86	127
169 C-Interventi sulla bocca senza CC	42	84	126
241 M-Malattie del tessuto connettivo senza CC	89	33	122
323 M-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	40	78	118
162 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	13	99	112
270 C-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	60	48	108
295 M-Diabete, età < 36 anni	54	46	100
409 M-Radioterapia	60	37	97
<b>TOTALE</b>	<b>5.061</b>	<b>4.178</b>	<b>9.239</b>

Fonte aziendale

### 7.3 Il cliente interno: i dipendenti dell'Azienda

Il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara al 31 Dicembre del 2014 è di 2.651 persone, di cui il 92% dipendenti del SSR, il 5% universitari in convenzione ed infine, il 3% Altro personale. Il personale dell'AOU di Ferrara è per il 74% donne (D) e il 26% uomini (U).

Figura 7.12 – Totale personale

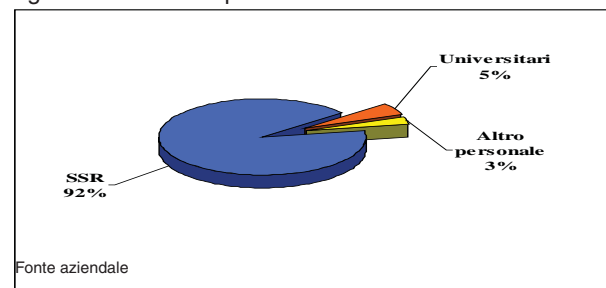
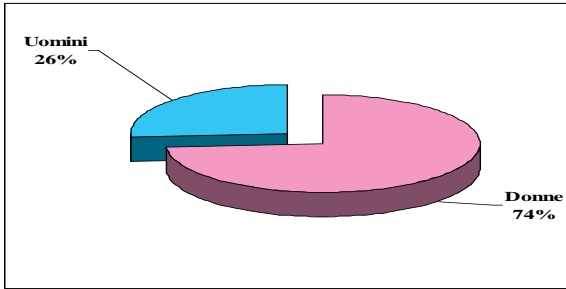


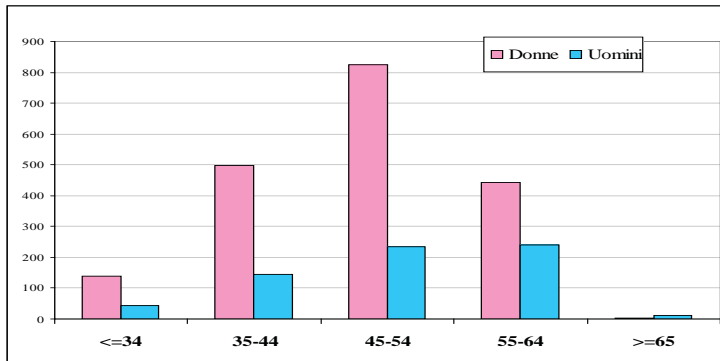
Figura 7.13 – Totale personale per genere



Fonte aziendale

La classe di età più rappresentata per le donne e per gli uomini è quella compresa fra i 45 e i 54 anni di età 41%, il 67% del personale ha più di 45 anni.

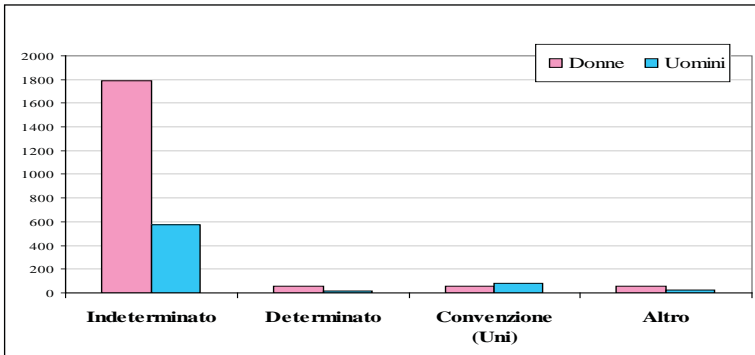
Figura 7.14 – Totale personale per classe di età e genere



Fonte aziendale

Per quanto riguarda la tipologia contrattuale, il 92% del personale ha un contratto a tempo indeterminato, il 3% ha un contratto a tempo determinato e il 5% ha un contratto universitario in convenzione. Prevale il genere femminile in tutte le tipologie contrattuali, ad eccezione che per il personale universitario in convenzione (Convenzione Uni), a prevalenza maschile.

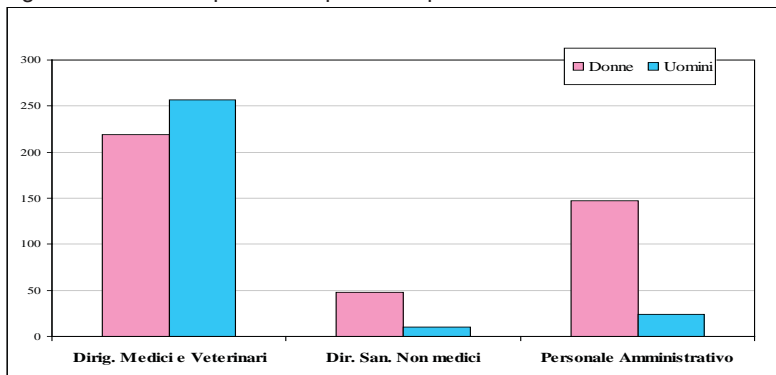
Figura 7.15 – Totale personale per genere e tipologia contrattuale



Fonte aziendale

Fra i dirigenti medici prevalgono gli uomini (257/476), fra i dirigenti sanitari non medici prevalgono le donne (48/58) come fra il personale amministrativo (147/171).

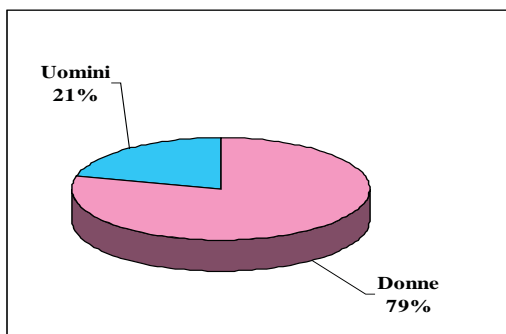
Figura 7.16 - Totale personale per ruolo professionale



Fonte aziendale

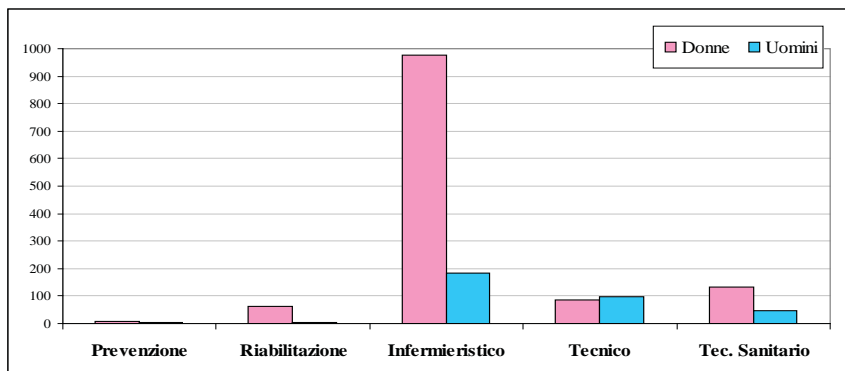
Il personale professional dell'Azienda è prevalentemente di genere femminile (D 1262; U 338). Fra gli altri professional il personale tecnico è prevalentemente di genere maschile. I ruoli professionali appartenenti al personale professional sono: Infermieristico (D 976; U 184), Riabilitazione (D 63; U 5), Tecnico (D 85; U 98), Tecnico Sanitario (D 132; U 46) e Prevenzione (D 6; U 5).

Figura 7.17 – Personale "professional", per genere



Fonte aziendale

Figura 7.18 – Personale "professional", per genere e tipologia

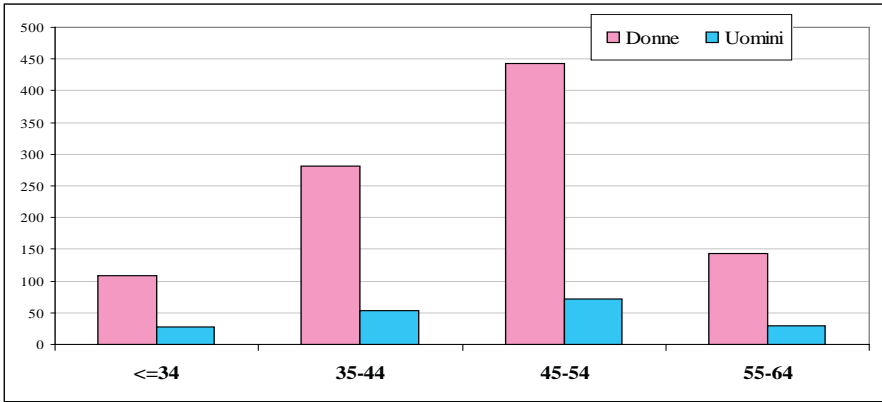


Fonte aziendale

Per quanto riguarda la distribuzione per classe di età del personale Infermieristico, per le donne e gli uomini prevale la classe di età compresa tra i 45 anni e i 54 anni.

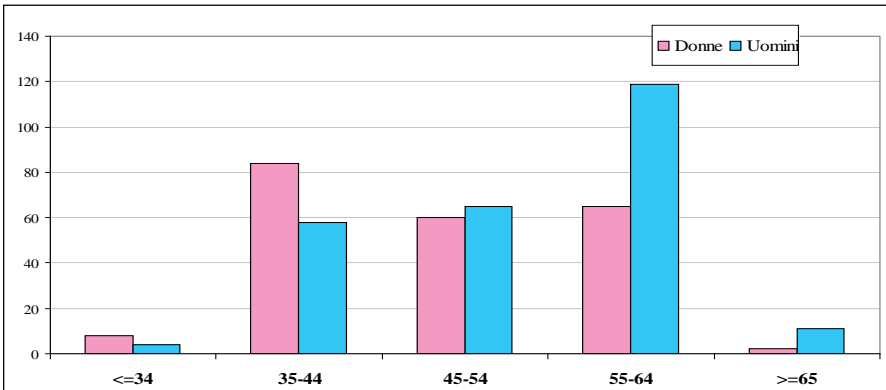
La distribuzione per classe di età dei dirigenti medici, mostra invece fra le donne una prevalenza di età compresa tra i 35 anni e i 44 anni, fra gli uomini tra i 55 anni e i 64 anni.

Figura 7.19 – Personale infermieristico per classe di età e genere



Fonte aziendale

Figura 7.20 – Dirigenti medici per classe di età e genere

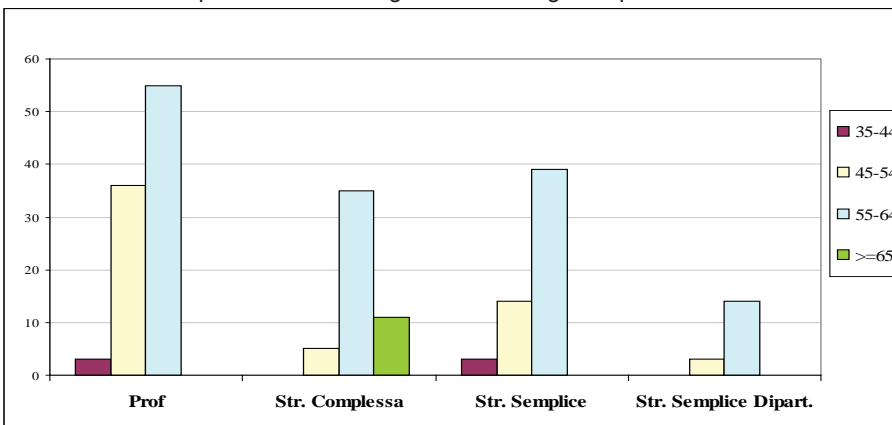


Fonte aziendale

I ruoli organizzativi della dirigenza medica più importanti sono attribuiti a personale sempre più in età avanzata e prevalentemente di genere maschile. La classe di età più rappresentata fra il personale della Dirigenza medica con incarichi è superiore ai 55 anni.

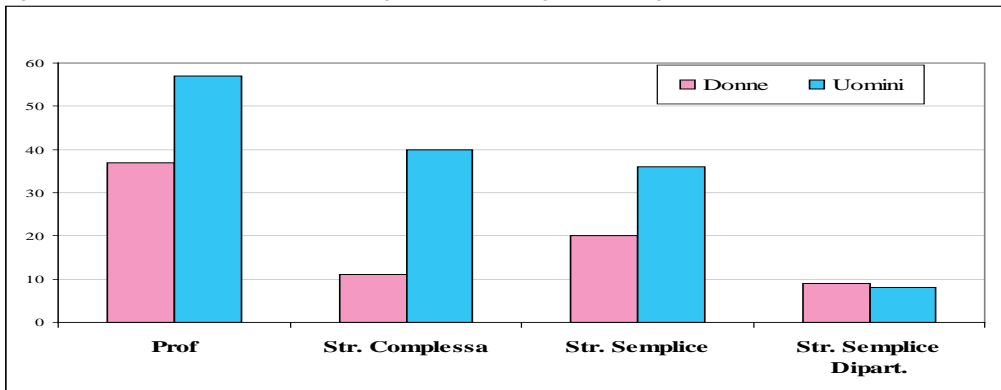
Nonostante la maggior presenza di donne, fra i dipendenti, infatti, sono gli uomini che hanno un maggior numero di incarichi e che prevalgono soprattutto nelle responsabilità apicali (struttura complessa).

Tabella 7.21 - Composizione ruolo organizzativo dirigenza per età



Fonte aziendale

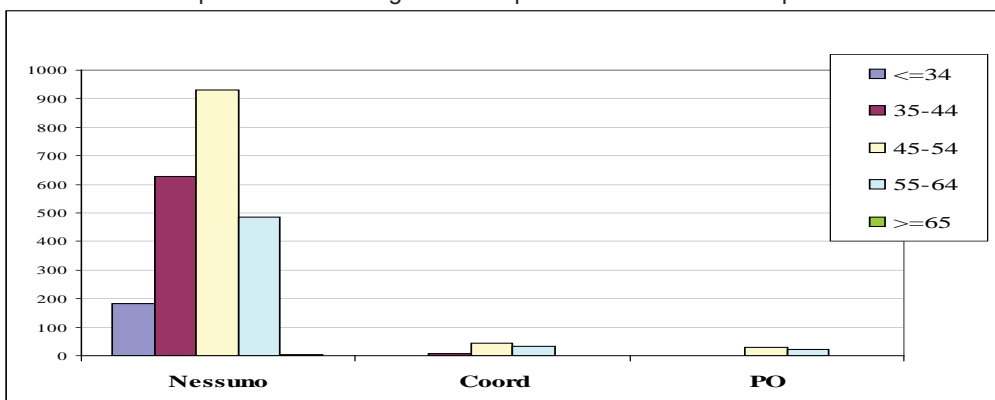
Figura 7.22 - Composizione ruolo organizzativo dirigenza per genere



Fonte aziendale

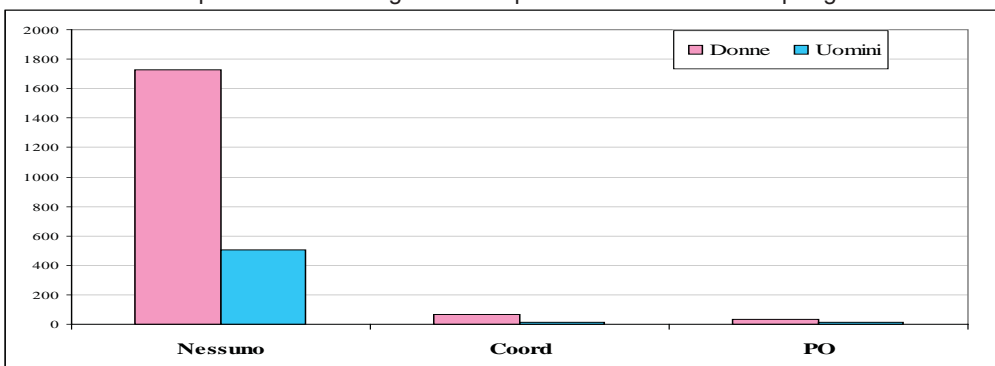
Tra il personale infermieristico le persone con ruoli organizzativi hanno un'età superiore a 45 anni, e prevalgono le donne nei tre ruoli organizzativi evidenziati.

Tabella 7.23 - Composizione ruolo organizzativo personale infermieristico per età



Fonte aziendale

Tabella 7.24 - Composizione ruolo organizzativo personale infermieristico per genere



Fonte aziendale

Nel personale non compreso nella dirigenza, sono le donne a prevalere nella disabilità e nella "categoria protetta".

Tabella 7.6 - Personale con disabilità o in categoria protetta

	Disabili		Categoria Protetta	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Ausiliari Specializzati	-	-	-	-
O.S.S.	8	1	-	-
O.T.A.	2	-	-	-
Pers.Amministrativo	15	3	2	-
Pers.della Prevenzione	-	-	-	-
Pers.della Riabilitazione	3	-	-	-
Pers.Infermieristico	25	3	1	-
Pers.Tecnico	3	9	2	2
Pers.Tecnico Sanitario	3	1	1	-
<b>TOTALE</b>	<b>59</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>2</b>

Fonte aziendale

I dipendenti nati all'estero sono complessivamente 37, di cui 28 donne e 5 uomini.

Tabella 7.7 - Ruolo professionale per luogo di nascita (escluso personale universitario)

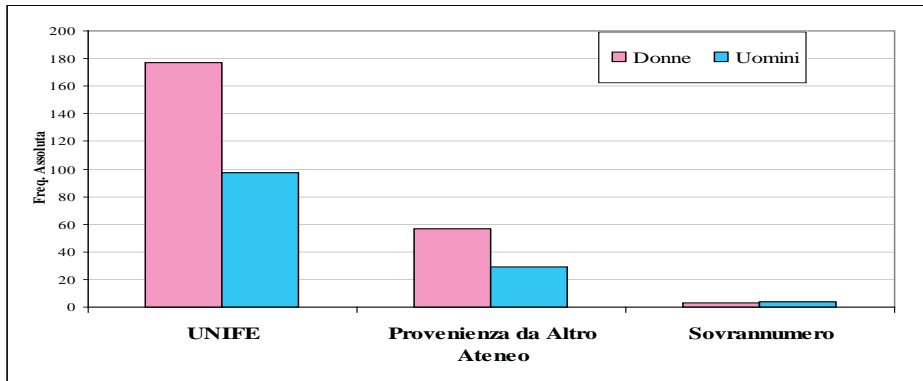
	Italia		Estero	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Ausiliari Specializzati	1	0	0	0
Dir.Medici e Veterinari	215	252	4	5
Dir.Sanitari non medici	48	10	0	0
Dirigenti PTA	12	9	0	0
O.S.S.	207	35	7	0
O.T.A.	4	0	0	0
Pers.Amministrativo	147	24	0	0
Pers.della Prevenzione	5	5	1	0
Pers.della Riabilitazione	63	5	0	0
Pers.Infermieristico	957	184	19	0
Pers.Tecnico	85	98	0	0
Pers.Tecnico Sanitario	131	46	1	0
<b>TOTALE</b>	<b>1.875</b>	<b>668</b>	<b>32</b>	<b>5</b>

Fonte aziendale

#### *Medici in formazione nell'Università di Ferrara*

I medici in formazione presenti in Azienda prevalentemente appartengono all'Ateneo dell'Università di Ferrara (75%), mentre il 23% proviene da un altro Ateneo. Dalla figura seguente si evince che prevale il genere femminile (65%).

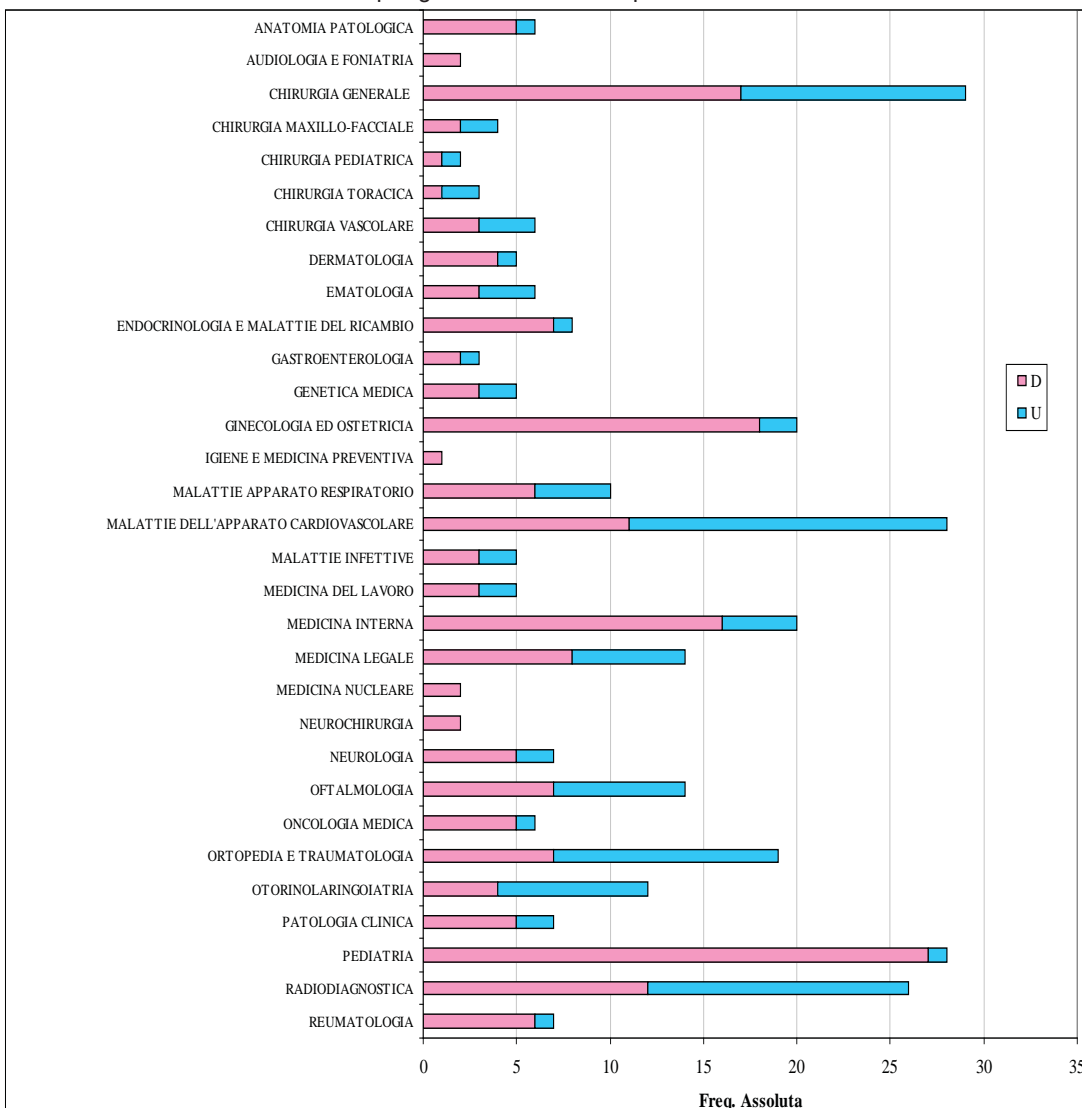
Tabella 7.25 - Distribuzione medici in formazione presso AOUFE, per genere



Fonte aziendale

Il medesimo scenario si riscontra anche nella figura seguente, ad eccezione che per le Scuole di Specializzazione di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Radiodiagnostica, Ortopedia e Traumatologia, ed Otorinolaringoiatria, in cui prevale il genere maschile.

Tabella 7.26 - Medici in formazione per genere e scuola di specializzazione



Fonte aziendale





## Conclusioni del Direttore Generale

Seguendo lo stesso schema del 2013, anche nel Bilancio di Missione del 2014 vengono descritti, sempre in modo oggettivo (vale a dire sempre attraverso il linguaggio degli indicatori e della comparazione) i risultati, gli eventi innovativi e anche le criticità incontrate nel compimento delle azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi del nuovo S.Anna. Un nuovo Ospedale che opera in un contesto di riferimento in cui Integrazione, Efficienza - Economicità e Qualità dell'assistenza erogata costituiscono le principali fondamenta sulle quali sta crescendo la principale realtà ospedaliera della provincia.

Nel corso del 2014 l'Azienda ha proseguito l'impegno verso lo sviluppo, sia in termini organizzativi che economici (accordi e allocazioni dei costi), del sistema integrato delle reti cliniche con l'Azienda Territoriale, principale strumento per sviluppare i percorsi clinico-assistenziali.

Già da alcuni anni, infatti, l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero Universitaria lavorano di concerto per un processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali. Questa è a tutt'oggi la principale via da percorrere, attraverso un'intesa strategica, per raggiungere la condizione di rientro della spesa procapite sanitaria provinciale, favorendo al tempo stesso il miglioramento dell'efficienza e garantendo l'erogazione di servizi appropriati e qualitativamente adeguati alle esigenze della popolazione. Un esempio di effetti "tangibili" dei processi di integrazione rivolto alla centralità del cittadino è certamente l'evoluzione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) "Ictus" verso la condivisione: dopo un processo di revisione a cura dei professionisti delle due Aziende ferraresi è diventato "interaziendale".

Nel 2014 si è concluso un importante percorso qualitativo per l'intera Azienda: l'Accreditamento Istituzionale. La nostra Azienda ed il Team regionale dei Valutatori hanno condiviso la valutazione del sistema qualità aziendale della struttura sanitaria nel suo complesso. A coronamento di un'esperienza di particolare complessità e impegno, si è tenuto un Convegno Nazionale "L'accreditamento come strumento di lettura di nuovi Modelli Organizzativi" che ha visto la partecipazione dei Professionisti aziendali, dell'Assessore Politiche per la Salute, del Presidente Provincia di Ferrara, del Rettore Università degli Studi di Ferrara, del Presidente del Comitato di Indirizzo, del Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e del Responsabile Funzione Accreditamento in Agenzia, del Team Leader dei Valutatori regionali, oltre ad ospiti internazionali.

Se l'Integrazione costituisce un elemento basilare del contesto di riferimento e se l'Accreditamento costituisce il percorso che porta alla garanzia dei livelli qualitativi, la Comunicazione è certamente il primo elemento di connessione tra una struttura sanitaria di dimensioni e di complessità elevatissime ed il cittadino utente che prende contatti quotidianamente con essa stessa. A tal proposito è stato dato ampio spazio organizzativo alla Health Literacy. In particolare nel 2014 è nata una nuova idea di coinvolgere nella formazione tutto il personale aziendale (sanitario e amministrativo). Alla base di questa scelta vi è la consapevolezza che un linguaggio chiaro favorisca la relazione con l'utente e tra i professionisti stessi.

Non sono mancati risultati in termini di sviluppo/consolidamento di funzioni e contributi dal versante informatico ed organizzativo che costituiscono i principali strumenti per la realizzazione di percorsi intra-aziendali, interaziendali e di Area vasta tra i quali: il portale per la codifica centralizzata degli articoli di magazzino farmaceutico ed economale, le nuove procedure informatizzate di esecuzione degli ordini di beni in transito, i sistemi di controllo sui beni in scorta, la configurazione della nuova strumentazione di laboratorio, la promozione e attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico agli assistiti e il Servizio di consegna on line dei referti di laboratorio e di radiologia. Gli ambiti organizzativi continuano a vedere tra le priorità il completamento dei lavori di trasferimento delle funzioni previste al nuovo ospedale. E' stata inoltre completata la procedura aziendale di utilizzazione del percorso di Day Service in parallelo alla definizione della procedura per il Day Hospital. Sul versante dell'attività chirurgica è stato elaborato il nuovo regolamento delle sale operatorie ed è stato completato il progetto del centro unico di prenotazione per i percorsi preoperatori; la gestione e il controllo dell'attività operatoria sono garantiti dal sistema informatico Ormaweb, ormai integrato nelle banche dati aziendali della SDO e della lista operatoria. Va sottolineato anche l'impegno aziendale sul contenimento dei tempi di attesa: sul versante dei ricoveri sono stati ottenuti importanti miglioramenti della performance, in particolare sul polmone e sulla mammella, ove negli anni scorsi si concentravano le criticità. Tali risultati migliorativi sono stati ottenuti grazie ad accorgimenti organizzativi ma soprattutto all'applicazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

Il presidio dell'appropriatezza dell'attività di ricovero erogata è stato nel 2014 un ambito di lavoro per diverse attività di verifica e controllo attraverso l'analisi della documentazione sanitaria. Con tale strumento si sono ot-

tenuti risultati su alcuni degli indicatori che proiettano l'Azienda verso la comparazione con altre realtà sanitarie (ad esempio nel Progetto "Network Regioni"). La percentuale di DH medici diagnostici è diminuita sensibilmente (dal 22 al 15%) grazie principalmente alle azioni correttive messe in atto direttamente dalle Unità Operative col supporto del Controller. Tutte le Unità Operative hanno sempre risposto tempestivamente alla richiesta di motivazioni e approfondimenti rispetto alle criticità rilevate attraverso il controllo della documentazione sanitaria (appropriatezza dei ricoveri, compilazione della cartella clinica).

Non sono mancati risultati documentabili sulla gestione del rischio della sicurezza, sul consolidamento di aspetti qualitativi presidiati da diversi anni (ospedale e territorio senza dolore), sulla ricerca nell'ambito del consumo razionale dell'energia e lo smaltimento dei rifiuti nell'ospedale, sui sistemi di misurazione della performance e su tutte le trasversalità portate avanti dalle funzioni di Staff, dalle Direzioni Tecniche e Tecnico Amministrative.

Una componente innovativa (sia come evento organizzativo sia come iniziativa di studio/analisi) può essere attribuita ai risultati ottenuti da lavori condotti sul versante dell'integrazione con l'Università, sulla soddisfazione dell'utente/professionista, sul benessere organizzativo e sui nuovi strumenti messi a punto per il controllo della spesa. Sul tema dell'Integrazione con l'Università va sottolineato il forte impegno portato avanti in modo diretto dal Comitato di Indirizzo, sull'importanza dell'analisi e della conoscenza dei punti di contatto tra l'assistenza, la ricerca e la didattica. La forte spinta verso la cultura dell'integrazione ha costituito il principio basilare sul quale in seno al Comitato stesso è stato elaborato il primo Documento aziendale sullo stato dell'integrazione tra Ospedale e Università. Il Documento è giunto alla seconda edizione e nel 2014 è stato allegato al Bilancio di Esercizio e alla Relazione sugli obiettivi del Direttore Generale. Il Bilancio di Missione stesso contiene un paragrafo dedicato alla descrizione dell'argomento.

Il 2014 ha dato ampio spazio alle interviste e ai questionari somministrati sia all'utenza interna che esterna, in particolare l'indagine per valutare la qualità percepita del Servizio in outsourcing di ristorazione, destinato sia ad utenti esterni che al personale aziendale, e l'indagine sulla qualità percepita da parte del cittadino/utente sulle prestazioni ambulatoriali erogate dalla nostra Azienda tramite indagine telefonica. I risultati che queste analisi forniscono diventano autentici strumenti e input per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, ponendo in in primo piano la centralità del cittadino

Anche dalla ricerca continua di set di indicatori che permettano il confronto tra diverse realtà aziendali deriveranno importanti spunti di ottimizzazione dei livelli di qualità percepita. Per questo l'Azienda ha aderito anche al progetto "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", promosso dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Emilia-Romagna (ASSR), finalizzato a promuovere la verifica e validazione di un set minimo di indicatori di qualità del punto di vista degli utenti/cittadini per valutare la qualità dei servizi erogati ai pazienti in regime di ricovero. Il 2014 è stato anche l'anno dedicato all'analisi del benessere organizzativo. L'azienda ha affrontato questo tema con rigore metodologico e i risultati rappresentano una prima occasione per avere conoscenza su alcune dinamiche lavorative, individuare e misurare criticità, punti di forza e aree di debolezza, meritevoli di successivi approfondimenti conoscitivi.

L'impegno aziendale sul controllo della spesa rappresenta da diversi anni la reazione programmata e metodologica ad una delle più importanti criticità da affrontare, legata allo squilibrio economico, esteso alla realtà sanitaria della provincia. Nel 2014 sono stati perfezionati gli strumenti di controllo con azioni specifiche rivolte in particolar modo alle Unità Operative. Il miglioramento delle potenzialità gestionali e lo snellimento delle procedure sono stati i principali obiettivi perseguiti nel corso dell'anno.

Restano i "margini di miglioramento" derivanti dalle criticità ancora presenti nel 2014. Il sistema sanitario ferrarese produce le proprie performance in condizioni di squilibrio economico: la spesa procapite resta la più elevata in ambito regionale ed in essa la quota legata all'azienda ospedaliera universitaria incide sensibilmente. I costi della nuova struttura e i costi del personale costituiscono le voci che pesano maggiormente sul bilancio aziendale. A fronte di tale difficoltà, sono costantemente in atto analisi di approfondimento finalizzate alla valutazione dei livelli di comprimibilità dei costi per garantire la sostenibilità economica del sistema. A fronte del rigore metodologico introdotto per il contenimento dei tempi per il ricovero e le strategie adottate di concerto con l'Azienda USL, la completa risoluzione del problema dei tempi attesa (soprattutto ambulatoriale) è ancora tra le priorità strategiche aziendali. Ci sono ancora margini di miglioramento in ambito organizzativo/informatico (come lo snellimento delle procedure di tariffazione) e relativi all'appropriatezza prescrittiva (spesa per antibiotici e dispositivi medici, ridotte rispetto agli anni scorsi, ma ancora elevate) e alla quota ancora consistente di "fuga"

della popolazione residente verso altre province o regioni.

In questi ambiti si concentrerà la strategia aziendale per i prossimi anni, in stretta collaborazione con la Azienda USL perseguendo obiettivi sempre più comuni legati al contenimento della spesa, ma al tempo stesso alla garanzia di efficienza dell'organizzazione e di adeguatezza dei livelli di qualità delle prestazioni erogate all'utenza.

Come sempre un doveroso ringraziamento va espresso a tutti gli attori che hanno contribuito all'elaborazione del Bilancio di Missione per il 2014.

Dott. Tiziano Carradori

## Parere del Comitato di indirizzo

Essendo pervenuto il Bilancio di Missione 2014 il comitato sulla base delle seguenti considerazioni:

- il bilancio di Missione è predisposto accogliendo le indicazioni, in merito ai rapporti con l'Università, fornite negli anni precedenti dallo stesso Comitato di Indirizzo;
- in particolar modo la sezione 6 del Bilancio di Missione riporta l'analisi dei principali aspetti in cui si sintetizzano le relazioni tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Università;
- il documento con riferimento al punto precedente reca anche una sintesi del report sulle relazioni tra Az. Ospedaliera e Università predisposte dal Comitato di Indirizzo a significare gli sforzi fatti nella direzione di dare evidenza alle caratteristiche peculiari dell'Azienda.

esprime parere favorevole.

**Approvato nella seduta del Comitato d'Indirizzo del 16 settembre 2015**



**Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**  
**Nota integrativa al bilancio di missione 2014**  
*Elaborata secondo le Linee guida dell'Organismo Indipendente di  
Valutazione (OIV)*

*Delibera 1/2014 Provvedimento in materia di Trasparenza, Valutazione e Ciclo di Gestione delle Performance  
Collegato con trasparenza e integrità, in applicazione dell'art 10 del DLGS 33/2013,  
Piano Triennale Prevenzione Corruzione, Piano Triennale Trasparenza ed Integrità*

La nota integrativa al bilancio di missione 2014 è costituita dal budget economico con riferimento agli obiettivi aziendali e dal budget aziendale con riferimento agli obiettivi specifici delle singole articolazioni organizzative.

## **BUDGET ECONOMICO**

I traguardi predefiniti per le performance economiche e gestionali dell'Azienda per il 2014 sono stati studiati sulle evidenze che hanno costituito il quadro di esito complessivo del 2013, così caratterizzato:

- Forte ripresa della produzione rispetto al 2012, pur con meno posti letto, mantenendo un Tasso di Ospedalizzazione molto vicino al valore medio RER.
- Incremento dei Punti DRG, a fronte dell'ulteriore calo dei posti letto medi.
- Mantenimento di elevati livelli di complessità della casistica
- Miglioramento continuo di efficienza nell'utilizzo dei posti letto, riflettente un sensibile cambiamento organizzativo nella gestione dei reparti.
- Riduzione della percentuale dei ricoverati sugli accessi al PS a fronte dell'incremento del numero degli accessi.
- Stretto controllo dei beni di consumo, per i quali l'aumento è legato all'incremento sia del volume che della complessità della casistica e comunque in minor misura rispetto all'aumento della produzione.

Tali risultati sono stati ottenuti a fronte della riduzione dei posti letto, necessaria per contribuire all'allineamento alla media RER sia del Tasso di Ospedalizzazione che della Dotazione posti letto provinciali.

Inoltre il miglioramento dell'efficienza ha avuto un trend progressivo nel corso del 2013, delineando nell'ultimo trimestre dell'anno il risultato migliore.

Quest'ultimo costituisce il quadro di riferimento nella prosecuzione della performance ottimale anche per il 2014, in cui non si sono verificate variazioni sostanziali della dotazione dei posti letto.

Nel corso del 2014 l'AOSPU ha mantenuto il trend migliorativo della propria performance organizzativa e gestionale, ottenuto soprattutto con gli ultimi mesi del 2013, attraverso diverse azioni migliorative, tra le quali: lo sviluppo/consolidamento delle reti cliniche, il consolidamento dell'organizzazione delle sale operatorie e dei percorsi preoperatori, lo sviluppo delle piattaforme di DH/DS e ambulatoriali, l'ottimizzazione delle risorse umane, il processo di budget, l'ottimizzazione dei percorsi di approvvigionamento e di gestione delle scorte.

<i>Principale ambito di intervento migliorativo</i>	<i>Risultati raggiunti</i>
Sviluppo/consolidamento delle reti cliniche	Diverse reti cliniche sono attive e sono stati concordati gli aspetti economici descritti nel patto di fornitura
Consolidamento dell'organizzazione delle sale operatorie e dei percorsi preoperatori	È stato elaborato il nuovo regolamento delle sale operatorie, è stato completato il progetto del centro unico di prenotazione per i percorsi preoperatori; la gestione e il controllo dell'attività operatoria sono garantiti dal sistema informatico Ormaweb, integrato nelle banche dati aziendali della SDO e della lista operatoria
Sviluppo delle piattaforme di DH/DS e ambulatoriali	È stata ultimata la realizzazione di tale progetto, che ha raggiunto la formalizzazione con l'evento dell'accreditamento. Sono stati definiti e accreditati i nuovi percorsi di DH e ambulatoriali, compresi i DSA.

Ottimizzazione delle risorse umane	Sono state pienamente applicate le direttive regionali e sono state effettuate ulteriori manovre di razionalizzazione per perseguire gli obiettivi di bilancio.
Processo di budget	Il processo di budget si è concluso ed è stato condotto regolarmente sia sul versante sanitario che sul versante tecnico, amministrativo e di staff. E stata condotta la fase di verifica e di valutazione delle risultanze finali
Processo di budget	Il processo di budget si è concluso ed è stato condotto regolarmente sia sul versante sanitario che sul versante tecnico, amministrativo e di staff ed è in fase di verifica rispetto alle risultanze finali
Ottimizzazione dei percorsi di approvvigionamento e di gestione delle scorte	È entrato a pieno regime il nuovo percorso informatizzato delle richieste di materiale in transit. È entrato nella fase sperimentale il progetto sull'informatizzazione delle richieste di beni in scorta e prescrizione informatizzata. Queste progettualità, una volta realizzate, costituiranno la massima espressione tecnologica della gestione e del controllo della spesa per beni.
Miglioramento dell'efficienza e della produttività	I principali indicatori di efficienza di utilizzo dei posti letto mostrano un continuo miglioramento: l'indice di turnover è passato da 2,5 del 2011 a 1,1 del 2014; il numero di dimissioni è aumentato e la produttività aumenta anche nel periodo estivo a fronte il calo dei posti letto (oltre 4.870.000 euro complessivi registrati in aumento nel 2014 vs 2013, per la provincia). La complessità è sempre superiore a quella data dalle altre AOSPU della RER. La produzione aumenta in particolare per l'utenza provinciale.
Contributo al recupero della mobilità passiva	Nel corso del 2014 si è delineato il trend di contenimento rispetto al 2013, per le discipline erogate esclusivamente dal S.Anna.
Incremento della mobilità attiva	Oltre al contributo sfidante negoziato a livello di Budget tra i DAI e la Direzione Strategica, era stato posto un obiettivo di forte incremento legato alla realizzazione di una innovazione organizzativa e logistica sul settore della riabilitazione e Neuro-riabilitazione: l'utilizzo di spazi e letti all'interno del S.Anna per funzione riabilitativa. Ulteriore progettualità era legata al trasferimento di parte del S.Giorgio all'interno del S.Anna. Queste progettualità non hanno raggiunto la fase di realizzazione effettiva nel 2014 ma sono in previsione come 2015. Anche se diverse UUOO hanno ugualmente contribuito all'aumento della Mobilità attiva, non sono state sufficienti a compensare il mancato contributo della componente più sfidante dell'obiettivo, cioè quella legata alle suddette modifiche.

E' stato effettuato un monitoraggio costante rispetto agli obiettivi sopra descritti con particolare riferimento ai dati di consumo beni rapportati all'attività erogata.

Dovendo gestire obiettivi di sviluppo e di incremento della produttività ma in un contesto geografico diverso e in



una fase di difficoltà economiche del sistema provinciale, la produzione è stata monitorata attraverso diverse modalità informative:

1. Produzione di report trimestrali, pubblicati nel sito intranet aziendale, evidenziando i principali indicatori di attività ed efficienza;
2. Produzione di report mensili, pubblicati sempre sul sito intranet aziendale, sull'andamento della produzione distinta per residenza, sulle variazioni principali a carico della composizione e complessità del "mix" (andamento dell'importo mediano per ricovero) e di report anche quindicinali sull'andamento dei presenti in ospedale (letti occupati) e sugli ammessi sia in ricovero ordinario che in DH, giorno per giorno.
3. Report e relazioni sintetiche mensili per la Direzione Strategica sugli ambiti suddetti, con riguardo al confronto tra la complessità della casistica rispetto a quella delle altre Aziende Ospedaliere e delle Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione.
4. Produzione di un report con indicatori specifici di attività di Sala operatoria, attraverso l'ausilio di un nuovo sistema informatico (OrmaWeb), reso disponibile per la Direzione Strategica e per un apposito Nucleo di Valutazione attività Chirurgica.

In un siffatto quadro va tenuto conto del forte controllo sul budget dei beni di consumo per verificare eventuali disallineamenti rispetto alla previsione e porre in atto azioni correttive.

Il controllo è stato effettuato attraverso:

1. Pubblicazione di report trimestrali (in linea con le direttive regionali in materia di monitoraggio dell'andamento dei costi) sul sito intranet aziendale
2. Adozione e applicazione di un sistema di controllo diretto (azione combinata tra Direttore Sanitario e Controllo di Gestione) sulle richieste di autorizzazione a spese fuori budget provenienti dalle UUOO e già valutate dai Direttori del DAI.

Ai fini della verifica dell'appropriatezza sono stati sviluppati controlli attraverso le azioni specifiche:

1. l'analisi e quantificazione delle prestazioni erogate in regime di ricovero diurno e convertibili all'erogazione ambulatoriale secondo criteri condivisi di appropriatezza del setting in cui vengono erogate all'utenza.
2. Il monitoraggio delle prestazioni citate nelle Linee guida, gestito in modo diretto dai Dipartimenti interessati, con il supporto tecnico-organizzativo della Direzione Medica del Presidio
3. Il contributo analitico e propositivo del Nucleo Aziendale dei Controlli, in merito all'appropriatezza dei percorsi del ricovero e, conseguentemente, dei regimi più adeguati all'erogazione delle prestazioni.

La Delibera di Giunta 217 del 24.02.2014 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014" recita che, anche per il 2014, è confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, che costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio Sanitario Regionale nel suo complesso, che per le singole Aziende Sanitarie.

La modalità di verifica del risultato di esercizio delle aziende sanitarie e del consolidato regionale definita dal Tavolo di verifica degli adempimenti (ex art.12 dell'intesa 23 marzo 2005, istituito presso il MEF) comporta la necessità di garantire nell'esercizio 2014 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve, quindi, assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2014, riferiti a tutti i beni a utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

Quindi, nel 2014, gli ammortamenti non sterilizzati rientrano nel vincolo di bilancio, unitamente agli oneri conseguenti all'applicazione del D.Lgs. 118/2011.

Pertanto la Regione ha provveduto nel 2014:

- ad accantonare le risorse necessarie ad assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati relativi alle immobilizzazioni entrate in produzione entro il 31.12.2009 (0,400 milioni di € per questa azienda);
- a finanziare gli ammortamenti netti delle immobilizzazioni entrate in produzione dal 01.01.2010 nell'ambito del valore della produzione per le Aziende Ospedaliere.

La condizione 2014 di Pareggio di bilancio determinato secondo le regole civilistiche avrebbe portato questa azienda a dover determinare un disavanzo 2014 preventivo pari a Euro 400 mila (*amm.ti netti ante 2010*).

Tuttavia questa azienda ha risentito ancora, nel 2014, delle ricadute (sia in termini di maggiori costi che in termini di riduzione dei posti letto) derivanti dalla messa in funzione del nuovo Polo Ospedaliero di Cona e dalla necessità di mantenere attiva parte della vecchia sede con oneri derivanti dalla contemporanea apertura, in quanto ancora non completato il processo di trasferimento e di destinazione di detta sede a funzioni sanitarie non più di pertinenza dell' Azienda Ospedaliera

Questi oneri hanno fatto sì che l' Azienda stimasse un disavanzo 2014 di **11,980 milioni di Euro** come risulta dal Bilancio Preventivo adottato con delibera n. 42 del 28.02.2014.

Detto disavanzo superava l'obiettivo previsto dalla delibera di Giunta 217/2014 sopra rappresentato. Tuttavia poiché, l' Azienda ha in corso di realizzazione un "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese" approvato dalla CTSS il 26.06.2013 per sviluppare ed estendere le azioni di razionalizzazione già intraprese, in sinergia con l' Azienda Usl di riferimento territoriale, al fine di recuperare la situazione di disequilibrio provinciale, la Regione con Delibera di Giunta 517/2014 approvava detto bilancio di previsione. La stessa delibera sollecitava l'azienda a potenziare e rafforzare le azioni di riorganizzazione, razionalizzazione e miglioramento dell'efficienza previste dal Piano citato, in grado di salvaguardare il mantenimento della qualità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e garantire la sostenibilità economico finanziaria.

In fase di verifica a settembre dell'andamento della gestione aziendale di cui al punto 16) del dispositivo delle Delibera di Giunta 217/2014, si è evidenziato un importo complessivo di eccedenza di disavanzo (rispetto ai 400 mila € di cui sopra) pari a **12,579 mil. di €**.

Con Delibera di Giunta 1735/2014 la Regione, nel rideterminare il volume complessivo di risorse disponibili per il finanziamento del SSR per l'anno 2014, deliberava di ripartire agli Enti del SSR l'importo di €114.527.072 sulla base dei fabbisogni rilevati in fase di preconsuntivo 2014, assegnando a questa azienda la somma corrispondente all'eccedenza rappresentata. Con lo stesso atto ripartiva l'importo di 59,386 milioni di € a copertura degli ammortamenti non sterilizzati ante 2010 (**€ 400.000** per questa Azienda) e € 46.988.281 sulla base dell'ammontare della rettifica dei contributi in conto esercizio relativa agli investimenti privi di fonti dedicate effettuati negli anni dal 2012 al 2014, normativamente a carico del 2015 (**€ 628.202** per questa Azienda).

Con nota prot. 29404 del 22.12.2014 il Direttore Generale rappresentava che, dalle evidenze emerse nel corso di un aggiornamento del preconsuntivo 2014, si evinceva la necessità di un contributo regionale di **2 milioni di €** principalmente per la minor produzione di prestazioni in mobilità rispetto all'andamento previsto. La Giunta Regionale ravvisava l'opportunità di confermare l'obiettivo economico finanziario del pareggio di bilancio, così come assegnato per l'anno 2014 a ciascuna azienda, riconoscendo l' eccedenze di spesa, e assegnando con delibera n. 2008 del 22 dicembre 2014, un ulteriore contributo dell'importo richiesto.

Il risultato d'esercizio dell'anno 2014, pertanto, si assesta su un utile di **Euro 5.887** che è sostanzialmente allineato al pareggio civilistico previsto dalla Delibera 217/2014 citata.

In applicazione del D.Lgs.118/2011 e delle indicazioni regionali in merito, si è provveduto come di seguito rappresentato.

- Ad assicurare la corretta contabilizzazione degli scambi di prestazioni e servizi infra aziendali e nei confronti della GSA, con compilazione di apposita matrice.
- Per la mobilità infraregionale l' Azienda si è allineata ai documenti riepilogativi inviati dal Servizio regionale Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali con nota prot. P.G./2015/202831 e prot. P.G./2015/195482 (per il sangue). Detti documenti tengono conto degli importi concordati nei contratti di fornitura con l' Azienda Usl Provinciale nonché con le Aziende Usl di Modena e della Romagna.
- Per la mobilità interregionale l'azienda ha fatto riferimento all'ultimo ritorno informativo sui dati 2014. I valori iscritti nel Bilancio 2014 dall' Azienda sono stati estratti dalla banca dati regionale. Inoltre l'azienda ha registrato a Bilancio le variazioni derivanti dal ritorno della mobilità Interregionale 2013 (contestazioni accolte) per un valore di 113 mila Euro ( in parte riaddebitati alle aziende usl regionali in quanto riferiti a prestazione erogate a loro pazienti);
- I contributi in conto esercizio sono stati registrati in modo conforme alle indicazioni contenute nelle delibere di assegnazione e nei riepiloghi annuali predisposti a livello regionale.
- Sono stati utilizzati i coefficienti di ammortamento riportati nell'allegato 3 del D.Lgs. 118/2011

- Si è provveduto al corretto utilizzo degli schemi contabili del D.Lgs. 118 e dei modelli ministeriali CE ed SP.
- Nelle more della definizione di criteri nazionali di riferimento si è provveduto, come da indicazione regionale, a una valutazione attenta dei fondi rischi e oneri con relativo adeguamento. In particolare si è provveduto a effettuare ulteriore accantonamento per svalutazione crediti (sia da stranieri che da privati per complessivi **€ 500.000**) a fronte di possibile inesigibilità dei crediti più datati o di esito negativo dell'iscrizione a ruolo in corso di realizzazione. E' stato effettuato accantonamento al fondo vertenze legali per **915.000 €** a seguito dell'analisi della cause civili pendenti in essere effettuato dall'Ufficio Legale aziendale. Si è provveduto anche all'accantonamento di **Euro 300.000** al fondo per manutenzioni cicliche. Con detto accantonamento si intende ripartire, in base al principio della competenza, il costo della manutenzione ordinaria che, sebbene effettuata dopo un certo numero di anni, si riferisce al lento e inevitabile logorio del bene avvenuto negli esercizi precedenti a quello in cui la manutenzione viene eseguita. Gli altri accantonamenti a fondi rischi e oneri sono dettagliatamente indicati in nota integrativa
- Si è provveduto a effettuare la rettifica dei contributi in conto esercizio per investimenti con le percentuali previste dal D.Lgs. 118/2011.

**Si rappresentano le principali variazioni delle voci di costo e ricavo rispetto ai dati di Previsione 2014, con l'analisi dell'andamento delle voci principali.**

Le variazioni sui ricavi rispetto alla previsione sono state determinate da:

**incremento dei contributi in conto esercizio** per **14 milioni di €** rispetto al preventivo, principalmente per l'avvenuta assegnazione:

- con la Delibera di Giunta 1735/2014 di **12,579 mil. di €** a sostegno dell'equilibrio economico finanziario coprendo l'eccedenza di spesa già rappresentata nel bilancio di previsione;
- con la stessa Delibera di Giunta 1735/2014 di **€ 400.000** a copertura degli ammortamenti non sterilizzati ante 201;

**incremento mobilità attiva da Azienda Territoriale:**

MOBILITA' AZIENDA USL FERRARA	Preventivo 2014	Consuntivo 2014
MOBILITA'		
RICOVERI	<b>111.000.000,00</b>	<b>111.000.000,00</b>
SPECIALISTICA	<b>24.300.000,00</b>	<b>28.265.799,00</b>
FARMACI IN MOBILITA'	<b>22.915.170,44</b>	<b>22.323.203,12</b>

rispetto alla previsione incrementa la mobilità attiva provinciale di **3,373 milioni** per effetto dello spostamento di alcuni contratti a latere all'interno dell'importo riconosciuto per la specialistica ambulatoriale (Laboratorio Analisi Unificato e attività accessorie, Anatomia Patologica per esterni, PET, esami plasmateresi) compensato da una minore somministrazione diretta di farmaci.

Si evidenzia la differenza fra la produzione infraprovinciale effettiva e l'accordo di fornitura

2014			
AOSP. UNIV. Di Ferrara/ AUSL di Ferrara	Accordo 2014	Produzione 2014	Differenza Accordo / Produzione
Degenze	111.000.000,00	103.961.960,22	7.038.039,78

Specialistica ambulatoriale e P. S.	28.265.799,00	31.359.108,62	-3.093.309,62
<b>Totale</b>	<b>139.265.799,00</b>	<b>135.321.068,84</b>	<b>3.944.730,16</b>

**decremento mobilita' attiva da altre Aziende della Regione: per 0,423 milioni di Euro e da Aziende extrareregionali per 6 milioni di Euro**

MOBILITA' INFRAREGIONALE	Preventivo 2014	Consuntivo 2014
RICOVERI	<b>6.959.412,00</b>	<b>6.408.179,14</b>
SPECIALISTICA	<b>2.045.860,70</b>	<b>2.175.314,63</b>
FARMACI IN MOBILITA'	<b>1.650.705,00</b>	<b>1.649.239,53</b>

Produzione infraprovinciale effettiva rispetto all'accordo ( si riportano i soli settori e le sole aziende committenti per le quali è stato iscritto un importo diverso dalla produzione effettiva per applicazione degli accordi):

2014			
AUSL di Modena	Accordo 2014	Produzione 2014	Differenza Accordo / Produzione
Degenze	918.213,22	1.130.399,50	-212.186,28
AUSL Romagna			
Degenze	2.519.620,68	2.847.270,21	-327.649,53
<b>Totale minore riconoscimento produzione</b>			<b>-539.835,81</b>

Contestazioni infrareregionali anno 2014 ancora in corso di risoluzione:

AZIENDA	DEGENZE	SPECIALISTICA	SOMM. FARMACI	TOTALE
102 PARMA		1.617,00		1.617,00
103 REGGIO EMILIA		319,10		319,10
104 MODENA		362,25	2,96	365,21
105 BOLOGNA		3.480,90	1.116,84	4.597,74
106 IMOLA		745,90	16,44	762,34
109 FERRARA		6.769,50	16.827,31	23.596,81
114 ROMAGNA		1.513,05	8.450,05	9.963,10
		14.807,70	26.413,60	41.221,30

MOBILITA' INTERREGIONALE	Preventivo 2014	Consuntivo 2014
RICOVERI	<b>19.329.867,00</b>	<b>12.820.531,32</b>
SPECIALISTICA	<b>3.075.860,12</b>	<b>3.025.564,23</b>
FARMACI IN MOBILITA'	<b>1.646.998,00</b>	<b>2.117.021,45</b>

Per il 2014 era stato previsto il miglioramento della produzione con sviluppo delle funzioni hub e di eccellenza, selettività della complessità della casistica, revisione della struttura dell'offerta con conversione di DH medici e chirurgici in setting assistenziali alternativi e redistribuzione del numero di posti letto disponibili per attività di alta specialità. Si prevedeva, inoltre, di incrementare le funzioni riabilitative rivolte ai gravi cerebrolesi con nuove condizioni logistiche e strutturali all'interno della nuova sede ospedaliera.

Il minor risultato raggiunto in termini di produzione rispetto all'atteso dipende dalla realizzazione ancora in corso della progettualità prevista.

**decremento attività libero professionale:** per **0,388 milioni di Euro** per il calo dell'attività individuale e d'equipe sia infra che extra-rer

	<b>Preventivo 2014</b>	<b>Consuntivo 2014</b>
<i>Attività libero professionale</i>	<b>5.513.580,00</b>	<b>5.125.114,00</b>

**compartecipazione alla spesa:**

	<b>Preventivo 2014</b>	<b>Consuntivo 2014</b>
<b>COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA</b>	<b>6.232.142,00</b>	<b>6.129.128,16</b>

Il ticket è sostanzialmente allineato alla previsione.

**quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio (sterilizzazione ammortamenti):** il valore definitivo differisce dalla previsione 2014 (+ **1,797 milioni di €**) prevalentemente per il calcolo degli ammortamenti e della sterilizzazione del Nuovo nosocomio. Infatti nel bilancio 2013 è stata inserita, sia tra le immobilizzazioni che tra le donazioni destinate a investimenti, la parte del nuovo nosocomio la cui costruzione è stata realizzata con oneri a carico del Concessionario (€ 45.093.760). Poiché detto investimento viene interamente sterilizzato dal contributo del concessionario, incrementano, rispetto alla previsione, sia gli ammortamenti che la relativa sterilizzazione. Di detta diversa impostazione non si era tenuto conto nel bilancio di previsione, redatto anteriormente alla chiusura del bilancio 2013.

**incremento accantonamenti**

Gli accantonamenti incrementano di **2,3 milioni di €** rispetto alla previsione. Detti accantonamenti sono dettagliatamente descritti nella nota integrativa ed è stato possibile procedere alla loro effettuazione sulla base della valutazione dei rischi aziendali, senza per questo incidere sul disavanzo programmato, per la ricaduta positiva sugli Atages (verificata solo dopo il 31.12.2014) dell'applicazione dei parametri annuali previsti contrattualmente e ciò principalmente per il contratto calore (gradiente termico di un'annata eccezionalmente calda e calo del costo del carburante).

**incremento consumo beni.** Il consumo di beni aumenta di **1,452 milioni di Euro** rispetto al preventivo (compresa la variazione delle rimanenze). Lo stretto controllo sulla spesa per beni è avvenuto in una condizione di spinta verso la crescita e lo sviluppo delle attività del nuovo ospedale, soprattutto verso utenti provinciali in un contesto di contratto "blindato".

Incrementano in particolare i prodotti consumati in ambito di reti cliniche (cardiologia e stroke) per il progressivo sviluppo conseguente alla centralizzazione di attività provinciali presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria.

**incremento servizi sanitari**, - si registra un incremento di detto aggregato rispetto alla previsione di **3,8 milioni** di € sia per la mancata riduzione preventivata del contratto di trasporto pazienti, per necessità organizzative interne, che per l'impossibilità di realizzare interamente il risparmio previsto sulle prestazioni aggiuntive a causa delle numerose assenze di personale

In accordo con l'azienda Usl di Ferrara, inoltre, sono stati riportati in questo aggregato i costi relativi al personale Sumaista, che in previsione era stato imputato ai servizi non sanitari (**1,4 milioni di €**).

#### **decremento servizi non sanitari**

Per quanto riguarda i servizi no core ricompresi nel contratto di Concessione e Gestione sottoscritto in data 7 novembre 2006, questa azienda, con nota prot. 21129 del 02.09.2013, ha comunicato al Concessionario che non intende riconoscere l'applicazione dell'adeguamento Istat alla differenza tra prezzo e costo gestorio di ciascun contratto. Prudenzialmente i costi dei servizi no core sono stati registrati nei conti economici sulla base delle fatture emesse dal Concessionario, che comprendono l'adeguamento Istat anche sulla citata differenza, nell'attesa della completa definizione della problematica in contenzioso. Rispetto alla previsione si rileva un minor costo per l'aggregato di **6 milioni di €**, prevalentemente per: il trasferimento del personale Sumaista ad altra voce di cui detto sopra per **1,4 milioni di €**, il calo del costo del contratto calore per **2,8 milioni di €** e il calo del costo della fornitura di energia elettrica di **0,7 milioni di €**, Calano, rispetto alla previsione, anche i costi della vigilanza.

#### **costi del personale :**

L'aggregato decrementa di **1 milione di €** rispetto alla previsione. Detto calo discende dall'applicazione delle disposizioni regionali sulla limitazione del turn over (con percentuale del 25% rispetto alle cessazioni) e limitatamente al solo personale sanitario. Nel 2014 rispetto alla cessazione di 56 unità si è proceduto all'assunzione di sole 14.

**incremento degli ammortamenti**: per **1,261 milioni di €** rispetto alla previsione per le motivazioni già rappresentate alla voce "quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio". Incide, inoltre, il termine dell'ammortamento di alcune attrezzature acquistate in passato con la fonte mutuo.

<b>AZIENDA OSPEDALIERA DI FERRARA</b>	<b>Previsione 2014</b>	<b>Consuntivo 2014</b>
<b>VALORE DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>CONTRIBUTI C/ESERCIZIO GESTIONE SANITARIA</b>	<b>62.983.895</b>	<b>78.426.901</b>
Contributi c/esercizio da FSR indistinti	24.663.195	64.608.481
Contributi c/esercizio da FSR Finalizzati	270.700	345.217
Contributi c/esercizio da FSN vincolati	-	12.620.591
Altri contributi c/esercizio	39.050.000	2.179.765
Rettifica contributi in c/esercizio da FSR indistinti	- 1.000.000	- 1.327.153
<b>PROVENTI E RICAVI D'ESERCIZIO</b>	<b>207.482.947</b>	<b>204.097.558</b>
da Az USL della Provincia (mobilità attiva)	158.215.170	161.589.002
da Az USL della Regione (mobilità attiva)	10.655.978	10.232.733
da Aziende di altre Regioni (mobilità attiva)	24.052.725	17.963.117
Attività libero professionale	5.513.580	5.125.114
altri proventi e ricavi	9.045.494	9.187.592
<b>RIMBORSI</b>	<b>7.445.962</b>	<b>6.730.542</b>
<b>COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA</b>	<b>6.232.142</b>	<b>6.129.128</b>
<b>STERILIZZAZIONE QUOTE AMMORTAMENTO</b>	<b>7.110.274</b>	<b>8.907.329</b>
<b>VARIAZIONE DELLE RIMANENZE</b>	-	-
<b>ALTRI RICAVI</b>	<b>1.041.540</b>	<b>1.531.277</b>
Ricavi da patrimonio immobiliare	19.625	24.157
Ricavi diversi	53.580	41.520
Plusvalenze ordinarie	2.000	-
Sopravvenienze attive ed insussistenze del passivo ordinarie	966.335	1.465.600
<b>TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE</b>	<b>292.296.760</b>	<b>305.822.735</b>
<b>PROVENTI FINANZIARI (interessi attivi)</b>	<b>15.819</b>	<b>9.140</b>
<b>PROVENTI STRAORDINARI (sopravvenienze straordinarie)</b>	<b>154.293</b>	<b>117.535</b>
<b>TOTALE RICAVI COMPLESSIVI</b>	<b>292.466.872</b>	<b>305.949.410</b>
<b>COSTI DELLA PRODUZIONE</b>		
<b>ACQUISTO BENI DI CONSUMO</b>	<b>59.510.810</b>	<b>60.467.746</b>
Beni sanitari	58.384.209	59.492.346
Beni non sanitari	1.126.601	975.400
<b>SERVIZI SANITARI</b>	<b>17.748.491</b>	<b>20.324.875</b>
Prestazioni di degenza ospedaliera		3.600
Prestazioni di specialistica ambulatoriale	1.411.000	1.966.216
Trasporti sanitari	3.768.732	4.073.281
Consulenze sanitarie	106.172	89.507
Attività libero professionale	4.377.100	4.042.659
Lavoro interinale e collaborazioni sanitarie	1.641.787	2.058.810
Altri servizi sanitari	6.443.700	8.047.862
Assegni sussidi e contributi	-	42.940
<b>SERVIZI NON SANITARI</b>	<b>67.279.458</b>	<b>61.480.164</b>
Manutenzioni	14.185.200	14.562.674
Servizi tecnici (ex servizi appaltati)	39.318.200	34.770.024
Consulenze non sanitarie	27.025	15.262
Lavoro interinale e collaborazioni non sanitarie	230.502	155.268
Utenze	7.210.000	6.235.701
Assicurazioni	2.415.210	2.429.190
Formazione	438.000	566.823
Organi istituzionali	562.113	512.350
Altri servizi non sanitari	2.893.208	2.232.872
<b>GODIMENTO DI BENI DI TERZI</b>	<b>6.131.941</b>	<b>6.126.395</b>
<b>COSTO DEL PERSONALE</b>	<b>127.950.505</b>	<b>127.487.622</b>
Personale dipendente OSPEDALIERO	122.469.405	121.784.219
Personale UNIVERSITARIO	5.481.100	5.703.403
<b>AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI</b>	<b>12.553.252</b>	<b>14.214.701</b>
<b>VARIAZIONE DELLE RIMANENZE DI BENI DI CONSUMO</b>	-	<b>495.610</b>
<b>ACCANTONAMENTI</b>	<b>223.448</b>	<b>2.586.716</b>
<b>ONERI DIVERSI DI GESTIONE</b>	<b>3.751.883</b>	<b>3.657.008</b>
Costi amministrativi	2.691.883	2.001.592
Sopravvenienze passive ed insussistenze dell'attivo ordinarie	1.060.000	1.655.416
<b>TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>295.149.788</b>	<b>296.840.837</b>
<b>ONERI FINANZIARI (interessi passivi)</b>	<b>425.334</b>	<b>477.400</b>
<b>ONERI STRAORDINARI (sopravvenienze straordinarie)</b>	-	-
<b>IMPOSTE</b>	<b>8.871.740</b>	<b>8.625.287</b>
IRAP personale dipendente	8.270.038	8.031.776
IRAP altro	431.702	440.517
ALTRE IMPOSTE	170.000	152.994
<b>TOTALE COSTI COMPLESSIVI</b>	<b>304.446.862</b>	<b>305.943.524</b>
<b>Scostamento Ricavi - Costi</b>	<b>- 11.979.990</b>	<b>5.886</b>

**DESCRIZIONE DETTAGLIATA SUI COSTI**

**Acquisto beni**

Nella spesa per acquisto beni incide la quota relativa ai farmaci somministrati sia in mobilità sia a rimborso interamente rimborsati dall'Aziende di residenza dei pazienti o da altri soggetti.

<b>FARMACI A DISTRIBUZIONE DIRETTA E DISPOSITIVI A RIMBORSO</b>	<b>PREVISIONE 2014</b>	<b>CONSUNTIVO 2014</b>
FARMACI IN MOBILITA' DA AZIENDA USL FE	22.915.170	22.323.203
FARMACI IN MOBILITA' DA AZIENDE DELLA REGIONE	1.650.705	1.649.240
FARMACI IN MOBILITA' DA AZIENDE DELLE ALTRE REGIONI	1.646.998	2.117.021
FARMACI A STRANIERI E ALTRI SOGGETTI	45.727	40.585
RIMBORSI PER CESSIONE BENI DI CONSUMO	1.678.616	1.672.581
<b>TOTALE</b>	<b>27.937.216</b>	<b>27.802.630</b>

Vista la notevole incidenza sul Bilancio Aziendale delle voci relative all'aggregato in oggetto l'Azienda Ospedaliera di Ferrara effettua un monitoraggio trimestrale sia aziendale sia per unità operativa ai fini di porre in atto eventuale azioni correttive ove vi siano situazioni di disallineamento rispetto ai budget, non giustificate da incrementi di attività programmati in sede di concertazione dei Budget stessi.



## **BUDGET AZIENDALE**

La base per la costruzione e successiva assegnazione degli obiettivi alle varie articolazioni aziendali è stata costituita dagli Obiettivi Regionali e dalle Linee Strategiche Aziendali così come sotto rappresentato.

### **OBIETTIVI REGIONALI**

*Equilibrio di Bilancio*

*Sicurezza delle cure/Gestione del rischio*

*Governo delle risorse umane*

*Governo dei processi di acquisto di beni e servizi*

*Gestione delle tecnologie*

*Controlli Sanitari*

*Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica e dei DM*

*Assistenza Specialistica ambulatoriale*

*Qualificazione e promozione dell'appropriatezza*

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

*Azioni di razionalizzazione in ambito ICT / flussi informativi*

*Qualità dell'assistenza*

*Assistenza Ospedaliera*

*Ricerca e Innovazione*

*Comunicazione / Equità e rispetto delle differenze*

*Trasparenza, prevenzione della corruzione*

### **LINEE STRATEGICHE AZIENDALI**

***Percorsi gestionali***

*maggior capacità di governo della spesa*

*processi di approvvigionamento dei materiali*

***Offerta sanitaria***

*dotazione annuale dei posti letto*

*sviluppo delle funzioni HUB*

*sviluppo per funzioni aziendali specifiche*

*accentramento nel nuovo Ospedale delle funzioni aziendali*

*offerta appropriata verso le case di cura private*

*ottimizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale*

*processi di integrazione (reti cliniche)*

***Appropriatezza***

*setting e prestazioni richieste per pazienti ricoverati*

*controllo della documentazione sanitaria*

*appropriatezza prescrittiva*

***Efficienza***

*organizzazione dell'attività di sala operatoria*

*utilizzo ottimale dei posti letto*

*gestione delle risorse umane*

*valutazione individuale*

***Qualità / Outcome / Rischio***

*indicatori di performance:*

- *revisione sistematica*
- *immissione regolare nel database aziendale,*
- *allineamento allo standard*

*Progetto SICHER – infezioni del sito chirurgico*

***Integrazione con l'Università***

*integrazione tra le funzioni assistenziali, la didattica e la ricerca*

***Processo di Accredimento***

*risoluzione delle criticità residue dopo le visite*

*sistematizzazione delle interfacce esterne*

Per l'anno 2014 sono stati assegnati e concertati già dai primi mesi dell'anno gli obiettivi dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Tali obiettivi sono stati articolati per le seguenti macro-aree specifiche per ogni singolo Dipartimento e per ogni Unità Operativa:

- Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza
- Governo della prescrizione farmaceutica
- Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità
- Performance clinica
- Accredimento
- Sviluppo dell'Attività di Ricerca

Per ogni macro area sono stati individuati obiettivi specifici calati nelle varie Unità Operative come si può rilevare dalla scheda, che si allega a titolo esemplificativo, per un Dipartimento.

Per ogni obiettivo sono stati definiti l'indicatore di misurazione, il target di riferimento, la/le struttura/e aziendali responsabili del monitoraggio e la frequenza del monitoraggio stesso.

Anche per i Dipartimenti Tecnico Amministrativi, le Direzioni amministrative e gli Uffici di Staff sono state formulati e concertati obiettivi che discendono dalle Linee strategiche Regionali e Aziendali e dall'impegno nel monitoraggio degli obiettivi dell'Area Sanitaria.

Le macro-aree individuate sono state le seguenti:

- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Governo della prescrizione farmaceutica
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Performance clinica
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Accredimento
- Aderenza alla Programmazione Regionale e Aziendale esplicitata nel Piano Azioni 2014 per quanto di competenza
- Aderenza alla Programmazione Aziendale 2014 - rispetto dei vincoli economici e di produzione
- Comunicazione e informazione sugli obiettivi regionali, aziendali e dipartimentali
- Attuazione della normativa in tema di prevenzione, corruzione e trasparenza per quanto di competenza
- Flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali
- Unificazione contrattualistica tra le due Aziende (OSP e USL)
- Riorganizzazione delle funzioni Omogenee Interaziendali del Dipartimento
- Efficienza ed Economicità
- Controllo informatico delle attività in concessione e gestione

- Sviluppo dei progetti di Area Vasta
- Descrizione specifica dei ruoli e delle responsabilità dei dirigenti nel settore Tecnico Amministrativo e di Staff

Mensilmente e/o trimestralmente, vengono fornite tutte le informazioni necessarie per la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi relativi alle aree Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza, Governo della prescrizione farmaceutica ed Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità.

Infatti il monitoraggio complessivo degli obiettivi dei Dipartimenti ad attività integrata ha una frequenza mensile/trimestrale per i dati di attività e costi, trimestrale/semestrale per gli ambiti organizzativo-qualitativi e di ricerca. Il monitoraggio delle attività e dei costi viene effettuato attraverso la pubblicazione sul sito intranet di tutta la reportistica suddivisa per Dipartimento e Unità Operativa.

È stato effettuato il processo di verifica dei risultati ottenuti, per tutti gli obiettivi concertati. Il processo di verifica e valutazione è stato condotto dall'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) Regionale. L'OAS ha condotto il processo supportato dalla Programmazione e Controllo di Gestione che ha coordinato la verifica da parte di tutti gli attori responsabili del monitoraggio di ciascun obiettivo. Sono state richieste spiegazioni specifiche alle UUOO o ai Servizi Tecnico Amministrativi sulle criticità emerse alla prima verifica. Tali spiegazioni erano propedeutiche per conclusione del processo di valutazione. Il quadro definitivo risultato è stato sottoposto anche al parere ultimo della Direzione.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi relativi agli ambiti dell'Attività Appropriatezza Efficienza, Economicità, Governo della spesa farmaceutica può attualmente essere così sintetizzato:

<b>Mobilità Attiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diverse UUOO hanno mostrato un incremento del potere di Attrazione sull'attività di Ricovero (Neurologia, Terapia intensiva Neonatale, Clinica Chirurgica, Reumatologia, Ostetricia Ginecologia, Fisiopatologia dell'Apparato Vascolare periferico, Pneumologia, Chirurgia Pediatrica, Genetica)</li> <li>• Alcune UUOO (Chirurgia Vascolare, ORL, Ematologia, Pediatria Universitaria) non hanno incrementato in misura richiesta dall'obiettivo la Mobilità attiva per una prevalenza dell'utenza provinciale nella casistica programmabile o per riduzione del bacino di utenza previsto (avvenuta durante l'anno) o per effetti di rimodulazioni organizzative interne al servizio.</li> <li>• Si è osservata una lieve crescita nella mobilità della specialistica ambulatoriale</li> <li>• per l'UO Unità Gravi Cerebrolesioni non si sono realizzate alcune condizioni logistico-tecnologiche necessarie per ottenere l'incremento del potere di attrazione previsto</li> <li>• Gli accordi di fornitura infraRER hanno penalizzato l'incremento di produzione di diverse UUOO di cui sopra, perché non considerate centri HUB</li> </ul>
<b>Economicità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al netto di alcune situazioni in cui sussistono ancora margini di miglioramento, tutte le UUOO seguono correttamente le nuove procedure informatizzate di esecuzione degli ordini di beni in transito</li> <li>• l'incremento di spesa è sempre avvenuto in rapporto all'incremento di produzione e (per i beni in transito) o comunque sempre previa propedeutica autorizzazione (successiva ad adeguata spiegazione) della Direzione Sanitaria.</li> <li>• Non si sono rilevate inadempienze o in appropriatezze nel processo di richiesta di Dispositivi Medici</li> <li>• Nel corso dell'anno in alcune UUOO sono emerse situazioni di incrementi di spesa considerate inappropriate: è stato chiesto il rientro e l'applicazione di presidi efficaci sull'appropriatezza</li> <li>• alcune UUOO hanno presentato un tendenziale incremento della spesa per prodotti in</li> </ul>

	<p>scorta (medicazioni, sacche NPT, antimicrobici), spiegate attraverso l'istruttoria finale condotta sul raggiungimento degli obiettivi: le cause principali erano legate all'incremento di attività o alla gestione di casi complessi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pur essendo in larga misura allineato all'andamento della produzione, l'incremento della spesa per beni impatta negativamente sul bilancio poiché il corrispondente incremento di produzione è relativo quasi esclusivamente alla casistica provinciale, rientrante nel patto di fornitura (blindato) con AUSL.</li> </ul>
<b>Appropriatezza e controlli sanitari (NAC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la percentuale di DH medici diagnostici è diminuita sensibilmente (dal 22 al 15%) grazie principalmente alle azioni correttive messe in atto direttamente dalle UUOO col supporto del Controller.</li> <li>• tutte le UUOO hanno risposto tempestivamente alla richiesta di motivazioni e approfondimenti rispetto alle criticità rilevate attraverso il controllo della documentazione sanitaria (appropriatezza dei ricoveri, compilazione della cartella clinica)</li> <li>• Si registra un incremento generalizzato dell'attività di DH-DS, in parte legati alle particolarità cliniche e assistenziali dell'utenza gestita attraverso tali setting.</li> </ul>
<b>Adempienze informative (Programma sale operatorie Ormaweb)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutte le UUOO chirurgiche stanno utilizzando il nuovo programma informatico di gestione delle sale operatorie</li> <li>• Diverse UUOO che utilizzano il programma hanno presentato la non completezza dell'immissione dei dati come da obiettivo. A tal proposito sono già state compiute azioni di approfondimento analitico del fenomeno che hanno evidenziato che l'inadempienza non è legata ad un insufficiente presidio, ma ad una necessità di ottimizzazione della parte formativa e di alcune componenti informatiche sull'utilizzo dello strumento.</li> </ul>
<b>Governo della Spesa Farmaceutica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stretto controllo, da parte della Farmacia, sull'appropriatezza della spesa dei prodotti in scorta</li> <li>• È stato avviato il progetto sull'informatizzazione delle richieste dei prodotti in scorta con indicatori relativi alla disponibilità effettiva rilevata, in relazione al budget concertato.</li> <li>• Si registrano criticità in merito all'utilizzo di antimicrobici e pur migliorando rispetto allo storico, gli indicatori specifici in tale ambito non si rivelano attualmente allineati ai traguardi concertati (es rapporto spesa Teicoplanina/Vancomicina o rapporto fluorchinolonici ev/os ecc). Tale condizione è già stata affrontata analiticamente dalla Farmacia in collaborazione con gli Infettivologi: le prescrizioni erano legate a casi complessi e non svincolati dal presidio dell'appropriatezza.</li> </ul>

Sul versante della Qualità dell'assistenza e della Performance clinica, va sottolineato che nel corso del 2014 si è concluso il processo di Accredimento del nuovo Ospedale. Tale processo è stato condotto con nuove modalità: in primis il fatto che è stato sviluppato un sistema di accreditamento anche "trasversale" e non solo settoriale, come ad esempio l'accreditamento della piastra operatoria, della piastra ambulatoriale e della Direzione stessa.

Sul versante dell'integrazione con l'Università e la Ricerca sono stati descritti i piani dipartimentali di ricerca, nati dall'esigenza di implementare progetti di dipartimento e non solo di singola unità operativa. Ogni dipartimento, inoltre, ha elaborato un aggiornamento di un importante documento di integrazione tra Ospedale e Università istituito in seno al Comitato di Indirizzo.

Nel complesso gli obiettivi sono stati sostanzialmente raggiunti; la maggior parte delle criticità rilevate in prima verifica presentavano motivazioni oggettive tecnicamente accoglibili.

Le UUOO che al termine dell'istruttoria presentano alcuni obiettivi non pienamente raggiunti sono 5. Si è trattato di obiettivi prevalentemente di tipo qualitativo-organizzativo.

# RELAZIONE SULLO STATO DI **INTEGRAZIONE** **OSPEDALE-UNIVERSITÀ**

A CURA DEL **COMITATO DI INDIRIZZO**

Arcispedale **Sant'Anna**



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
- EX LABORE FRUCTUS -

Report a cura del Comitato di Indirizzo, approvato nella seduta del 15 Luglio 2015.

Componenti il Comitato di Indirizzo:

Dr. Franco Riboldi (Presidente), Prof. Enzo Cassai, Dr. Dario Pellizzola, Prof. Leonardo Trombelli, Prof.ssa Emidia Vagnoni

Responsabile scientifico:

Prof.ssa Emidia Vagnoni

Il tema dell'integrazione tra strutture del Servizio sanitario regionale e Università costituisce un aspetto di rilevanza strategica, sia per le aziende e le istituzioni direttamente coinvolti, sia per il contesto territoriale e la popolazione di riferimento. L'integrazione, spesso colta e discussa solo sul fronte delle risorse messe in comune per specifici obiettivi di interesse delle parti coinvolte, genera un processo continuo di scambio di conoscenza, di apprendimento, tale da recare beneficio sia all'attività di assistenza, sia alle attività di ricerca e didattica, tutte caratterizzanti un'azienda ospedaliero-universitaria.

La conoscenza, dunque costituisce, la risorsa che più di altre determina gli effetti del grado di integrazione nei diversi ambiti di assistenza, ricerca e didattica. I processi di accumulo di conoscenza, tuttavia, costituiscono aspetti di carattere intangibile nel management di una struttura sanitaria, e pertanto, di non facile valutazione. Non solo, questi spesso non sono noti, poiché riconducibili ai singoli professionisti, e risultano difficili da visualizzare, da condividere, da gestire.

Partendo da tali considerazioni, il presente report intende contribuire a rappresentare i fattori determinanti i processi di integrazione nel contesto dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Sant'Anna di Ferrara. A tal fine, mutuando dalla letteratura economico-manageriale il framework del Capitale Intellettuale, il report propone di leggere il grado di integrazione tra struttura del SSR e università mediante un'analisi del a) capitale umano, b) del capitale relazionale, c) del capitale interno. Più nello specifico, dopo aver analizzato il grado di integrazione con riferimento agli aspetti strategici e agli attori della governance dell'Azienda, il report focalizza l'analisi sulle conoscenze e caratteristiche insite nelle numerose professionalità presenti in Azienda, nonché nei cosiddetti percorsi di carriera. Gli incarichi attribuiti a specifici professionisti delineano competenze manageriali, organizzative, clinico-

assistenziali particolarmente rilevanti nella gestione dell'Azienda e peculiari della stessa (capitale umano). In secondo luogo, poi, il report analizza le relazioni che i professionisti dell'Azienda (dirigenti medici ospedalieri e universitari convenzionati) sviluppano con il contesto esterno (altre aziende del SSN, società scientifiche e associazioni professionali, imprese e istituzioni, etc.) per ragioni di ricerca, di assistenza, di didattica (capitale relazionale). Infine, vengono analizzati gli output generati dall'articolata interazione di professionisti ospedalieri e universitari in convenzione, che indipendentemente da questi rimangono all'interno dell'Azienda e consentono a questa di generare valore (capitale interno). Il report sviluppa tale analisi cercando di delineare i contributi delle due componenti, ospedaliera ed universitaria, e le interazioni.

Infine, dopo sintetiche considerazioni finali, viene presentata una tabella di sintesi riferita ad alcuni indicatori che nel tempo potrebbero consentire di monitorare il grado di integrazione.





## GOVERNANCE E STRATEGIA

Pag. 9

### GOVERNANCE

Direttore Generale  
Collegio di Direzione  
Comitato di Indirizzo  
Collegio Sindacale  
Comitato Etico

### STRATEGIA

Programmazione RU e professionali  
Investimenti  
Ricerca Scientifica  
Altri ambiti di indirizzo

## CAPITALE UMANO

15

Le Professionalità	16
I Percorsi di Carriera	19
I professionisti in convenzione	21
I medici in formazione	22
I dottorandi	25
Gli assegnisti di ricerca convenzionati	26

## CAPITALE RELAZIONALE

27

Relazioni con Commissioni Regionali, Nazionali e Internazionali	28
Relazioni con Associazioni e Società Scientifiche	29
Spin-off	30
Relazioni con l'Azienda Sanitaria di Ferrara	32
Relazioni con la componente universitaria non in convenzione con il SSR, nei corsi di studio	37
Relazioni con il Contesto Sociale e il Volontariato	39

## CAPITALE INTERNO

41

<i>I risultati dell'attività di ricerca:</i>	pag.42	<i>Gli output del processo didattico</i>	pag.71
Pubblicazioni scientifiche		La formazione di medici,	
Brevetti		odontoiatri e professionisti sanitari	
<i>I processi di generazione di conoscenza:</i>	pag.44	<i>Gli output assistenziali</i>	pag.73
Le attività seminariali		I Percorsi Diagnostico-Terapeutici	
I Progetti		Gli ambulatori dedicati	
<i>Le ricadute assistenziali dell'attività di ricerca:</i>	pag.48		
Esperienze			
Il Tecnopololo LTTA			
Linee guida e protocolli			
Registri malattia			



*L'analisi della struttura di governance dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Sant'Anna permette di osservare sia un'integrazione istituzionale, sia un'integrazione sostanziale. L'integrazione istituzionale è il risultato dell'effetto prodotto dal contesto normativo di riferimento che prevede l'interazione tra università e sanità nella definizione della composizione degli organi d'Azienda.*

*In tal senso, osservando il vertice aziendale, l'interazione tra università e sanità si realizza in particolar modo nel processo di scelta del Direttore Generale, nella composizione del Collegio di Direzione e del Comitato di Indirizzo, nella individuazione dei componenti il Collegio Sindacale e il Comitato Etico.*

*Con riferimento all'Azienda Ospedaliero – Universitaria Sant'Anna, l'integrazione istituzionale genera un positivo riverbero sulle attività di programmazione strategica che vedono impegnati, in primis, i vertici dell'Azienda.*

*La programmazione strategica è il risultato di un processo decisionale che prende avvio dall'analisi delle caratteristiche interne ed esterne all'Azienda; al riguardo, l'interazione tra l'Azienda e l'Università è particolarmente contributiva nelle aree inerenti (1) le risorse umane e professionali, (2) gli investimenti, (3) le attività di ricerca e sviluppo.*

*L'attuazione della c.d. Riforma Gelmini dell'università, ha dato luogo alla costituzione della Scuola di Medicina, che costituisce sul versante dell'università il principale attore nel rapporto con l'Azienda del SSR. La Scuola di Medicina dell'ateneo di Ferrara è articolata in tre dipartimenti universitari:*

*il Dip.to di Morfologia, Chirurgia e Medicina Sperimentale,*

*il Dip.to di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche,*

*il Dip.to di Scienze Mediche.*



## ***L'organizzazione della sanità provinciale***

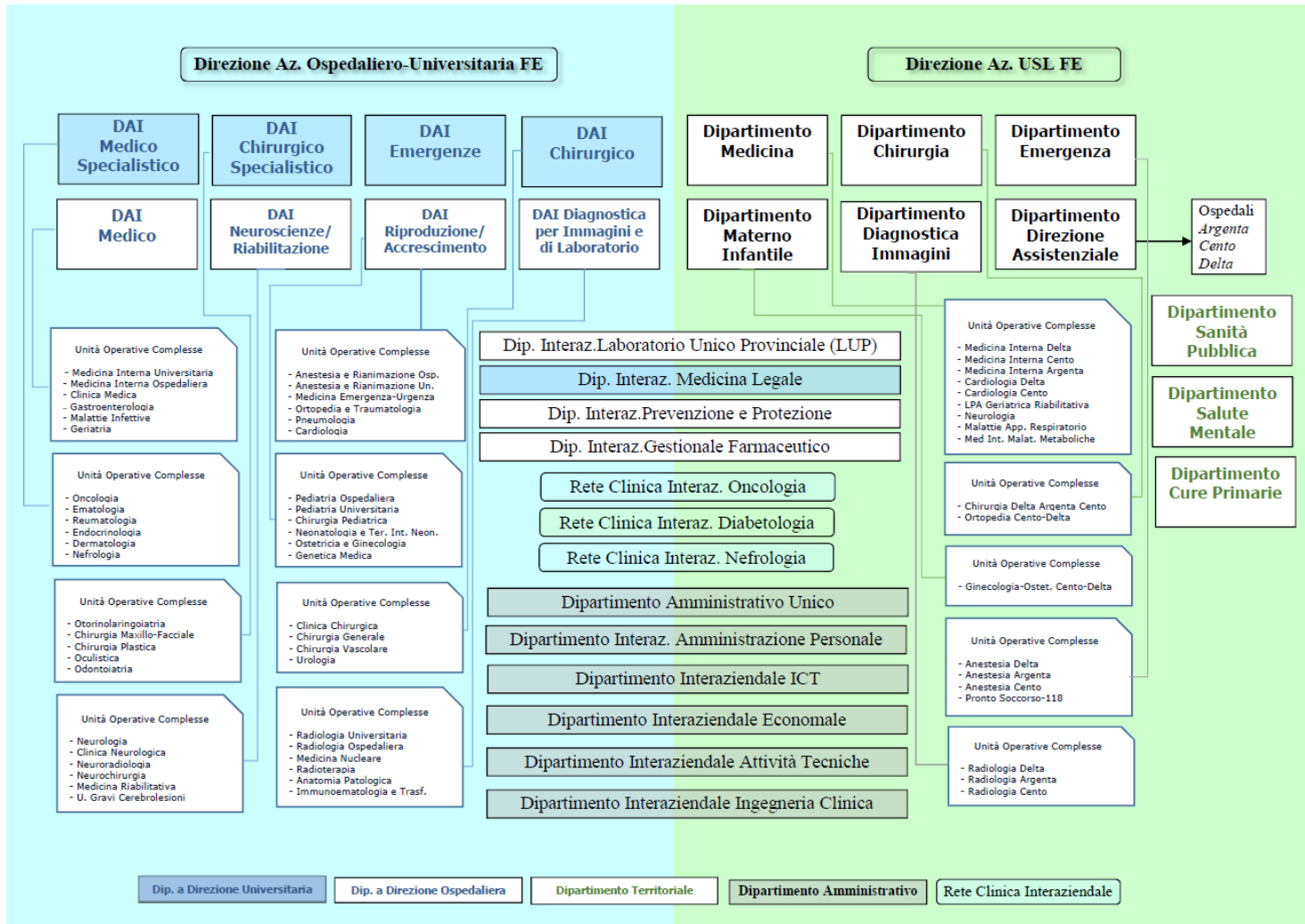
*L'attività dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna si inserisce nel contesto della sanità della Provincia di Ferrara. La realtà provinciale vede 358.116 residenti (dato al 1.1.2013), e presenta un trend decrescente della popolazione. La densità abitativa è molto eterogenea nel territorio provinciale, il quale si articola in tre distretti: distretto Centro-Nord, distretto Sud-Est, distretto Ovest. Tuttavia, prescindendo dalle caratteristiche delle singole aree distrettuali, la densità media dei residenti della Provincia (pari a 136,1/Kmq) è inferiore alla media della Regione Emilia Romagna (202,1/Kmq).*

*Malattie cardiovascolari per la popolazione femminile e tumori per la popolazione maschile costituiscono le principali cause di morte, in entrambi i casi con percentuali superiori alla media della Regione.*

*L'articolazione dell'offerta dei servizi sanitari sul territorio vede, oltre alla presenza dell'AOU:*

- *I presidi ospedalieri (Cento, Argenta, Pontelagoscuro)*
- *Le Case della Salute*
- *I Servizi Territoriali, quali i consultori pediatrico e familiare, i Nuclei di Cure Primarie, i Poliambulatori, i Servizi per le dipendenze patologiche, i Servizi Assistenziali Socio Sanitari Integrati, i Centri Diurni per Anziani, i Centri di Salute Mentale, i Gruppi Appartamento della Salute Mentale, i Centri Diurni della Salute Mentale*
- *Le altre Residenze Sanitarie, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali, le Case Protette, le Residenze Sanitarie Psichiatriche, gli Hospice.*

*L'offerta di servizi e prestazioni sanitarie, così come i relativi processi amministrativi, hanno visto una progressiva convergenza tra le due aziende, AOU e Azienda USL, dando luogo a realtà organizzative integrate e a reti cliniche, come evidenziato dalla successiva figura.*





L'analisi dell'assetto di governance permette di mettere in luce il contributo che, a livello decisionale, viene apportato dalla componente universitaria. Risulta quindi interessante comprendere quali siano i rapporti fra Ospedalieri ed Universitari negli organi decisionali.

**1. Direttore Generale:** Il Direttore Generale è nominato dalla Regione d'intesa con il Rettore dell'Università; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. È coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario e dal Collegio di Direzione. Il Direttore Generale è scelto fra i laureati con esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso di selezione. I protocolli d'intesa tra Regione e Università disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività dei Direttori Generali e le relative procedure di conferma e revoca. (D. Lgs. 517/99 e 502/92)

**2. Collegio di Direzione:** Il Collegio di Direzione è l'organo di cui il Direttore Generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici; è coinvolto nell'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché nell'organizzazione e lo sviluppo dei servizi.

Si compone di: Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori di Dipartimenti ad Attività Integrata, Direttore della Direzione Medica di Presidio, Direttore della Farmacia Ospedaliera, Direttore della Direzione delle Professioni. (D. Lgs. 517/99)

*Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara:*

<i>Numero di Dipartimenti a direzione Ospedaliera</i>	<i>Numero di Dipartimenti a direzione Universitaria</i>
4	4

3. **Comitato di Indirizzo:** L'organo di indirizzo ha il compito di proporre iniziative per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica delle Università e di verificare la corretta attuazione della programmazione. La composizione dell'organo di indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, è stabilita nei protocolli d'intesa tra Regione e Università. Il presidente è nominato dalla Regione d'intesa con il Rettore, mentre i componenti sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari; essi durano in carica 4 anni e possono essere confermati. Il Comitato di Indirizzo si compone di: Presidente, Delegato del Rettore alla Sanità (in sostituzione del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, ex. L. 240/2010), un membro designato dal Rettore dell'Università, due membri designati dalla Regione. (D. Lgs. 517/99).

4. **Collegio Sindacale:** Il Collegio Sindacale verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa, riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'Azienda Ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei Sindaci o al Sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente. Il collegio sindacale dura in carica tre

anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei Sindaci; per le Aziende Ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel Registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. (D. Lgs. 502/92).

5. **Comitato Etico:** Il Comitato Etico è un organismo indipendente, costituito da professionisti medici o scientifici e membri non medici o scientifici con la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in uno studio clinico e di fornire pubblica garanzia di tale protezione. Tale struttura è responsabile, tra l'altro, di effettuare la revisione e di dare parere favorevole relativamente al protocollo di studio, alla idoneità degli sperimentatori, delle strutture, nonché ai metodi ed al materiale da impiegare per ottenere e documentare il consenso informato dei partecipanti allo studio clinico. Date le sue finalità la composizione del Comitato Etico vede una significativa presenza di componenti non dipendenti dalla istituzione che si avvale del Comitato e di componenti estranei alla professionalità medica e alle professionalità tecniche correlate. I componenti del Comitato Etico sono nominati dall'organo di amministrazione delle strutture sanitarie o di ricerca che intendono eseguire sperimentazioni e restano in carica 3 anni. (D.M. 18/03/1998).

\*\*\*



Oltre agli organi istituzionali sopra citati, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna si è dotata di una struttura organizzativa interna che conferma la rilevanza della condivisione nel processo di governance. Di fatto, il riferimento a due organismi quale il Board della Ricerca e il Gruppo dei Referenti per la Qualità permette di evidenziare ulteriormente il grado di integrazione che è stato perseguito dal punto di vista istituzionale e sostanziale.

**6. Board Aziendale per la Ricerca e l'Innovazione.** Il Board è istituito in linea con le disposizioni della Regione Emilia Romagna (Delibera di Giunta regionale n. 1066 del 27/07/2009) che annoverano la ricerca come attività istituzionale del SSR. Il Board aziendale per la ricerca è nominato dal Direttore Generale su proposta del Collegio di Direzione, in relazione ai compiti di proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e valorizzazione dei servizi, delle attività di ricerca e innovazione, delle risorse umane e professionali, come previsto dalla L.R. n. 29/2004. Il Board fornisce al Collegio di Direzione il supporto per l'elaborazione di piani aziendali per la ricerca e l'innovazione al fine di promuovere i progetti di ricerca aziendali ed esercitare una funzione di osservazione sul potenziale impatto di carattere organizzativo, gestionale etico, delle iniziative di ricerca sull'operatività dei servizi. Degli 11 componenti il Board, 5 sono universitari e 6 ospedalieri, denotando un equilibrio e un buon grado di integrazione anche in tale contesto.

**7. Gruppo dei Referenti per la Qualità.** I Referenti Qualità costituiscono il raccordo tra Ufficio Qualità Aziendale e Dipartimenti /UU.OO su aspetti organizzativi e metodologici, è su questi che primariamente si incentra il trasferimento a dipartimenti/UUOO di metodologie e tecniche per lo sviluppo, la gestione ed il miglioramento del Sistema Qualità delle singole strutture. Inoltre, i referenti per la qualità hanno il ruolo di supportare la direzione del dipartimento nello sviluppo, nel coordinamento e nell'implementazione del Sistema Qualità per quanto attiene agli aspetti Dipartimentali. Periodicamente, sulla base di un programma concordato, l'Ufficio Qualità organizza momenti di confronto con i Referenti Qualità per raccogliere problematiche e/o fornire indicazioni. Dei 17 componenti il Gruppo dei Referenti per la Qualità, 3 sono universitari e 14 sono ospedalieri.

### *Risorse Umane e Professionali*

### *Investimenti*

### *Ricerca*

### *Altri Ambiti di Indirizzo*

**N**el rispetto di un approccio sostanziale alla governance dell'AOU, il Direttore Generale dell'Azienda e il Rettore dell'Università sono impegnati in un processo sinergico che ha per oggetto diversi temi.

***Risorse Umane e Professionali:*** Quanto alla programmazione delle risorse umane, l'Università realizza un'attenta programmazione del personale accademico in considerazione sia delle esigenze espresse dalla Scuola Medica, sia delle esigenze assistenziali poste in evidenza dall'Azienda. Tale aspetto è stato ritenuto tanto più rilevante, quanto più severi sono stati i provvedimenti inerenti il blocco del turn-over nelle strutture pubbliche. Nel corso del triennio 2012-2014, l'Università ha reclutato 12 nuovi accademici nell'ambito dei dipartimenti afferenti alla Scuola di Medicina, e sostenuto il passaggio alla posizione di professore associato da parte di 4 ricercatori, tutti aventi un rilevante ruolo sul fronte assistenziale, riconosciuto attraverso la convenzione con il SSR.

***Investimenti:*** La programmazione degli investimenti è un'altra area che vede ampia collaborazione tra Direzione aziendale e vertice dell'Università.

L'interazione è stata particolarmente significativa nell'allocatione degli spazi della nuova sede ospedaliera (nel periodo antecedente il trasloco che ha avuto avvio nel giugno 2012), in particolare gli spazi dedicati ai laboratori, funzionali sia alle esigenze assistenziali, sia alle esigenze di ricerca dell'università, e gli spazi dedicati alla didattica. Il costante lavoro di collaborazione ha permesso di definire spazi didattici per il triennio clinico nei plessi dell'attuale sede dell'Azienda, e di programmare la costruzione da parte dell'Università di una struttura adibita all'attività didattica (investimento già deliberato).

***Ricerca:*** Le attività di ricerca condotte nell'ambito della Scuola Medica hanno particolare rilevanza poiché contribuiscono sia a migliorare le performance dell'Ateneo, sia a migliorare i processi assistenziali posti in essere dall'Azienda. Al riguardo, alcuni risultati sono riportati nel presente Report, mentre per una visione più ampia della componente accademica di area medica si rimanda ai recenti risultati della Valutazione Quinquennale della Ricerca (VQR), pubblicati sul sito dell'ANVUR.

**Altri Ambiti di Indirizzo:** La collaborazione tra università e azienda ospedaliero-universitaria riguarda anche altri ambiti, intorno ai quali vengono definiti comuni indirizzi. Il tema della sostenibilità, al centro di molte azioni intraprese dall'Ateneo, costituisce un ambito di interazione che vede sforzi comuni per la definizione di azioni di sostenibilità anche con riferimento all'AOU, per quanto attiene alla sostenibilità energetica.

Nel complesso, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha fattivamente attuato il passaggio da logiche di governo di tipo tradizionale a logiche di *governance*. Oltre gli aspetti formali, sopra citati, il rapporto tra l'Azienda e l'Università è da ricondursi ad un clima spesso informale ispirato da obiettivi condivisi. Il riverbero della positività del clima aziendale trova anche riscontro nella valutazione del CdS di Medicina e Chirurgia realizzata a seguito di una Site Visit da parte della commissione visitatrice definita dalla Conferenza permanente dei presidenti di consiglio di CdLM in Medicina e Chirurgia. A conclusione della relazione, infatti, la commissione visitatrice, nel 2012, riferiva "(...) l'immagine complessiva di un Corso di Laurea di media dimensione, che persegue la qualità della didattica grazie a strutture didattiche e di ricerca già in parte aggiornate e una politica di investimenti e rinnovamento per quanto riguarda le funzioni assistenziali".

Pertanto, l'esigenza di porre in essere processi che permettano di raggiungere sostanziali risultati ha favorito il superamento dei tradizionali formalismi burocratici, spesso vincoli nell'attuazione di strategie delle amministrazioni pubbliche. Della cordialità nei rapporti, e dell'informalità degli stessi, beneficia il percorso di definizione dell'orientamento strategico aziendale.



*Le Professionalità*

*I Percorsi di Carriera*

*I professionisti in convenzione*

*I medici in formazione*

*I dottorandi*

*Gli assegnisti di ricerca convenzionati*

**I**l Capitale Umano è riferito all'insieme delle risorse a disposizione dell'AOU che esprimono l'entità della conoscenza di cui l'azienda dispone (si veda la sintesi in tabella 1.1).

Il capitale umano può essere ricondotto sia alle professionalità che operano in azienda, sia ai percorsi di carriera attraverso cui si esprimono le conoscenze specialistiche ed elevate di cui l'Azienda dispone nell'organizzazione dei processi assistenziali ed amministrativi.

L'integrazione tra sanità e università consente di evidenziare la forte peculiarità dell'AOU in termini di professionalità impegnate nei processi operativi interni. L'università, infatti, partecipa ai processi operativi dell'Azienda sia attraverso accademici in convenzione con il SSR e personale tecnico e amministrativo, sia attraverso medici in formazione specialistica e dottorandi. Professionisti questi ultimi che necessitano della struttura ospedaliera per sviluppare l'attività di ricerca e per dare compimento al proprio percorso di formazione, pertanto hanno un impatto sui processi assistenziali, e nel contempo sono anche il risultato di un processo di formazione che vede impegnate le due componenti: universitaria e ospedaliera.

## Le Professionalità

Il numero complessivo dei medici in formazione specialistica, pari a 475, assume particolare rilievo sia quando rapportato agli universitari convenzionati (95) - poiché si evidenzia un rapporto di 4,9 medici in formazione specialistica per ciascun universitario convenzionato - sia quando rapportato al numero dei dirigenti medici ospedalieri (360) poiché si evidenzia un rapporto superiore a 1 in termini di medici in formazione specialistica per dirigente medico ospedaliero.

L'integrazione Azienda-Università non si esaurisce con il riferimento al personale medico, ma si esprime anche attraverso professionalità quali

tecnici universitari (nella misura di 38) che consentono di dare supporto sia ad attività di ricerca, sia ad attività assistenziali, e impiegati dell'università che prestano la propria professionalità su processi amministrativi di supporto al processo primario integrato di ricerca, assistenza e didattica.

Infine, la professionalità dei dottorandi (42) permette di realizzare un ulteriore ambito di integrazione tra attività di ricerca ed attività assistenziale. I progetti di ricerca scientifica nei quali i dottorandi sono impegnati prevedono quasi sempre un'interazione di questi con il processo di diagnosi, terapia e cura, dunque con i pazienti dell'Azienda.

Tabella 1.1: Potenzialità Professionali Interne

Tipologia Professionisti	Numero
Medici Ospedalieri Dipendenti	360
Dirigenti Professioni Sanitarie	3
C.P.S. Esperti Infermieri e Infermieri	1.079
O.S.S., O.T.A.S., O.T.A.S.S., O.T.A.	281
C.P.S. Esperti Tecnici Sanitari e Tecnici Sanitari	231
Dirigenti Non Medici Ruolo Sanitario	40
Dirigenti Amministrativi, Professionali e Tecnici	21
Personale Comparto Amministrativo e Tecnico	292
Universitari Convenzionati	95
Tecnici Universitari	38
Impiegati dell'Università di Ferrara	27
Assegnisti di Ricerca convenzionati	17
Medici in Formazione Specialistica UniFe	309
Medici in Formazione Specialistica Scuole Aggregate/Federate	86
Medici in Formazione Specialistica Sovrannumerari + Militare posto aggiunto	7
Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia <sup>o</sup>	73
Dottorandi*	42

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

\* Sono indicati i soli dottorandi che svolgono attività di ricerca nelle strutture dell'AOU, come indicato dagli stessi Coordinatori di Dottorato.

<sup>o</sup> La Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia non è parte dell'Accordo Attuativo Locale, ma è prevista una convenzione con l'Azienda Usl.

La tabella 1.2 *a* rappresenta la configurazione della responsabilità di direzione del personale dirigente in relazione alla natura del DAI, ospedaliero o universitario. Pertanto, escludendo il totale dei biologi, 31 universitari convenzionati si trovano in DAI a direzione ospedaliera e 42 in DAI diretti da universitari, mentre 187 dirigenti ospedalieri si colloca in DAI diretti da universitari contro i 155 in DAI diretti da ospedalieri. Infine, il grado di integrazione realizzato attraverso professionalità tecniche e amministrative risulta sintetizzato nella tabella 1.2 *b*.

In tal senso, 65 professionalità dell'ambito tecnico-amministrativo dell'università svolgono la propria attività negli otto DAI, nel Dipartimento Strutturale Interaziendale di Medicina Legale e presso l'ufficio Sanità.

Le professionalità in argomento operano sia nell'area socio-sanitaria, sia nell'area dei servizi tecnici, sia nell'amministrazione.

Nel 68% dei casi (n. 44) l'attività è svolta in regime di convenzione, soprattutto con riferimento alle professionalità operanti nelle aree socio-sanitaria e tecnica.

Tabella 1.2 *a*: Dirigenti medici e non (ospedalieri e universitari) in DAI a direzione Ospedaliera e in DAI a direzione Universitaria

Strutture Organizzative	Direzione	Personale dirigente	Di cui	
			Ospedalieri	Universitari
DAI Chirurgico	U	35	26	
DAI Chirurgico Specialistico	U	34	23	
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio*	O	49		8
DAI Emergenze	U	114	103	
DAI Medico	O	53		10
DAI Medico Specialistico*	U	50	37	
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	O	44		5
DAI Riproduzione/Accrescimento*	O	62		14
Staff Direzione Generale		2	2	
Direzione Medica di Presidio		7	7	
Dip.to Interaziendale Strutturale Prevenzione e Protezione		4	2	2
Dip.to Interaziendale Strutturale di Medicina Legale		5	3	2
Dip.to Interaziendale Strutturale Laboratorio Unico Provinciale		13	11	2
Dip.to Farmaceutico Interaziendale		2		2
<b>TOTALE</b>		<b>474</b>	<b>385</b>	<b>89</b>

Fonte: Programmazione Risorse Umane e Rilevazioni Statistiche Personale Universitario, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

\* Sono inclusi anche i dirigenti Biologi sia ospedalieri che universitari.

Tabella 1.2 *b*: Personale Tecnico – Amministrativo dell'Università in Convenzione e non in Convenzione al 31/12/2014

Strutture Organizzative	Area Socio – Sanitaria		Area Tecnica		Area Amministrativa		Area Servizi Generali		Biblioteca		Totale	
	Conv.	Non Conv.	Conv.	Non Conv.	Conv.	Non Conv.	Conv.	Non Conv.	Conv.	Non Conv.	Conv.	Non Conv.
DAI Chirurgico	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	2
DAI Chirurgico Specialistico	6	0	1	0	1	3	0	1	0	0	8	4
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	6	2	1	0	0	2	0	0	0	0	7	4
DAI Emergenza	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0	3	3
DAI Medico	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1
DAI Medico Specialistico	2	1	2	0	1	1	0	0	0	0	5	2
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1
DAI Riproduzione/Accrescimento	5	0	1	0	2	1	0	0	1	0	9	1
Dip.to Interaziendale Strutturale di Medicina Legale	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1
Attività Amministrative Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0	4	2
TOTALE	27	4	6	0	10	16	0	1	1	0	44	21

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara



## I Percorsi di Carriera

L'Azienda Ospedaliero – Universitaria esprime 56 incarichi in ambito assistenziale, attribuiti a personale Universitario convenzionato e 134 incarichi attribuiti a personale Ospedaliero, per un totale di 190 (si vedano le tabelle 1.3 e 1.4). L'integrazione tra università e azienda del SSR si realizza anche nell'articolazione delle responsabilità connesse alle diverse entità organizzative (struttura complessa, struttura semplice dipartimentale, struttura semplice dell'U.O., incarichi professionali ad alta specializzazione,

incarichi professionali di particolare qualificazione, ed incarichi funzionali). Agli incarichi menzionati corrisponde, in modo diversificato, lo sviluppo di attività di coordinamento di risorse umane e strumentali, di processi e attività, nonché la gestione di budget e il monitoraggio dei consumi di risorse e dei risultati. In tal senso i professionisti impegnati negli incarichi delineati esprimono competenze e abilità specifiche che conferiscono efficacia alla progettazione organizzativa realizzata in seno all'Azienda.

Tabella 1.3: Livello di diversificazione degli incarichi dirigenziali e composizione organizzativa di comparto al 31/12/2014

<b>Incarichi Attribuiti a Universitari</b>						
<b>Strutture Organizzative</b>	<i>Struttura Complessa</i>	<i>Struttura Semplice Dipartimentale</i>	<i>Struttura Semplice U.O.</i>	<i>Professionali ad Alta Specializzazione</i>	<i>Professionali a Particolare Qualificazione</i>	<i>Funzionale Dipartimentale</i>
DAI Chirurgico	2	0	2	5	0	0
DAI Chirurgico Specialistico	3	0	1	2	2	0
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	1	1	2	0	2	0
DAI Emergenza	3	0	2	0	1	0
DAI Medico	3	0	0	1	2	1
DAI Medico Specialistico	4	0	1	1	1	0
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	2	0	0	0	3	0
DAI Riproduzione/Accrescimento	2	0	2	1	0	1
Dip. Interaziendale Str. Laboratorio	1	0	0	0	0	0
Dip. Interaziendale Str. Med. Legale	1	0	0	0	0	0
<b>Dipartimenti Azienda UsI di Ferrara</b>						
Dip.to Assistenza Integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	1	0	0	0	0	0
Dip.to Sanità Pubblica	0	1	0	0	0	0
<b>TOTALE</b>	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>2</b>

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

Tabella 1.4: Livello di diversificazione degli incarichi dirigenziali e composizione organizzativa di comparto al 31/12/2014

Strutture Organizzative	Incarichi Attribuiti a Ospedalieri					
	Struttura Complessa	Struttura Semplice Dipartimentale	Struttura Semplice U.O.	Professionali ad Alta Specializzazione	Professionali a Particolare Qualificazione	Funzionale Dipartimentale
DAI Chirurgico	2	1	3	2	4	1°
DAI Chirurgico Specialistico	1	0	2	3	4	1*
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	3	0	5	5	4	0
DAI Emergenza	2	1	10	5	10	1*
DAI Medico	3	3	3	2	7	0
DAI Medico Specialistico	2	0	4	1	3	1
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	4	3	4	6	3	0
DAI Riproduzione/Accrescimento	2	2	6	3	2	0
TOTALE	19	10	37	27	37	4

Fonte: Programmazione Risorse Umane e Rilevazioni Statistiche Personale Universitario, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

° Anche titolare di incarico Professionale ad Altra Specializzazione

\* Anche titolare di Struttura Semplice U.O.

## ***I professionisti in convenzione***

Il livello di integrazione tra AOU e Università può essere altresì letto nell'area assistenziale. In tal senso, sono 95 gli Universitari convenzionati (articolati nelle diverse fasce di ruolo come da tabella 1.5) che prestano la propria

attività nei diversi DAI e nello Staff della Direzione, con punte nel DAI Emergenza e nel DAI Medico Specialistico.

Tabella 1.5: Numero di Professori Ordinari, Professori Associati e Ricercatori dell'Università di Ferrara in convenzione con il SSR al 31/12/2014

<b>Strutture Organizzative</b>	<b>Professori Ordinari</b>	<b>Professori Ordinari a tempo determinato</b>	<b>Professori Associati</b>	<b>Professori Associati a tempo determinato</b>	<b>Ricercatori</b>	<b>Ricercatori a tempo determinato</b>	<b>Totale</b>
DAI Chirurgico	2	0	5	0	2	0	9
DAI Chirurgico Specialistico	3	0	3	0	5	2	13
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	1	0	4	0	4	0	9
DAI Emergenza	3	0	4	0	4	1	12
DAI Medico	2	0	3	0	5	0	10
DAI Medico Specialistico	3	0	4	0	6	2	15
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	2	0	0	0	4	0	6
DAI Riproduzione/Accrescimento	2	1	3	1	7	0	14
Dip. Interaz. Strutt. Prevenzione	0	0	1	0	1	0	2
Dip. Farmaceutico Interaz.	0	0	2	0	0	0	2
Dip. Interaz. Strutt. Laboratorio	1	0	0	0	0	0	1
Dip. Interaz. Strutt. Medicina Legale	1	0	0	0	1	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>29</b>	<b>1</b>	<b>39</b>	<b>5</b>	<b>95</b>

*Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara*

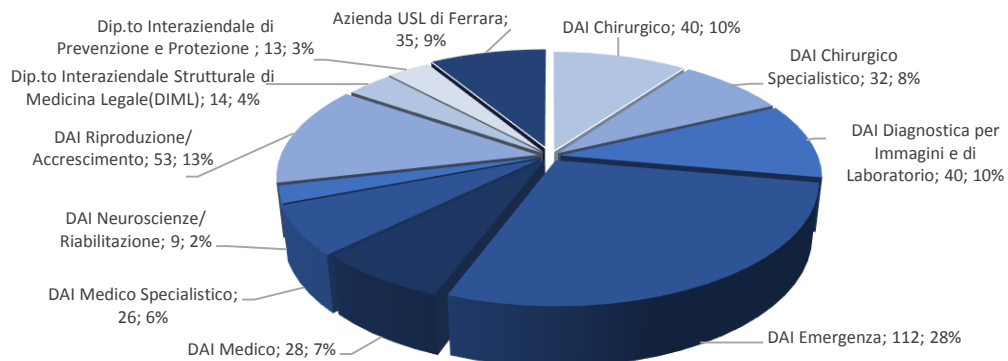
## I medici in formazione

L'integrazione tra Azienda Ospedaliera e Università permette di perseguire l'obiettivo di alta formazione posto in capo all'Università, dando luogo a professionalità quale quella dei medici specializzandi. Sia i DAI che altre strutture contribuiscono a formare i medici in formazione specialistica come rappresentato nella tabella 1.6 e nel grafico sotto riportati. In tal senso,

l'attività di formazione degli specializzandi e il loro apporto ai processi assistenziali si realizzano in tutte le aree assistenziali dell'AOU, con contributi particolarmente significativi nel DAI Emergenza (28% degli specializzandi), nel DAI Riproduzione/Accrescimento (13%), nel DAI Chirurgico e nel DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio (entrambi 10%).

Tabella 1.6: Numero e distribuzione degli specializzandi UniFe per Struttura Organizzativa al 31/12/2014

Struttura Organizzativa	Specializzandi iscritti a Scuole di Specializzazione				
	Sede in UniFe	Federate/Aggregate	Sovrannumerari	Militare posto aggiunto	Totale
DAI Chirurgico	29	11			40
DAI Chirurgico Specialistico	24	6	1	1	32
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	33	7			40
DAI Emergenza	101	10	1		112
DAI Medico	20	8			28
DAI Medico Specialistico	8	18			26
DAI Neuroscienze/Riabilitazione		9			9
DAI Riproduzione/Accrescimento	48	5			53
Dip.to Interaziendale Strutturale di Medicina Legale(DIML)	11		3		14
Dip.to Interaziendale di Prevenzione e Protezione		12	1		13
Azienda USL di Ferrara	35				35
<b>TOTALE</b>	<b>309</b>	<b>86</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>402</b>



Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

Tabella 1.7 a: Numero di specializzandi UniFe per Scuola di Specializzazione al 31/12/2014

Scuola di Specializzazione	Strutture Organizzative	Numero Specializzandi
Chirurgia Generale	DAI Chirurgico	29
Oftalmologia	DAI Chirurgico Specialistico	13
Otorinolaringoiatria	DAI Chirurgico Specialistico	11
Oncologia Medica	DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	6
Radiodiagnostica	DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	26
Medicina Nucleare	DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	1
Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva	DAI Emergenza	55
Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	DAI Emergenza	27
Ortopedia e Traumatologia	DAI Emergenza	19
Medicina Interna	DAI Medico	20
Endocrinologia e Malattie Del Ricambio	DAI Medico Specialistico	8
Ginecologia ed Ostetricia	DAI Riproduzione e Accrescimento	20
Pediatria	DAI Riproduzione e Accrescimento	28
Medicina Legale	Dip.to Interaziendale Strutturale di Medicina Legale (DIML)	11
Igiene e Medicina Preventiva	Azienda USL di Ferrara	13
Psichiatria	Azienda USL di Ferrara	16
Ortognatodonzia <sup>o</sup>	Azienda USL di Ferrara	73

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

<sup>o</sup> Tale scuola di specializzazione, pur non essendo parte dell'AAL, è oggetto di convenzione con l'Azienda USL.

Tabella 1.7 b: Numero di specializzandi iscritti a Scuole di Specializzazione Federate/Aggregate per Scuola di Specializzazione al 31/12/2014

Scuola di Specializzazione	Strutture Organizzative	Numero Specializzandi
Chirurgia Vascolare	DAI Chirurgico	6
Chirurgia Toracica	DAI Chirurgico	3
Chirurgia Pediatrica	DAI Chirurgico	2
Audiologia e Foniatria	DAI Chirurgico Specialistico	2
Chirurgia Maxillo Facciale	DAI Chirurgico Specialistico	4
Anatomia Patologica	DAI Diagnostica per Immagini e Di Laboratorio	6
Medicina Nucleare	DAI Diagnostica per Immagini e Di Laboratorio	1
Patologia Clinica	DAI Diagnostica per Immagini e Di Laboratorio	7
Malattie dell'Apparato Respiratorio	DAI Emergenza	10
Malattie Infettive	DAI Medico	5
Gastroenterologia	DAI Medico	3
Reumatologia	DAI Medico Specialistico	7
Ematologia	DAI Medico Specialistico	6
Dermatologia	DAI Medico Specialistico	5
Neurologia	DAI Neuroscienze/Riabilitazione	7
Neurochirurgia	DAI Neuroscienze/Riabilitazione	2
Genetica Medica	DAI Riproduzione e Accrescimento	5
Medicina del Lavoro	Dip.to Interaziendale di Prevenzione e Protezione	5
Medicina dello Sport	Azienda USL di Ferrara	6

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

Tabella 1.7 c: Numero di specializzandi sovranumerari e militare posto aggiunto per Scuola di Specializzazione al 31/12/2014

Scuola di Specializzazione	Strutture Organizzative	Numero Specializzandi
Otorinolaringoiatria*	DAI Chirurgico Specialistico	1
Oftalmologia	DAI Chirurgico Specialistico	1
Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	DAI Emergenza	1
Medicina Legale	Dip.to Interaziendale Strutturale di Medicina Legale (DIML)	3
Igiene e Medicina Preventiva	Azienda USL di Ferrara	1

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

\* Militare posto aggiunto.

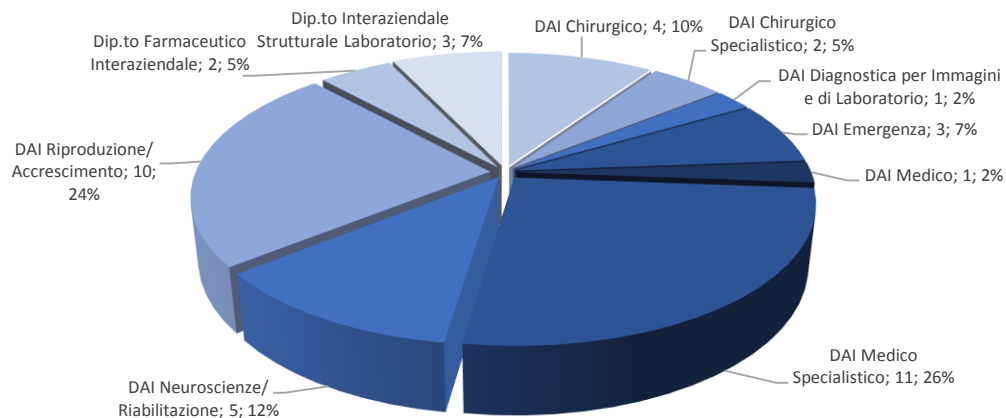
## I dottorandi

Infine, la tabella ed il grafico 1.8 sotto riportati sottolineano il contributo dei dottorandi ai processi operativi dell'AOU, nonché il ruolo dell'Azienda per il supporto all'attività di ricerca scientifica da questi svolta; sono 42 infatti i dottorandi che frequentano le strutture assistenziali e di direzione dell'AOU

(come dichiarato dai Coordinatori di dottorato in relazione alla natura dei progetti di ricerca svolti dai dottorandi), concentrandosi in prevalenza nei DAI Medico Specialistico e Riproduzione/Accrescimento.

Tabella 1.8: Numero e distribuzione dei dottorandi di UniFe che frequentano l'AOU per Struttura Organizzativa al 31/12/2014

Struttura Organizzativa	Dottorandi UniFe
DAI Chirurgico	4
DAI Chirurgico Specialistico	2
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	1
DAI Emergenza	3
DAI Medico	1
DAI Medico Specialistico	11
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	5
DAI Riproduzione/Accrescimento	10
Dip.to Farmaceutico Interaziendale	2
Dip.to Interaziendale Strutturale Laboratorio	3
<b>TOTALE</b>	<b>42</b>



Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

## Gli assegnisti di ricerca convenzionati

Nell'ambito del capitale umano, risulta rilevante sottolineare anche l'impatto degli Assegnisti di ricerca convenzionati. Seppure tale ruolo sia sostanzialmente delineato dai caratteri del progetto di ricerca scientifica, di fatto gli assegnisti costituiscono una presenza – seppure limitata ad un certo numero di ore settimanali – nelle strutture assistenziali, proprio per esigenze connesse alla

natura dell'attività di ricerca condotta. Le successive tabelle 1.9 *a, b, c, d* mostrano che il numero degli assegnisti nel periodo 2011-2013 è compreso tra i 21 e i 23 l'anno, per circa 300 ore in convenzione settimanali, mentre nel 2014 si è assistito ad una riduzione a 17 unità. Gli assegnisti operano sia in unità operative a direzione Ospedaliera, seppure siano una minoranza, sia in unità operative a direzione Universitaria.

Tabelle 1.9 *a, b, c, d*. Numero di Assegnisti di ricerca convenzionati coinvolti nell'attività assistenziale

2014 <span style="float: right;"><i>d</i></span>				
Attribuiti a Unità Operative a Direzione Ospedaliera		Attribuiti a Unità Operative a Direzione Universitaria		Totale
<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Totale Assegnisti</i>
4	60	13	195	17

2013 <span style="float: right;"><i>a</i></span>				
Attribuiti a Unità Operative a Direzione Ospedaliera		Attribuiti a Unità Operative a Direzione Universitaria		Totale
<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Totale Assegnisti</i>
3	45	20	300	23

2012 <span style="float: right;"><i>b</i></span>				
Attribuiti a Unità Operative a Direzione Ospedaliera		Attribuiti a Unità Operative a Direzione Universitaria		Totale
<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Totale Assegnisti</i>
3	45	19	285	22

2011 <span style="float: right;"><i>c</i></span>				
Attribuiti a Unità Operative a Direzione Ospedaliera		Attribuiti a Unità Operative a Direzione Universitaria		Totale
<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Numero Assegnisti</i>	<i>Ore Settimanali in Convenzione</i>	<i>Totale Assegnisti</i>
3	45	18	270	21

Fonte: Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara



*Relazioni con Commissioni Regionali, Nazionali e Internazionali*

*Relazioni con Associazioni e Società Scientifiche  
Spin-off*

*Relazioni con l'Azienda Sanitaria di Ferrara*

*Relazioni con la componente universitaria non in  
convenzione con il SSR, nei corsi di studio*

*Relazioni con il Contesto Sociale e il Volontariato*

**T**ale sezione permette di descrivere ed esplicitare alcuni dei principali fattori che determinano l'entità delle relazioni detenute dall'AOU, e che permettono di produrre un effetto sui processi decisionali, sui processi operativi assistenziali, tecnici e amministrativi. In particolare, vengono evidenziate le relazioni generate dalla presenza di personale dell'AOU in commissioni regionali, nazionali e internazionali, così come in ruoli di alta direzione di associazioni e società scientifiche. Inoltre, la capacità di networking è colta anche attraverso la considerazione degli spin-off, in quanto aziende che mettono in rete università, sanità e altri partner privati. Infine, il riferimento è fatto alle relazioni con l'azienda sanitaria locale, sul piano provinciale, e con il personale accademico dell'università di Ferrara non in regime di convenzione con il SSR.

## Relazioni con Commissioni Regionali, Nazionali e Internazionali

È stato richiesto ai Dipartimenti ad Attività Integrata di evidenziare le relazioni intrattenute da personale Ospedaliero ed Universitario con commissioni regionali, nazionali ed internazionali, mettendo in luce il ruolo che i

professionisti dell'Azienda hanno all'interno di queste, se di coordinatori o di componenti.

Tabella 2.1: Entità rapporti intrattenuti da Ospedalieri ed Universitari con Commissioni regionali, nazionali ed internazionali al 31/12/2014

Strutture Organizzative	Numero di Universitari Convenzionati in Commissioni RER		Numero di Universitari Convenzionati in Commissioni Nazionali		Numero di Universitari Convenzionati in Commissioni Internazionali		Numero di Ospedalieri in Commissioni RER		Numero di Ospedalieri in Commissioni Nazionali		Numero di Ospedalieri in Commissioni Internazionali	
	Coordinatori	Componenti	Coordinatori	Componenti	Coordinatori	Componenti	Coordinatori	Componenti	Coordinatori	Componenti	Coordinatori	Componenti
DAI Chirurgico	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
DAI Chirurgico Specialistico	0	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	0	3	0	1	0	1	0	6	1	0	0	0
DAI Emergenza	0	4	0	2	0	0	0	10	0	2	0	0
DAI Medico	0	2	0	0	0	0	0	9	0	0	0	0
DAI Medico Specialistico	0	3	0	2	0	0	0	4	0	1	0	0
DAI Neuroscienze/ Riabilitazione	0	0	0	1	0	0	1	12	1	1	0	1
DAI Riproduzione/ Accrescimento	0	1	0	1	1	3	0	4	0	1	0	1

Fonte: Dipartimenti ad Attività Integrata, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

## Relazioni con Associazioni e Società Scientifiche

Si è voluto dare risalto all'entità dei rapporti che l'Azienda intrattiene con Società Scientifiche o con Associazioni, nello specifico al numero di Universitari ed Ospedalieri che hanno un ruolo di leadership in ambito

regionale, nazionale od internazionale. Questo ruolo consiste nell'appartenenza alla Giunta o al Consiglio Scientifico di Associazioni o Società Scientifiche, oppure nella presidenza degli stessi.

Tabella 2.2: Entità rapporti intrattenuti da Ospedalieri ed Universitari con Associazioni/Società Scientifiche al 31/12/2014

Strutture Organizzative	Ruolo di leadership in Società/ Associazioni Scientifiche Regionali				Ruolo di leadership in Società/ Associazioni Scientifiche Nazionali				Ruolo di leadership in Società/ Associazioni Scientifiche Internazionali			
	Numero di Universitari Convenzionati		Numero di Ospedalieri		Numero di Universitari Convenzionati		Numero di Ospedalieri		Numero di Universitari Convenzionati		Numero di Ospedalieri	
	Presidente	Componente la Giunta/il Consiglio Scientifico	Presidente	Componente la Giunta/il Consiglio Scientifico	Presidente	Componente la Giunta/il Consiglio Scientifico	Presidente	Componente la Giunta/il Consiglio Scientifico	Presidente	Componente la Giunta/il Consiglio Scientifico	Presidente	Componente la Giunta/il Consiglio Scientifico
DAI Chirurgico	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
DAI Chirurgico Specialistico	0	2	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1
DAI Diagnostica per Immagini di Laboratorio	0	0	1	5	0	3	0	3	0	0	0	0
DAI Emergenza	0	0	1	4	1	3	1	3	0	3	0	1
DAI Medico	0	1	2	5	0	2	0	3	1	0	0	0
DAI Medico Specialistico	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
DAI Neuroscienze/ Riabilitazione	0	0	0	3	0	2	0	2	0	1	0	2
DAI Riproduzione/ Accrescimento	0	3	0	6	1	1	1	4	1	1	0	2

Fonte: Dipartimenti ad Attività Integrata, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

## ***Spin-off***

L'attività di ricerca ha permesso di rendere attivi nell'ultimo decennio diverse imprese spin-off afferenti al settore biomedico-farmaceutico.

Si tratta di risultati particolarmente rilevanti dal punto di vista della capacità di generare conoscenza che diviene oggetto di trasferimento tecnologico in un contesto di riferimento sovra-locale e spesso anche di carattere internazionale.

L'attività di ricerca che ha condotto ai risultati oggetto delle imprese spin-off hanno sì beneficiato del supporto degli ambienti dell'Università, ma è stato talvolta determinante il contributo dell'AOU nelle fasi di raccolta di materiali oggetto di analisi, o in altre fasi.

Di seguito vengono richiamate le 8 imprese spin-off dell'Università e una breve descrizione dell'oggetto dell'attività d'impresa.

### ✓ ***Ambrosialab s.r.l.***

Società di assistenza nello sviluppo di progetti nelle fasi che vanno dall'ideazione, a partire dalla molecola o dal principio attivo identificato, fino alla realizzazione del prototipo con addestramento del personale coinvolto nella divulgazione scientifica.

### ✓ ***CiRE s.r.l.***

Società che svolge attività di individuazione, selezione e validazione di potenziali centri di sperimentazione e che verifica la rispondenza di questi ai requisiti previsti dalle GCP, dal Protocollo di Studio e dalle SOP dello sponsor, effettuando inoltre pratiche di gestione dell'iter autorizzativo per la start-up di uno studio clinico.

### ✓ ***Nuclear e-Mission s.r.l.***

Società volta all'ideazione, lo sviluppo e la realizzazione di sistemi per la rilevazione di radiazioni ionizzanti; attività di sviluppo di prototipi, realizzazione di impianti di monitoraggio centralizzati per il controllo del livello di radioattività presente nei locali delle medicine nucleari.

### ✓ ***NuvoVec s.r.l.***

Società che si pone come obiettivo la produzione e la distribuzione di sistemi di trasferimento genico, basati su tecnologie innovative che utilizzano come base il virus dell'Herpes Simplex di tipo 1 (HSV-1), ad industrie e centri di ricerca che operano nel campo dell'ingegneria cellulare, della terapia genica, della medicina rigenerativa, della farmacia.

### ✓ ***NGB Genetics s.r.l.***

Società che utilizza il DNA come strumento per lo sviluppo di servizi innovativi volti ai settori della diagnostica umana, veterinaria, qualità e sicurezza agro-alimentare e conservazione della biodiversità.

✓ ***PharmEste s.r.l. (in liquidazione)***

Società volta alla ricerca e sviluppo in campo chimico farmaceutico e farmacologico, con lo scopo di individuare nuovi farmaci ad attività antidolorifica ed antinfiammatoria; lo scopo primario è quello di ottenere farmaci innovativi in grado di antagonizzare l'attività del recettore Transient Receptor Potential Vanilloid (TRPV1).

✓ ***RareSplice s.r.l.***

Società che ha lo scopo di ricercare, sviluppare e commercializzare farmaci biotecnologici innovativi, coperti da brevetto, per la cura di malattie rare caratterizzate da bisogni medici insoddisfatti.

✓ ***UFPeptides s.r.l.***

Compagnia biofarmaceutica con attività prevalente di identificazione, sviluppo e commercializzazione di molecole peptidomimetiche in grado di interagire con i G protein coupling receptors.

## Relazioni con l'Azienda Sanitaria di Ferrara

In ragione dell'impegno sinergico dell'AOU e dell'Azienda USL di Ferrara nell'ottimizzazione dell'uso delle risorse e della qualità della risposta ai fabbisogni sanitari, si evidenziano relazioni di integrazione tra le due aziende.

In particolare, sono attive 10 convenzioni per prestazioni sanitarie svolte sul territorio provinciale sia da parte di personale Ospedaliero dell'AOU, sia da parte di personale Universitario in convenzione (tabella 2.3).

Tabella 2.3: Relazioni con altre Aziende Sanitarie

Convenzioni di Universitari per prestazioni sanitarie sul territorio provinciale	4
Convenzioni di Ospedalieri per prestazioni sanitarie sul territorio provinciale	6

Fonte: Ufficio Direzione Giuridica ed Economica Risorse Umane, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

Per quanto concerne i rapporti intrattenuti con l'Azienda Sanitaria Locale prevalentemente sul piano dell'assistenza, la tabella 2.4 mette in evidenza il numero di professori ordinari, ricercatori, tecnico-amministrativi, medici in

formazione specialistica e dottorandi afferenti all'Università che operano presso l'AUSL.

Tabella 2.4: Relazioni fra l'Università e l'Azienda Sanitaria Locale al 31/12/2014

Integrazione UniFe – Azienda UsI di Ferrara		
Professori Ordinari		1
Ricercatori		4
Personale Tecnico-Amministrativo non in convenzione	Area Amministrativa	1
	Igiene e Medicina Preventiva	13
Medici in formazione specialistica Unife	Psichiatria	16
	Medicina dello Sport	6
Medici in formazione specialistica Sovrannumerari	Igiene e Medicina Preventiva	1
Dottorandi	Dipartimento Assistenza Integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	3

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara

L'integrazione tra professionisti ospedalieri e universitari permette di definire le specificità dell'AOU, conseguentemente il contributo peculiare di questa ai processi di assistenza nel bacino di riferimento. In tal senso, tali competenze specialistiche vengono riversate sui processi assistenziali attraverso un ulteriore livello di integrazione con le strutture sanitarie territoriali, definendo le Reti Cliniche e Percorsi come riportato nella tabella 2.5.

Queste rappresentano strutture di coordinamento interaziendali che permettono di fornire una risposta assistenziale a ciascun caso attraverso il

ricorso a professionalità afferenti a diverse aziende, oltre che a diverse strutture aziendali (FIASO, 2013).

Nel caso specifico della provincia di Ferrara, reti e percorsi sono alla base della recente programmazione sanitaria locale. Nel mentre, oltre quelli elencati, altri percorsi sono in divenire, per l'Odontoiatria, ad esempio, il coordinamento interaziendale è già siglato, a conferma di come l'interazione tra le due aziende mostri sempre maggiori operatività.

Tabella 2.5: Relazioni fra l'Università e l'Azienda Sanitaria Locale: le Reti cliniche e i Percorsi interaziendali

Percorso per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto
Percorso per l'assistenza al trauma grave e neuro trauma
Percorso assistenziale per l'emergenza cardiologica e l'elezione cardiologica
Rete oncologica e cure palliative
Rete pediatrica e Percorso nascita
Rete Nefrologia – Dialisi
Rete Nefrologica
Percorso TAO
Rete di diagnostica di laboratorio (LUP)
Rete per la salute mentale in età adulta e pediatrica
Rete clinica interaziendale di diabetologia
Percorso per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto

Fonte: Nostro adattamento da Piano Triennale della Performance 2013-2016, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

## DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE STRUTTURALE DI MEDICINA LEGALE

Il Dipartimento Interaziendale Strutturale di Medicina Legale è stato costituito ad attivato con Delibera dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, d'intesa con l'Università degli Studi di Ferrara nel rispetto delle finalità e nello sviluppo dell'operatività prevista dall'Accordo Attuativo Locale.

Il SSD MED/43 Medicina Legale s'interessa "dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale ad essa congrua nel campo della medicina-legale; sono specifici ambiti di competenza del settore la medicina sociale, la criminologia, la psicopatologia forense, la tossicologia forense, la deontologia, l'etica medica e la bioetica clinica" (D.M. 4 ottobre 2000).

Le prestazioni di medicina legale costituiscono compito fondamentale ed irrinunciabile del SSN (L. 23 dicembre 1978, n. 833 art. 19), che deve provvedere ad erogare le prestazioni "di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazione sanitaria stabiliti..."

L'interesse del SSN (tra le altre articolazioni della Pubblica Amministrazione) a disporre di specifiche competenze specialistiche medico-legali giustifica l'istituzione ed il funzionamento della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, secondo requisiti e standard strutturali (D.M. 29.3.2006) adeguati per il raggiungimento degli obiettivi formativi mediante offerta adeguata di attività professionalizzanti (DM 1.8.2005, n. 338).

Il modello operativo adottato a Ferrara costituisce, di fatto, un "unicum" regionale e non trova attualmente strutturazioni analoghe nemmeno in altre Regioni. Più specificamente l'ampiezza e l'integrazione tra competenze universitarie e sanitarie propriamente considerate, come constatabili a Ferrara, non si hanno a Bologna, Modena-Reggio Emilia, Parma.

Sul versante della ricerca si sono sviluppate iniziative dottrinali (studio delle componenti del danno alla persona, che hanno contribuito a importanti ripercussioni giurisprudenziali di Cassazione sul tema del "danno esistenziale"; sulle tematiche di protezione del paziente in caso di sperimentazione farmacologica; sulla violenza a donne e minori; sulla tipizzazione codicistica del consumatore di alcool etilico e stupefacenti; sulla valutazione del dolore, sull'accertamento del diritto d'asilo) ottenendo il riconoscimento di partenariato con la Cattedra di Bioetica UNESCO e sviluppando collaborazioni con UCADH (Consorzio tra le Università di Pavia, Varese, Pisa, Roma "La Sapienza"), con il Centro Addestramento Nazionale della Polizia di Stato in Cesena, oltre che con il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Ateneo.

La sensibilità sociale è documentata, tra l'altro, dall'interazione operativa con le organizzazioni di tutela quali ANMIC, ANMIG, Al.Ce, Cooperativa Camelot.

L'attività di servizio si esprime anche con la collaborazione d'ufficio a favore dell'Amministrazione della Giustizia (vuoi per gli aspetti diagnostici autoptici ed istopatologici che per quelli di accertamento medico-legale in caso di attività violenta su vivente), nonché a vantaggio del Ministero degli Interni, del Ministero dell'Economia, del Ministero dei Trasporti, del Ministero del Lavoro.

Attualmente gli sforzi organizzativi del Dipartimento si rivolgono a garantire la più precisa valutazione medico-legale in riferimento a richieste di riconoscimento di invalidità civile e di handicap; a favorire l'adeguamento dell'operatività provinciale della medicina necroscopica (anche in considerazione del programma di edificazione della "Cittadella del Commiato" a Ferrara); nel migliorare la qualità dell'assistenza, intervenendo sulle procedure cliniche che determinano il contenzioso per responsabilità professionale sanitaria.

Le competenze tecnico-professionali maturate e disponibili trovano espressione anche nell'operatività, necessariamente complementare ed ulteriormente qualificante l'organizzazione ferrarese, dei Laboratori (tutti certificati ISO 9001-2008): di Istologia ed Identificazione Forense, di Emogenetica Forense, di Tossicologia Forense.



## L'ESPERIENZA INTEGRATA DELL'ODONTOIATRIA FERRARESE

L'Odontoiatria ferrarese rappresenta potenzialmente un interessante modello d'integrazione tra realtà universitaria e sanità territoriale. Vi è piena condivisione d'intenti tra personale universitario convenzionato e ospedaliero all'interno dell'U.O. di Odontoiatria dell'AOU, che si concretizza in una vivace attività di ricerca e nel sostegno che l'attività assistenziale svolta offre ai CdS di Odontoiatria e Protesi dentaria e di Igiene dentale. In particolare, l'introduzione del VI anno di corso nella Laurea Magistrale in Odontoiatria, in cui l'attività formativa è quasi esclusivamente legata al tirocinio pratico nelle materie professionalizzanti, rappresenta un trait d'union fondamentale tra Università e Ospedale, con studenti che si avvalgono dell'attività clinica in veste di "Odontoiatri in formazione" contribuendo al volume assistenziale erogato.

Vi è poi sinergia assistenziale tra U.O. di Odontoiatria e Odontoiatri dell'AUSL, basata sulla creazione di un Coordinamento interaziendale, in essere dal 2009 ma non ancora pienamente compiuto nelle sue linee organizzative. Questa sinergia interaziendale dovrebbe basarsi su una chiara integrazione di competenze, utenze e servizi erogati, atta a soddisfare i L.E.A. odontoiatrici per le fasce di utenza con Vulnerabilità Sanitaria e Sociale (DGR 374/2008). Nella collaborazione interaziendale s'inscrive anche il convenzionamento della Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia con l'AUSL.

Il quadro viene completato dall'attività clinica non convenzionata svolta dalla Sezione di Odontoiatria dell'UNIFE, che complementa le necessità di ricerca e didattiche relative ai CdS di Odontoiatria e Igiene dentale, erogando tipologie di prestazioni non rientranti nei L.E.A. con una gestione amministrativa interamente universitaria.

E' facile immaginare per il futuro una ancor più piena integrazione tra queste realtà cliniche che, nel rispetto delle singole priorità, competenze e specificità assistenziali, rispondano ad un unico modello organizzativo, sviluppato in un'unica sede, che possa garantire massima efficienza e professionalità alle necessità di assistenza odontoiatrica del territorio.

## LA MEDICINA DEL LAVORO

Nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione, l'Unità Operativa di Medicina del Lavoro Universitaria e quella di Medicina del Lavoro Ospedaliera si inseriscono fra gli strumenti di governo clinico delle funzioni relative al percorso di promozione e monitoraggio della salute e sicurezza dei lavoratori sia dell'Ateneo che, in modo unitario, delle due Aziende Sanitarie.

Il ruolo delle Unità Operative concerne la tutela e la sicurezza dei lavoratori dipendenti dell'Università di Ferrara, dell'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna" e dei Medici in Formazione Specialistica, attraverso attività di individuazione e valutazione di fattori di rischio e delle misure più idonee alla sicurezza e alla salubrità degli ambienti di lavoro al fine di tutelare la salute psico-fisica dei lavoratori.

Le Unità Operative di cui sopra si occupano, in ultima analisi, della sorveglianza sanitaria dei lavoratori a rischio, dell'espressione dei giudizi d'idoneità alla specifica mansione lavorativa, della formazione e informazione circa i rischi occupazionali, della gestione degli infortuni, dell'esecuzione di sopralluoghi presso gli ambienti di lavoro, di promozione della salute per il singolo e per le aziende.

Negli ultimi anni, l'Unità Operativa di Medicina del Lavoro Universitaria ha rivolto la sua attenzione anche alle problematiche derivanti dal progressivo invecchiamento della forza lavoro. I lavoratori al di sopra dei 55-60 anni di età, a causa della presenza frequente di una o più patologie croniche e del conseguente possibile declino delle capacità lavorative, necessitano di una gestione lavorativa più articolata ed olistica. A tal fine si è anche istituito, da febbraio 2015, un ambulatorio di Medicina del lavoro di II livello mirato alla valutazione del reinserimento lavorativo di soggetti con diagnosi di patologie particolarmente impegnative, quali, infarto miocardico acuto, sindrome da apnee notturne, dermatite allergica, ernia discale, ecc..

## CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DELLA MENOPAUSA E DELL'OSTEOPOROSI

Il Centro, attivo dal Marzo 1998, rappresenta un'autonoma articolazione scientifica rispetto alle strutture proponenti (Dipartimento di Morfologia Chirurgia e Medicina Sperimentale e Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche). Il Centro, a direzione universitaria, trova attualmente collocazione in spazi extra-ospedalieri messi a disposizione dalla AUSL di Ferrara sulla base della convenzione per la tutela della salute delle donne in età menopausale sottoscritta tra l'Università degli Studi di Ferrara, l'AUSL di Ferrara, l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara e l'Assessorato per i Servizi alla Persona Sociali e Sanitari del Comune di Ferrara . Il Centro si avvale di competenze cliniche multidisciplinari di tipo ginecologico, ortopedico, biochimico e di diagnostica per immagini. Le attività istituzionali del Centro sono specificatamente rivolte alle tematiche inerenti la menopausa e l'osteoporosi postmenopausale e senile.

Nell'ultimo triennio il Centro ha visto lo sviluppo prevalente delle seguenti linee di ricerca:

- lo studio dello stato ossidativo infiammatorio nella transizione menopausale: correlazioni biochimiche-strumentali e cliniche con il rischio osteoporotico e cardiovascolare;
- la stima del rischio assoluto di frattura nella gestione della paziente con osteoporosi postmenopausale: attribuzione del rischio e aderenza alla terapia. Progetti di ricerca specifici sono realizzati in collaborazione con il modulo organizzativo della menopausa dell'Azienda Usl di Ferrara. L'attività di ricerca nel suo complesso ha dato luogo a numerose pubblicazioni a carattere interdisciplinare.

Il Centro svolge un'attività sanitaria che comprende prestazioni in convenzione con l'Azienda USL (visite per menopausa) e prestazioni conto terzi erogate secondo il tariffario dell'Università (consulenze cliniche e strumentali per osteoporosi) Nel corso del 2014 sono state effettuate n. 1037 visite per menopausa e n. 1729 consulenze per osteoporosi con densitometria DXA e/o morfometria. Presso il Centro, inoltre, si svolge attività didattica teorica e pratica per diversi corsi di Laurea della Scuola di Medicina ed eventi formativi rivolti al personale sanitario.

## **Relazioni con la componente universitaria non in convenzione con il SSR, nei corsi di studio**

Come evidenziato dalla tabella 2.6, il contributo della componente universitaria, afferente alla Scuola Medica e non, alla formazione dei professionisti che poi opereranno presso l'AOU è ampio e coinvolge anche una cospicua entità di accademici non convenzionati con il SSR.

In particolare, circa la formazione dei laureati in Medicina e Chirurgia, e Odontoiatria, il contributo della componente accademica non convenzionata è preponderante nello sviluppo di conoscenze all'interno del triennio pre-clinico, mentre nel triennio clinico si evidenzia una maggiore presenza di personale convenzionato rispetto a quello non convenzionato.

Per quanto attiene al corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, e ad Igiene dentale, si ha una prevalenza di docenti non

convenzionati afferenti alla Scuola Medica, ma si evidenzia anche una componente di docenti che fanno riferimento ad altri dipartimenti dell'università.

Le relazioni tra AOSP Fe e Università si sviluppano numerose con i diversi dipartimenti universitari, avendo ad oggetto sia le attività di ricerca, sia progetti di carattere operativo. In particolare, il riferimento è alle collaborazioni con il Dipartimento di Scienze della Vita e Biotecnologie, il Dipartimento di Fisica e Scienze della Terra, il Dipartimento di Architettura, il Dipartimento di Ingegneria, il Dipartimento di Economia e Management.

Tabella 2.6: Contributo sul piano della didattica del personale Universitario Convenzionato e Non Convenzionato alla formazione (sono stati scelti alcuni CdS a titolo esemplificativo)

<b>Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia</b>		
Collaborazione dei docenti del triennio pre-clinico nell'ambito della Scuola Medica	<i>Docenti Convenzionati</i>	19
	<i>Docenti Non Convenzionati afferenti ai Dipartimenti della Scuola Medica</i>	25
Collaborazione dei docenti del triennio clinico nell'ambito della Scuola Medica	<i>Docenti Convenzionati</i>	65
	<i>Docenti Non Convenzionati afferenti ai Dipartimenti della Scuola Medica</i>	12
	<i>Collaborazioni con docenti di altri dipartimenti non coinvolti nella formazione medica</i>	1
<b>Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Odontoiatria</b>		
Collaborazione dei docenti del triennio pre-clinico nell'ambito della Scuola Medica	<i>Docenti Convenzionati</i>	9
	<i>Docenti Non Convenzionati afferenti ai Dipartimenti della Scuola Medica</i>	17
Collaborazione dei docenti del triennio clinico nell'ambito della Scuola Medica	<i>Docenti Convenzionati</i>	15
	<i>Docenti Non Convenzionati afferenti ai Dipartimenti della Scuola Medica</i>	6

Fonte: Sito Università degli Studi di Ferrara consultato al 01/04/2015

<b>Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche</b>		
Collaborazione dei docenti nell'ambito della Scuola Medica	<i>Docenti Convenzionati</i>	12
	<i>Docenti Non Convenzionati afferenti ai Dipartimenti della Scuola Medica</i>	9
Collaborazioni con docenti di altri dipartimenti non coinvolti nella formazione medica	<i>Docenti</i>	4
<b>Corso di Laurea in Igiene Dentale</b>		
Collaborazione dei docenti nell'ambito della Scuola Medica	<i>Docenti Convenzionati</i>	12
	<i>Docenti Non Convenzionati afferenti ai Dipartimenti della Scuola Medica</i>	14
Collaborazioni con docenti di altri dipartimenti non coinvolti nella formazione medica	<i>Docenti</i>	1

*Fonte: Sito Università degli Studi di Ferrara consultato al 01/04/2015*

Sempre nell'ottica di porre in evidenza il ruolo delle relazioni nella creazione di opportunità e di un vantaggio per l'AOU Sant'Anna di Ferrara, si richiamano le relazioni generate dalla partecipazione di personale docente dell'Università ai diversi consessi regionali e nazionali nell'ambito dei quali vengono definiti

i criteri che regolano l'accesso ai diversi percorsi formativi: CdS in Medicina e Chirurgia, CdS in Odontoiatria, CdS delle Professioni Sanitarie, Scuole di Specializzazione.

## **Relazioni con il Contesto Sociale e il Volontariato**

L'AOU intrattiene relazioni con il contesto sociale e il mondo del volontariato attivando una collaborazione biunivoca che coinvolge sia Universitari in convenzione, sia Ospedalieri. L'attività dei volontari è spesso la risposta ai bisogni espressi dalle UU.OO. e consiste in attività ricreative, accompagnamento nello svolgimento delle pratiche quotidiane, accoglienza di parenti e familiari, trasporto/accompagnamento di pazienti casa-ospedale-casa per l'esecuzione di terapie. Sono 19 oggi le associazioni coinvolte nelle diverse strutture dell'AOU Sant'Anna, a cui l'Azienda mette a disposizione anche spazi ad hoc per lo svolgimento delle attività. Seppure il contesto del volontariato sia ampio, e altrettanto ampio il suo contributo, richiamiamo in questa sede, solo a titolo di esempio, come alcune associazioni che forniscono servizi per la realizzazione del percorso clinico.

Le associazioni sviluppano anche un rapporto sinergico con i professionisti del settore per lo svolgimento di attività di ricerca, e talvolta finanziando progetti di studio, borse di ricerca, etc. Le associazioni permettono anche di contribuire ampiamente ad attività di sostegno alla divulgazione e diffusione di risultati di ricerca e di processi assistenziali, attraverso l'organizzazione di convegni, seminari che vedono il coinvolgimento di professionisti, ospedalieri e universitari, di volontari, di cittadini/pazienti, e talvolta amministratori. Infine, occorre segnalare come le stesse associazioni talvolta beneficiano di professionalità formate nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna.

Tabella 2.7: Associazioni di Volontariato e Tutela che operano al Sant'Anna e che hanno una convenzione attivata o in corso di perfezionamento al 31/12/2014

### **Associazioni di Volontariato e Tutela\***

Numero di Associazioni con convenzione attivata o in corso di perfezionamento

19

*Fonte: Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna – Ufficio URP (dati al 30/11/2013)*

\* Il numero non comprende le numerose Associazioni che operano nelle UU.OO. per accordi diretti con i Direttori di U.O. e di cui non è disponibile un elenco completo.



La sezione inerente il Capitale Interno evidenzia la misura in cui l'interazione tra componente Ospedaliera ed Universitaria ha contribuito a sviluppare conoscenza che rimane poi quale patrimonio dell'AO, e in quanto tale genera rilevanti risultati sul piano della ricerca scientifica, dell'assistenza e della didattica. Sul piano della didattica, seppure in questa sede si riportano solo i dati inerenti la formazione dei medici, odontoiatri e professionisti sanitari, occorre richiamare il rilevante contributo alla formazione di specializzandi e dottorandi, i cui dati sono riportati nella sezione inerente il Capitale Umano.

## **Ricerca**

*I risultati dell'attività di ricerca:*

*Pubblicazioni scientifiche*

*Brevetti*

*I processi di generazione di conoscenza:*

*Le attività seminariali*

*I Progetti*

*Le ricadute assistenziali dell'attività di ricerca:*

*Esperienze*

*Il Tecnolopolo LTTA*

*Linee guida e protocolli*

*Registri malattia*

## **Didattica**

*Gli output del processo didattico:*

*La formazione di medici, odontoiatri e*

*professionisti sanitari*

## **Assistenza**

*Gli output assistenziali:*

*I Percorsi Diagnostico – Terapeutici*

*Gli ambulatori dedicati*

## Ricerca Risultati dell'attività di ricerca: Pubblicazioni scientifiche

Nell'ambito del Capitale Interno, con riferimento all'area della ricerca, una componente rilevante è rappresentata dagli output di ricerca, siano esse pubblicazioni scientifiche, brevetti, o anche la creazione di imprese spin-off. Si tratta di componenti che esitano dalla collaborazione e dall'integrazione dell'Università con l'Azienda del SSR.

Le successive tabelle 3.1 *a*, *b*, *c* pongono in evidenza il numero di pubblicazioni congiunte realizzate nell'ultimo triennio, nonché la proporzione di queste rispetto al totale delle pubblicazioni scientifiche realizzate da Universitari in convenzione, oltre all'entità delle pubblicazioni realizzate da Ospedalieri congiuntamente ad Universitari non in convenzione.

Tabelle 3.1 *a*, *b*, *c*: Numero di Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari rispetto numero di Pubblicazioni totali

2014 <span style="float: right;"><i>a</i></span>			
<i>Pubblicazioni Totali</i>	<i>Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Convenzionati</i>	<i>Percentuale Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari sul Totale delle Pubblicazioni</i>	<i>Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Non Convenzionati*</i>
737	148	20,01%	72
2013 <span style="float: right;"><i>b</i></span>			
<i>Pubblicazioni Totali</i>	<i>Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Convenzionati</i>	<i>Percentuale Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari sul Totale delle Pubblicazioni</i>	<i>Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Non Convenzionati*</i>
481	116	24,12%	57
2012 <span style="float: right;"><i>c</i></span>			
<i>Pubblicazioni Totali</i>	<i>Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Convenzionati</i>	<i>Percentuale Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari sul Totale delle Pubblicazioni</i>	<i>Pubblicazioni a nome di Ospedalieri e Universitari Non Convenzionati*</i>
620	69	11,13%	9

Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara; Biblioteca di Scienze della Salute, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

\*L'apporto scientifico degli Universitari Non Convenzionati è talvolta nell'ambito di pubblicazioni che vedono già tra gli autori Ospedalieri ed Universitari Convenzionati e che quindi rientrano in quest'ultima categoria.

La ricerca delle pubblicazioni è stata condotta attraverso il sito PubMed, utilizzando i driver di ricerca forniti dalla Biblioteca di Scienze della Salute: più nello specifico, questi sono stati creati inserendo come unici filtri la data (2012, 2013, 2014) e l'affiliazione di luogo (Ferrara).

Le tre stringe ottenute sono:

2012[mdat] AND ferrara[ad] | 2013[mdat] AND ferrara[ad] | 2014[mdat] AND ferrara[ad]

Successivamente, fra i risultati ottenuti sono stati individuati autori Ospedalieri, Universitari Convenzionati e Non Convenzionati.



## **Ricerca Risultati dell'attività di ricerca: Brevetti**

L'attività di ricerca scientifica oltre a costituire un aspetto distintivo delle Aziende Ospedaliero – Universitarie, in ragione dell'altissima specialità della propria funzione nell'ambito del SSN, rappresenta un obiettivo fortemente richiamato dalla Regione Emilia Romagna (RER).

In tal senso, la Regione ha adottato specifiche politiche e strumenti volti ad incentivare la creazione di conoscenza nelle Aziende Ospedaliero – Universitarie, così come nelle Aziende Sanitarie territoriali attraverso la collaborazione con le prime.

L'AOU Sant'Anna ha quindi progressivamente strutturato un "ufficio ricerca" nell'ambito della più ampia Direzione Accreditamento Qualità Ricerca affinché si possa dare il necessario supporto nella gestione dei progetti di ricerca, così come nel processo di scouting di possibili fonti di finanziamento della ricerca scientifica.

Oltre alle pubblicazioni sopra richiamate, il processo di ricerca scientifica conduce anche alla produzione di brevetti.

La tabella 3.2 evidenzia come nell'ultimo triennio 1 dei 7 brevetti che vedono come autori universitari convenzionati, reca la collaborazione di ospedalieri.

Tabella 3.2: Numero di brevetti

	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
<i>Solo Docenti Convenzionati</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Docenti Convenzionati ed Ospedalieri</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Docenti Convenzionati ed altri Universitari</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Fonte: Sito Università degli Studi di Ferrara consultato al 13/04/2015

## **Ricerca I processi di generazione di conoscenza: le attività seminariali**

Alcune attività risultano particolarmente rilevanti affinché si realizzi una circolazione delle conoscenze tra personale accademico e personale ospedaliero, di modo tale da innescare processi virtuosi di c.d. fertilizzazione incrociata. In tal senso, le attività seminariali che mirano a discutere risultati di ricerca hanno particolare rilievo.

La successiva tabella 3.3 evidenzia la numerosità di iniziative seminariali realizzate nelle UU.OO. afferenti ai diversi DAI, a cui prendono parte sia personale ospedaliero che universitario.

Tabella 3.3: Numero di Seminari interni di ricerca a cui partecipa sia personale Ospedaliero che Universitario al 31/12/2014

<b>Strutture Organizzative</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
DAI Chirurgico	6	6	6	7	4
DAI Chirurgico Specialistico	23	24	23	23	19
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	10	10	10	10	10
DAI Emergenza	42	42	42	42	45
DAI Medico	15	15	15	15	15
DAI Medico Specialistico	5	4	6	7	6
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	5	6	8	13	47
DAI Riproduzione/Accrescimento	3	3	5	5	12

*Fonte: Dipartimenti ad Attività Integrata, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara*

## Ricerca I processi di generazione di conoscenza: i Progetti

L'integrazione tra componente Ospedaliera e Universitaria permette di generare risultati e conoscenze anche attraverso i progetti di ricerca. Questi, indipendentemente dall'ente finanziatore, costituiscono il mezzo attraverso cui si realizza l'interazione tra professionisti nell'obiettivo di generare output che permettano di accrescere il livello di conoscenza disponibile. Il processo

di accrescimento della conoscenza è poi foriero di ricadute sul piano assistenziale. Le tabelle 3.4 a e b evidenziano i progetti attivi nel periodo 2011-2014 e che vedono la collaborazione di personale Ospedaliero e Universitario.

Tabelle 3.4 a, b. Numero di progetti attivati o in corso nell'ultimo triennio con personale Ospedaliero e personale Universitario finanziati con risorse pubbliche (RER, Ministero della Salute, MIUR, UE...)

Numero di Progetti di cui l'Azienda è Coordinatrice <span style="float: right;">a</span>																				
Anno	R.E-R					Ministero Salute					M.I.U.R°					U.E.				
	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe
2014	10	2.740.020	16	7	7	8	2.697.694	3	9	3	0	0	0	0	0	1	453.985	1	2	
2013	6	2.234.020	15	7	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	8	3.674.200	16	8	0	2	502.900	2	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2011						2	803.488	0	2	0	2	165.284	7	4	0	1	453.985	1	0	

Numero di Progetti a cui l'Azienda partecipa come Unità <span style="float: right;">b</span>																				
Anno	R.E-R					Ministero Salute					M.I.U.R					U.E.				
	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe	N° prog.	Importo €	Unife Conv.	Unife Non C.	Ospfe
2014	14	599.487	6	1	6	3	188.400	3	0	0	0	0	0	0	5	1.091.381	6	11		
2013	3	251.056	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2012	13	643.211	11	3	4	2	147.900	2	0	0	2	207.027	2	4	0	1	244.000	2	5	
2011						1	40.500	1	0	0	1	77.310	2	3	0	4	430.127	4	3	2

Fonte: Ufficio Ricerca ed Innovazione, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara; Ufficio Ricerca Nazionale e Ufficio Ricerca Internazionale, Università degli Studi di Ferrara

°Con riferimento ai progetti finanziati dal MIUR, nella valutazione dei dati riportati in tabella occorre tenere presente il fatto che il MIUR non ha pubblicato bandi con continuità annuale, e/o ha modificato radicalmente le modalità di accesso alla presentazione dei progetti. Pertanto, tali fattori inficiano sostanzialmente i valori assoluti presenti in tabella.

In particolare, con riferimento ai progetti finanziati dalla RER, da fonti Ministeriali e dall'UE è possibile ritrovare un contributo del personale Ospedaliero in ogni ambito di progettazione, indipendentemente dal fatto che l'AOU svolga il ruolo di Coordinatore/Principal Investigator, o sia responsabile di unità operativa. Inoltre, la collaborazione alle attività di ricerca risulta rilevante anche dal lato della componente Universitaria non convenzionata.

Le richiamate tabelle 3.4 *a* e *b* costituiscono solo una sintesi volta a visualizzare i vari apporti al processo di ricerca da parte delle componenti universitarie e ospedaliera. Nell'ambito delle strutture dell'Azienda vengono svolte attività di ricerca da ricondurre altresì a progetti finanziati da fondazioni e altre strutture esterne le cui risorse restano in capo a queste. Malgrado la difficoltà di rappresentare tali aspetti in modo esaustivo, la tabella 3.5 intende dare evidenza di tali processi nell'ambito dell'AOU Sant'Anna.

Tabella 3.5: Numero di progetti attivati o in corso nell'ultimo triennio con personale Ospedaliero e personale Universitario finanziati con risorse private (Fondazioni, Thelethon...), non già ricompresi tra i progetti sintetizzati nelle precedenti tabelle al 31/12/2014\*

<b>Strutture Organizzative</b>	<b>2010-2014</b>
DAI Chirurgico	2
DAI Chirurgico Specialistico	20
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	2
DAI Emergenza	0
DAI Medico	0
DAI Medico Specialistico	2
DAI Neuroscienze/Riabilitazione	17
DAI Riproduzione/Accrescimento	6

*Fonte: Dipartimenti ad Attività Integrata, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara*

\*I DAI possono essere coinvolti poi in numerosi altri progetti definiti nell'ambito delle attività c/terzi con dipartimenti universitari.

Oltre ai progetti di ricerca sopra richiamati, le relazioni sinergiche tra personale Ospedaliero e Universitario permettono di realizzare una vasta gamma di studi scientifici di stampo nazionale e internazionale, e finanziati da strutture pubbliche e private. La tabella 3.6 presenta una sintesi degli studi clinici e osservazionali avviati nel periodo 2010-2014 e che vedono la

collaborazione di entrambe le componenti. La tabella presenta altresì l'articolazione degli studi in base agli sperimentatori (Ospedalieri, Universitari convenzionati, Universitari non convenzionati); e in base alla natura del committente.

Tabella 3.6: Studi scientifici Nazionali e Internazionali, profit e no profit, svolti in collaborazione con Universitari e Ospedalieri

		2010	2011	2012	2013	2014
<b>Numero Totale Progetti Approvati</b>		94 + 6 non attivati	104 + 10 non attivati	89 + 16 non attivati	86 + 4 non attivati	81 + 4 non attivati
<b>Sperimentatori</b>	<i>Ospedalieri</i>	44	43	44	39	41
	<i>Universitari Convenzionati</i>	31	50	42	50	44
	<i>Universitari Non Convenzionati</i>	19	11	3	1	0
<b>Committente</b>	<i>Profit</i>	42	42	35	26	27
	<i>No Profit</i>	5	10	8	9	2
	<i>Altre Università</i>	1	2	5	2	3
	<i>Altre Aziende Ospedaliere e Istituti</i>	11	5	8	21	13
	<i>Gruppi di Ricerca</i>	4	13	3	5	5
	<i>Regione/Stato/UE</i>	10	2	4	5	5
	<i>Studi Spontanei</i>	1	19	26	22	30
	<i>Non pervenuto</i>	20	11	0	0	0
<b>Tipologia</b>	<i>Clinico</i>	45	39	39	30	
	<i>Osservazionale</i>	42	50	35	46	
	<i>Altro</i>	7	15	15	14	

Fonte: Ufficio Ricerca ed Innovazione, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

Naturalmente, le ricadute generate dai progetti di ricerca sull'attività assistenziale, così come su altri ambiti della vita aziendale non possono essere rappresentati sinteticamente; pertanto di seguito, a titolo

esemplificativo e non affatto esaustivo, vengono presentate le principali caratteristiche e implicazioni di progetti/linee di ricerca afferenti ai diversi DAI aziendali.

***LE RICADUTE ASSISTENZIALI DELL'ATTIVITÀ DI RICERCA:  
ALCUNE ESPERIENZE***

## L'IMPLEMENTAZIONE DI UN PROGRAMMA PER MIGLIORARE LA RIABILITAZIONE (ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY – ERAS) DOPO RESEZIONE COLO-RETTALE

Gli scopi di questo studio sono:

- 1) Determinare la possibilità di realizzare un programma ERAS di chirurgia colo-rettale nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- 2) Analizzare gli ostacoli all'implementazione di un programma ERAS di chirurgia colo-rettale in un ospedale universitario italiano;
- 3) Valutare il grado di soddisfazione dei pazienti italiani seguiti con cure peri-operatorie ERAS;
- 4) Valutare costo-efficacia e costo-beneficio del programma in Italia;
- 5) Determinare quali elementi del protocollo siano predittivi indipendenti di una più rapida ripresa postoperatoria.

A un anno dall'inizio dello studio, i risultati preliminari evidenziano:

- 1) Una riduzione significativa della durata dell'ospedalizzazione (mediana da 8 a 5 giorni) e della morbidità, senza alcuna morte o riammissione entro 30 giorni dall'intervento chirurgico per i 31 pazienti esaminati;
- 2) La soddisfazione dei pazienti inseriti nel programma ERAS è stata unanimemente molto alta.

L'applicazione di questo programma ERAS colo-rettale ha influenzato la qualità delle cure erogate agendo su tre dimensioni:

- 1) La struttura (il sistema in cui le cure sanitarie sono erogate). La ripresa funzionale più rapida e la morbidità ridotta hanno determinato un recupero postoperatorio più rapido e l'accorciamento della durata dell'ospedalizzazione. E' ipotizzabile che ad analisi ultimata si confermi una riduzione dei costi per paziente sottoposto a chirurgia colo-rettale senza la necessità di aumentare il supporto da parte di strutture extra-ospedaliere (residenze assistite e medici di famiglia). Ciò avrebbe potuto anche essere d'aiuto per diminuire le liste d'attesa, se vi fosse stata conseguente maggiore disponibilità di sedute operatorie, poiché il rapido turnover aumenta la disponibilità di posti letto;
- 2) Il processo (le cure ricevute). Il counselling circostanziato, ridotta morbidità, rapida riabilitazione, migliorano la qualità delle cure: in particolare le cure infermieristiche, come evidenziato da specifici questionari somministrati ai pazienti che riguardano il grado di soddisfazione rispetto alle cure ricevute;
- 3) I risultati (la mortalità, morbidità, lunghezza del ricovero in ospedale). La metodologia ERAS ha migliorato l'esito per il paziente riducendo la morbidità postoperatoria senza alcun aumento delle complicanze chirurgiche.

## BRAVE DREAMS

BRAin VEnous DRainage Exploited Against Multiple Sclerosis – Studio randomizzato multicentrico per la valutazione dell'efficacia e sicurezza dell'intervento di disostruzione delle vene extracraniche nel trattamento della sclerosi multipla è finalizzato a valutare l'efficacia e la sicurezza dell'angioplastica dilatativa alle vene nel controllo dell'insufficienza venosa cronica cerebrospinale (CCSVI).

Prevede l'arruolamento di circa 650 pazienti in 10-12 diversi centri italiani ed è in doppio cieco, in quanto confronta gli esiti di un gruppo di essi che durante l'intervento sono sottoposti a flebografia diagnostica e angioplastica venosa con un gruppo di controllo cui è praticata la sola flebografia diagnostica.

Ha due endpoint primari: clinico (miglioramento/stabilità/peggioramento) a 12 mesi e imaging RM (lesioni attive e volume delle lesioni) a 12 mesi.

Nel 2012 la Regione Emilia Romagna ha deciso di finanziare totalmente il progetto.

## FATTORI FARMACO-GENETICI PER LA VALUTAZIONE D'EFFICACIA DI TRATTAMENTI COMBINATI IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOVASCULARIZZAZIONE COROIDEALE SECONDARIA A DEGENERAZIONE MACULARE LEGATA ALL'ETÀ

A partire dal 2011, l'effettuazione del Progetto di Ricerca intitolato "Fattori farmaco-genetici per la valutazione d'efficacia di trattamenti combinati in pazienti affetti da neovascularizzazione coroideale secondaria a degenerazione maculare legata all'età" (Co-finanziamento PRIN 2009 - Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) ha consentito la routinaria pianificazione di protocolli terapeutici combinati che prevedono la somministrazione intravitreale di farmaci inibenti l'azione del fattore di crescita endoteliale vascolare (vascular endothelial growth factor, VEGF) e la successiva applicazione di terapia fotodinamica con verteporfina (photodynamic therapy with verteporfin, PDT-V). Tale linea di ricerca ha avuto, come importante ricaduta assistenziale, una riduzione significativa della necessità di ritrattamenti invasivi mediante iniezioni di anti-VEGF con un sostanziale mantenimento dei benefici terapeutici osservati a riguardo delle capacità visive dell'occhio trattato. Inoltre, nell'ambito di casi selezionati, è stato possibile documentare promettenti correlazioni predittive tra il livello di risposta terapeutica della complicità neovascolare secondaria a degenerazione maculare legata all'età ed il profilo genotipico dei pazienti di razza Caucasica, con particolare riferimento a due comuni polimorfismi genici: i. la variante 185 G>T del gene del fattore XIII-A della coagulazione (FXIII-A-V34L – rs5985); ii. la variante 1277 T>C del gene del fattore H del complemento (CFH-Y402H – rs1061170). Quest'ultimi aspetti farmaco-genetici potrebbero aprire innovativi scenari investigativi in grado di personalizzare la gestione terapeutica di ciascun paziente affetto dalla forma neovascolare di degenerazione maculare legata all'età, nella prospettiva di giungere ad un effettivo miglioramento del rapporto costo/beneficio riguardante il trattamento di questa severa forma patologica che rappresenta la più frequente causa di cecità legale nei Paesi industrializzati.



## TESTING PRE-CLINICO E APPLICAZIONE CLINICA DI NUOVE STRATEGIE SEMPLIFICATE PER LA RICOSTRUZIONE PARODONTALE E OSSEA

I tessuti parodontali, ovvero i tessuti di supporto degli elementi dentari, possono essere parzialmente o totalmente persi a causa della parodontite o di lesioni di natura endodontica. Inoltre, a seguito della perdita di uno o più elementi dentari, traumi o interventi di resezione per patologie neoplastiche, il deficit osseo che ne consegue può complicare o, talvolta, rendere irrealizzabile la riabilitazione orale del paziente edentulo. L'obiettivo della chirurgia ricostruttiva è quello di ripristinare i tessuti persi, migliorando la prognosi degli elementi dentari e recuperandone funzione ed estetica (nel caso della chirurgia parodontale) o ripristinando i volumi ossei necessari alla realizzazione della riabilitazione orale (nel caso della chirurgia ossea).

In tale contesto, i pazienti afferenti all'UO di Odontoiatria hanno accesso ad una serie di terapie chirurgiche ricostruttive frutto di un percorso di studio e validazione che trova origine e si sviluppa interamente nelle competenze scientifiche dell'Università di Ferrara. In particolare:

### a. Studio pre-clinico del potenziale rigenerativo di agenti bioattivi e costrutti cellulari

Diverse linee di ricerca pre-clinica della Sezione di Biochimica, Biologia Molecolare e Genetica Medica, Università di Ferrara, si propongono di valutare, attraverso specifici modelli in vitro, il potenziale rigenerativo delle molecole e delle strategie cellulari maggiormente candidate ad essere applicate clinicamente. In particolare, negli ultimi anni l'attenzione è stata rivolta allo studio del derivato della matrice dello smalto, estratto proteico caratterizzato da un effetto modulatore sulla guarigione della ferita parodontale, e alla realizzazione di costrutti cellulari realizzati con carrier riassorbibili.

### b. Valutazione clinica di nuove strategie terapeutiche per nel trattamento ricostruttivo parodontale e osseo

L'attività di ricerca clinica svolta dal Centro Interdipartimentale di Ricerca per lo Studio delle Malattie Parodontali e Peri-implantari, Università di Ferrara, ha consentito di sviluppare disegni di lembo e approcci microchirurgici che, in associazione alla somministrazione di agenti biologicamente attivi, consentono di ottimizzare il risultato clinico e la predicibilità della terapia chirurgica ricostruttiva, minimizzando l'invasività chirurgica e riducendo la morbilità post-operatoria. Questi aspetti assumono grande rilevanza clinica quando si considera che i pazienti afferenti all' UO di Odontoiatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono spesso caratterizzati da una vulnerabilità sanitaria che controindica, relativamente o in modo assoluto, il ricorso ad interventi chirurgici invasivi.

## SCREENING MOLECOLARE PER L'IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI AFFETTI DA SINDROME DI LYNCH

Per quanto riguarda il carcinoma del colon-retto, le ricerche condotte nell'ultimo decennio hanno permesso di implementare nella nostra Azienda Ospedaliera uno screening molecolare per l'identificazione dei pazienti affetti da sindrome di Lynch, la forma ereditaria di carcinoma del colon più frequente e una delle sindromi neoplastiche ereditarie più frequenti in assoluto insieme al carcinoma ereditario della mammella. Tale screening si basa sulla valutazione nel tessuto tumorale dei seguenti parametri: instabilità dei microsatelliti, espressione immunohistochimica delle proteine del DNA Mismatch Repair (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2), metilazione del promoter del gene MLH1, stato mutazionale del gene BRAF. Si possono così selezionare i pazienti potenzialmente affetti, da sottoporre al test genetico per la valutazione della presenza di mutazioni germ-line dei geni del Mismatch Repair responsabili della sindrome.

## PROGETTO TELETHON PROGETTI AIRC E FIRB

Il Progetto Telethon ha permesso di individuare il ruolo patogenetico fondamentale dell'Interleuchina-1 in un particolare sottogruppo di malattie infiammatorie croniche ad andamento familiare denominate malattie autoinfiammatorie. Ciò ha permesso lo sviluppo di protocolli terapeutici basati sull'uso di inibitori dell'attività di questa citochina (farmaci "biologici" o inibitori recettoriali tradizionali).

I Progetti AIRC e FIRB hanno portato all'identificazione di un nuovo recettore cellulare con attività trofica e promotrice della proliferazione cellulare. Questo recettore è sovra-espresso da cellule tumorali maligne e rappresenta in prospettiva un nuovo oncogene e bersaglio per la terapia dei tumori. Uno sviluppo collaterale di queste ricerche è stata l'osservazione che tra i meccanismi attivati da questo nuovo recettore è compresa anche la stimolazione del rilascio di VEGF, e che l'inibizione farmacologica del recettore stesso abolisce quasi completamente la secrezione di VEGF in tessuti normali e patologici. Le implicazioni in terapia sono ovvie.

## PROGRAMMA DI SCREENING CERVICO-VAGINALE - HPV TEST

Nella provincia di Ferrara la prevenzione del cancro del collo dell'utero ha origini lontane e si può dire che inizia nel 1953 quando il Prof. Mario Tortora ebbe il merito di introdurre in Italia il PAP test o test di Papanicolaou organizzando presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Napoli un Centro per la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina.

Trasferitosi a Ferrara, il Prof. Tortora diede inizio nel 1962 ad un programma a lungo termine di screening di popolazione del cancro del collo dell'utero, il primo in Europa, che determinò nelle donne una marcata riduzione del rischio di morte per neoplasie dell'apparato genitale. Nel 1963 la Società Italiana di Citologia Clinica e Sociale nominò per acclamazione presidente il Prof. Mario Tortora e chiese che l'esempio di Ferrara nell'opera di prevenzione contro i tumori venisse seguito in tutto il Paese.

Lo screening è stato successivamente condotto dal coordinamento provinciale facente capo agli operatori del Centro di Citodiagnostica della Azienda USL di Ferrara di via Boschetto, confluito nel 2002 nell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara.

Tale attività di screening ha richiesto nel tempo lo sviluppo di competenze apposite (biologici, tecnici, amministrativi, etc.), oltre all'investimento continuo in tecnologie. Dal 2003, è operativa la *citologia in strato sottile* utilizzando sia il sistema ThinPrep che il sistema SurePath, consentendo un ulteriore incremento della qualità della diagnostica citologica e l'espansione dell'utilizzo in tutti i settori della diagnostica citopatologica. Inoltre, dal 2004 l'UO di Anatomia Patologica si avvale del sistema di lettura automatizzata dei PAP test con *lettore automatico Focal Point GS*.

L'impiego di queste metodiche presenta notevoli vantaggi:

- Test di genomica virale con HR-HPV su unico campione senza richiamo della donna
- Aumento della qualità del preparato
- Riduzione/azzeramento dei richiami delle donne per inadeguatezza del campione
- Processazione standardizzata
- Possibilità di effettuare test ancillari

L'attività della diagnostica citopatologica si sintetizza in 42.000-45.000 esami citologici l'anno, con riferimento a tutti gli organi, di cui 26.000-28.000 Pap Test. Tali risultati, unitamente agli elevati livelli di efficacia ed efficienza, sono stati raggiunti per effetto di una profonda attività scientifica che ha visto la partecipazione a numerosi progetti di ricerca regionali e nazionali, e molte pubblicazioni su riviste scientifiche internazionali.

Ferrara è stata identificata come Hub AVEC per il nuovo screening molecolare per la prevenzione del carcinoma delle cervice uterina basato sul test HPV e che in questi mesi sta coordinando la organizzazione della implementazione del nuovo screening in tutto il territorio AVEC.

## IL CONTRIBUTO DEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

Un progetto di ricerca ha riguardato la valutazione clinica di due diverse strategie di fluidoterapia perioperatoria, una basata sull'uso di soluzione fisiologica e l'altra basata su quello di soluzioni bilanciate. La ricaduta assistenziale derivante dai risultati è stata che sono da preferire soluzioni bilanciate in quanto la soluzione fisiologica si associa ad acidosi ipercloremica, ipocalcemia e ipomagnesemia, oltre ad effetti negativi sulla reazione contro-infiammatoria.

Un secondo progetto di ricerca ha riguardato l'uso della Pressione Positiva di fine Espirazione (PEEP) durante anestesia generale. Questa ultima si è rilevata protettiva nei confronti della funzionalità respiratoria e delle complicanze postoperatorie. La ricaduta assistenziale è consistita nel suggerimento dell'uso una ventilazione meccanica che preveda l'uso di una PEEP per migliorare il decorso postoperatorio dei pazienti sottoposti a anestesia generale.

Utilizzo della valutazione dell'aggregabilità piastrinica nell'individualizzazione della terapia antiaggregante e nella strategia di rivascolarizzazione individualizzata

Valutazione prospettica in studi longitudinali di intervento della durata ottimale della terapia antiaggregante piastrinica dopo intervento di rivascolarizzazione miocardica percutanea.

Valutazione prospettica delle conseguenze cardiologiche delle chemioterapie antineoplastiche: identificazione di markers precoci di danno cardiaco

Tramite una ricerca sponsorizzata si è valutata la migliore osteointegrazione di coppe protesiche acetabolari in Trabecular Titanium ® rispetto alle non trasecolate con verosimile maggiore durata dell'impianto.

Valutazione dell'NO (ossido Nitrico) nell'aria espirata e cellule infiammatorie nell'espettorato di asmatici gravi, non rispondenti alle abituali terapie. Ricaduta clinica: marcatore controllo infiammazione delle vie aeree; prevenzione episodi di riacutizzazione.

Valutazione pro-calcitonina serica nelle riacutizzazioni di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva ospedalizzate per orientare l'utilizzo dell'uso degli antibiotici. Ricaduta assistenziale: appropriatezza dell'uso degli antibiotici nelle ospedalizzazioni per BPCO.

## PROGETTO APPROPRIATEZZA NELLA RIPETIZIONE DEGLI ESAMI DI LABORATORIO

Il progetto denominato "Definizione di un Decision Support System (DSS) per migliorare l'appropriatezza nella ripetizione della richiesta di esami di laboratorio", ha l'obiettivo di migliorare la performance organizzativa e di individuare delle aree di economia attraverso il miglioramento nell'appropriatezza della richiesta degli esami di laboratorio. Il lavoro, in corso di realizzazione, si basa su regole formalizzate e condivise tra i medici specialisti, che recepite nel DSS, permettono di ricevere un flag all'atto della richiesta di un esame di laboratorio per il quale il paziente ne ha già uno che presenta validità nel periodo considerato. Pertanto, oltre alla definizione delle regole condivise circa la correttezza di ripetizione di specifici esami, il progetto sta conducendo alla realizzazione di un DSS che modificherà parzialmente l'interfaccia tecnologica ad oggi utilizzata nelle UU.OO. per la richiesta di esami al Laboratorio. Tali aspetti implicano una maggiore attenzione alla richiesta di esami, con conseguenze sia sul piano economico, sia sul piano delle routine organizzative nell'unità operativa, sia nei confronti dei pazienti che possono accogliere positivamente come un segnale di qualità, il non dover ripetere esami di laboratori già svolti e in corso di validità.

## LA RICERCA GENETICA RIGUARDANTE LE DISTROFIE MUSCOLARI

Le ricerche genetiche riguardanti le distrofie muscolari hanno determinato una importante innovazione tecnologica che ha avuto impatto soprattutto sulla diagnostica genetica. Nuove metodiche di sequenziamento cosiddetto ad alta processività, o metodologie che indagano la molecola di RNA, mediatore essenziale del codice genetico, per la sintesi di una proteina funzionale, hanno reso disponibili strumenti diagnostici in grado di identificare l'intero cohort di mutazioni dei geni muscolari, di rendere la diagnosi genetica esaustiva e ottenerla in tempi rapidi. Inoltre la diagnosi genetica su tessuti fetali (villi coriali, amniociti) ha consentito una efficace prevenzione attraverso la diagnosi prenatale, che ora è anche disponibile su sangue materno grazie alle nuove tecniche ad alta processività.

Lo studio di nuove molecole effettrici in grado di modulare o ripristinare la distrofina e le proteine assenti nelle distrofie muscolari, ha aperto nuove opportunità terapeutiche, in particolare utilizzando le molecole di RNA antisenso che correggono lo splicing (cioè il corretto processamento e assemblaggio dell'RNA messaggero) del messaggero, o molecole che sono in grado di revertare mutazioni di stop sulla sintesi protetica. Oggi sono in corso numerosi trials clinici nel mondo per bambini con distrofia muscolare.

Questo ha cambiato in modo imponente la prognosi di questa malattie ereditarie, il loro impatto sociale, la qualità di vita, e tutti coloro che lavorano in questo campo, per una profonda differenza con cui si percepisce ora questa patologia, non più fatale e incurabile.

La linea di ricerca in oggetto ha determinato:

- un incremento costante del volume diagnostico in particolare da fuori regione;
- un miglioramento della accuratezza e della appropriatezza dei test genetici forniti;
- la partecipazione a trial clinici innovativi per la distrofia muscolare di Duchenne.

## ENDOCRINOLOGIA TRASLAZIONALE

La Sezione di Endocrinologia del Dipartimento di Scienze Mediche dell'Università di Ferrara è da anni impegnata nella ricerca nel settore delle patologie endocrino-metaboliche, con lo scopo di individuare nuove risposte ai bisogni assistenziali dei pazienti mediante lo sviluppo di strumenti diagnostici e terapeutici innovativi, che nascono anche da studi pre-clinici.

La Sezione di Endocrinologia è coinvolta in studi clinici multicentrici nazionali ed internazionali di fase II e III per la valutazione della sicurezza e della efficacia dei nuovi farmaci per la terapia delle patologie neoplastiche dell'ipofisi e del sistema neuroendocrino. La competenza dei professionisti afferenti alla Sezione di Endocrinologia è inoltre sottolineata dall'utilizzo di farmaci innovativi per patologie rare, neoplastiche e non, con l'utilizzo di stretti protocolli di sorveglianza, e dalla partecipazione alla stesura di Linee guida nazionali in tali ambiti.

L'attività clinica abbraccia tutti gli ambiti della patologia endocrina. Le problematiche del paziente vengono gestite in modo globale, anche coinvolgendo altri specialisti, al fine di soddisfare la domanda di salute del cittadino, utilizzando tutti gli strumenti diagnostici e terapeutici ad oggi a disposizione. A tale fine sono attivi nell'ambito della struttura ospedaliera percorsi diagnostico-terapeutici dedicati, mediante l'accesso a servizi ambulatoriali, di Day Hospital e di Degenza ordinaria.

La Sezione di Endocrinologia è inoltre dotata di un Laboratorio ove vengono svolte attività concernenti la diagnostica molecolare con particolare riferimento alla patologia neoplastica del sistema endocrino (tiroide, ipofisi, surrene, paratiroidi) e della patologia neoplastica endocrino-relata (mammella, endometrio, polmone). Il Laboratorio mette a disposizione delle strutture universitarie ed ospedaliere un servizio di diagnostica molecolare, che genera risorse oggi acquisite dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Presso il Laboratorio della Sezione di Endocrinologia vengono svolti studi pre-clinici tesi a testare la validità di nuove molecole per la terapia di neoplasie endocrine ed endocrino-relate, ancora orfane di terapia medica efficace (ad esempio il carcinoma midollare della tiroide, le neoplasie neuroendocrine gastroenteropancreatiche, i carcinoidi bronchiali, gli adenomi ipofisari non funzionanti). I risultati di questi studi possono aprire nuove possibilità terapeutiche per i pazienti afferenti alla Sezione di Endocrinologia, sui cui tessuti vengono effettuate le analisi, ed hanno anche ispirato l'attivazione di protocolli clinici di sperimentazione multicentrica di nuovi farmaci a livello nazionale ed internazionale. Non da ultimo, i risultati ottenuti in ambito di diagnostica molecolare e di studi pre-clinici e clinici hanno dato luogo a pubblicazioni su riviste internazionali.

L'attività clinica della Sezione di Endocrinologia attraverso lo sviluppo di modalità traslazionali della ricerca scientifica ha favorito l'interrelazione operativa con settori della medicina clinica e di base, sia a livello locale (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) che fuori dall'ambito ferrarese. A tal riguardo per quanto attengono gli ambiti ospedalieri e universitari ferraresi, stretti sono i rapporti con i reparti chirurgici, di Medicina Nucleare, il Laboratorio Analisi, Ortopedia, ORL, Neurochirurgia, Neurologia, Microbiologia Universitaria, Dipartimento di Clinica Farmaceutica, Dipartimento di Scienze della vita e biotecnologie. Per quanto attiene gli ambiti nazionali, sono attive collaborazioni con l'Endocrinologia dell'Università degli Studi di Milano, l'Endocrinologia dell'Università degli Studi di Genova, l'Endocrinologia dell'Università degli Studi Cattolica di Roma, l'Endocrinologia, la Chirurgia Toracica e la Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Padova, l'Endocrinologia dell'Università degli Studi di Salerno, l'Endocrinologia dell'Università degli Studi di Catania, l'Endocrinologia dell'Università degli Studi di Messina, l'Ospedale Civile di Mantova, l'Ospedale Bellaria di Bologna. Inoltre, in ambito internazionale sono attivi programmi di collaborazione e scambio di collaboratori con Tel Aviv (Israele), Cordoba (Spagna), Monaco di Baviera (Germania), Birmingham (Gran Bretagna).

## NETWORK PER L'ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI MULTIPLA

Progetto "Network regionale per creazione di banca dati biologica per identificazione di markers di attività di malattia correlabili a variabili cliniche nella sclerosi multipla", Regione Emili- Romagna: i risultati degli studi hanno indicato probabili marcatori di attività di malattia o di danno assonale, che – una volta validati o confermati da altre indagini (alcune in corso) - permetteranno di arricchire il giudizio diagnostico e possibilmente formulare valutazioni prognostiche. I risultati degli studi di epidemiologia descrittiva permettono di quantificare meglio il rischio di malattia nel territorio, di formulare correlazioni eziopatogenetiche e di avere a disposizione stime di frequenza attendibili per una più corretta pianificazione dei servizi erogati.

## ATTIVITÀ MOTORIA ADATTATA IN NEUROLOGIA

Progetto "Attività Motoria Adattata in Neurologia": i risultati degli studi condotti principalmente su persone affette da Malattia di Parkinson dimostrano che un'attività motoria accompagnata da stimoli emotivamente coinvolgenti (musica, danza) favorisce miglioramento e mantenimento di abilità motorie residue delle persone, stimolando continuità all'esercizio e nel contempo recupero del tono dell'umore. L'esercizio fisico non fa regredire né arresta la progressione della malattia, ma può migliorare la forza fisica, il tono muscolare, il tono dell'umore e può diventare una delle migliori strategie per convivere con la malattia.

## LABORATORIO PER LE TECNOLOGIE DELLE TERAPIE AVANZATE <http://lta.tecnopoloferrara.it>

Il Comitato Scientifico è costituito da ricercatori di diversi settori scientifici e afferenti a vari dipartimenti, garantendo lo sviluppo e l'integrazione di know-how e tecnologie multidisciplinari, funzionali per implementare l'offerta dell'LTTA sia al mondo dell'impresa sia alle strutture sanitarie, favorendo processi di ricerca e innovazione per la competitività nel territorio.

Il Laboratorio si occupa di utilizzare le cellule primarie umane per studiare i meccanismi di differenziamento e rigenerazione tissutale ed effettuare indagini genomiche e post-genomiche in patologie ad alto impatto assistenziale come quelle neoplastiche, cardiovascolari e neurodegenerative. Svolge inoltre attività di "preclinical testing" mediante l'impiego di sistemi in vitro e in vivo (in modelli animali) e offre supporto per la ricerca e/o validazione di biomarcatori clinici. Ai fini dello svolgimento delle diverse attività proposte, sono stati messi in opera diversi servizi tecnologici altamente qualificati, funzionali in varia misura per tutti gli ambiti di ricerca e che consentono l'utilizzo di moderne metodologie e strumentazioni da parte di enti pubblici o privati che operano in ambito biotecnologico, ospedaliero e farmaceutico, secondo modalità operative e gestionali in linea con i requisiti per l'Accreditamento Regionale (in corso di rinnovo). Nell'ambito della pianificazione progettuale nel quadro dei programmi regionali POR\_FESR, LTTA ha partecipato alla stesura del documento "Strategia S3 – Sistema Industrie della Salute" che ha definito le priorità tecnologiche regionali e le basi per future programmazioni. In tale ambito, LTTA ha partecipato alla stesura di due traiettorie: a) "Diagnosi precoce e diagnostica in vivo ed in vitro"; b) "Nuovi approcci terapeutici e medicine innovative - Piattaforme per ottimizzare gli studi preclinici". In queste ed altre traiettorie S3, LTTA potrà essere competitivo puntando sostanzialmente alle piattaforme tecnologiche e competenze interdisciplinari sviluppate oltre a poter usufruire dei servizi che verranno messi a disposizione dall'Animal Facility in fase di attivazione, e che costituirà l'unica realtà regionale idonea alla conduzione di esperimenti in linea con la nuova direttiva europea sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici. Saranno poi rilevanti le partnership definite dagli accordi di collaborazione con strutture sanitarie, che hanno l'obiettivo di favorire il trasferimento dei risultati della ricerca applicata nella pratica clinica.

In considerazione delle attività, LTTA risulta funzionale all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara per fornire una risposta clinica e assistenziale appropriata e di qualità, utilizzando: a) piattaforme tecnologiche per lo svolgimento di attività clinica e preclinica, b) tecniche diagnostiche avanzate per il perfezionamento di protocolli clinici innovativi.

In ragione dell'oggetto, il Tecnopolo LTTA costituisce una struttura di interazione tra università e ospedale, che permette di consolidare la partnership tra le due istituzioni, anche nell'ottica di accedere a progetti di ricerca regionali finalizzati al miglioramento dei servizi. Al riguardo, è stato siglato un accordo sperimentale di collaborazione attraverso il quale viene regolata la modalità di accesso alle piattaforme tecnologiche e la conseguente erogazione di prestazioni.



## Ricerca *Le ricadute assistenziali dell'attività di ricerca: Linee guida e protocolli*

L'Azienda partecipa in ambito regionale, nazionale ed internazionale alla creazione di linee guida o protocolli che producono un effetto sull'attività di assistenza, oltre che fornire un vantaggio all'Azienda in ragione della capacità di poter portare la propria esperienza, e della tempestività con cui vengono

resi noti gli orientamenti prossimi nella materia oggetto del protocollo o della linea guida. La tabella 3.7 riporta i risultati delle attività a cui partecipano i professionisti ospedalieri e universitari di ciascun DAI dell'AOU Sant'Anna e che restano in capo all'Azienda quale patrimonio di conoscenza.

Tabella 3.7: Partecipazione dell'Azienda in ambito regionale, nazionale ed internazionale al 31/12/2014

Strutture Organizzative		Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito regionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito nazionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito internazionale (dal 2010 ad oggi)
DAI Chirurgico	<i>Numero</i>	1	1	0
	<i>Descrizione</i>	Screening regionale cancro colon retto		
DAI Chirurgico Specialistico	<i>Numero</i>	1		2
	<i>Descrizione</i>	Terapia Intravitreale Anti-VEGF		<ol style="list-style-type: none"> <li>Membro attivo della Federazione Europea di Parodontologia coinvolto attivamente nella stesura di linee guida e raccomandazioni cliniche</li> <li>Consensus dell' XI Workshop Europeo di Parodontologia sulla Prevenzione delle Malattie Parodontali e Peri-implantari</li> </ol>

Strutture Organizzative		Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito regionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito nazionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito internazionale (dal 2010 ad oggi)
DAI Diagnostica per Immagini e di Laboratorio	<p><i>Numero</i></p> <p>6</p> <p><i>Descrizione</i></p>	<p>1. Appropriata PET con FDG in Oncologia</p> <p>2. Accredimento Programma di screening del tumore mammario</p> <p>3. Protocollo regionale screening del carcinoma colo-rettale</p> <p>4. Radioterapia ipofrazionata in NSCLC</p> <p>5. Radioterapia ipofrazionata in tumori testa-collo</p> <p>6. Radioterapia ipofrazionata in ca prostata</p>	<p>2</p> <p>1. Linea guida SIAPEC diagnosi istologica delle neoplasie del colon-retto</p> <p>2. Trial Nazionale "Brave Dreams" (BRAIn VEnous DRainage Exploited Against Multiple Sclerosis) Studio randomizzato multicentrico per la valutazione dell'efficacia e sicurezza dell'intervento di disostruzione delle vene extracraniche nel trattamento della sclerosi multipla. Finanziato dalla Regione Emilia-Romagna</p>	<p>0</p>
DAI Emergenza	<p><i>Numero</i></p> <p>6</p> <p><i>Descrizione</i></p>	<p>1. Dolore Post-operatorio</p> <p>2. Parto Analgesia</p> <p>3. R.I.P.O.</p> <p>4. R.E.P.O.</p> <p>5. Guida alla preparazione per la colonscopia</p> <p>6. Audit regionale su chirurgia vertebrale</p>		<p>39</p> <p>Linee Guida Cliniche in Cardiologia promulgate dalla Società Europea di Cardiologia.</p>

Strutture Organizzative		Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito regionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito nazionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito internazionale (dal 2010 ad oggi)
DAI Medico	<i>Numero</i>	10		2
	<i>Descrizione</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linee guida per l'utilizzo dei nuovi anticoagulanti orali</li> <li>2. Linee guida per lo Scompenso cardiaco</li> <li>3. Rischio cardiovascolare nota 13 – per la Reg ER</li> <li>4. Linee guida per la gestione del paziente anziano con frattura del femore</li> <li>5. Dossier per la valutazione multidimensionale del paziente anziano</li> <li>6. Progetto regionale per le demenze</li> <li>7. Linee guida AIGO-SIGE – La gestione delle urgenze in endoscopia digestiva</li> <li>8. Linee guida per la colonscopia di screening</li> <li>9. Linee guida per il percorso terapeutico EDTA cancro del colon-retto</li> <li>10. Partecipazione Linee Guida Terapia Antimicotica Area Vasta</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linee guida per il monitoraggio ambulatoriale dell'ipertensione arteriosa</li> <li>2. Revisore per le linee guida per il monitoraggio ambulatoriale dell'ipertensione arteriosa</li> </ol>

Strutture Organizzative	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito regionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito nazionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito internazionale (dal 2010 ad oggi)	
DAI Medico Specialistico	<i>Numero</i>	13	3	1
	<i>Descrizione</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Censimento delle strutture diabetologiche regionali</li> <li>2. Trattamento sistemico dell'Artrite Reumatoide nell'adulto con particolare riferimento ai farmaci biologici (RER marzo 2010)</li> <li>3. Trattamento sistemico dell'Artrite Reumatoide nell'adulto Il posto in terapia del tocilizumab (RER febbraio 2011)</li> <li>4. Trattamento sistemico dell'Artrite Reumatoide nell'adulto Il posto in terapia di certolizumab e golimumab (RER giugno 2011)</li> <li>5. Prevenzione e terapia insufficienza renale cronica progressiva</li> <li>6. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i tumori della mammella</li> <li>7. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i tumori del colon retto</li> <li>8. Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per i tumori della prostata</li> <li>9. Linee di indirizzo per l'appropriatezza nella</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosi e terapia della leucemia linfatica cronica</li> <li>2. Ruolo della bendamustina nella terapia di prima linea della LLC</li> <li>3. Linee guida per il trattamento del carcinoma mammario, dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM)</li> </ol>	Linee guida per la diagnosi e la terapia dell'acromegalia

- 
- diagnostica molecolare in oncologia
10. Raccomandazioni RER per l'appropriatezza prescrittiva di numerosi farmaci oncologici (Gruppo GReFO)
  11. Revisione standard di qualità dei programmi di screening mammografico
  12. Stesura dei requisiti di qualità per l'accreditamento delle strutture oncologiche in Emilia Romagna
  13. "Analysis of T cell population as prerequisite for the identification of an "exit strategy" aimed to obtain a biologic free-drug remission in a population of patient affected by Rheumatoid arthritis in prolonged remission phase induced by TNF-blocker therapy"
-

Strutture Organizzative		Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito regionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito nazionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito internazionale (dal 2010 ad oggi)
DAI Neuroscienze/ Riabilitazione	<i>Numero</i>	19	2	
	<i>Descrizione</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Epilepsy in primary cerebral tumors: the characteristics of epilepsy at the onset (results from the PERNO study--Project of Emilia Romagna Region on Neuro-Oncology) (Granieri-Tola-Monetti-Cavallo-Fainardi)</li> <li>2. Linee Guida per la Gestione delle Gravi cerebrolesioni acquisite nell'ambito della Rete Regionale GRACER</li> <li>3. Proposta per l'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del sistema sanitario nazionale. 2009-2010</li> <li>4. Programma Stroke Care. 2010</li> <li>5. Capitolato d'appalto per la fornitura di ausili per disabili INTERCENT-ER</li> <li>6. Criteri di appropriatezza per il ricovero ordinario in strutture sanitarie di riabilitazione 2013</li> <li>7. Gruppo di Lavoro Reg.le per la definizione del</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observational case-control study of the prevalence of chronic cerebrospinal venous insufficiency in multiple sclerosis: CoSMo study (Granieri-Tola-Baldi-Caniatti)</li> <li>2. Documento Consensus Conference per <i>La gestione ospedaliera delle gravi cerebrolesioni acquisite</i>, 2010</li> </ol>	

- 
- percorso di cura integrato del paziente con Sclerosi Laterale Amiotrofica in regione Emilia-Romagna (Tola –Sette)
8. Gruppo di Lavoro Reg.le Farmaci Neurologici (Tola)
  9. Gruppo di Lavoro Reg.le PDTA Sclerosi Multipla (Tola – Baldi)
  10. Gruppo di Lavoro Reg.le per le Malattie Rare Neurologiche (Tola)
  11. Gruppo di Lavoro Reg.le per la definizione dei requisiti per l'Accreditamento delle Strutture Neurologiche (Tola)
  12. Gruppo di Lavoro Reg.le per le Demenze (Tola – Gragnaniello)
  13. Protocollo per iniziativa d'acquisto "fornitura di ausili per disabili 2" Agenzia Intercent-ER (UMR)
  14. Protocollo accordo AIOP-RER (UMR)
  15. Linee guida per la "Cartella clinica integrata" (UMR e UGC)
  16. Gruppo di lavoro multidisciplinare sui Farmaci Neurologici (Tola MR, Sensi M) "Linee guida terapeutiche/8 "Farmaci per la cura della malattia di Parkinson" (NEUROLOGIA ottobre 2014)

- 
17. Gruppo regionale Farmaci per la Sclerosi Multipla (NEUROLOGIA Caniatti LM) – ongoing
  18. Progetto regionale Demenze (NEUROLOGIA Gragnaniello D) – ongoing
  19. Gruppo di lavoro indicatori della commissione regionale stroke (NEUROLOGIA De Vito A) - ongoing
-



Strutture Organizzative		Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito regionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito nazionale (dal 2010 ad oggi)	Linee guida e Protocolli generati dalla partecipazione dell'azienda ad attività di ambito internazionale (dal 2010 ad oggi)
DAI Riproduzione e Accrescimento	<i>Numero</i>	9	2	3
	<i>Descrizione</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine</li> <li>2. Induzione del travaglio</li> <li>3. Taglio cesareo</li> <li>4. Natimortalità</li> <li>5. Protocollo diagnostico-terapeutico dello screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero</li> <li>6. Requisiti per l'accreditamento di Programmi di screening per la prevenzione e diagnosi precoce del tumore della cervice uterina</li> <li>7. Gruppo di Lavoro Genetica Area vasta AVEC 2013</li> <li>8. Nomenclatore tariffario regionale 2013</li> <li>9. Linee guida per la rete regionale Hub&amp;Spoke per il trattamento del dolore nell'ambito delle crisi falcemiche</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linee guida Gruppo di lavoro genetica Molecolare, Società italiana di genetica Umana (SIGU)</li> <li>2. Linee Guida Controlli di qualità test genetici Istituto Superiore di Sanità</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Linee guida per diagnosi genetica di distrofie muscolari</li> <li>2. Linee guida per diagnosi genetica distrofie muscolari congenite</li> <li>3. Linee guida per stesura consenso informato test genetici</li> </ol>

Fonte: Dipartimenti ad Attività Integrata, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

## Ricerca **Le ricadute assistenziali dell'attività di ricerca: Registri malattia**

I registri malattie rappresentano una componente del capitale interno sviluppato dalla interazione tra Ospedale e Università, oltre che talvolta le Aziende territoriali.

Questi costituiscono un patrimonio di dati fondamentale per la programmazione sanitaria locale, nonché per supportare l'attività di ricerca e assistenziale con riferimento alle patologie coperte.

### REGISTRO TUMORI

<b>Area Coperta</b>	Provincia di Ferrara (popolazione 358.000 abitanti) Oggi si configura come Registro Tumori di Area Vasta Emilia Centro (AVEC)
<b>Data D'istituzione</b>	Istituito nel 1989 presso l'Istituto di anatomia, istologia e citologia patologica dell'Università di Ferrara.
<b>Enti Finanziatori</b>	Regione Emilia Romagna, Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara, Azienda USL Ferrara, finanziamenti da progetti di ricerca.
<b>Accreditamento</b>	1991 (AIRTUM)
<b>Responsabile</b>	Dott. Stefano Ferretti (RU, UniFe)
<b>Sede</b>	Dipartimento di medicina sperimentale e diagnostica, sezione di anatomia, istologia e citologia patologica FERRARA
<b>Obiettivi</b>	Identificazione e quantificazione del rischio oncologico nella popolazione. Valutazione della sopravvivenza e della prevalenza nelle patologie oncologiche. Disponibilità di dati per la programmazione sanitaria e per la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici. Collaborazione con le Istituzioni sanitarie locali e regionali nella valutazione di impatto dei programmi di screening. Collaborazione alla valutazione dei costi dei programmi di screening. Partecipazione a progetti di ricerca scientifica nazionali ed internazionali nell'ambito dell'epidemiologia oncologica.
<b>Attività</b>	<i>Incidenza:</i> dati 1991-2007. <i>Sopravvivenza:</i> aggiornamento al 31.12.2009. <i>Prevalenza:</i> dati disponibili all'1.1.2010. Nell'ambito della Regione Emilia-Romagna al Registro sono affidate la pubblicazione dei dati regionali di incidenza, sopravvivenza e prevalenza e la registrazione delle lesioni premaligne della cervice uterina (dati 1991-2008) e del colon-retto (dati 2003-2008). Il Registro collabora inoltre ad uno studio di valutazione dell'impatto economico dello screening 68olo rettale. A livello nazionale il Registro è coinvolto in progetti di valutazione dell'impatto dello screening mammografico, cervico-vaginale e 68olo rettale (progetti "Impatto"), della valutazione della sopravvivenza dei pazienti oncologici (ACC-EUROCARE) e nello studio dell'incidenza dei tumori rari (progetto "RITA"). A livello internazionale il Registro partecipa all'attività coordinata dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC), dall'European Network of Cancer Registries (ENCR), dall'Associazione Internazionale dei Registri Tumori (IACR) e dal Gruppo per l'epidemiologia e la registrazione del cancro nei Paesi di lingua latina (GRELL). Il registro partecipa al progetto EUROCOURSE (WP3) ed è inoltre inserito nel board del progetto europeo HAEMACARE sui tumori dell'apparato emolinfopoietico e del progetto RARECARE sui tumori rari.

## CENTRO REGIONALE DOTAZIONE ANTIDOTTI

Il Centro Regionale Dotazione Antidotti situato presso il Dipartimento Farmaceutico dell'Azienda Sant'Anna ha lo scopo di offrire la disponibilità di antidoti, anche rari, a tutti i centri sanitari della Regione e formare al loro corretto utilizzo, garantendo il costante monitoraggio delle informazioni al fine di un'allocazione che eviti sprechi e porti ad un miglioramento dell'attività assistenziale.

Obiettivo del Centro è anche il monitoraggio della casistica delle intossicazioni, con la raccolta di informazioni presso le Aziende Sanitarie Regionali, la diffusione di informazioni circa le intossicazioni e la creazione di una banca dati relativa alla dotazione di antidoti presenti presso ciascuna struttura ospedaliera.

Il Centro gestisce inoltre il Portale "Regionale Dotazione Antidoti Regione Emilia Romagna", consultabile da tutte le Aziende Sanitarie, attraverso il quale è possibile accedere alle scorte di antidoti disponibili e alla documentazione relativa alla gestione-somministrazione degli antidoti stessi (modalità di somministrazione, dosaggi impiegati, utilizzo in gravidanza, diluizione dei prodotti e altre informazioni farmaceutiche/farmacologiche).

## MALATTIE REUMATICHE

L'UO di Reumatologia partecipa attivamente al Registro Regionale sui Farmaci Biologici nell'Artrite Reumatoide (dei 650 pazienti inseriti d'oggi nel Registro, circa 100 sono stati trattati e inseriti presso l'UO di Ferrara).

L'UO di Reumatologia collabora inoltre all'inserimento dati nel Registro nazionale GISEA (Gruppo di Studio Italiano sulla Early Arthritis) nel quale sono inseriti dati riguardanti circa 10.000 pazienti. Di questi circa 650 sono stati inseriti dall'UO di Ferrara.

Dal Gennaio 2014 l'UO di Reumatologia sarà in prima linea nell'alimentare il Registro Nazionale della Società Italiana di Reumatologia (SIR) sul Lupus Eritematoso Sistemico.

## REGISTRO DELLE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'AOU Sant'Anna di Ferrara è sede regionale del Registro delle Malformazioni Congenite dal 1978; il Registro interessa tutti i punti nascita della Regione e racchiude quasi 19.000 casi. Il registro è costituito dai referenti, da un coordinamento scientifico ed un coordinamento organizzativo. Il Registro è riconosciuto e finanziato dalla Regione Emilia Romagna con la finalità di produrre dati sulla prevalenza delle malformazioni congenite, di contribuire alla sorveglianza spaziale e temporale, di condurre studi di valutazione su interventi sanitari (screening prenatali e neonatali), di costituire un centro di riferimento epidemiologico e clinico per i difetti congeniti.

Dal 1980 fa parte del Network Europeo dei Registri delle Malformazioni Congenite (EUROCAT) e dal 1995 dell' International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring System (ICBD). Grazie a queste collaborazioni è stato possibile valutare l'effetto Chernobyl per quanto riguarda le malformazioni congenite e partecipare a studi di epidemiologia analitica e descrittiva in programmi collaborativi internazionali. In collaborazione con EUROCAT sono state stabilite linee guida per la sorveglianza e per la gestione degli allarmi.

Il Registro partecipa inoltre al coordinamento dei Registri italiani delle malformazioni congenite costituitosi presso l'Istituto Superiore di Sanità allo scopo di condividere le esperienze di vari registri, proporre linee di ricerca comuni, produrre dati epidemiologici sulle malformazioni congenite a livello nazionale. La partecipazione a network nazionali ed internazionali garantisce la possibilità di confronto e l'analisi condivisa dei risultati ottenuti, indirizza la ricerca e la valutazione di fattori eziologici. Oltre che risolti sul piano assistenziale e della ricerca, il Registro ha un impatto in termini di formazione dei professionisti attraverso convegni annuali e incontri seminariali.

L'AOU Sant'Anna di Ferrara, inoltre partecipa al **Registro delle Malattie Rare** ed è **Responsabile locale della Rete del Servizio di Genetica Medica**, realizzando in tal senso il coordinamento e tenendo l'elenco di tutte le patologie diagnosticate in Regione.

L'Unità Operativa di Ematologia dell'AOU Sant'Anna dispone di laboratori di secondo e terzo livello (citogenetica, citogenetica molecolare, immunofenotipizzazione, colture cellulari) impegnati a supportare con le più moderne metodiche di laboratorio le diverse fasi diagnostiche e di follow-up dei pazienti seguiti dall'UO.

Il laboratorio di citogenetica è anche centro di riferimento nazionale del GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto) e svolge attività di consulenza per altre Aziende Ospedaliere.

## GIMEMA

L'Unità Operativa di Ematologia dell'AOU Sant'Anna dispone di laboratori di secondo e terzo livello (citogenetica, citogenetica molecolare, immunofenotipizzazione, colture cellulari) impegnati a supportare con le più moderne metodiche di laboratorio le diverse fasi diagnostiche e di follow-up dei pazienti seguiti dall'UO.

Il laboratorio di citogenetica è anche centro di riferimento nazionale del GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto) e svolge attività di consulenza per altre Aziende Ospedaliere.

## **Didattica** *Gli output del processo didattico: La formazione di medici, odontoiatri e professionisti sanitari*

Con riferimento all'ampia area della didattica, l'integrazione tra Università e AOU consente di dare luogo alla formazione di un elevato e variegato numero di professionisti del settore sanitario. La tabella 3.8 riporta il numero di CdS e di Scuole di Specializzazione che vede il coinvolgimento dell'Università di Ferrara, e dunque dell'AOU.

Tali CdS vedono migliaia di iscritti, in un ammontare che nell'a.a. 2013/2014 risultava essere pari a 3730 studenti, di cui 1880 nei CdS di I livello, e 1850 nei CdS di II livello e a Ciclo Unico (Fonte: Bilancio di Genere UniFe 2013).

Tabella 3.8: Numero di Corsi di Laurea

<b>Tipologia Corso di Laurea</b>	<b>Numero di Corsi a.a. 2013/2014</b>
Corsi di Laurea a Ciclo Unico	2
Corsi di Laurea Specialistica/Laurea Magistrale	4
Corsi di Laurea di 1° Livello	15
<i>Scuole di Specializzazione con Sede in UniFe</i>	<i>15</i>
<i>Scuole di Specializzazione Federate/Aggregate</i>	<i>16</i>

*Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara e Sito Università degli Studi di Ferrara*

L'AOU contribuisce al processo di formazione sì dei medici in formazione specialistica (i cui dati sono stati riportati nella sezione dedicata al Capitale Umano), ma anche dei professionisti dei CdS di I e II livello/CU. Gli iscritti ai CdS appena richiamati svolgono tirocini curriculari (a titolo esemplificativo, nell'a.a. 2010/2011, con n. 688 tirocini curriculari attivati, l'allora Facoltà di Medicina e Chirurgia racchiudeva la percentuale maggiore di tirocini curriculari attivati in tutto l'ateneo. Fonte: Bilancio Sociale UniFe 2012), particolarmente rilevanti per conferire efficacia alla formazione nella pratica

clinica. Inoltre, sono numerosi gli studenti laureandi che frequentano le strutture dell'AOU per la raccolta di dati a supporto della tesi di laurea, e che anche in tale percorso generano interazione tra Ospedale e Università, contribuendo ad arricchire le conoscenze nel contesto in cui operano. In tal senso è utile richiamare come molte delle attività di tutoraggio vengono svolte da personale Ospedaliero, sia nei CdS inerenti le Professioni Sanitarie, sia nelle Scuole di Specializzazione, impegnando 320 Ospedalieri (tabella 3.9).

Tabella 3.9: Numero di Ospedalieri che svolgono attività di tutoraggio al 31/12/2014

CdS Professioni Sanitarie	320
Scuole di Specializzazione (autonome ed aggregate)	102

*Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara*

Il contributo del personale Ospedaliero nell'area della formazione risulta anche dalla presenza di Ospedalieri nell'attività didattica. Come mostra la tabella 3.10, l'Università eroga 243 insegnamenti che vedono il coinvolgimento di 166 Ospedalieri; le ore corrispondenti a 466 CFU sono poi

assegnate a personale Ospedaliero. Tali dati permettono di sottolineare l'interdipendenza che Università e Ospedale hanno sviluppato anche nei percorsi di formazione istituzionale dell'ateneo.

Tabella 3.10: Integrazione di Ospedalieri nell'attività di insegnamento al 31/12/2014

Numero di insegnamenti che coinvolgono l'organico ospedaliero	243
Numero di CFU la cui docenza è assegnata a personale Ospedaliero	466
Numero di Ospedalieri coinvolti nella docenza dei CDS di Medicina e Chirurgia, Odontoiatria, Professioni Sanitarie, ecc. ...	166

*Fonte: Ufficio Sanità e Scuole di Specializzazione Sanitarie, Università degli Studi di Ferrara*

## **Assistenza I Percorsi Diagnostico – Terapeutici quali presupposto per efficaci output assistenziali**

Sempre con riferimento all'area assistenziale, l'interazione tra personale Ospedaliero e Universitario convenzionato ha permesso di sviluppare nel triennio di riferimento i PDTA Ictus, Carcinoma Polmonare, e Carcinoma della Mammella, mentre altri sono in corso di progettazione.

I PDTA sono strumenti che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione (RER-ASSR, 2013). Pertanto, la Commissione oncologica regionale ha predisposto percorsi in ambito oncologico con l'intento di migliorare l'operatività di tutte le strutture attraverso la definizione di obiettivi, ruoli, tempie e ambiti di intervento.

Il PDTA è uno strumento tecnico-gestionale il cui standard è sempre in progressione e che si propone di garantire:

- ✓ riproducibilità delle azioni
- ✓ uniformità delle prestazioni erogate
- ✓ riduzione dell'evento straordinario
- ✓ scambio di informazioni
- ✓ definizione dei ruoli.

### **PDTA ICTUS**

Durante l'anno 2012 è stato implementato il PDTA "Ictus", redatto nel 2011 con il coinvolgimento dei DAI Neuroscienze/Riabilitazione, Emergenza, Medico e Chirurgico, in cui viene ampiamente trattata la fase riabilitativa post evento acuto, volto a garantire una tempestiva presa in carico fisiatrica ed un incremento della percentuale di pazienti che possono essere avviati al setting assistenziale più adatto.

L'azienda è stata impegnata al mantenimento dell'attività del registro delle Gravi cerebrolesioni acquisite. Saranno potenziate, anche per i prossimi anni, le azioni di sviluppo dei percorsi in ambito riabilitativo allo scopo di ottimizzare il completamento del percorso riabilitativo, successivo all'evento acuto. Sono in fase continua di intensificazione i processi di integrazione con la componente territoriale.

### **PDTA CARCINOMA POLMONARE**

Durante l'anno 2012 è stato implementato il PDTA "Carcinoma Polmone", predisposto nel 2011 con il coinvolgimento dei DAI Emergenza, Chirurgico, Medico Specialistico e Diagnostica per immagini e medicina di laboratorio, e si è avviato il monitoraggio degli indicatori definiti. Dal 18 Gennaio 2012 si tengono settimanalmente gli incontri del Team multidisciplinare.

Inoltre, a Novembre 2012, anche in occasione del 2° incontro Avec sui tumori del polmone, è stato progettato un audit clinico retrospettivo ("Adesione al PDTA Carcinoma Polmone dei professionisti coinvolti nel percorso") che verrà avviato nei primi mesi del 2013 per esaminare i dati raccolti su più di 100 casi trattati da Gennaio 2012 a Dicembre 2012.

### **PDTA CARCINOMA DELLA MAMMELLA**

Durante il 2014 è stato formalizzato il PDTA "Carcinoma della mammella", che ha visto impegnati epidemiologi, MMG, radiologi/senologi, anatomopatologi, chirurghi, oncologi, radioterapisti, fisiatri/fisioterapisti e psiconcologi, con il contributo delle Associazioni dei pazienti. Punti di forza del PDTA sono la forte multidisciplinarietà, e la presenza del "case manager", come riferimento e guida per le pazienti. Il team multidisciplinare si riunisce settimanalmente per la discussione di tutti i nuovi casi e definire la più appropriata strategia terapeutica nelle diverse fasi del percorso. Per ognuna di esse sono stati stabiliti standard di efficienza, che vengono costantemente monitorati. Il PDTA è stato avviato nel novembre del 2014, e nel 2015 è stato progettato ed eseguito un audit clinico retrospettivo sui casi osservati nei primi 4 mesi di attività, relativi ad oltre 100 pazienti.

### **Assistenza *Gli output assistenziali: Gli ambulatori dedicati***

I risultati delle attività di ricerca e l'alta *reputation* che l'AOU ha sviluppato nel corso degli anni, hanno condotto al riconoscimento di forme di alta specialità.

In particolare, la Regione Emilia Romagna ha riconosciuto quali strutture Hub nel modello regionale:

- ✓ UO Genetica;
- ✓ UO Neuro riabilitazione;
- ✓ UO Neurochirurgia nell'ambito delle Neuroscienze;
- ✓ UO Terapia Intensiva Neonatale;
- ✓ Ambulatori e DH per la cura dei Talassemici.

La Regione Emilia Romagna ha riconosciuto altresì il Laboratorio di Tossicologia Forense e xenobiocinetica quale struttura di II livello.



## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'analisi del grado di integrazione tra AOU Sant'Anna, in quanto struttura del SSR, e Università di Ferrara ha costituito una prima esperienza nel porre in evidenza lo stato dell'integrazione con riferimento alle tre principali aree di fattori intangibili, alla base del processo di integrazione: professionalità sviluppate (Capitale Umano), relazioni locali, nazionali e internazionali sviluppate con riferimento ai processi di didattica, assistenza e ricerca (Capitale Relazionale), e i fattori intangibili sviluppati per effetto dell'integrazione (linee guida, protocolli, PDTA, banche dati, pubblicazioni, brevetti, etc.) che entrano a far parte del patrimonio di conoscenza sviluppato dall'Azienda e che sono suscettibili di produrre benefici nel futuro (Capitale Organizzativo).

Trattandosi di un primo report sullo stato dell'integrazione, il lavoro ha permesso di evidenziare come in effetti l'integrazione sia rilevante in ogni ambito di attività, contribuendo a creare valore nei processi di formazione, nei processi di ricerca, e nei processi assistenziali. I risultati infatti pongono in luce un cospicuo contributo dell'Ospedale agli obiettivi di formazione e ricerca, precipi dell'Università (crescente proporzione di pubblicazioni e di brevetti in comune, elevato numero di progetti di ricerca realizzati comunemente, elevata numerosità di crediti di insegnamento attribuiti ad Ospedalieri, per citare alcuni fattori), ma anche l'importanza del ruolo degli Universitari nei confronti degli obiettivi assistenziali (ampia numerosità di medici in formazione presenti in tutte le strutture dell'AOU, ricadute assistenziali dei processi di ricerca, il contributo alla definizione di percorsi interni – PDTA, Registro malattie – e all'accumulo di conoscenze).

L'analisi condotta permette poi di evidenziare il ruolo catalitico dell'integrazione Ospedale – Università nel favorire anche l'integrazione e la collaborazione con le strutture del bacino territoriale di riferimento della locale Azienda Usl. Di fatto, il lavoro ha consentito di cogliere come un buon numero di medici in formazione operi presso strutture dell'azienda territoriale, così come Universitari convenzionati svolgono attività assistenziale sul territorio. Inoltre, l'attività dei Dipartimenti Interaziendali di Medicina Legale, e Farmaceutico, è particolarmente significativa quanto alla capacità dell'AOU Sant'Anna di realizzare fattivamente l'integrazione sul territorio. In particolare, le prestazioni erogate dal Dip.to Interaziendale Strutturale di Medicina Legale e i processi di realizzazione di tali prestazioni vedono un chiaro contributo dell'Università (in termini di risorse umane e laboratori qualificati), dell'AOU, dell'Azienda USL.

Nella tabella di sintesi vengono indicati alcuni indicatori che potrebbero essere oggetto di monitoraggio dello stato dell'integrazione nel tempo, attraverso rilevazioni annuali. Tuttavia le informazioni racchiuse nel report possono contribuire a conferire efficacia al processo di decisione strategica dell'AOU, soprattutto in un periodo di ripensamento del sistema salute alla luce della contrazione delle risorse disponibili.

Di seguito viene presentata una matrice riassuntiva dei fattori determinanti il grado di integrazione ospedale-università, con l'indicazione dell'area prevalente di impatto: ricerca, assistenza, didattica.

<b>VARIABILI</b>		Ricerca	Didattica	Assistenza	
<b>CAPITALE UMANO</b>	La Professionalità	✓	✓	✓	
	I Percorsi di Carriera	✓	✓	✓	
	I professionisti in convenzione	✓	✓	✓	
	I medici in formazione		✓	✓	
	I dottorandi	✓		✓	
	Gli assegnisti di ricerca convenzionati	✓		✓	
<b>CAPITALE RELAZIONALE</b>	Relazioni con Commissioni Regionali, Nazionali e Internazionali			✓	
	Relazioni con Associazioni e Società Scientifiche	✓		✓	
	Spin-off	✓		✓	
	Relazioni con l'Azienda Sanitaria di Ferrara	✓		✓	
	Relazioni con la componente universitaria non in convenzione con il SSR, nei corsi di studio		✓		
	Relazioni con il Contesto Sociale e il Volontariato	✓		✓	
<b>CAPITALE INTERNO</b>	<i>Risultati dell'attività di ricerca</i>	Pubblicazioni scientifiche	✓		
		Brevetti	✓		
	<i>I Processi di generazione di conoscenza</i>	Le attività seminariali	✓	✓	✓
		I Progetti	✓		✓
	<i>Le ricadute assistenziali dell'attività di ricerca:</i>	Esperienze	✓		✓
		Il Tecnopololo LTTA	✓		✓
		Linee guida e protocolli			✓
		Registri malattia	✓		✓
	<i>Gli output del processo didattico</i>	La formazione di medici, odontoiatri e professionisti sanitari		✓	✓
	<i>Output assistenziali</i>	I Percorsi Diagnostico – Terapeutici			✓
Gli ambulatori dedicati		✓		✓	

La redazione del presente report ha permesso di sviluppare un modello di analisi dell'integrazione e di definirne lo stato dell'arte. Tuttavia, nell'intento

di monitorare nel tempo l'integrazione tra ospedale e università, potrebbero essere monitorati alcuni fattori peculiari. Tra questi, la tabella successiva ne propone alcuni.

Tabella di sintesi: Indicatori per un monitoraggio dello stato di integrazione nel tempo

---

Numero di pubblicazioni a doppia afferenza (Ospedalieri ed Universitari)

Numero di assegnisti di ricerca convenzionati operanti in strutture a direzione ospedaliera

Numero di assegnisti di ricerca convenzionati operanti in strutture a direzione universitaria

Numero di dottorandi che per ragioni di ricerca, operano anche presso l'Azienda

Numero di specializzandi che operano presso l'Azienda

Numero di progetti di ricerca regionali che recano personale Ospedaliero e personale Universitario

Numero di progetti di ricerca nazionali che recano personale Ospedaliero e personale Universitario

Numero di progetti di ricerca internazionali che recano personale Ospedaliero e personale Universitario

Numero di studi clinici che recano personale Ospedaliero e personale Universitario

Numero di insegnamenti che coinvolgono l'organico ospedaliero

Numero di CFU la cui docenza è assegnata a personale Ospedaliero

Presenza di Ospedalieri ed Universitari in posizione di leadership in Associazioni/Società Scientifiche Regionali, Nazionali, Internazionali

Numero di specialità nell'ambito delle quali si hanno ambulatori dedicati

---



## ***Ringraziamenti***

La raccolta delle numerose informazioni e dei tanti dati contenuti nel Report è stata resa possibile grazie alla collaborazione di moltissimi professionisti, accademici, e uffici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Università. Pertanto, si ringraziano in particolar modo, presso l'AOU:

la direzione aziendale,  
i DAI,  
l'Ufficio Relazioni con il Pubblico,  
la Direzione Medica di Presidio,  
la Direzione Risorse umane,  
l'ufficio AQUARI (Accreditamento, Qualità e Ricerca)  
il Servizio di Programmazione e Controllo di Gestione  
l'Unità Organizzativa Formazione e Aggiornamento-Biblioteca Scienze della Salute

e presso l'Università:

il Rettore e i delegati alla Sanità e alla Ricerca scientifica,  
l'Ufficio Sanità,  
l'Ufficio Ricerca nazionale,  
l'Ufficio Ricerca internazionale,  
l'Ufficio Trasferimento Tecnologico,  
l'ufficio Personale docente.

Ringraziamo, inoltre, tutti coloro che si sono resi disponibili per approfondimenti e colloqui conoscitivi, e la Dr.ssa Chiara Oppi (borsista presso il Dipartimento di Economia e Management dell'Università di Ferrara) che ha collaborato alla sintesi delle numerose informazioni pervenute.

Salvo preventiva autorizzazione scritta, è vietata la riproduzione, anche parziale e con qualsiasi mezzo, dei suddetti testi.