

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 2015

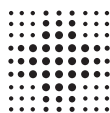
Contenuti della relazione sulla performance:

- **Bilancio di missione 2015**
- **Nota integrativa al bilancio di missione 2015**

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.



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



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



anno 2015

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 2015
- 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 Qualità percepita in ambito pediatrico ospedaliero: validazione di un questionario e analisi dei primi risultati.
- 3.1.3 Indagine sulla qualità percepita dagli utenti dei servizi di diagnostica per immagini in un'azienda ospedaliero-universitaria

3.2 Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure

- 3.2.1 Sicurezza delle cure e gestione del rischio
- 3.2.2 Appropriatelyzza della prescrizione farmaceutica
- 3.2.3 Riordino dell'assistenza ospedaliera
- 3.2.4 Riorganizzazione dell'Azienda e integrazione strutturale interaziendale
- 3.2.5 Miglioramento dell'offerta provinciale espressa in termini di potere di attrazione dell'utenza residente
- 3.2.6 Consolidamento del potere di attrazione in relazione allo sviluppo tecnologico e alla funzione HUB
- 3.2.7 Revisione dell'organizzazione nell'ottica del miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni

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

3.2.9 Promozione della salute, prevenzione delle malattie

3.2.10 Consolidamento dei setting assistenziali alternativi e facilitazione all'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

3.3 Valorizzazione ed empowerment degli operatori

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

3.3.2 Ottimizzazione dell'offerta in relazione alle risorse umane, in comparazione con le altre realtà aziendali della regione

3.3.3 Miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e orientamento dei sistemi premianti

3.3.4 Attuazione del piano formativo aziendale sviluppato in relazione alle esigenze innovative sulle diverse dimensioni della performance

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 Percorsi di miglioramento tecnologico ed organizzativo finalizzati all'ottimizzazione dei sistemi di controllo della spesa

3.4.5 Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali

3.4.6 Integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico

3.4.7 Appropriatelyzza dei ricoveri

3.4.8 Appropriatelyzza della domanda

3.4.9 Miglioramento continuo delle performance dei relativi strumenti di monitoraggio: Bersagli

3.4.10 L'accreditamento istituzionale

3.4.11 Applicazione del piano 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 Accredimento

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 aziendale di formazione 2015

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 Accoglienza informativa

5.1.2 Ufficio Relazioni con il pubblico

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

5.3 Gli strumenti per la comunicazione interna aziendale

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 Il Comitato Etico

6.4 Attività universitarie in rapporto all'Azienda

6.4.1 Ricerca

6.4.2 Didattica

6.4.3 Processi di integrazione con l'Università

7. Il bilancio di genere

7.1 Premessa

7.2 Genere e salute, il contesto demografico della provincia: la storia sanitaria dei dimessi nel 2015

7.3 Il cliente interno: i dipendenti dell'Azienda

Conclusioni del Direttore Generale

Parere del Comitato di indirizzo

Presentazione del Direttore Generale

Nell'anno 2015 l'azione dell'Azienda è stata orientata a:

- completare il trasferimento delle funzioni. A distanza di tre anni dall'evento del trasloco, l'attività del nuovo Arcispedale S. Anna è a pieno regime e proseguono i lavori per il trasferimento di altre funzioni rimaste ancora attive nella vecchia sede. Nel 2015 è stata trasferita l'Oculistica, sono state predisposte le condizioni logistiche e organizzative necessarie per il trasferimento della Radioterapia ed è stata implementata la complessa progettualità del trasferimento della Riabilitazione (S.Giorgio).
- approfondire gli aspetti relativi alla sostenibilità economico finanziaria, focalizzando in particolare l'analisi sul livello di "comprimibilità" delle diverse tipologie di costi.
- migliorare la responsabilità verso le liste di attesa e verso l'accessibilità. Per la prima tematica sono state effettuate azioni di miglioramento organizzativo sia verso le strutture ambulatoriali sia verso le sale operatorie, che hanno permesso di ottenere risultati concreti; per la seconda tematica sono state implementate le progettualità specifiche volte alla soluzione delle criticità.
- sviluppare l'integrazione per migliorare l'efficienza gestionale e la produttività dell'insieme delle strutture sanitarie provinciali. Un'importante espressione formale dell'integrazione tra Azienda e Territorio è stata definita attraverso l'elaborazione di un documento di grande rilevanza strategica ed organizzativa: l'Accordo quadro.

Il rapporto con l'Università trova i suoi principali elementi di concretezza nell'integrazione tra l'assistenza, la didattica e la ricerca, che sta alla base dello sviluppo di funzioni di alta complessità, ed è storicamente sancito in documenti formali come l'Accordo attuativo locale.

La struttura del Bilancio di Missione è articolata, come di consueto, 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 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, la descrizione dei risultati ottenuti nel 2015, in relazione ad obiettivi in larga misura derivati da linee di programmazione regionali.

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. 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 2015.

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.
- 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.
- 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 più 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 pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".
- D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità 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, nonché 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 centralità del cittadino;
 - il perseguimento della efficienza allocativa delle risorse;
 - la distinzione funzionale tra la responsabilità di committenza e la responsabilità 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 sanità 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'Università 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. 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. 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 intra-

muraria e altre norme in materia sanitaria”, come modificato dal d.l. n. 158 del 13/9/2012”.

- 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”.

1.1.3 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 2015:

- D.G.R. 23 febbraio 2015 n. 152 “Recepimento del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, approvazione del profilo di salute e delle indicazioni operative per la progettazione del Piano regionale della prevenzione”.
- D.M. 2 aprile 2015 n.70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.
- D.G.R. 4 maggio 2015 n. 487 “Approvazione del piano delle attività 2015 della Agenzia per lo sviluppo dei mercati telematici Intercent-ER”.
- D.M. 20 maggio 2015 “Programma di autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti, per l’anno 2015”.
- D.G.R. 29 maggio 2015 n.623 “Approvazione bilanci di esercizio 2014 delle Aziende sanitarie regionali ai sensi del Decreto legislativo n. 118/2011 e controllo ai sensi dell’art. 4 comma 8, della L. 412/1991”.
- D.G.R. 25 maggio 2015 n.606 “Approvazione bilancio di esercizio della Gestione sanitaria accentrata regionale e adempimenti connessi in ottemperanza al Decreto legislativo n. 118/2011”.
- D.G.R. 1 luglio 2015 n. 793 “Approvazione bilancio d’esercizio consolidato 2014 del Servizio sanitario regionale ai sensi del Decreto legislativo del 23 giugno 2011, n. 118”.
- D.G.R. 13 luglio 2015 n.901 “Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2015”.
- D.G.R. 27 luglio 2015 n. 1056 “Riduzione delle liste di attesa per l’accesso alle prestaizioni sanitarie”.
- Accordodella Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano 30 luglio 2015 “Accordo, ai sensi dell’articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di:”Indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all’erogazione di corsi di formazione finalizzati al rilascio dell’autorizzazione all’impiego del Defibrillatore Automatico Esterno - ai sensi del DM 18 marzo 2011”.
- D.G.R. 6 agosto 2015 n.1171 “Controllo dei Bilanci economici di previsione delle Aziende sanitarie regionali e dell’Istituto Ortopedico Rizzoli ai sensi dell’art. 4 comma 8, della Legge 412/91 e della Dgr. 1856/2005”.
- D.P.C.M. 29 settembre 2015 n.178 “Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico”.
- D.G.R. 6 ottobre 2015 n. 1466 “Approvazione del Bilancio preventivo economico annuale per l’esercizio 2015 della gestione sanitaria accentrata regionale e adempimenti connessi in ottemperanza al Dlgs. 118/2011” .
- Accordo della Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome 20 ottobre 2015 n. 168 “Accordo, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lett. b) e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente “Indicazioni in merito al prezzo unitario di cessione, tra Aziende sanitarie e tra Regioni e Province autonome, delle unita’ di sangue, dei suoi componenti e dei farmaci plasmaderivati prodotti in convenzione, nonche’ azioni di incentivazione dell’interscambio tra le aziende sanitarie all’interno della Regione e tra le Regioni” in attuazione degli articoli 12, comma 4 e 14, comma 3 della legge 21 ottobre 2005, n.219.”
- D.M. 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualita’ e sicurezza del sangue e degli emocomponenti”.
- D.P.C.M. 14 novembre 2015 “Definizione delle modalita’ di attuazione del comma 2 dell’articolo 13 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modifiche, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, in materia di prescrizioni farmaceutiche in formato digitale”.
- D.M. 9 dicembre 2015 “Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale”
- D.G.R. 10 dicembre 2015 n.2040 “Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal D.M. salute 70/2015”.
- D.G.R. 28 dicembre 2015 n.2245 “Prosecuzione di interventi di cui alla delibera di Giunta regionale 492/2015 in materia di sostegno ai lavoratori colpiti dalla crisi e di altre fasce deboli per l’accesso alle prestazioni sanitarie”.
- Legge 28 dicembre 2015 n.208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilita’ 2016)”.

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 accademico 2014/2015

CORSI ATTIVATI IN BASE ALLA NUOVA RIFORMA UNIVERSITARIA (D.M. 270/04)		
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE TRIENNALI	Classe di corso di studio	a.a. 2014/15
- Laurea in SCIENZE MOTORIE	Classe L-22 – scienze delle attività motorie e sportive	1°, 2° e 3° anno
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE TRIENNALI SANITARIE	Classe di corso di studio	a.a. 2014/15
- 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, (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
Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI A CICLO UNICO	Classe di corso di studio	a.a. 2014/15
- Laurea magistrale in MEDICINA E CHIRURGIA	Classe LM-41 – medicina e chirurgia	1°, 2°, 3°, 4° 5° e 6° anno
- Laurea magistrale in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA	Classe LM-46 – odontoiatria e protesi dentaria	1°, 2°, 3°, 4° 5° e 6° anno
Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI (biennali)	Classe di corso di studio	a.a. 2014/15
- 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
Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI SANITARIE (biennali)	Classe di corso di studio	a.a. 2014/15
- 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
CORSI ORGANIZZATI IN BASE ALLA PRECEDENTE RIFORMA UNIVERSITARIA - D.M. 509/99 CORSI DISATTIVATI		
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE SPECIALISTICHE A CICLO UNICO	Classe di corso di studio	a.a. 2014/15
- Laurea specialistica in MEDICINA E CHIRURGIA	Classe 46/S delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia	1° 2° 3° 4°,5° e 6° anno disattivati

1.2.2 Ricercatori e Professori universitari assunti e cessati

Nell'anno 2015 sono stati convenzionati 2 professori associati e sono cessati: 1 professore ordinario, 3 professori associati e 1 ricercatore a tempo determinato.

Sono da reclutare nel 2016, in base a procedure già deliberate 2 professori ordinari, 4 professori associati e 3 ricercatori.

Tabella 1.1 - Ricercatori e Professori assunti e convenzionati dal 2012

Tipologia	2012	2013	2014	2015
Professori Ordinari	0	0	2	0
Professori Associati	0	0	2	2
Ricercatori	4	1	2	0

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 1.2 - Ricercatori e Professori cessati dal 2012

Tipologia	2012	2013	2014	2015
Professori Ordinari	0	3	1	1
Professori Associati	0	1	2	3
Ricercatori	0	1	2	1

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 2016 in base a procedure già deliberate

Professori Ordinari	2
Professori Associati	4
Ricercatori	3

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 infantile².

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 distretto centro-nord, dove ha sede l'Azienda. Nel 2015 si registra un incremento in percentuale dell'attività rivolta verso altro distretto, verosimilmente legata alla redistribuzione dell'offerta provinciale progressivamente delineatasi negli ultimi anni.

² 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

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	
2015	56,0	28,0	5,5	10,5	100
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

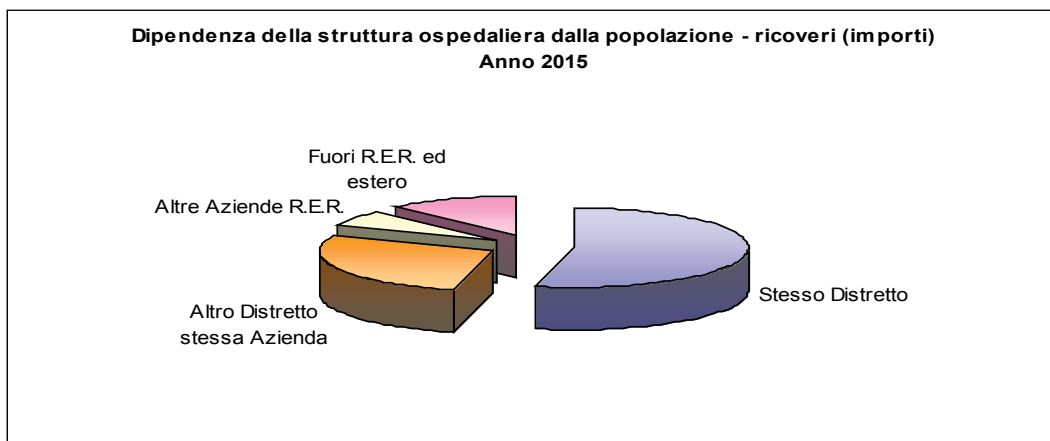
Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

La lettura del fenomeno in termini economici (tabella 1.5) descrive un quadro caratterizzato dall'incremento verso l'extra provincia e regione. Sul fenomeno incidono maggiormente i ricoveri ad elevato importo, come le gravi cerebrolesioni.

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	
2015	53,7	28,0	6,2	12,1	100
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

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.



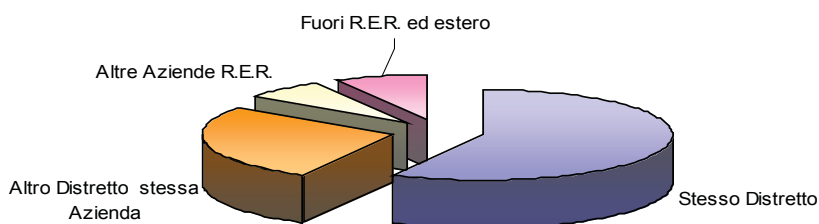
L'indicatore medesimo per l'attività ambulatoriale, descrive una fenomenologia caratterizzata da un incremento della quota di attività rivolta verso altro distretto della provincia.

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	
2015	57,7	27,7	7,0	7,7	100
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

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

**Dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale
(tutte le specialità, importi)
Anno 2015**



Se si escludono le prestazioni di laboratorio (che sono di elevata numerosità), si genera un quadro caratterizzato da un trend 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	
2015	59,2	32,5	3,7	4,6	100
2014	60,6	31,4	3,8	4,3	100
2013	60,9	30,8	3,8	4,5	100
2012	60,8	29,9	4,0	5,4	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 45,8% della domanda di ricovero di tutta la provincia e il 37,5% della specialistica ambulatoriale. Si mantiene un trend di incremento, per l'attività di ricovero, della quota di popolazione che si rivolge al S.Anna. Si mantiene stabile, invece la quota legata all'attività ambulatoriale, per la quale aumenta la componente che si rivolge alle strutture territoriali. Tale comportamento è da attribuirsi sempre alle strategie di ridefinizione dell'offerta nella provincia e del contenimento dei tempi di attesa.

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		
2015	24,8	6,8	45,8	77,4	8,3	3,6	10,6*	100
2014	26,0	6,4	45,0	77,4	8,4	3,7	10,4*	100
2013	27,3	6,9	43,1	77,3	8,8	3,6	10,3	100
2012	29,2	8,0	41,9	79,1	8,4	3,2	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		
2015	22,5	5,7	47,5	75,7	9,2	4,8	10,3*	100
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

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Dati Anno 2013

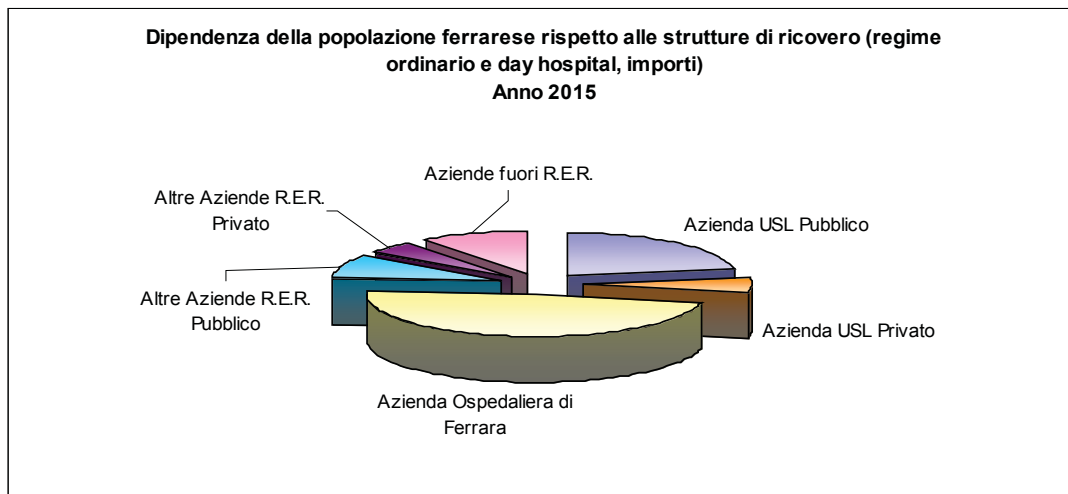
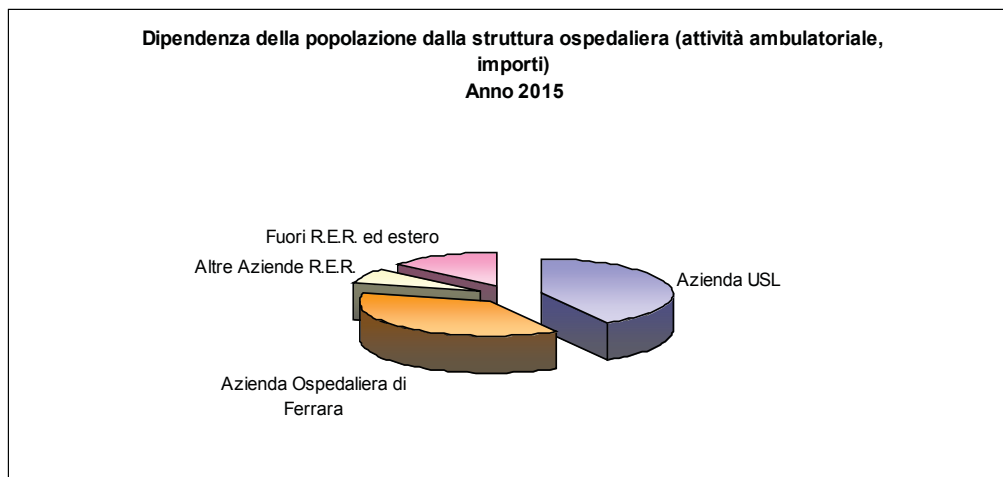


Tabella 1.10 – Indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera (attività ambulatoriale, importi)%

	Popolazione residente				TOTALE
	Azienda USL	Azienda Ospedaliera di Ferrara	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2015	41,7	37,4	7,2	13,7	100
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

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.



In sintesi 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:

- 493 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). Il valore complessivo di tale "mobilità passiva", di circa 7.800.000 euro, è in leggera diminuzione rispetto all'anno precedente.

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	360	6.532.776	0	0	0	0	-360	-6.532.776
NEFROLOGIA TRAPIANTI	36	368.692	0	0	0	0	-36	-368.692
UNITA' SPINALE	10	264.787	0	0	0	0	-10	-264.787
CARDIOCHIRURGIA PEDIATR.	10	235.338	0	0	0	0	-10	-235.338
NEUROCHIRURGIA PEDIATR.	13	130.337	0	0	0	0	-13	-130.337
GRANDI USTIONATI	6	161.092	0	0	0	0	-6	-161.092
NEUROPSICHIATRIA INFANT.	58	116.125	0	0	0	0	-58	-116.125
TOTALE	493	7.809.147	0	0	0	0	-493	-7.809.147

- 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 2015, con sensibile ulteriore incremento (saldo degli importi da 5.900.000 euro del 2014 a 7.500.000 euro del 2015), in particolare per le discipline di otorinolaringoiatria, ematologia, terapia intensiva neonatale, neuro-riabilitazione e medicina nucleare per la quale è stata attivata la degenza.

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
NEUROCHIRURGIA	200	1.463.718	159	1.027.007	0	0	-41	-436.711
OCULISTICA	317	511.566	113	181.325	0	0	-204	-330.240
GASTROENTEROLOGIA	99	309.660	48	138.623	0	0	-51	-171.037
PNEUMOLOGIA	104	358.154	57	209.186	0	0	-47	-148.968
PEDIATRIA + ONCO-EMATOLOGIA PEDIATRICA	398	839.636	395	512.170	0	0	-3	-327.466
CHIRURGIA VASCOLARE	113	767.917	289	699.218	0	0	176	-68.699
NEFROLOGIA + NEFROLOGIA PEDIATRICA	56	238.599	35	141.012	0	0	-21	-97.587
DERMATOLOGIA	40	82.099	19	27.407	0	0	-21	-54.693
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	58	258.149	76	217.110	0	0	18	-41.039
ASTANTERIA	63	157.233	62	173.637	0	0	-1	16.404
CHIRURGIA PLASTICA	88	287.121	123	347.542	0	0	35	60.421
CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE + ODONTOIATRIA E STOMATOL.	71	177.931	124	315.698	0	0	53	137.768
OTORINOLARINGOIATRIA	441	885.269	177	1.057.505	0	0	-264	172.235
MEDICINA NUCLEARE	6	23.565	32	273.750	0	0	26	250.186
CHIRURGIA PEDIATRICA	80	177.541	342	476.689	0	0	262	299.149
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	23	34.052	155	426.992	0	0	132	392.940
NEUROLOGIA	118	287.041	161	911.579	0	0	43	624.538
REUMATOLOGIA	26	96.036	302	731.668	0	0	276	635.632
EMATOLOGIA	48	491.441	141	1.305.207	0	0	93	813.766
TERAPIA INTENSIVA NEONAT. + NEONATOLOGIA	60	398.315	93	1.138.924	0	0	33	740.609
NEURO-RIABILITAZIONE	7	87.427	171	5.196.725	0	0	164	5.109.299
TOTALE	2.416	7.932.470	3.074	15.508.974	0	0	658	7.576.507

- per le discipline a larga diffusione, presenti nelle strutture sia dell' AUSL che dell' Azienda, si registra un saldo negativo di circa 5.700 casi, ai quali corrispondono oltre 25 milioni di euro. Il saldo è in linea col 2014 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	2.476	11.775.124	280	1.191.299	432	1.568.641	-1.764	-9.015.183
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.516	9.992.315	202	944.569	234	1.249.797	-2.080	-7.797.948
RECUPERO E RIABILITAZIONE	793	4.486.281	141	1.108.868	3	13.891	-649	-3.363.522
CARDIOLOGIA	634	3.516.226	165	794.075	227	613.403	-242	-2.108.747
ONCOLOGIA + RADIOTERAPIA ONCOLOGICA + RADIOTERAPIA + CURE PALLIATIVE/ HOSPICE	568	2.084.099	152	619.970	39	115.195	-377	-1.348.935
UROLOGIA + UROLOGIA PEDIATRICA	590	1.654.392	123	352.492	135	342.174	-332	-959.726
OSTETRICIA E GINECOLOGIA + FISIOLOGIA RIPROD. UMANA	1.263	2.469.706	484	736.574	429	658.821	-350	-1.074.311
TERAPIA INTENSIVA	79	953.560	26	455.576	5	41.228	-48	-456.756
UNITA' CORONARICA	52	227.702	28	104.882	32	54.554	8	-68.266
GERIATRIA	72	216.253	24	138.061	34	76.434	-14	-1.758
NIDO	232	133.647	171	113.392	182	62.838	121	42.583
MEDICINA GENERALE + DAY HOSPITAL+ ALLERGOLOGIA + IMMUNOLOGIA	751	2.220.148	148	637.430	623	1.857.782	20	275.064
LUNGODEGENTI	94	508.192	4	43.797	95	779.297	5	314.902
Altre specialità (radiologia, detenuti, angiologia, farmacologia clinica, medicina del lavoro, pensionanti)	17	53261	0	0	0	0	-17	-53261
TOTALE	10.137	40.290.906	1.948	7.240.985	2.470	7.434.055	-5.719	-25.615.864

Il confronto tra mobilità passiva del 2014 e del 2015 mostra una diminuzione del fenomeno come numero di dimissioni, ma incremento come importi complessivi. La ragione è attribuibile alla complessità della casistica gestita fuori dalla provincia. Va tenuto conto che sulla mobilità passiva incidono sensibilmente discipline con elevata complessità (Chirurgia, Neurochirurgia, Ortopedia).

Tabella 1.14 - Trend della Mobilità passiva della provincia di Ferrara (infra RER Veneto e Lombardia) per distretto di residenza: differenza tra 2014 e 2015 per ricoveri ordinari e day hospital

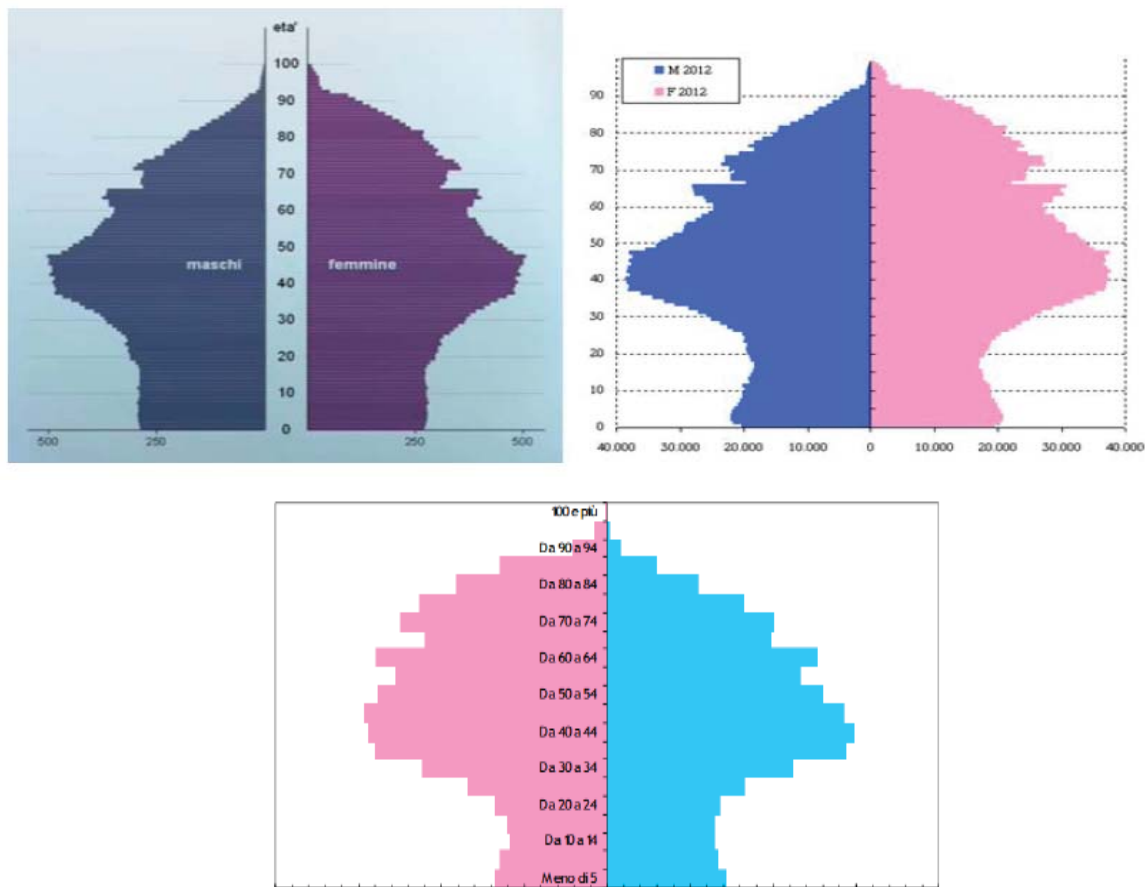
DISTRETTO	DIFFERENZA N. DIMISSIONI 2014-2015	DIFF. IMPORTO 2014-2015
CENTRO-NORD	-70	1.302.935
OVEST	-15	-32.707
SUD-EST	-141	-250.132
TOTALE	-226	1.020.097

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 la percentuale più elevata di popolazione anziana (25,9%);

Tabella 1.15 - Popolazione ultrasessantacinquenne nelle Province della Regione. Anno 2015

Provincia di residenza	% popolazione anziana (≥65 anni)
PIACENZA	23,6%
PARMA	22,0%
REGGIO EMILIA	19,8%
MODENA	21,2%
BOLOGNA	23,3%
IMOLA	22,5%
FERRARA	25,9%
ROMAGNA	22,5%
EMILIA ROMAGNA	22,4%

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 1.16 - Rapporto standardizzato di mortalità a confronto tra le province della Regione. Anno 2015

Azienda	Deceduti	Rapporto Standardizzato di Mortalità (SMR)
PIACENZA	1.933	1,00
PARMA	2.757	1,00
REGGIO EMILIA	2.945	1,01
MODENA	3.842	0,95
BOLOGNA	5.826	1,02
IMOLA	810	1,00
FERRARA	2.746	1,11
ROMAGNA	6.616	0,97
EMILIA ROMAGNA	27.475	1,00

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 (GRACER)

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 mi-

glier 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. 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. 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. 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.

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.

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.

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 Univeritaria, 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.

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). 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

L'accordo di fornitura costituisce lo strumento negoziale indispensabile, non solo per la definizione dei reciproci scambi di natura sanitaria ed economica, ma anche per la concreta realizzazione degli indirizzi di programmazione nazionale, regionale e locale.

Definisce un sistema di regole strutturato, coerente alla missione di assicurare i livelli essenziali di assistenza alla popolazione di riferimento e volto a favorire il pieno utilizzo delle strutture sanitarie, confermando il modello dell'offerta integrata Hub & Spoke.

L'Accordo di fornitura tra l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Anna (AOSPU) di Ferrara, per l'anno 2015 si è sviluppato come proseguimento/consolidamento delle Linee di principio fondamentali del sistema sanitario ferrarese e dei cambiamenti organizzativi che hanno caratterizzato le due Aziende nel corso degli ultimi anni:

- Forte spinta verso i processi di integrazione, senza prescindere dalle mission specifiche che vincolano sensibilmente i rapporti tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Università stessa.

- Ridistribuzione 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.
- Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, sia come conseguenza dei processi di integrazione, sia come razionalizzazione della spesa sanitaria provinciale pro-capite.
- Perseguimento di un obiettivo comune verso l'equilibrio di bilancio del sistema provinciale

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

Il sistema di governance è basato su logiche centralizzate di "produzione" (delle conoscenze, dei saperi e delle risorse) e su luoghi di "distribuzione" territoriali, ovvero i nodi della rete erogativa locale, a garanzia del rapporto continuo ospedale-territorio, per una appropriata gestione dei pazienti, e del miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico, nel rispetto dei principi di equità di accesso ed equità d'uso.

Sulla base dei principi prima evidenziati, nel corso del 2015 è stato definito l'Accordo Quadro, che definisce i principi e le regole generali per l'esercizio associato di funzioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali, da realizzarsi mediante "strutture comuni" alle due Aziende aventi competenza in ambito provinciale, denominate Servizi o Dipartimenti Comuni.

L'Accordo quadro è divenuto il documento cardine di un processo di profondo cambiamento organizzativo aziendale, basato principalmente sull'integrazione tra le due aziende.

Sulla tipologia dei ricoveri AOSPU 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.

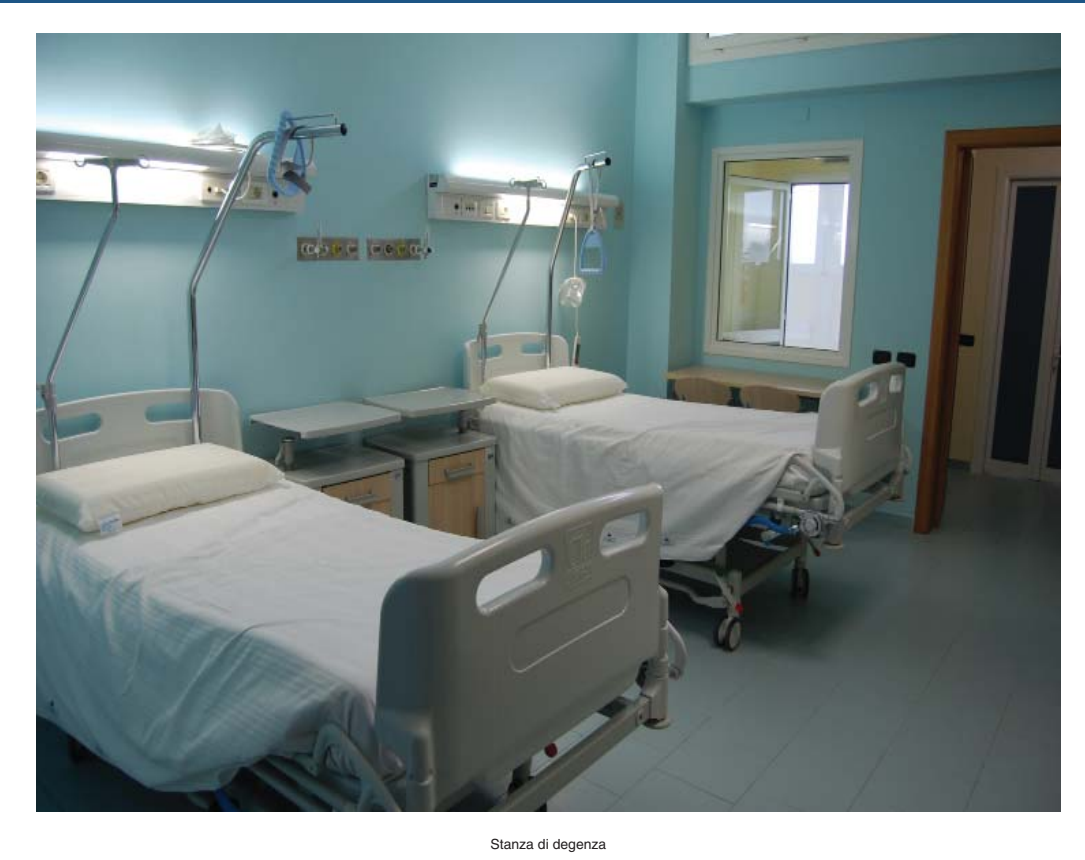
I valori economici dell'accordo proseguono i principi dell'anno precedente e le logiche di aggregazione degli importi. Per l'attività di degenza, l'importo concordato per l'anno 2015 è stato di 111.000.000 euro.

Per l'anno 2015 (come per il 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. Le caratteristiche specifiche dell'accordo hanno ripreso quelle dell'accordo 2014:

- Impegno da parte di AOSPU 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. In particolare, al fine del contenimento dei costi dei farmaci in fascia H, si è convenuto di effettuare un monitoraggio congiunto.
- Impegno di entrambe le aziende a procedere congiuntamente alla tempestiva adozione di interventi correttivi, qualora si registrassero andamenti difformi dalle previsioni.

Nel 2015 gli obiettivi assegnati dalla Direzione alle articolazioni aziendali, erano coerenti con le logiche di integrazione definite nell'accordo di fornitura. In particolare è stato dato ampio spazio alle seguenti tematiche:

- Processi analitici e sviluppo di sistemi di ottimizzazione dell'offerta sanitaria
- Consolidamento dei processi di ottimizzazione della performance sull'utilizzo dei posti letto
- Riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero (miglioramento dell'efficienza organizzativa nelle sale operatorie)
- Sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali provinciali
- Riordino dell'assistenza ospedaliera
- 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.



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 2013	3.486
ANNO 2014	5.887
ANNO 2015	25.554

Fonte aziendale

La Delibera di Giunta 901 del 13.07.2016 "Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015" recita che, anche per il 2015, è confermato l'obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, che costituisce obiettivo di mandato per la Direzione Generale di ogni singola Azienda Sanitaria.

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 2015 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve, quindi, assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2015, riferiti a tutti i beni a utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva.

A tal fine è stato assegnato a questa azienda il finanziamento delle quote di ammortamento non sterilizzate delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31.12.2009 per l'importo di € 300.000 (quota parte dei complessivi 49,391 milioni assegnati a livello regionale)

L'Azienda non aveva potuto presentare un bilancio di previsione in condizione di pareggio determinato secondo le regole civilistiche, per effetto delle ricadute della sentenza 587/2015 del Tribunale di Ferrara, pubblicata il 15.06.2015, che, accogliendo solo in minima parte le domande del Concessionario Prog. Este Spa, condannava l'Azienda al pagamento di un risarcimento di € 5.370.933,67, maggiorato di rivalutazione e interessi, per un totale di € 6.189.858,92.

Con nota prot. 16951/2015 questa Azienda segnalava alla Regione l'esito della causa che determinava un corrispondente peggioramento del risultato di bilancio 2015 precedentemente concertato e con nota prot. 487466 del 09.07.2015 il Direttore Generale dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione, prendeva atto della straordinarietà dell'evento, manifestatosi dopo la programmazione sanitaria regionale 2015. Con la stessa nota precisava che, dato che nel 2015 l'Azienda avrebbe operato per definire con maggiore precisione l'onere economico derivante dalla sentenza, valutando la possibilità di proporre appello o di addivenire ad un accordo negoziale tra le parti, la Regione avrebbe considerato la possibilità di adeguare il livello di finanziamento assegnato.

Alla luce di quanto sopra l'Azienda deliberava con atto 129/2015 il Bilancio di previsione in perdita di € 6.189.859 e con delibera di Giunta 1171/2015, la Regione controllava positivamente l'atto.

Nel corso del 2015 l'Azienda e il Concessionario giungevano a un accordo transattivo a definizione sia della causa citata che di un'ulteriore causa in corso (7632/2013) e di alcune pretese creditorie del Concessionario per fatture emesse ma contestate nella debenza dall'azienda Ospedaliera.

Dalla transazione è derivato un onere effettivo sul bilancio 2015 dell'importo di 4,7 milioni di € (differenza tra il risarcimento corrisposto e le rinunce a crediti fatturati dal Concessionario e registrati a bilancio, ma contestati).

Con delibera di Giunta 2292/2015 la Regione, tenuto conto del fatto che l'Azienda aveva effettivamente operato addivenendo a un accordo che quantificava in maniera meno onerosa l'onere a carico del Bilancio aziendale, assegnava € 4.700.000 al fine di adeguare il livello di finanziamento di cui alla Delibera di Giunta 901/2015.

Il risultato d'esercizio dell'anno 2015, pertanto, si assesta su un utile di Euro 25.554 sostanzialmente allineato al

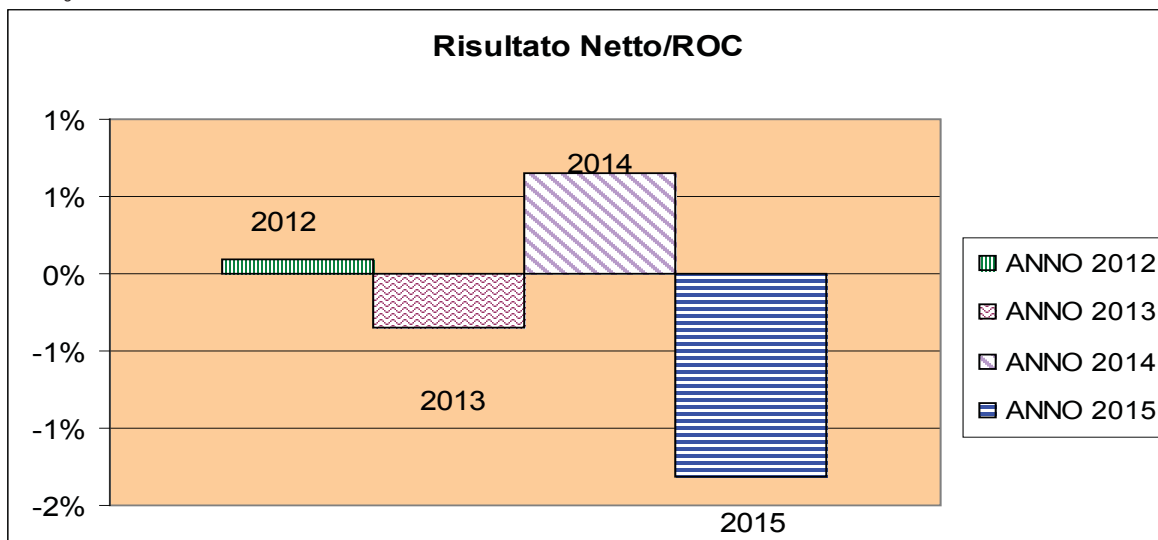
pareggio civilistico previsto dalla Delibera 901/2015 citata.

Anche negli anni 2013 e 2014 l'obiettivo regionale assegnato era stato rispettato.

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

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Risultato Operativo Caratteristico	3.424	-872	929	-1.944
Risultato Netto	3	3	6	26
Risultato Netto/ROC * 100	0,1%	-0,3%	0,6%	-1,3%

Fonte regionale



La gestione caratteristica rappresenta l'area dei ricavi e dei costi attinenti all'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.

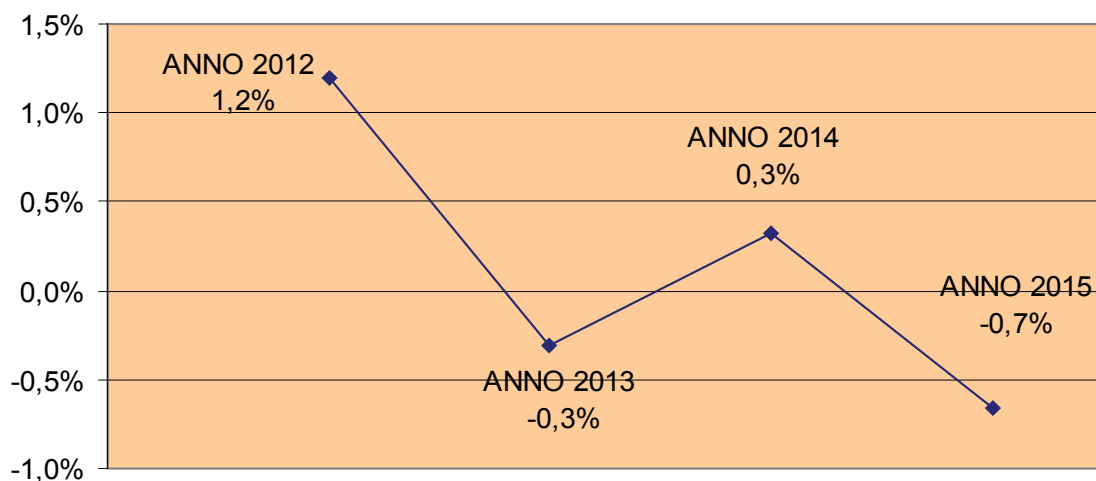
Nel 2012 migliora il risultato della gestione caratteristica, contro una sostanziale invarianza di quello della gestione non caratteristica. Nel 2013 il risultato della gestione caratteristica è negativo, il risultato d'esercizio, quindi è positivamente influenzato dai proventi straordinari. Nel 2014 il risultato della gestione caratteristica è positivo e migliora rispetto al 2013, le operazioni finanziarie e straordinarie incidono negativamente sul risultato d'esercizio. Nel 2015 il risultato della gestione caratteristica è negativo per l'impatto della citata transazione con Prog.Este.. L'onere complessivo di detta transazione, infatti, è coperto dai finanziamenti regionali rientranti nell'aggregato della gestione caratteristica per 4,7 milioni di €, mentre, per la differenza, sono stati rilevati proventi straordinari a definizione di partite debitorie pregresse.

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

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Risultato Operativo Caratteristico	3.424	-872	929	-1.944
Ricavi Disponibili	284.976	282.176	282.735	292.674
ROC/RICAVI DISP	1,2%	-0,3%	0,3%	-0,7%

Fonte regionale

ROC/Ricavi Disponibili



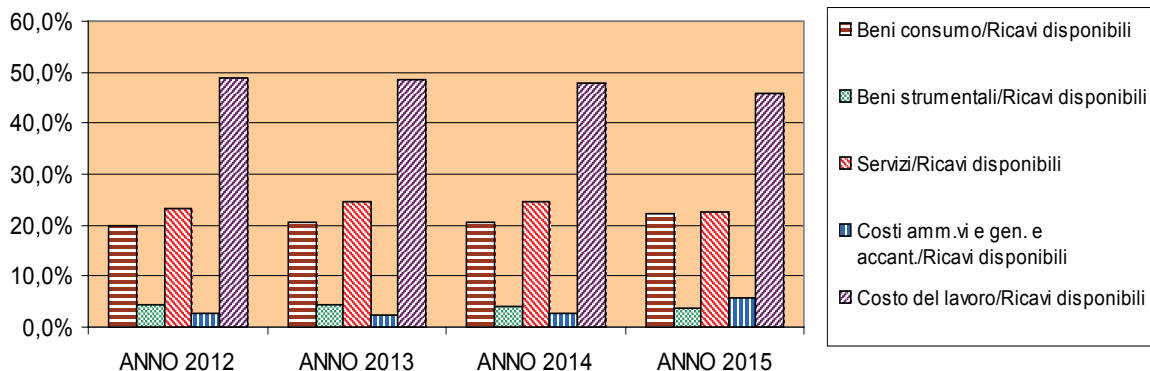
Nel 2015 l'indice peggiora dell'1% sempre per effetto della classificazione all'interno del risultato caratteristico dell'intero ammontare degli oneri della transazione, contro l'imputazione dei ricavi in parte nei proventi straordinari (gestione non caratteristica).

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

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Beni consumo/Ricavi disponibili	19,8%	20,6%	20,7%	22,4%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	4,4%	4,2%	3,9%	3,8%
Servizi/Ricavi disponibili	23,1%	24,5%	24,5%	22,8%
Costi amm.vi e gen. e accant./Ricavi disponibili	2,6%	2,3%	2,7%	5,9%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	48,9%	48,6%	47,8%	45,9%

Fonte regionale

Aggregati di FP/Ricavi disponibili



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 (45,6%), che risulta comunque in calo costante nell'ultimo triennio.

Le voci del personale evidenziano una diminuzione perché l'Azienda, sulla base delle indicazioni regionali si è attenuta a una gestione rigorosa degli organici rispettando il limite per le nuove assunzioni con contenimento del turnover al 25% dei posti resisi vacanti e disponibili. Anche il numero di dipendenti in servizio a fine 2015 è risultato inferiore di numero 58 unità. Si è proseguito, inoltre, il processo di riorganizzazione delle attività, considerata anche la riduzione del personale per il blocco del turn-over, la sempre maggior incidenza di personale parzialmente inidoneo allo svolgimento di tutte le mansioni professionali proprie della qualifica posseduta e il costante incremento dell'utilizzo di permessi e congedi collegati alla L. 104/9. L'Azienda ha proseguito nella realizzazione di una politica di razionalizzazione delle funzioni amministrative, tecnico professionali su base provinciale continuando nell'integrazione delle risorse con l'Azienda U.S.L. di Ferrara. Bisogna altresì tener conto che nel rispetto dei tetti di spesa sono stati assunti in corso d'anno n. 8 medici per contribuire alla riduzione delle liste di attesa. La rilevante diminuzione dei costi complessivi per il personale è dovuta anche alla riduzione dei fondi di salario accessorio come da circolare 20/2015 del MEF.

Aumenta l'incidenza dei beni di consumo (dal 20,8% al 22,2%) dovuto all'impatto sul 2015 dei farmaci innovativi, sia per epatite C che per oncologici. A fronte del costo dei farmaci innovativi la Regione ha assegnato apposito finanziamento.

Cala l'incidenza dei servizi sui ricavi disponibili (dal 4,7% al 3,4%) per effetto della diminuzione dei costi per il riscaldamento, sia per l'eccezionale mitezza delle temperature 2015 e per il favorevole andamento del costo del petrolio, che per il passaggio della gestione della centrale termica della vecchia sede di Corso Giovecca direttamente nella mani dell'Azienda Usl di Ferrara, effettiva utilizzatrice di gran parte degli spazi ora attivi.

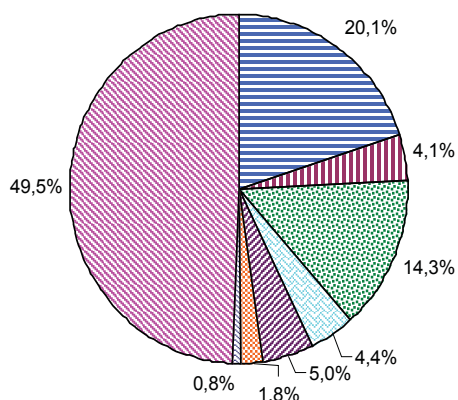
I costi amministrativi e generali e accantonamenti passano dal 2,8 al 5,9%, sia per l'impatto già citato della transazione, sia per l'incremento degli accantonamenti, in particolare quelli per le manutenzioni cicliche e per gli oneri per cause in corso.

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

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
TOTALE COSTI	281.552	283.047	281.806	294.619
Consumo beni acquistati/Totale costi	20,1%	20,6%	20,8%	22,2%
Servizi sanitari/Totale costi	4,1%	4,8%	4,7%	3,4%
Servizi non sanitari/Totale costi	14,3%	15,4%	14,8%	13,9%
Beni strumentali/Totale costi	4,4%	4,2%	3,9%	3,8%
Manutenzioni/Totale costi	5,0%	4,3%	5,2%	5,3%
Costi amm.vi e generali/Totale costi	1,8%	1,9%	1,8%	4,4%
Accantonamenti/Totale costi	0,8%	0,4%	1,0%	1,5%
Costo del lavoro/Totale costi	49,5%	48,5%	48,0%	45,6%

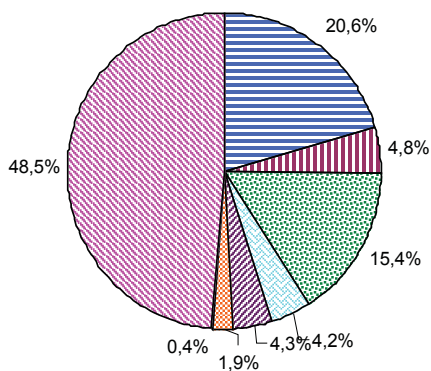
Fonte regionale

ANNO 2012



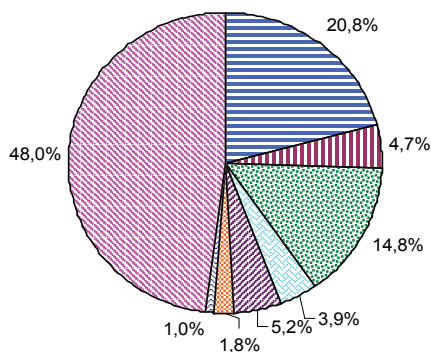
- Consumo beni acquistati/Totale costi
- Servizi sanitari/Totale costi
- Servizi non sanitari/Totale costi
- Beni strumentali/Totale costi
- Manutenzioni/Totale costi
- Costi amm.vi e generali/Totale costi
- Accantonamenti/Totale costi
- Costo del lavoro/Totale costi

ANNO 2013



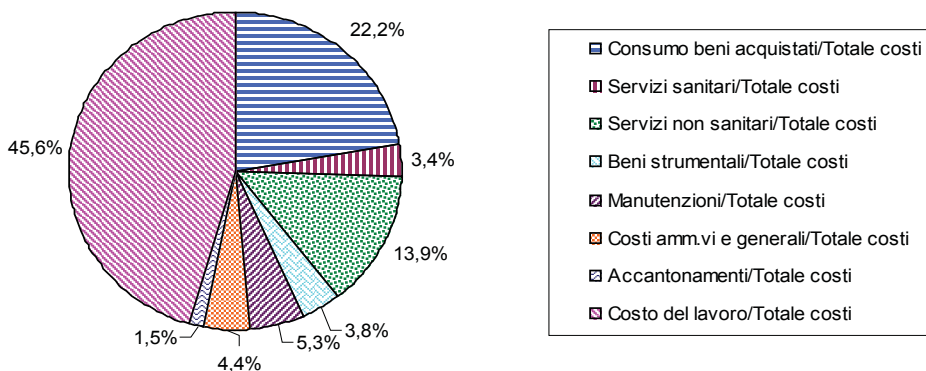
- Consumo beni acquistati/Totale costi
- Servizi sanitari/Totale costi
- Servizi non sanitari/Totale costi
- Beni strumentali/Totale costi
- Manutenzioni/Totale costi
- Costi amm.vi e generali/Totale costi
- Accantonamenti/Totale costi
- Costo del lavoro/Totale costi

ANNO 2014



- 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 2015



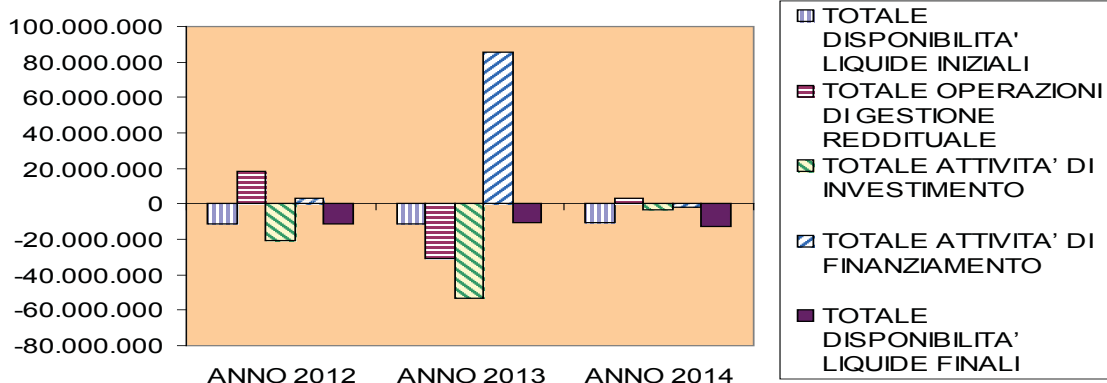
2.1.2 Sostenibilità finanziaria

Tabella 2.6 - Rendiconto finanziario di liquidità

SCHEMA DI RENDICONTO DI LIQUIDITA' DEL BILANCIO D'ESERCIZIO 2012-2013-2014 (FONTI - IMPIEGHI)				
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI		ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
a)	Cassa	27.046	39.176	30.879
b)	+ Istituto Tesoriere	2.493	0	0
c)	+ c/c postale	37.712	124.296	69.997
d)	- debiti vs Istituto Tesoriere	-11.504.474	-10.723.272	-12.641.726
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI (A)		-11.437.223	-10.559.800	-12.540.850
TOTALE OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE (B)		-30.851.321	3.458.805	6.945.571
TOTALE ATTIVITA' DI INVESTIMENTO (C)		-53.602.416	-3.431.755	5.703.317
TOTALE ATTIVITA' DI FINANZIAMENTO (D)		85.331.160	-2.008.100	16.727.047
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI (E)		-10.559.800	-12.540.850	16.835.085
QUADRATURA:A+B+C+D-E		0	0	0

Fonte aziendale

Rendiconto Finanziario di liquidità



Nel triennio le disponibilità liquide iniziali sono sempre negative in apertura e sono da attribuire all'anticipazione di Tesoreria alla quale l'Azienda ricorre sistematicamente per far fronte ai pagamenti. Nel 2013 e nel 2014 le disponibilità liquide sono negative anche in chiusura, mentre nel 2015 sono positive per effetto dell'avvenuta erogazione in data 31.12.2015 di due mutui di complessivi € 18.000.000. Peraltro, per un mero errore, la banca mutuante ha erogato un importo di ulteriori 8 milioni di € che sono stati restituiti in apertura dell'esercizio 2016. Anche nell'esercizio 2015 si sono ulteriormente ridotti i debiti verso i fornitori.

Il tempo medio di pagamento ai fornitori (media del dato mensile dei giorni intercorrenti dalla data di ricevimento della fattura alla data di pagamento) è risultato di 95 giorni dalla data di ricevimento delle fatture, come risulta dall'attestazione dei tempi di pagamento ai sensi del DL 66/2014, art 41, allegata al Bilancio d'esercizio. Il tempo medio di pagamento ai fornitori nel 2014 era di 159 giorni dalla data di ricevimento delle fatture

L'importo dei pagamenti 2015 relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal DLgs 231/2002 è pari a 67,4 milioni di Euro, lo stesso dato, nel 2014, era pari a 132,2 milioni di Euro.

L'importo di debiti scaduti e non pagati al 31.12.2015 ammonta a 13,367 milioni di Euro contro i 21,670 milioni di Euro al 31.12.2014.

Aumentano i crediti verso la Regione per investimenti, in quanto, a fronte dell'assegnazione di nuovi contributi in conto capitale avvenuta nel 2015 non si sono realizzati i relativi incassi entro la chiusura dell'esercizio, visto che gli acquisti sono ancora in corso di realizzazione.

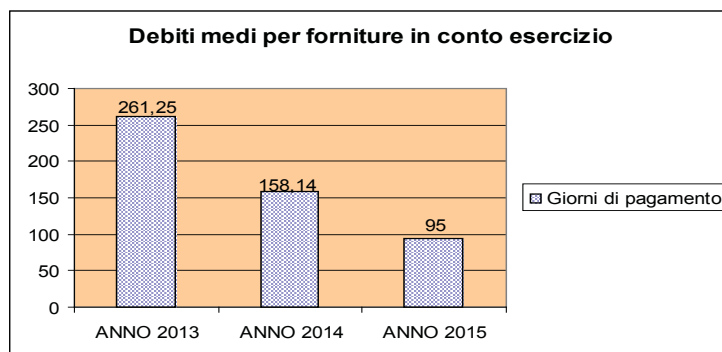
Si evidenzia, inoltre, che la diminuzione della voce "altri debiti" per oltre 9 milioni di € deriva, in maggior parte, dalla conclusione della vendita di quota parte dell'anello di Corso Giovecca all'Azienda territoriale, per la quale era stato corrisposto negli anni precedenti un acconto di 10,3 milioni di € che rappresentava un nostro debito nei loro confronti per acconti da clienti e che si è chiuso nel 2015.

Fra le attività di investimento si evidenzia il valore dei fabbricati e impianti dismessi a seguito della vendita di quota parte dell'anello all'Azienda Usl di Ferrara.

Tabella 2.7 - Debiti medi per forniture in conto esercizio.

	ANNO 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
Giorni di pagamento	261,25	158,75	95

Fonte aziendale



Nel 2015 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 31.12.2015 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 16,7, contro i 51,25 al 31.12.2014. 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 04/04/2016 è stato pubblicato l'indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti, relativo al primo trimestre 2016, che risulta pari a 5,42 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 (split payment), dall'altro da problematiche tecniche nella fase di avvio delle nuove funzionalità PCC.

Il tempo medio di pagamento ai fornitori nel 2015 (media del dato mensile dei giorni intercorrenti dalla data di ricevimento della fattura alla data di pagamento) è risultato di 95 giorni dalla data di ricevimento delle fatture, come risulta dall'attestazione dei tempi di pagamento ai sensi del DL 66/2014, art 41, allegata. Il tempo medio di pagamento ai fornitori nel 2014 era di 159 giorni dalla data di ricevimento delle fatture

L'importo dei pagamenti 2015 relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal DLgs 231/2002 è pari a 67,4 milioni di Euro, lo stesso dato, nel 2014, era pari a 132,2 milioni di Euro.

L'importo di debiti scaduti e non pagati al 31.12.2015 ammonta a 13,367 milioni di Euro contro i 21,670 milioni di Euro al 31.12.2014. Detti importi, tuttavia, comprendono anche somme dovute alle altre aziende del SSR (solitamente oggetto di compensazioni reciproche), nonché gli importi della fatture dei fornitori oggetto di contestazione/verifica e in attesa di nota di accredito.

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

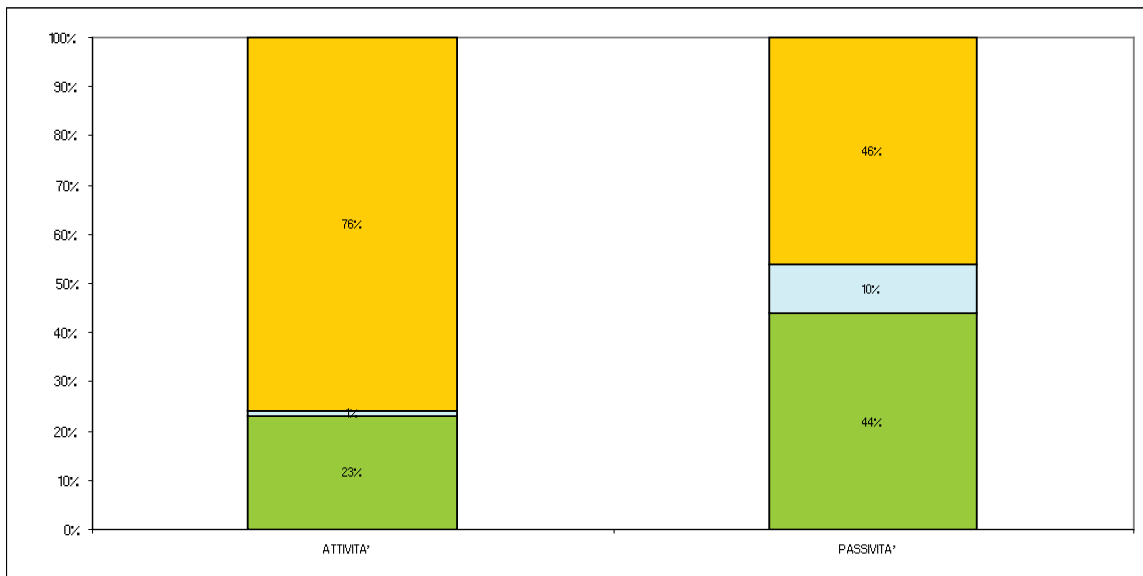
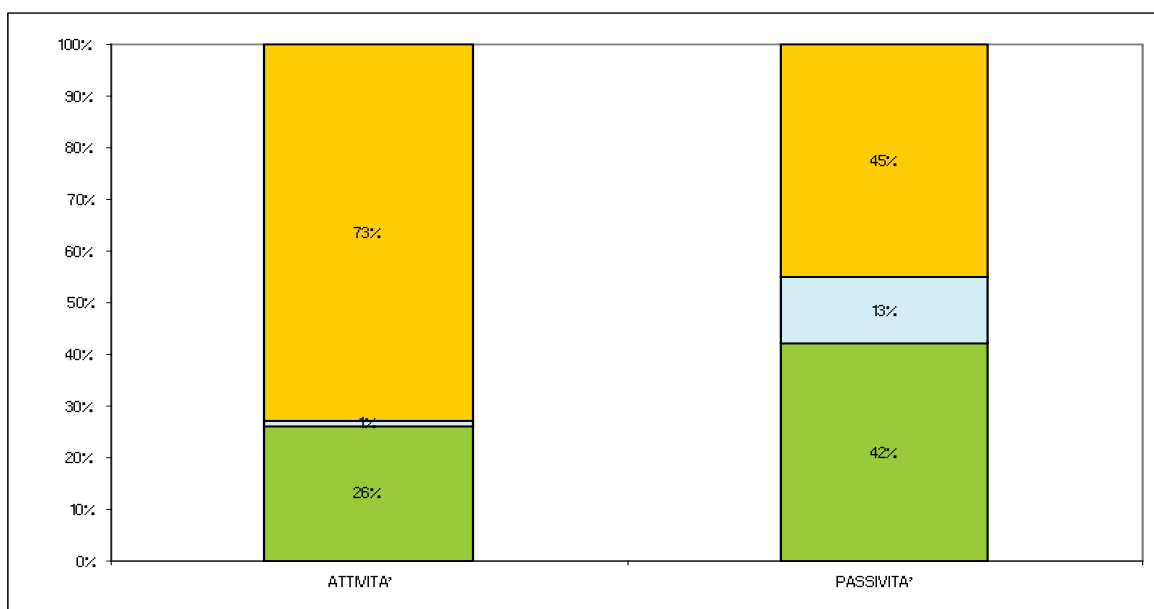


Tabella 2.9 - Stato Patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria. Anno 2015

	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquid. immediate e differite	26%	42%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	13%	Finanziamenti a m/l termine
Immobilizzazioni	73%	45%	Patrimonio Netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

Fonte regionale



Nell'anno 2015 incrementa l'incidenza delle liquidità immediate e differite (dal 23% al 26%) per via della giacenza presso il Tesoriere della liquidità derivante dall'erogazione in data 31.12.2015 dei due mutui contratti nell'anno 2015.

L'incidenza percentuale delle scorte rimane invariata dal 2014 al 2015, nonostante il valore assoluto incrementi di circa 1 milione di € per effetto del maggior valore delle scorte di farmaci ad alto costo.

Le immobilizzazioni incidono per il 73% contro il 76% del 2014 prevalentemente per effetto del perfezionamento della vendita di parte del vecchio nosocomio di Corso Giovecca all'Azienda Usl di Ferrara.

I finanziamenti a breve passano dal 44% del 2014 al 42% dell'anno 2015 per effetto del calo dei debiti verso le altre Aziende Sanitarie e dell'azzeramento del debito per acconti nei confronti dell'azienda territoriale in relazione alla somma da quest'ultima anticipata per l'acquisizione della parte del vecchio nosocomio (vendita perfezionata solo nel 2015).

I debiti verso fornitori passano da 61 milioni di € nel 2014 a 64,6 milioni di € nel 2015, per il combinato effetto del calo dei debiti per beni e servizi e della registrazione a debito verso Unicredit Spa dell'errata maggiore erogazione di 8 milioni di € dei mutui contratti nel 2015.

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 25,8% e quelli a M/L passerebbero al 29,4%.

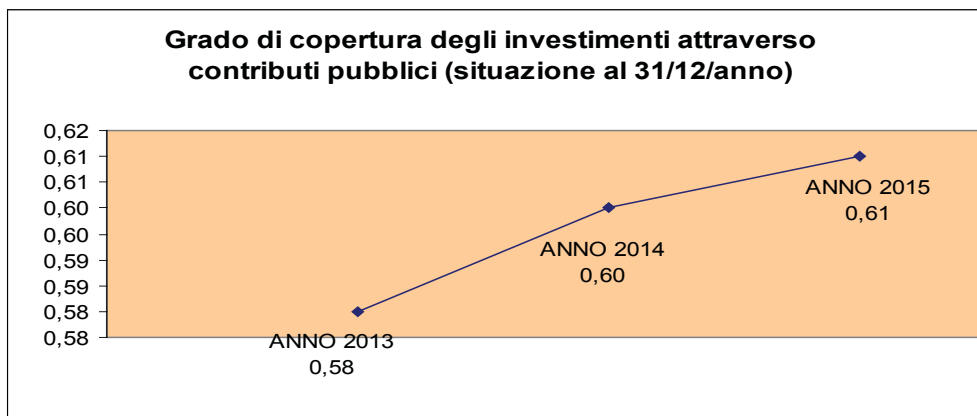
L'incidenza del Patrimonio Netto passa dal 46% del 2014 al 45% del 2015 per effetto di una diminuzione del fondo di dotazione di 538.000 € derivante dalla restituzione di opere d'arte a seguito di sentenza del Tribunale di Ferrara (Donazione Melotti). Cala anche l'incidenza dei contributi in conto capitale per un maggiore utilizzo rispetto alle nuove assegnazioni 2015.

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 2013	ANNO 2014	ANNO 2015
CONTRIBUTI C/CAPITALE/ INV. IMM. MAT. NETTE	0,58	0,60	0,61

Fonte aziendale

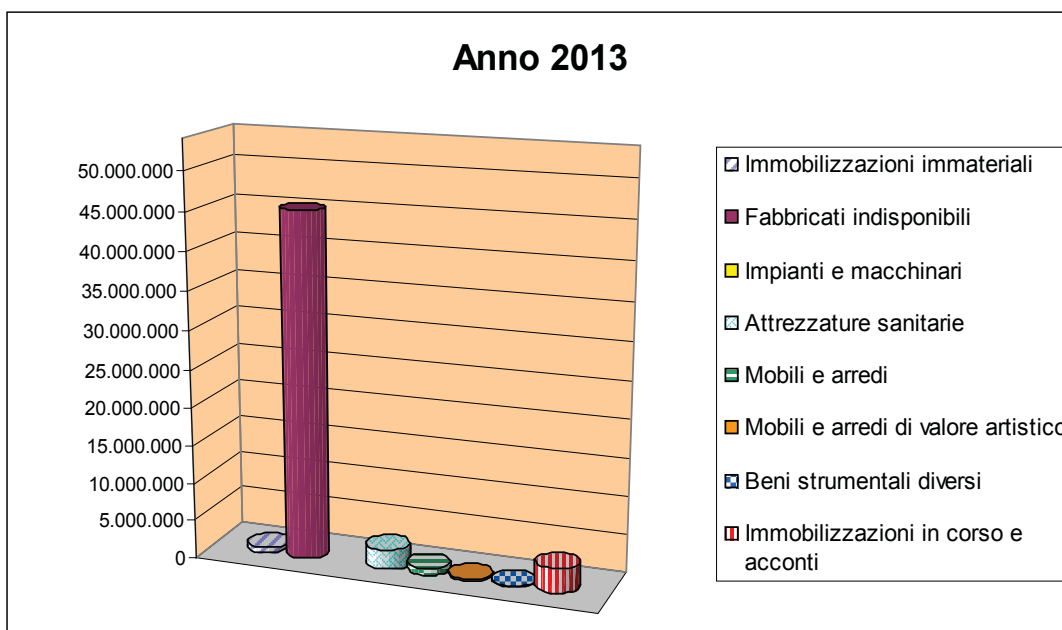
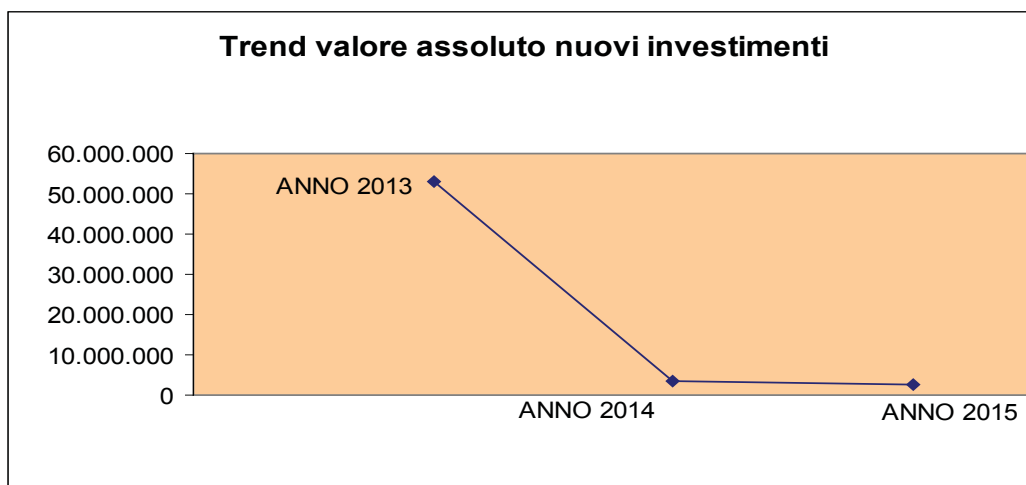


L'incremento nel triennio del grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici deriva dalle maggiori assegnazioni regionali di contributi in conto capitale finalizzate alla dotazione tecnologica del nuovo nosocomio. L'indicatore, pur migliorando, evidenzia che i contributi pubblici sono stati insufficienti a finanziare gli investimenti aziendali, tanto che si è provveduto, negli anni, a contrarre mutui dei quali quattro già in corso di ammortamento al 31.12.2015 e due contratti nel 2015 e in ammortamento dal 2016.

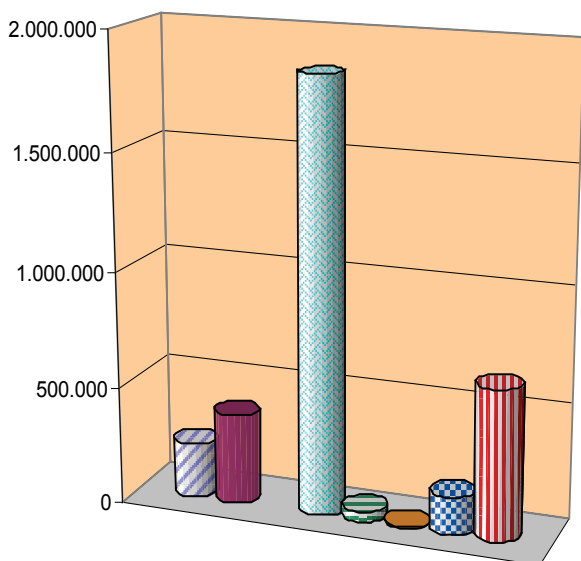
Tabella 2.11 - Valore assoluto nuovi investimenti:

	2013	2014	2015
Immobilizzazioni immateriali	662.389	237.702	290.804
Terreni indisponibili		13.207	188.919
Fabbricati indisponibili	45.241.592	387.377	4.124
Impianti e macchinari			
Attrezzature sanitarie	2.642.564	1.846.804	1.031.216
Mobili e arredi	842.412	43.729	24.375
Mobili e arredi di valore artistico	238.200	4.145	
Beni strumentali diversi	112.145	163.724	203.441
Immobilizzazioni in corso e acconti	3.182.294	642.485	903.983
Totale nuovi investimenti imm.	52.921.596	3.339.173	2.646.862
Totale investimenti lordi imm.	471.794.286	473.672.071	461.243.675
NUOVI INVESTIMENTI IMM./ TOT. INV. LORDI	0,11	0,01	0,01

Fonte aziendale

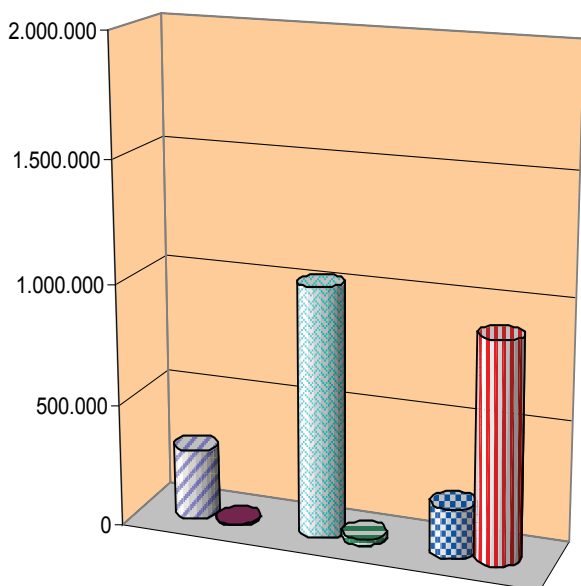


Anno 2014



- Immobilizzazioni immateriali
- Fabbricati indisponibili
- Impianti e macchinari
- Attrezzature sanitarie
- Mobili e arredi
- Mobili e arredi di valore artistico
- Beni strumentali diversi
- Immobilizzazioni in corso e acconti

Anno 2015



- Immobilizzazioni immateriali
- Fabbricati indisponibili
- Impianti e macchinari
- Attrezzature sanitarie
- Mobili e arredi
- Mobili e arredi di valore artistico
- Beni strumentali diversi
- Immobilizzazioni in corso e acconti

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

Tabella 2.12 - Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

	2013	2014	2015
Immobilizzazioni immateriali	1.003.274	863.424	748.838
Terreni	11.282.928	11.296.135	11.485.054
Fabbricati	292.621.419	287.631.769	272.926.129
Impianti e macchinari	24.602.769	24.045.954	23.414.371
Attrezzature sanitarie	9.039.132	8.013.414	6.260.308
Mobili e arredi	6.390.172	5.433.898	4.472.282
Beni strumentali diversi	3.150.038	2.975.017	2.282.237
Immobilizzazioni in corso e acconti	3.392.177	845.495	820.547
Totale Immobilizzazioni immateriali e materiali al netto fondi amm.to	351.481.909	341.105.106	322.409.766
Totale investimenti lordi imm.	471.794.286	473.672.071	461.243.675
VALORE RESIDUO/TOTALE INVESTIMENTI LORDI	0,74	0,72	0,70

Fonte aziendale

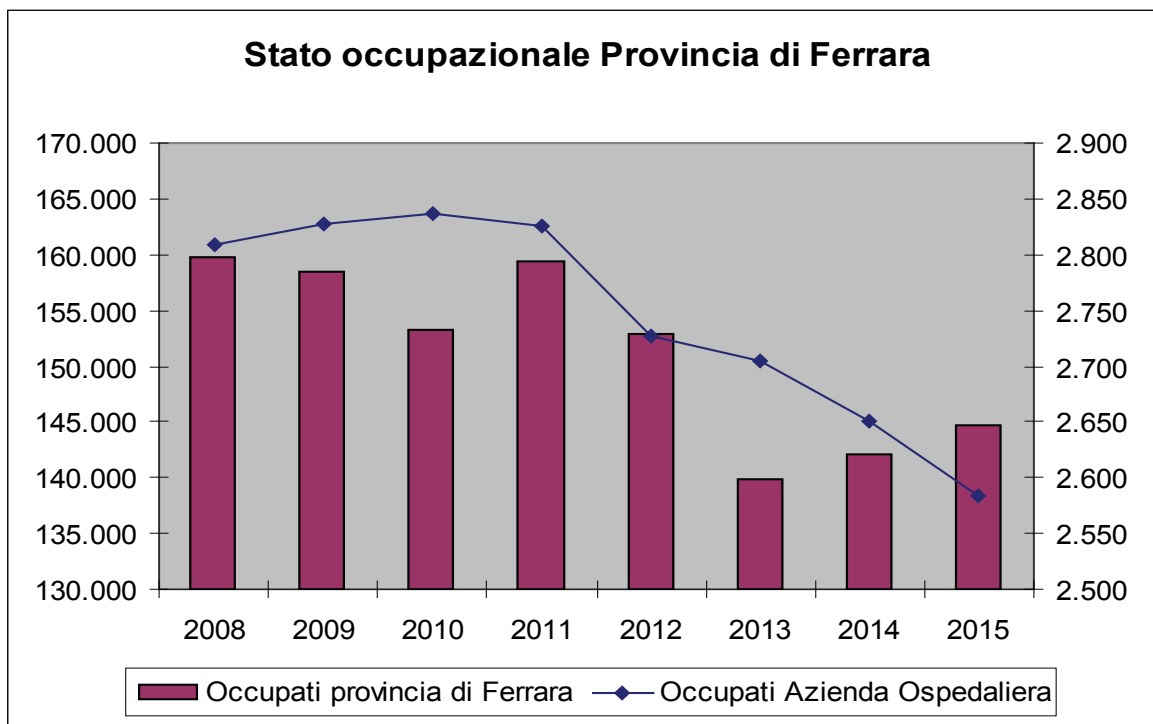


2.2 Impatto sul contesto territoriale

2.2.1 Impatto economico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara contribuisce allo stato occupazionale della provincia con un numero di lavoratori che, al 31.12.2015, risulta pari a 2.584, di cui 2.372 dipendenti ospedalieri (a tempo determinato o indeterminato), 78 incarichi libero-professionali e borse di studio e 134 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. Dal 2014 a fronte di un trend in aumento dell'occupazione provinciale continua invece il trend in diminuzione degli occupati dell'Azienda Ospedaliera, diminuisce quindi sempre di più il contributo aziendale al livello di occupazione. (dati 2007-2015 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

	2013	2014	2015
%	1,9328%	1,8664%	1,7847%

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 dei lavoratori stranieri extra Unione Europea e una diminuzione di quelli intra Unione Europea

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

	2013	2014	2015
N. dipendenti SSR	2475	2430	2372
Universitari	139	138	134
Altro personale (incarichi libero professionali, Co.Co.Co., assegnisti, borsisti)	90	83	78

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

	N. dipendenti azienda	N. dipendenti residenti nel Comune di FE	%
2013	2614	2346	89,75%
2014	2568	2310	89,95%
2015	2506	2224	88,75%

Tabella 2.16 - N. totale di lavoratori stranieri*

	2013	2014	2015
Lavoratori stranieri	33	37	36
intra Unione Europea	18	22	18
extra Unione Europea	15	15	18

*per stranieri di intende nati all'estero

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

	2013	2014	2015
n. totale	82	84	89

Fonte aziendale

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

ANNO 2013	€ 127.004.391
ANNO 2014	€ 124.918.207
ANNO 2015	€ 124.220.260

Fonte aziendale

Tabella 2.19 - Spesa personale universitario convenzionato

ANNO 2013	€ 5.581.100
ANNO 2014	€ 5.481.100
ANNO 2015	€ 5.381.100

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 2015 (importi lordi comprensivi di oneri a carico ente)

Tipologia	Importi
Docenti	€ 4.712.404
Ricercatori	€ 2.282.666
Ricercatori a tempo determinato	€ 190.305
Totale	€ 7.185.375

Fonte Università degli studi di Ferrara

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 2015 ad Euro 8.052.421,36 mentre quelli per acquisto di beni e servizi da imprese produttive con sede legale nella regione (escluso Ferrara) ad Euro 53.907.506,40.

2.2.2 Impatto sociale

I rapporti con le associazioni di volontariato

L'Azienda sostiene e favorisce un rapporto di collaborazione, 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 e consiste in:

- supporto informativo e psicologico a pazienti e familiari,
- attività ricreativa (clownterapia, gioco, lettura, disegno, conversazione, compagnia),
- accompagnamento nello svolgimento delle pratiche quotidiane, accoglienza di parenti e famigliari (supporto logistico- abitativo),
- trasporto/accompagnamento pazienti casa-Ospedale-casa per l'esecuzione delle terapie.

Al 31 dicembre 2015 sono coinvolte 20 Associazioni di Volontariato (convenzionate) che operano in tutte le unità operative ad accezione delle UU.OO. di Anestesia e Rianimazione e Malattie Infettive, per la particolarità dei pazienti ricoverati. Il convenzionamento è possibile per le Associazioni attive sul territorio di Ferrara e provincia, che sono in possesso dei requisiti normativi previsti per i rapporti di collaborazione con le pubbliche amministrazioni, forniscono la copertura assicurativa di tutti i volontari e garantiscono loro una formazione continua finalizzata all'attività da svolgere all'interno dell'Ospedale.

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 2015 sono stati 10 in denaro per un valore di Euro 4.040 e 15 in beni per un valore di Euro 17.072,91, mentre le donazioni e contributi ricevuti da Fondazioni di origine bancaria e da altri sono state 6 per un valore pari a Euro 43.200.

2.2.3 Impatto culturale

In questo anno gli appuntamenti culturali promossi dalla Associazione De Humanitate Sanctae Annae hanno evidenziato una crescita armoniosa, creativa e intellettuale già dal primo incontro, organizzato in collaborazione con il Comune di Ferrara, l'Università degli Studi e il Museo Archeologico di Palazzo Costabili detto di Ludovico il Moro. Il 15 febbraio, nell'ambito della programmazione del Carnevale Rinascimentale si è realizzato un inte-

ressante racconto storico sulle tecniche e sui luoghi della bellezza dal titolo “La cosmesi e i luoghi della bellezza al tempo degli Estensi e oggi”, dove l’attenta ricerca svolta da Francesco Scafuri e Gianluca Lodi si è coniugata con l’esperienza e la grande conoscenza dei professori universitari Silvia Vertuani e Stefano Manfredini della Scuola di Farmacia di Unife. Nella “Sala delle Carte Geografiche”, dove si è svolto l’incontro, grazie alla cortese e qualificata ospitalità della direttrice Caterina Cornelio, erano presenti oltre 200 persone che hanno seguito con grande interesse il succedersi delle relazioni. L’incontro è stato realizzato con la collaborazione delle Associazioni Bal’danza, Ferrariae Decus, Fidapa e Soroptimist, nello spirito collaborativo che De Humanitate ha saputo sviluppare nei suoi anni di attività.

Nel rispetto della tradizione, il 28 febbraio è stato celebrato il V Mandini Day (il primo evento risale al 2011), che ha rivisitato la storia della Specialistica di Otorinolaringoiatria di Ferrara, con un evento del tutto nuovo nella forma e nella sostanza. Il succedersi dei racconti si è alternato con la voce e la melodia del mezzo soprano Gigliola Rizzi Bonora, che ha accompagnato le narrazioni di Antonio Pastore, Claudia Aimoni e Francesco Stomeo, che hanno tracciato la nascita e lo sviluppo della prestigiosa scuola di specializzazione ferrarese.

Il 12 giugno è stata quindi la volta dell’incontro con Folco Quilici. Il regista e scrittore ha dialogato con Andrea Maggi, Maria Grazia Campantico, Anna Maria Quarzi e Francesco Scafuri, ospiti del piano nobile del Palazzo Magnanini Roverella, sede del Circolo dei Negozianti di Ferrara. Sono emersi racconti che hanno evidenziato momenti della sua vita avventurosa e delle sue opere, con particolare riferimento al suo rapporto con la nostra città. L’iniziativa, promossa da Unife, Ferrariae Decus, Fidapa e Istituto di Storia Contemporanea, rientrava nel ciclo “Incontri con l’Autore”, che l’anno precedente avevano avuto come protagonista il compianto Carlo Rambaldi, raccontato da Vittorio Sgarbi e Luciano Fadiga

Di grande rilievo infine la partnership di De Humanitate nel progetto d’intesa con l’Istituto di Storia Contemporanea ed il Centro Studi Opera Don Calabria “Città del Ragazzo”, in tema di “Sanità in tempo di Guerra”, che ha voluto ricostruire la storia di Ferrara quale centro di sperimentazione nazionale della Medicina Militare, focalizzando il ruolo strategico del primo Ospedale Militare Neurologico Italiano per nevrosi di guerra, presso Villa del Seminario in località Aguscello. Il progetto è stato presentato (e accolto) dal Consiglio dei Ministri nel febbraio 2015, in relazione al Bando per il Centenario della Prima Guerra Mondiale. De Humanitate si è inserita con un’opera libraria, magistralmente curata da Riccardo Modestino, che ha visto coinvolti oltre trenta autori, che hanno descritto vicende, luoghi e personaggi del nostro territorio, protagonisti nel contesto delle due Grandi Guerre del Novecento. Il libro dal titolo “Il silenzio e la cura”, con la prestigiosa prefazione di Giuliana Gemelli, docente di Storia contemporanea dell’Alma Mater di Bologna, è stato ufficialmente presentato nei giorni 4 novembre, presso Palazzo Magnanini Roverella, e 12 novembre presso la Sala Agnelli della biblioteca comunale Ariostea di Ferrara.

De Humanitate si è inoltre interessata a far sì che alcune strumentazioni storiche (ormai fuori inventario), raccolte con minuziosa cura in occasione del trasloco del nostro ospedale dalla sede di Giovecca alla nuova sede di Cona, trovassero più idonea collocazione e recupero storico presso Villa del Seminario, ora “Città del Ragazzo” in vista di alcune conferenze realizzate in occasione della mostra “De Chirico a Ferrara. Metafisica e avanguardie” tenutasi a Palazzo dei Diamanti.

2.2.4 Impatto ambientale

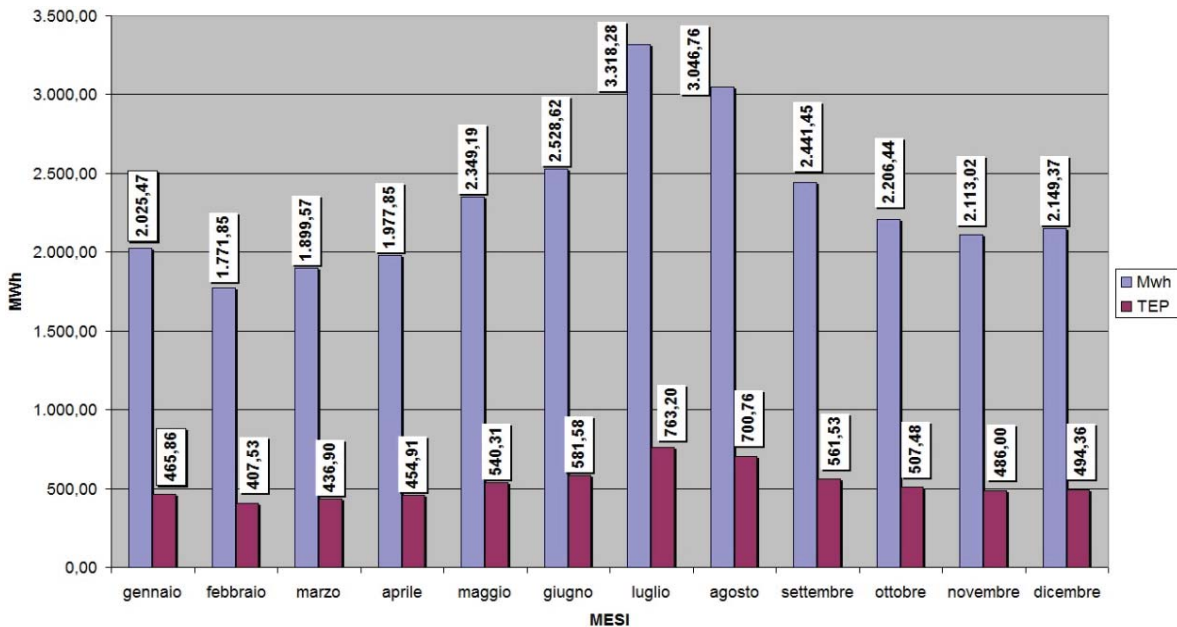
Monitoraggio quali-quantitativo dei consumi di energia elettrica e termica

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.

Dal 2008 l’Azienda è impegnata nella campagna regionale “io spengo lo spreco”, sono stati realizzati incontri di formazione destinati ai dipendenti del S. Anna e sono stati utilizzati tutti gli strumenti di comunicazione aziendali per promuovere comportamenti virtuosi sull’utilizzo appropriato dell’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 2015, nel polo ospedaliero di Cona

Figura 2.2 - Consumi elettrici sede di Cona - Anno 2015



Fonte aziendale

Gestione ambientale

Progetto a minore impatto

“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 CO2 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.

Anche nel 2015 la gestione dei rifiuti si è sviluppata su 3 Unità Locali di Produzione:

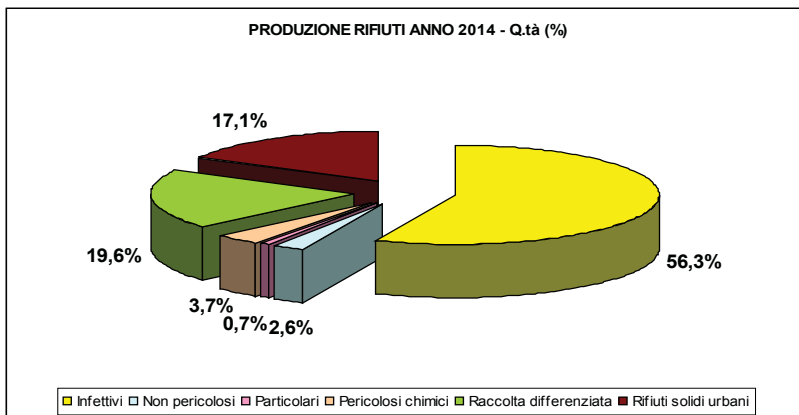
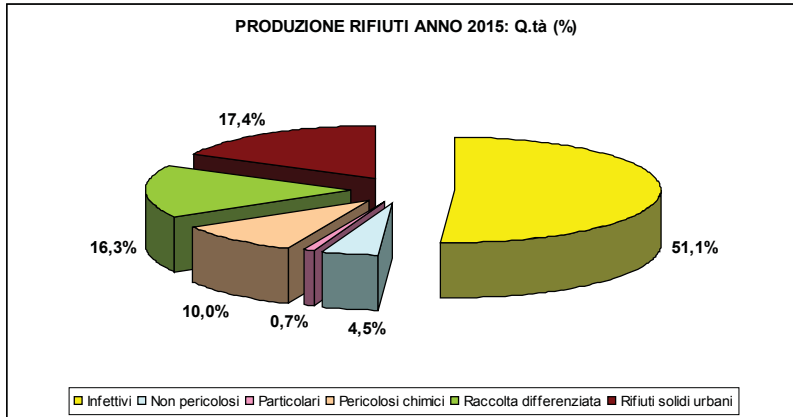
- Struttura Poliambulatoriale di corso Giovecca 203: mantenimento delle attività di dialisi, radioterapia, fisiopatologia della coagulazione non collegate a quanto trasferito a Cona, garantendo un percorso assistenziale completo; attività di didattica e ricerca; servizi non ancora trasferiti a Cona (magazzino economico 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.

Complessivamente, la produzione di rifiuti è risultata in incremento, per tutte le tipologie di rifiuti prodotti, passando dalle 1.590 tonnellate del 2014 a 1.821 t nel 2015.

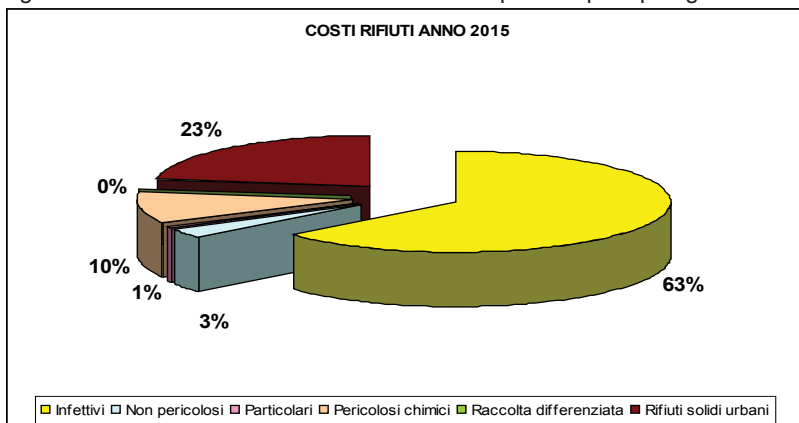
L'analisi % della distribuzione della quantità dei rifiuti prodotti per tipologia mostra, rispetto al 2014, l'importante incremento della quota % di rifiuti pericolosi non a rischio infettivo, sostenuta dal picco di produzione osservato nel secondo semestre 2015 per l'attivazione nel nuovo modulo di laboratorio (16,3% vs. 3,7%).

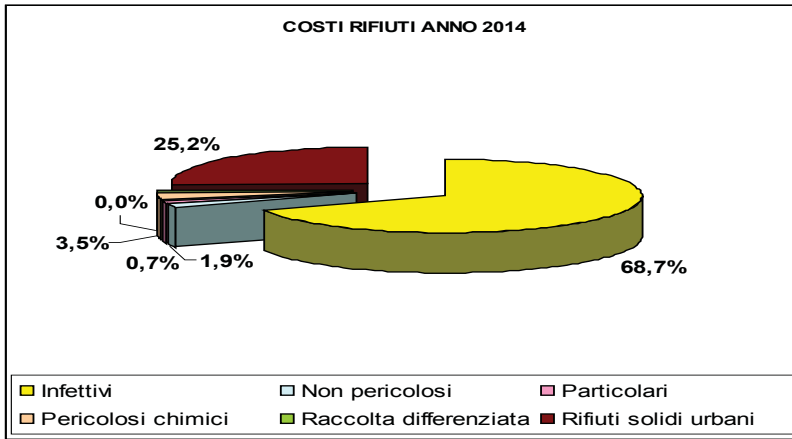
Figura 2.3 - Distribuzione % della quantità (Kg) dei rifiuti prodotti per tipologia



Stesso andamento hanno i costi %, con un incremento della % sostenuta per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi non a rischio infettivo (chimici) che passa dal 3,5% del 2014 al 10% del 2015.

Figura 2.4 - Distribuzione % dei costi dei rifiuti prodotti per tipologia





PRODUZIONE DEI RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (RPRI)

I dati di produzione di RPRI nel periodo 2007-2015 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.

La produzione dal 2010 al 2015 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:

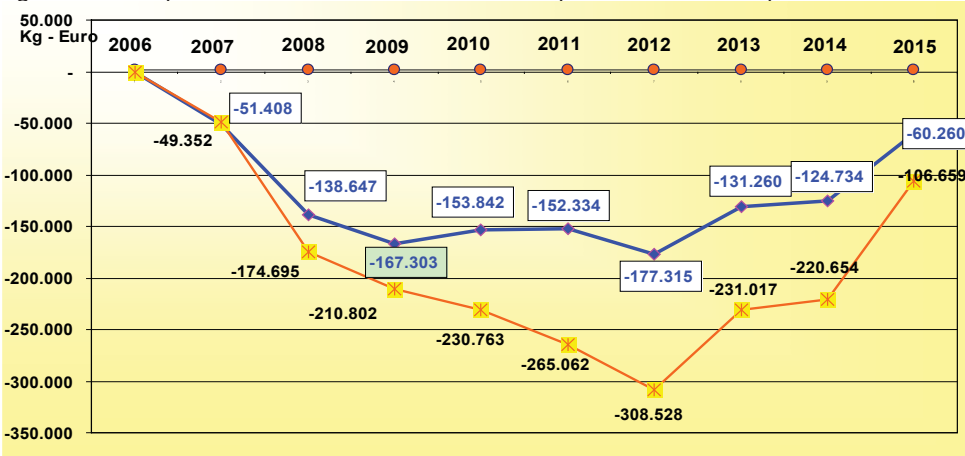
- sono più che quadruplicati i pazienti con alert organism (gestione in isolamento spaziale);
- diminuzione negli anni delle giornate di degenza.
- incremento attività per outpatient (es. chirurgia ambulatoriale, day service).

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
- 106.659 euro nel 2015

per un totale di 1.797.532 euro non spesi nel periodo 2007-2015.

Figura 2.5 – Risparmio ottenuto dalla riduzione della produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo



PRODUZIONE DEI RIFIUTI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO (RPNRI)

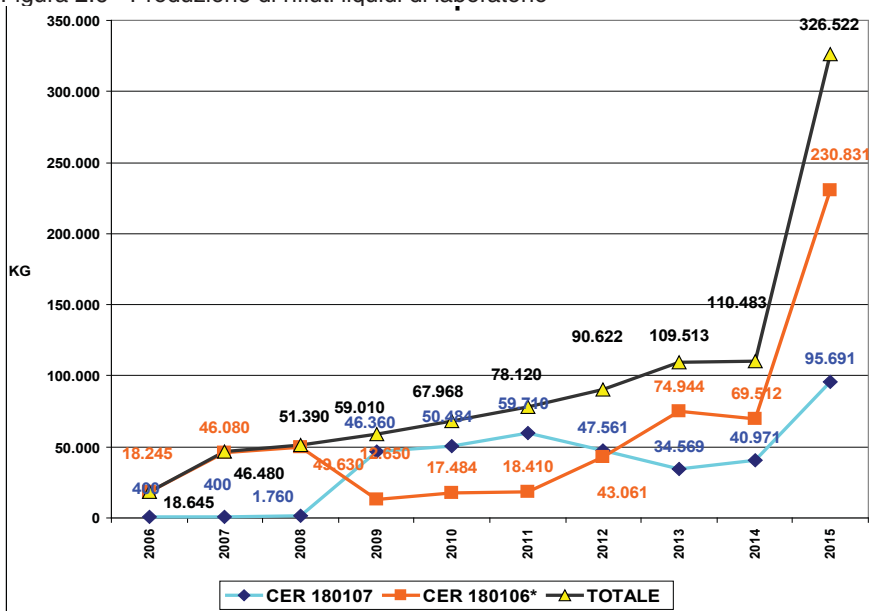
La maggior parte dei rifiuti appartenenti a questa categoria sono prodotti nelle attività di laboratorio, anatomia patologica, manutenzione delle cappe chimiche e dallo smaltimento di apparecchiature.

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. Nel 2° semestre 2015, come già evidenziato, si è avuto l'impatto dell'implementazione dell'attività del nuovo modulo di laboratorio, che ha portato ad un picco di produzione dei rifiuti liquidi di laboratorio. Il problema è in fase di gestione, per ricondurre la produzione ai valori precedentemente registrati.

Figura 2.6 - Produzione di rifiuti liquidi di laboratorio



Fonte aziendale

PRODUZIONE RIFIUTI ASSIMILATI AGLI URBANI A RACCOLTA DIFFERENZIATA DESTINATI A RECUPERO

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", nel 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 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.

Tabella 2.20 – Raccolta differenziata dei rifiuti inviati a recupero

TIPOLOGIA RIFIUTO	Tonnellate raccolte (periodo 2006-2015)
Carta e cartone	1.297
Vetro bianco	1.054
Plastica	199

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 49% del 2015.

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 2015 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 diagnostici 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 (10%), che dell'Azienda AUSL (90%) 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 2.21 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro della mammella

	2013	2014	2015
AGOBIOPSIA MAMMARIA ECOGUIDATA	85	162	161
ASPIRAZIONE ECOGUIDATA CISTI MAMMELLA	5		8
ECOGRAFIA MONOLATERALE	2		3
ECOGRAFIA BILATERALE	3	3	7
RM MAMMELLA SENZA/CON CONTR.	3	14	23
BIOPSIE PERCUTANEE VACUUM-ASSISTED		10	0
RX AGGIUNTIVI DI SCREENING	1	6	3
RX VACUUM ASSISTED BIOPSY IN STEREOTASSI	21	31	58
VACUUM ASSISTED BIOPSY ECOGUIDATA MONOLATERALE	7		3
TOTALE PRESTAZIONI PER SCREENING	127	226	266

Fonte aziendale

Lo screening del cancro del collo dell'utero

Il 2015 rappresenta per lo screening del cancro del collo dell'utero nella provincia di Ferrara l'anno del passaggio dallo screening basato sul Pap test come test primario allo screening con il test HPV-hr come test primario. La ricerca scientifica ha dimostrato che il test HPV-hr è più efficace del Pap test per la prevenzione del cervicocarcinoma avendo una sensibilità superiore al Pap test, che si traduce in una maggiore prevenzione del cervicocarcinoma verosimilmente dovuta al trattamento di lesioni intraepiteliali di alto grado (CIN2/3) non altrimenti individuate dal Pap test. Nell'ambito del nuovo screening la citologia diventa test filtro dopo il test molecolare, con la funzione di aumentarne la specificità, poiché è stata rilevata una significativa sovradiagnosi con l'utilizzo del solo test molecolare come test primario. La logica è quella di rovesciare l'attuale algoritmo Pap test – test HPV – colposcopia eseguendo prima il test più sensibile (test HPV) e poi quello più specifico (Pap test).

Il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018 prevede che entro il 2018 tutti i programmi di screening italiani passino dal Pap test al test HPV-hr come test primario per le donne di età maggiore di 29 anni, in modo progressivo e programmato. Le donne tra i 25 e i 29 anni continueranno ad eseguire il tradizionale Pap test, che rimane in questa fascia di età il test più efficace in quanto l'infezione da Hpv in giovane età è molto frequente ma tende a scomparire spontaneamente nell'80% dei casi.

Il Laboratorio della U.O di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stato scelto come laboratorio unico centralizzato dell'Area Vasta Emilia Centro per il nuovo screening. La data d'inizio del nuovo screening a Ferrara è stata il 14 dicembre 2015 (durante il primo anno di transizione saranno invitate ad eseguire il test HPV-hr primario le donne nella fascia di età 50-64 anni). Nel 2015 l'attività citologica di primo livello è risultata stabile rispetto agli anni precedenti, con piccole variazioni legate principalmente alle classi d'età che vengono invitate. La diagnostica molecolare con il test HPV-hr utilizzato come test di triage dopo il pap-test è risultata in lieve calo, in relazione a una diminuzione del numero di diagnosi citologiche dubbie.

Il test HPV alto rischio viene eseguito nello screening con pap test primario, 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 di screening, e con VPP per lesioni precancerose di alto grado sempre molto superiori ai valori di riferimento Regionali e Nazionali.

Tabella 2.22 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro del collo dell'utero

	2013	2014	2015
ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE PAP TEST SU STRATO SOTTILE PER SCREENING	27.019	26.611	26.499
TEST HPV-DNA ALTO RISCHIO DI TRIAGE IN SCREENING CON PAP TEST PRIMARIO	1.156	1.091	809
TEST HPV-DNA ALTO RISCHIO DI SCREENING PRIMARIO			262

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.

Di conseguenza, dall'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 (polipectomie, mucosectomie, dissezione della sottomucosa-ESD, emostasi con clips).

Tabella 2.23 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro del colon-retto

	2013	2014	2015
COLONSCOPIA PARZIALE ESPLOLATIVA	1	1	
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	340	394	430
PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA/COLONSCOPIA			1
COLONSCOPIA CON BIOPSIA (ESCLUSO ESAME ISTOLOGICO)	81	69	77
COLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA	199	179	201
COLONSCOPIA PARZIALE CON POLIPECTOMIA	11	8	8
TRATTAMENTO LASER X LESIONE INTESTINO CRASSO	3	2	1
ECOENDOSCOPIA DEL COLON		1	1
ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA	2	3	2
VISITA GASTROENTEROLOGICA BREVE (CONTROLLO)	565	704	580
EMOSTASI COMPRESSIVA	25	14	25
EMOSTASI CON CLIPS	21	55	56
TATUAGGIO COLON	33	27	25
COLONSCOPIA/ILEOSCOPIA RETROGR.	5	5	2
BIOPSIA TENUE (ESCLUSO ESAME ISTOLOGICO)	1	1	
RETTOSCOPIA			1
TOTALE	1.287	1.463	1.410

Fonte aziendale

2.3.2 Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

Erogazione diretta

Nel 2015 l'importo totale (costo ospedaliero) di distribuzione diretta da parte della Farmacia dell'Azienda ai pazienti residenti nella provincia di Ferrara è aumentato di 6.718.814 euro, pari a circa il 34,3% del costo 2014, complessivamente l'importo totale (costo ospedaliero) di distribuzione diretta è aumentato di 8.765.689 euro, considerando il totale dei pazienti, pari al 41.87% del costo del 2014. Tale incremento è in particolare da attribuire ai nuovi farmaci per l'epatite C, classificati in fascia A, farmaci oncologici (ruxolitinib, dabrafenib, ponatinib), farmaci orali per la sclerosi multipla (teriflunomide, dimetilfumarato). Si registra inoltre un incremento del 2,4% dei farmaci antidiabetici di fascia A, per pazienti in carico, pari a circa 29.000€, imputabili soprattutto alla nuova insulina retard degludec, inibitori dei DPP4 e analoghi GLP-1 (da soli ed in associazione).

Si è registrato un calo 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, che è stato di circa 380.000€ (costo ospedaliero), imputabile ad un aumento dei farmaci distribuiti in DPC, tale aumento è responsabile anche del decremento del numero di accessi di circa il 2.5%.

Tabella 2.24 – Erogazione diretta: confronto 2014-2015

	Costo ospedaliero			Costo al pubblico		
	2014	2015	2015 vs 2014	2014	2015	2015 vs 2014
Farmaci dopo dimissione	177.895	193.542	15.647	644.868	673.031	479.489
Farmaci dopo Visita special ambulatoriale	1.509.528	1.474.326	- 35.201	3.225.073	3.082.590	1.608.264
di cui CAD	1.242.811	1.272.325	29.515	2.206.389	2.281.519	1.009.193
Farmaci Alto Costo/PHT o ex PHT (esclusa Epatite C)	9.348.482	9.035.232	- 313.250	18.542.438	18.471.458	9.436.227
Epatite C		8.563.487	8.563.487		17.023.612	8.460.125
Farmaci a cittadini stranieri	37.012	13.060	- 23.952	65.955	25.515	12.454
solo Farmaci H	8.617.725	9.147.168	529.443	14.285.284	15.337.286	6.190.117
Totale	20.933.452	29.699.140	8.765.689	38.970.007	56.895.010	27.195.869

Le tabelle successive mostrano la produzione erogata nell'ultimo triennio. I dati del 2013 non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti perchè il fornitore dell'informazione (RER) ha modificato i criteri di inclusione del dato.

Tabella 2.25 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2015

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D. Con Radiazioni	45.012	2,3	3.468.517	10,2
	D2-D. Senza Radiazioni	115.739	5,9	4.783.809	14,0
	D3-Biopsia	4.429	0,2	256.934	0,8
	D9-Altra Diagnostica	15.315	0,8	284.451	0,8
	Totale	180.495	9,2	8.793.711	25,8
Laboratorio	L1-Prelievi	129.509	6,6	389.399	1,1
	L2-Chimica Clinica	1.027.844	52,2	4.708.922	13,8
	L3-Ematologia/ Coagulazione	178.746	9,1	939.378	2,8
	L4-Immunoematologia e Trasfusionale	2.515	0,1	20.106	0,1
	L5-Microbiologia/ Virologia	70.805	3,6	835.002	2,4
	L6-Anatomia ed Istologia Patologica	13.240	0,7	448.031	1,3
	L7-Genetica/Citogenetica	18.630	0,9	3.590.833	10,5
	Totale	1.441.289	73,2	10.931.671	32,0
Riabilitazione	R1-Riab.Diagnostica	6.591	0,3	66.385	0,2
	R2-Riab.e Rieducazione Funzionale	12.431	0,6	116.769	0,3
	R3-Terapia Fisica	1.723	0,1	10.003	0,0
	R9-Altra Riabilitazione	4.502	0,2	50.542	0,1
	Totale	25.247	1,3	243.699	0,7
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	31.747	1,6	2.667.643	7,8
	T2-Dialisi	30.211	1,5	3.850.719	11,3
	T3-Odontoiatria	3.201	0,2	149.977	0,4
	T4-Trasfusioni	2.375	0,1	294.147	0,9
	T5-Chirurgia Ambulatoriale	8.929	0,5	2.391.756	7,0
	T9-Altre Prestazioni Terapeutiche	22.457	1,1	260.187	0,8
	Totale	98.920	5,0	9.614.428	28,2
Visite	V1-Prima Visita	101.694	5,2	2.358.666	6,9
	V2-Visita Di Controllo	120.858	6,1	2.175.444	6,4
	Totale	222.552	11,3	4.534.110	13,3
TOTALE AZIENDALE		1.968.503	100,0	34.117.620	100,0

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

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
TOTALE AZIENDALE		2.117.382	100,0	34.184.252	100

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
TOTALE AZIENDALE		2.963.073	100	38.715.014	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

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 e alle azioni compiute finalizzate al miglioramento dei tempi di attesa.

Tabella 2.28 - 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
2015	114.074	27,6%	4.540.019	27,7%
2014	103.037	27,0%	3.988.347	26,1%
2013	101.244	26,9%	3.666.774	23,9%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Nel 2015 l'attività libero professionale ha avuto ancora una lieve riduzione, sulla quale ha inciso il calo delle prestazioni nel settore chirurgico specialistico e nella diagnostica per immagini.

Tabella 2.29 - Attività Libero Professionale suddivisa per dipartimenti ad attività Integrata

	2013		2014		2015	
	N	IMPORTO	N	IMPORTO	N	IMPORTO
Dipartimento Chirurgico	6.313	866.108	5.502	776.017	5.036	744.947
Dipartimento Chirurgico Specialistico	8.126	1.213.212	7.408	1.034.642	8.027	1.069.710
Dipartimento Emergenza	4.070	370.661	4.393	391.466	4.421	382.597
Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio	4.622	510.061	4.086	426.013	2.870	298.602
Dipartimento Medico	2.238	282.716	2.408	311.250	1.943	266.276
Dipartimento Medico Specialistico	5.927	697.773	5.757	685.749	5.908	700.116
Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione	4.263	530.529	3.349	447.984	3.371	453.450
Dipartimento Riproduzione e Accrescimento	3.165	399.040	3.044	363.062	3.589	401.609
Totale	38.724	4.870.100	35.947	4.436.185	35.165	4.317.307

Fonte aziendale

Il day service ambulatoriale

Nel 2015 la produzione DSA (Day Service Ambulatoriale), ha registrato un aumento del volume complessivo di attività, e degli importi. Il volume di attività mostra comunque che questo setting assistenziale continua a sostituire il DH inappropriato. Nel 2015 l'importo della produzione di DSA è stato l'11,84% dell'attività ambulatoriale (che comprende la produzione in provincia, extraprovincia, stranieri, pronto soccorso ed esclude paganti, convenzioni, attività libero professionale), a confronto col 8.89% dello scorso anno.

Tabella 2.30 - Day Service Ambulatoriale: confronto tra 2014 e 2015

	2014					2015				
	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 -DS Demenze Geriatria	66	3.9	2.224	22.619,20	353,43	57	3.9	1.738	21.471,30	376,69
163 -DH Ematologia	525	3.6	9.032	277.103,35	553,1	2	14.5	148	1.075,25	537,63
169 -DS Ematologia						458	3.7	8.515	306.358,10	668,9
175 -DH Mal.Infettive	42	4.4	403	4.628,35	136,13	3	4.7	7	240,95	80,32
177 -DS Malattie infettive						48	3.9	578	7.715,55	160,74
194 -DH - Diabetologia	4	3.8	49	567,55	141,89					
204 -DS Trapianti Nefrologia						146	8.7	32.123	212.818,50	1.457,66
205 -DH nefrologico	8	9.8	220	1.635,90	327,18	2	26.0	0	0	0
20A -DS Nefrologia						2	4.0	0	0	0
223 -DS Dermatologia	64	9.2	3.148	26.886,30	433,65					
225 -DS Dermatologia						36	7.7	1.102	10.736,60	298,24
242 -Clinica Neurologica - DH	39	4.4	698	15.508,45	534,77	14	3.6	232	3.502,05	250,15
246 -DS Clinica Neurologica						28	6.0	863	13.352,55	476,88
293 -DH Pediatria Universitaria	674	2.1	8.028	99.915,60	152,08	29	1.9	196	1.890,45	65,19
294 -DS Pediatria universitaria						608	2.0	7.490	85.109,15	139,98
303 -DH Chir. Pediatrica	1	1.0	2	61,9	61,9					
305 -DS Chirurgico Pediatrico	652	1.1	2.368	52.204,80	81,57	712	1.2	2.516	62.469,50	87,74

	2014					2015				
	N. PAC CHIUSI	N. MEDIO ACCESSI	N. PRESTAZ.	IMPORTO TOTALE	IMPORTO MEDIO	N. PAC CHIUSI	N. MEDIO ACCESSI	N. PRESTAZ.	IMPORTO TOTALE	IMPORTO MEDIO
343 -DH Endocrinologia e malattie del ricambio	499	5.6	12.587	234.304,20	482,11	120	6.6	3.194	60.755,00	506,29
346 -DS Endocrinologia e malattie del ricambio						561	5.3	13.030	241.596,70	430,65
384 -DH Ortopedia	41	1.0	-	-	-	6	1.0	0	0	0
389 -DS Ortopedia e traumatologia						34	1.0	17	11.305,00	332,5
393 -DH Gastroenterol.	104	6.2	2.344	36.821,75	438,35	52	8.7	2.521	24.656,15	474,16
395 -DS Gastroenterologia						121	6.5	3.072	40.316,30	333,19
424 -DS O.R.L.	136	2.9	645	48.143,35	373,2	145	2.7	658	51.592,00	355,81
43A -DS Oculistica**	1.861	4.1	3.478	1.351.302,65	870,12	2.334	5.3	2.678	370.708,05	741,42
448 -DH Ostetricia	1	2.0	-	-	-					
452 -Malattie Infett. Universitaria DH	22	1.9	274	2.153,30	134,58					
454 -DS Malattie infettive Universitaria						2	4.5	0	0	0
492 -DH Oncoematologia Pediatrica	201	1.7	4.259	40.163,10	208,1	46	2.1	2.230	23.085,00	501,85
494 -DS Oncoematologia pediatrica						152	1.9	6.101	54.953,70	361,54
521 -DH Dipartimento Medico	282	5.8	6.552	105.643,45	431,2	45	6.0	1.288	20.341,10	452,02
52A -DS Dipartimento Medico						199	5.0	5.111	67.679,60	340,1
542 -DH Radioterapia Oncologica	1	9.0	2	313,5	313,5					
572 -D H Neurologia	181	7.5	3.671	36.020,05	233,9	11	6.5	311	1.991,75	181,07
57A -DS Neurologia						120	9.1	4.057	37.819,60	315,16
592 -DH Oncologia Clinica	1.242	10.7	84.115	868.841,80	784,15	51	13.2	4.537	46.893,65	919,48
596 -DS Oncologia Clinica						1.228	11.0	88.863	1.040.513,10	848,01
727 -Medicina Interna Univ. - DS Demenze	68	3.9	2.036	27.715,85	477,86	67	3.6	2.469	32.098,20	479,08
744 -DS Ostetricia	779	1.6	9.193	212.759,95	289,08	639	1.4	7.315	180.334,55	282,21
747 -DS Ginecologia	182	6.5	2.890	57.587,10	329,07	147	6.5	1.807	44.476,20	302,56
953 -DH Pneumologia	153	4.1	3.814	96.655,65	680,67	11	4.4	77	1.486,45	135,13
95A -DS Pneumologia						159	4.2	4.110	122.429,50	770
TOTALE	7.828	4.7	162.032	3.619.557,10	511,45	8.395	5.2	208.954	3.201.771,55	488,07

** non sono comprese le prestazioni di Facoemulsione ed aspirazione di cataratta che per il 2015 sono 1756 (pari a 1.615.520 euro)

Fonte aziendale

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.

Tuttavia, già da agosto 2015, la rilevazione regionale dei tempi di attesa è passata da essere trimestrale a settimanale: ogni settimana vengono rilevate le prestazioni effettuate e quelle garantite entro i tempi standard (30 giorni per le prime visite e 60 giorni per le prestazioni diagnostico-strumentali) dai CUP di tutti gli ambiti territoriali regionali. I dati di performance di tutte le aziende sono pubblicati e liberamente consultabili sul sito www.tdaer.it. Nel corso del 2015 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in collaborazione con l'Azienda USL di Ferrara, ha consolidato il Piano di intervento straordinario per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, già avviato in via sperimentale da novembre 2014.

Tale Piano straordinario ha visto l'articolazione di una serie di azioni finalizzate all'obiettivo di migliorare, già entro giugno 2015, in modo significativo i tempi di attesa, semplificare l'accesso ai servizi ambulatoriali ed assicurare la presa in carico da parte del medico specialista in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici.

In linea con gli adempimenti previsti dalla Delibera di Giunta Regionale 1056/2015, i principali ambiti di azione hanno riguardato:

- l'identificazione di un Responsabile Unitario dell'Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, nominato dalle Direzioni generali delle due aziende provinciali, e la costituzione del Team Operativo Multidisciplinare di controllo (interaziendale) per il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
- l'adozione di uno strumento informatico per il monitoraggio, da parte del Responsabile Unitario, dell'offerta e delle performance di attesa, funzionale ad un eventuale adattamento tempestivo dei volumi prestazionali nell'ambito del sistema territoriale d'offerta;
- la stesura ed adozione del Documento "Regole per la costruzione delle agende CUP", con cui le due Aziende hanno condiviso i criteri omogenei di configurazione di tutte le agende di prenotazione (struttura, contenuti, manutenzione, modalità di disdetta...)
- l'incremento della capacità produttiva, in particolare per le prestazioni di primo accesso negli ambiti maggiormente critici, anche facendo ricorso all'attivazione di incarichi a tempo determinato finalizzati prioritariamente ad attività specialistica ambulatoriale per il contenimento dei tempi di attesa, ed estensione dei percorsi di garanzia;
- l'applicazione sistematica delle indicazioni relative alla corretta modalità prescrittiva, con implementazione progressiva della ricetta dematerializzata;
- lo sviluppo e consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica in particolare per la prenotazione dei controlli da parte della struttura;
- il rinforzo dell'utilizzo di tutti i canali di prenotazione per facilitare l'accesso al cittadino (Piastra Ambulatoriale e Centro Servizi del Presidio di Cona, Sportelli Cup territoriali comprese le farmacie, numero verde del Cup, CupWeb).

Si riporta di seguito il confronto tra i vari periodi del 2015 relativo all'indice di performance delle prestazioni specialistiche monitorate, con rappresentazione del dato regionale e del dato della provincia di Ferrara, articolato per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche.

Tabella 2.31 - Indice di performance delle visite specialistiche Regione Emilia Romagna

	Gennaio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015
01 Visita Oculistica	67%	93%	93%
02 Visita Urologica	75%	96%	93%
03 Visita Fisiatrice	77%	95%	97%
04 Visita Endocrinologica	44%	72%	95%
05 Visita Neurologica	74%	97%	96%
06 Visita Ortopedica	64%	87%	94%
07 Visita Oncologica	99%	99%	100%
08 Visita Cardiologica	79%	93%	95%
22 Visita Ginecologica	46%	77%	90%
23 Visita Dermatologica	77%	97%	96%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	88%	94%	96%
25 Visita Chirurgia Vascolare	77%	71%	100%
40 Visita Gastroenterologica	58%	84%	96%
41 Visita Pneumologica	46%	72%	93%
47 Visita Diabetologica	67%	86%	97%
48 Visita ostetrica	90%	76%	97%
50 Visita Senologica	88%	100%	100%

Fonte Fonte MAPS – www.tdaer.it

Tabella 2.32 - Indice di performance delle visite specialistiche Provincia di Ferrara

	Gennaio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015
01 Visita Oculistica	18%	96%	99%
02 Visita Urologica	79%	100%	100%
03 Visita Fisiatrice	27%	100%	100%
04 Visita Endocrinologica	57%	98%	100%
05 Visita Neurologica	33%	100%	100%
06 Visita Ortopedica	23%	82%	100%
07 Visita Oncologica	100%	100%	100%
08 Visita Cardiologica	28%	97%	100%
22 Visita Ginecologica	45%	98%	100%
23 Visita Dermatologica	14%	96%	100%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	79%	100%	100%
25 Visita Chirurgia Vascolare	100%	100%	100%
40 Visita Gastroenterologica	20%	96%	100%
41 Visita Pneumologica	12%	82%	100%
47 Visita Diabetologica	75%	88%	92%
48 Visita ostetrica	100%	100%	100%
50 Visita Senologica	*	*	100%

Fonte Fonte MAPS – www.tdaer.it

Tabella 2.33 - Indice di performance delle prestazioni diagnostiche Regione Emilia Romagna

	Gennaio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015
09 Colonscopia	89%	97%	98%
10 EMG	63%	78%	98%
11 Ecocolordoppler	85%	76%	99%
12 Ecografia Addome	87%	96%	98%
13 Gastrosocopia	77%	88%	100%
14 TAC del Capo	91%	88%	97%
15 TAC Addome	88%	81%	93%
16 RMN Cerebrale	71%	97%	99%
17 RMN Addome	80%	82%	99%
18 RMN della Colonna	86%	95%	99%
26 TAC Rachide e Spoco Vertebrale	88%	98%	99%
27 TAC Bacino	93%	100%	100%
28 TAC Torace	88%	77%	92%
29 Ecografia Mammella	69%	81%	99%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	77%	93%	97%
35 Elettrocardiogramma	86%	97%	98%
36 Elettrocardiogramma Holter	63%	77%	92%
37 Audiometria	86%	92%	98%
38 Spirometria	79%	80%	95%
39 Fondo Oculare	80%	89%	96%
42 Mammografia	87%	93%	99%
43 Ecografia capo e collo	73%	84%	94%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	81%	75%	95%
45 ECG da sforzo	87%	85%	99%
46 RM muscoloscheletrica	95%	94%	96%

Fonte Fonte MAPS – www.tdaer.it

Tabella 2.34 - Indice di performance delle prestazioni diagnostiche Provincia di Ferrara

	Gennaio 2015	Luglio 2015	Dicembre 2015
09 Colonscopia	100%	100%	100%
10 EMG	25%	79%	99%
11 Ecocolordoppler	59%	98%	98%
12 Ecografia Addome	73%	99%	99%
13 Gastroscopia	92%	98%	100%
14 TAC del Capo	100%	100%	97%
15 TAC Addome	95%	100%	100%
16 RMN Cerebrale	76%	100%	95%
17 RMN Addome	100%	100%	100%
18 RMN della Colonna	87%	100%	100%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	0%	100%	100%
27 TAC Bacino	100%	*	100%
28 TAC Torace	100%	100%	100%
29 Ecografia Mammella	*	*	100%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	30%	97%	100%
35 Elettrocardiogramma	22%	100%	100%
36 Elettrocardiogramma Holter	18%	62%	100%
37 Audiometria	100%	100%	100%
38 Spirometria	53%	75%	100%
39 Fondo Oculare	22%	100%	100%
42 Mammografia	100%	100%	100%
43 Ecografia capo e collo	30%	99%	99%
44 Ecografia ostetrica e ginecologica	72%	76%	100%
45 ECG da sforzo	59%	78%	95%
46 RM muscoloscheletrica	99%	100%	98%

Fonte MAPS – www.tdaer.it

2.3.3 Assistenza ospedaliera

Struttura dell'Offerta

L'Arcispedale S. Anna assicura il 53,83% 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 2014 che al 2013

Tabella 2.35 - 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
2015	620	80	10	710	1,76	0,26	0,23	0,03	2,02
2014	618	80	10	708	1,74	0,25	0,23	0,03	1,99
2013	621	80	10	711	1,73	0,25	0,22	0,03	1,99

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

Tabella 2.36 - Dotazione posti letto della provincia di Ferrara – Contributo degli erogatori pubblici e privati e confronto con l'offerta regionale

	2012	2013	2014	2015
Posti letto AOU di Ferrara	704	711	708	710
di cui in Lungodegenza-Riabilitazione	80	90	90	90
Posti letto Azienda USL di Ferrara	721	600	516	500
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	164	141	103	107
Posti letto accreditati delle Case di Cura	195	191	116	109
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	75	75	75	72
Posti letto provincia di Ferrara	1.620	1.502	1.340	1.319
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	319	306	268	269
Dotazione media ogni 1000 abitanti provincia FE	4,50	4,19	3,98	3,95
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,89	0,85	0,75	0,76
Totale posti letto RER	19.945	19.016	18.768	18.152
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	3.807	3.631	3.518	3.465
Dotazione media ogni 1000 abitanti RER	4,47	4,25	4,21	4,08
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,85	0,81	0,79	0,78

Fonte - Elaborazione da Flussi Informativi Ministero della Salute (HSP 12/13), 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 ancora inferiore rispetto al dato regionale.

Tabella 2.37 - Dotazione posti letto nella provincia di Ferrara a confronto con le altre provincie della Regione

Provincia di riferimento territoriale	Posti letto per 1000 abitanti	
	2014	2015
PIACENZA	3,97	4,04
PARMA	4,97	4,78
REGGIO NELL'EMILIA	3,55	3,42
MODENA	3,72	3,64
BOLOGNA	4,86	4,66
FERRARA	3,98	3,95
ROMAGNA	4,11	3,91
TOTALE	4,21	4,08

Fonte regionale

Nella provincia di Ferrara il numero di posti letto, ha avuto una forte e progressiva riduzione nel corso degli anni 2011-2014 (per l'azienda Ospedaliero Universitaria il periodo di maggior calo è avvenuto tra 2011 e 2013).

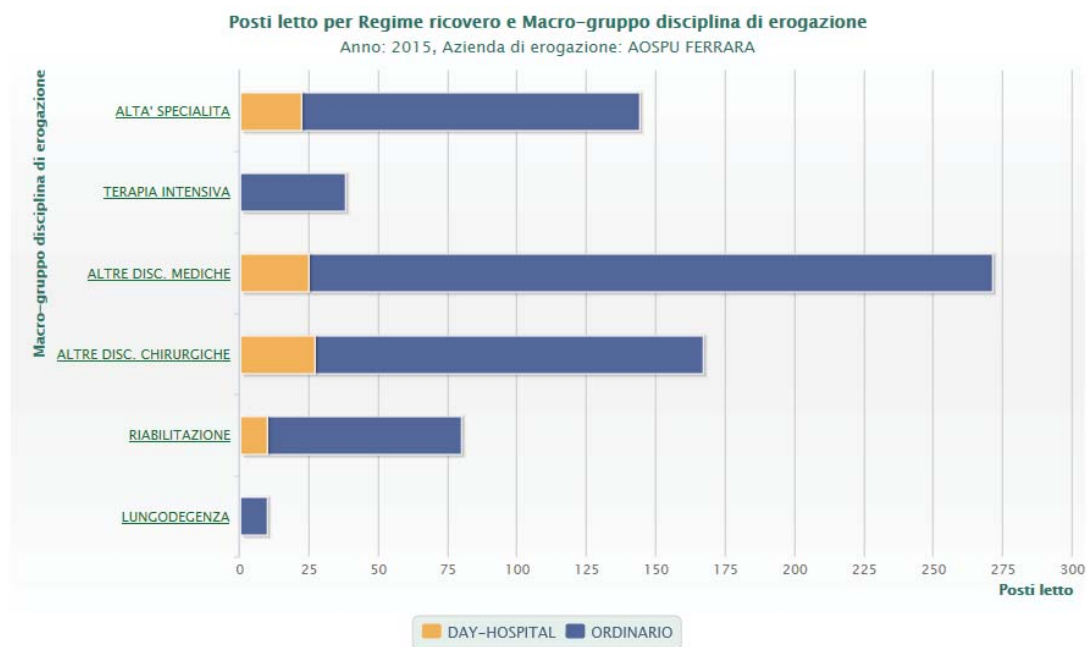
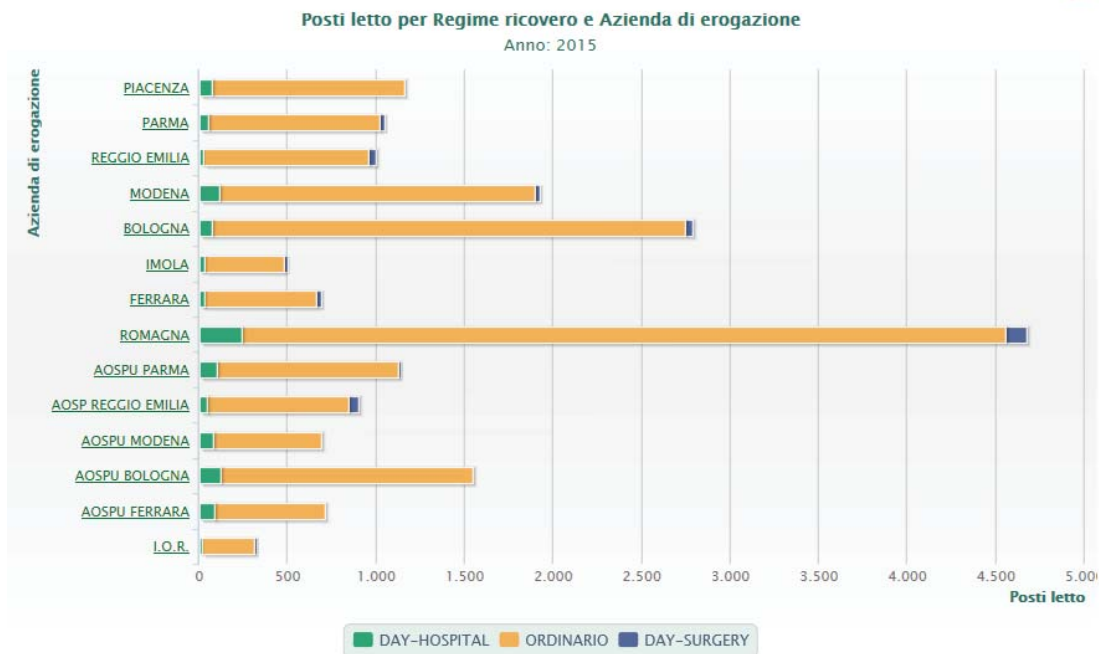
Nel complesso la provincia di Ferrara è in una situazione in cui la dotazione di posti letto per 1000 abitanti per acuti e lungodegenti più riabilitazione ha ancora un trend in calo.

Per quanto riguarda le Neuro-Riabilitazione, la dotazione di posti letto ordinari ha come riferimento l'Azienda Ospedaliero Universitaria, per la presenza del Centro di Riabilitazione San Giorgio, il cui bacino d'utenza di riferimento è a livello nazionale.

L'azienda Ospedaliero Universitaria dedica buona parte dell'offerta verso discipline di alta complessità rispetto alla lungodegenza

Per quanto riguarda la Neuro-Riabilitazione, la dotazione di posti letto ordinari ha come riferimento l'Azienda Ospedaliero Universitaria, per la presenza del Centro di Riabilitazione San Giorgio, il cui bacino d'utenza di riferimento è a livello nazionale.

Figura 2.7 - Posti letto per regime di ricovero nelle aziende territoriali e nell'Aziende Ospedaliero-Universitarie e dettaglio per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Anno 2015



Fonte regionale

Tabella 2.38 - Posti letto Ordinari per Dipartimento nella Azienda S.Anna. Anno 2015

Dipartimenti	DH	ORDINARIO
Chirurgico		
CHIRURGIA GENERALE	2	14
CLINICA CHIRURGICA	2	20
CHIRURGIA URGENZA	0	10
CHIRURGIA VASCOLARE	2	12
UROLOGIA	4	16
Chirurgico Specialistico		
CHIR. MAXILLO-FACCIALE	1	5
OCULISTICA	0	6
OTORINOLARINGOIATRIA	4	15
CHIRURGIA PLASTICA	2	5
Emergenza		
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
Neuroscienze/Riabilitazione		
NEUROCHIRURGIA	1	16
NEUROLOGIA	1	18
CLINICA NEUROLOGICA	1	6
MEDICINA RIABILITATIVA	5	30
UGC	5	40
Accrescimento e Riproduzione		
CHIRURGIA PEDIATRICA	4	8
OSTETRICIA	2	22
GINECOLOGIA	7	8
PEDIATRIA	6	20
NEONATOLOGIA E T.I.N.	0	16
Medico		
GERIATRIA	0	30
MAL. INFETTIVE	2	12
MAL. INFETTIVE UNIVERSITARIA	1	4
MED. INT. OSPEDALIERA I - II	0	56
IST. MED.INT+ CLIN.MEDICA	0	42
DH INTERNISTICO DIP.MED	3	0
GASTROENTEROLOGIA	2	10
ORTOGERIATRIA	0	10
Medico Specialistico		
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 2015 si è mantenuta la performance dell'organizzazione sui posti letto. Il livello di efficienza organizzativa è evidenziato dalla riduzione dell'indice di Turnover e dall'incremento dell'indice di rotazione sul posto letto: entrambi sono sensibilmente migliorati negli ultimi 3 anni; in parallelo il tasso di occupazione del posto letto si è avvicinato al 90%.

Tabella 2.39 - Indicatori di efficienza sui posti letto

	TASSO DI OCCUPAZIONE	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
2015	87,4	38,9	1,2
2014	88,8	38,8	1,1
2013	86,3	37,3	1,3
2012	78,3	34,5	2,3

Attività Hub - attuazione del modello Hub & Spoke

Anche per il 2015 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).

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara mette a disposizione il 14,65% dei letti per le funzioni hub, sui quali la quota dei ricoverati residenti fuori provincia e regione si avvicina al 27%.

Tabella 2.40 - Posti letto e ricoveri nelle funzioni Hub (valori in %).

	2011	2012	2013	2014	2015
Letti hub ASA	12,80	14,77	14,63	14,69	14,65
Ricoveri RER	13,40	13,45	13,02	12,43	12,41
Ricoveri extra RER	19,82	20,14	17,75	15,54	14,54
Totale mobilità	33,22	33,59	30,77	27,97	26,95

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 45,4%. È aumentato il contributo per quanto riguarda i DH medici. Questi ultimi costituiscono ancora una tipologia di setting assistenziale convertibile, attraverso accurate revisioni organizzative, a percorso ambulatoriale complesso (Day Service).

Tabella 2.41- Contributo dell'Azienda al tasso di ospedalizzazione standardizzato provinciale – valori percentuali.

	2013	2014	2015
- Ricoveri ordinari	47,1	44,7	45,4
- Day Hospital Medici	65,1	59,9	61,4
- Day Hospital Chirurgici	44,8	39,7	39,9

* Per l'anno 2015 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente.

Il numero di dimissioni ha presentato un incremento con una sostanziale parità di posti letto disponibili ad evidenza di miglioramento organizzativo dell'offerta. Il numero dei DH è diminuito in conseguenza di processi di conversione a percorsi ambulatoriali.

Tabella 2.42 - 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
2015	24.888	99	8.681	8	33.569	107
2014	24.597	120	9.239	13	33.836	133
2013	23.839	86	9.048	31	32.887	117
2012	23.728	91	9.273	1	33.001	92

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La componente chirurgica dei ricoveri prodotti si mantiene costante rispetto allo scorso anno. I ricoveri in Libera professione sono totalmente di tipo chirurgico.

Tabella 2.43 - 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
2015	33.569	107	14.095	105	42,0%	98,1%
2014	33.836	133	14.212	133	42,0%	100%
2013	32.887	117	13.445	117	40,9%	100%
2012	33.001	92	13.362	91	40,5%	98,9%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

L'Azienda ha erogato livelli di complessità della casistica sostanzialmente stabili rispetto al 2014. Infatti l'indicatore della complessità dei ricoveri, il peso medio DRG si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente.

Tabella 2.44 - Peso medio DRG del ricovero.

	2013	2014	2015
Ordinario	1,29	1,29	1,28
Day Hospital	0,92	0,93	0,90

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. Il trend di questo conteggio è in crescita. Infatti nel 2015 il 65% delle discipline presenta tale rapporto \Rightarrow 1; nel 2014 la percentuale era del 61% e nel 2013 era il 40%.

Tabella 2.45 – Dettaglio sul Peso Medio e Indice di Case mix per disciplina nel 2015

	PM	ICM
008 - CARDIOLOGIA	1,6	1,1
009 - CHIRURGIA GENERALE	1,5	1,2
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1,1	0,8
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.	0,8	0,8
021 - GERIATRIA	1,1	1
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,2	0,9
026 - MEDICINA GENERALE	1,2	1,1
029 - NEFROLOGIA	1,4	1,1
030 - NEUROCHIRURGIA	2,1	0,9
032 - NEUROLOGIA	1,5	1,3
034 - OCULISTICA	0,7	0,9
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,6	1,2
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,6	1
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	1	1,1
039 - PEDIATRIA	0,6	1
043 - UROLOGIA	1	1
049 - TERAPIA INTENSIVA	3,9	1
050 - UNITA' CORONARICA	1,9	1,2
051 - ASTANTERIA	0,9	0,9
058 - GASTROENTEROLOGIA	1,2	1,1
061 - MEDICINA NUCLEARE	0,9	1
064 - ONCOLOGIA	1,4	1,1
068 - PNEUMOLOGIA	1,6	1,1
071 - REUMATOLOGIA	0,9	0,8
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	1,7	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. Sul dato influisce il processo di ottimizzazione della descrizione dell'episodio di ricovero (diagnosi e procedure).

Tabella 2.46 - 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
2015	24.888	1.518	6,1%
2014	24.597	1.609	6,5%
2013	23.839	1.590	6,7%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La percentuale di DRG potenzialmente inappropriati di durata maggiore di un giorno oltre la soglia dell'ammissibilità si mantiene vicina al livello raggiunto nell'anno precedente.

Tabella 2.47 - DRG ad alto rischio di inappropriatazza

	Dimessi in regime ordinario con DRG potenzialmente inappropriato (*)	% casi attribuiti a DRG potenzialmente inappropriati su totale dimessi
2015	3.971	12,3
2014	3.816	11,7
2013	4.614	14,6

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

* Il Patto per la Salute 2010-2012 definisce una lista di DRG ad alto rischio di inappropriatazza 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, in area oncologica, non ci sono ricoveri per intervento chirurgico con tempo di attesa mediano superiore a 30 giorni. Rispetto all'anno 2014, emerge quindi un miglioramento della performance nel corso del 2015 anche per il tumore della prostata che mostrava una mediana superiore ai 30 giorni.

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.

In particolare, analizzando le % di pazienti con patologia neoplastica operati entro i 30 giorni, si evince un miglioramento nella performance del tumore della mammella (passato da 58,6% del 2014 a 85,4% nel 2015) mentre si evidenzia una flessione rispetto all'80% del valore del 2014 per il tumore dell'utero che pur presentando un valore di attesa mediano entro i limiti richiesti dalla RER (25gg) registra ancora una % migliorabile dei casi operati entro 30 giorni.

Non ci sono sensibili variazioni per le altre patologie oncologiche.

Tabella 2.48 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia – Anno 2015

			Rico- veri progra- mati	Ricoveri program- mati 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 ON- COLOGICA	INTERVENTO CHIRURGI- CO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	1	1	24	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	82	82	7	0	85,4	96,3	100	100	100	0
		Totale	83	83	7	0	85,5	96,4	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGI- GICO POLMONE (regime ordinario)	Az.OSP	61	61	22	0	77	95,1	98,4	100	100	0
		Totale	61	61	22	0	77	95,1	98,4	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGI- GICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL	28	27	14	3,6	74,1	100	100	100	100	0
		Az.OSP	8	8	25,5	0	62,5	100	100	100	100	0
		Totale	36	35	16	2,8	71,4	100	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGI- GICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	69	69	13	0	92,8	100	100	100	100	0	0
		143	134	25	6,3	69,4	96,3	97	99,3	100	0	0
		212	203	21	4,2	77,3	97,5	98	99,5	100	0	0
	INTERVENTO CHIRURGI- CO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL	25	25	49	0	16	76	96	100	100	0
		Az.OSP	29	29	29	0	55,2	82,8	96,6	96,6	96,6	3,4
		Totale	54	54	43	0	37	79,6	96,3	98,1	98,1	1,9
	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	353	317	1	10,2	98,7	99,1	99,4	99,4	99,4	0,6
Az.OSP		954	806	3	15,5	98,9	99,3	99,8	99,8	99,9	0,1	
Totale		1.307	1.123	2	14,1	98,8	99,2	99,6	99,6	99,7	0,3	

			Rico- veri progra- mati	Ricoveri program- mati 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 CARDIOVA- SCOLARE	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL	38	38	33,5	0	47,4	86,8	89,5	97,4	100	0	
		Privato	37	37	11	0	70,3	91,9	94,6	97,3	97,3	2,7	
		Az.OSP	120	118	23	1,7	68,6	90,7	95,8	95,8	95,8	4,2	
		Totale	195	193	23	1	64,8	90,2	94,3	96,4	96,9	3,1	
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL	13	9	41	30,8	33,3	66,7	100	100	100	0	
		Az.OSP	407	381	7	6,4	88,5	95,8	97,9	99	99,7	0,3	
		Totale	420	390	7	7,1	87,2	95,1	97,9	99	99,7	0,3	
	NON ONCOLO- GICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Privato	5	5	14	0	80	100	100	100	100	0
Az.OSP			211	211	133	0	8,5	19,4	32,7	46	74,4	25,6	
Totale			216	216	127	0	10,2	21,3	34,3	47,2	75	25	
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)		Az.USL	268	267	174	0,4	4,1	13,1	24	35,6	53,2	46,8	
		Az.OSP	63	56	42,5	11,1	39,3	58,9	75	82,1	94,6	5,4	
		Totale	331	323	140	2,4	10,2	21,1	32,8	43,7	60,4	39,6	
NON ONCOLO- GICHE IN DH		RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	428	426	46	0,5	35	61,3	76,8	83,3	95,1	4,9
			Privato	85	85	28	0	51,8	78,8	85,9	91,8	94,1	5,9
	Az.OSP		138	138	127	0	15,2	26,1	42	47,8	58,7	41,3	
	Totale		651	649	51	0,3	33	56,1	70,6	76,9	87,2	12,8	
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	5	5	33	0	40	80	80	80	80	20	
		Privato	3	3	13	0	66,7	66,7	100	100	100	0	
		Az.OSP	17	17	121	0	17,6	41,2	47,1	47,1	64,7	35,3	
		Totale	25	25	55	0	28	52	60	60	72	28	
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL	1	1	1	0	100	100	100	100	100	0	
		Az.OSP	61	55	6	9,8	90,9	98,2	98,2	100	100	0	
		Totale	62	56	6	9,7	91,1	98,2	98,2	100	100	0	

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.49 - 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

			Rico- veri progra- mati	Ricoveri program- mati 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 ON- COLOGICA	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 CHIRUR- GICO 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 CHIRUR- GICO 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 CHIRUR- GICO 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 CHIRURGI- CO 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 CHIRURGI- CO 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

			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 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	
	ANGIPLASTICA (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	
		Totale	325	296	7	8,9	86,8	96,6	99	99,7	100	0	
		Privato	10	10	20,5	0	80	100	100	100	100	0	
NON ONCOLOGICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	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	
		Privato	10	10	20,5	0	80	100	100	100	100	0	
	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	
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 2.50 - 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 PROSTATATA (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	
		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	
		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	
		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

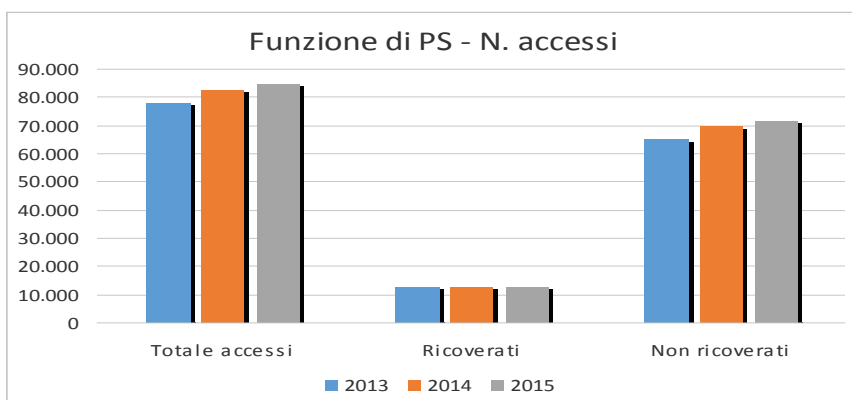
I dati del servizio continuano a mostrare la crescente capacità di “filtro” tra gli accessi e i casi seguiti da ricovero. A fronte di un ulteriore incremento degli accessi, infatti, anche per il 2015 l’attività di Pronto soccorso continua a migliorare in percentuale la performance dell’appropriatezza nella decisione del ricovero del paziente.

Tabella 2.51 - Andamento dei ricoveri e degli accessi

	2013	2014	2015
Ricoverati	12.991	13.145	12.971
Non ricoverati	64.968	69.679	72.083
Deceduti	66	82	88
Totale accessi	78.025	82.906	85.054
% ricoveri sul totale accessi	16,65%	15,86%	15,25%

Fonte regionale

Figura 2.8 – Accessi in PS 2013-2015



Nel 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 negli anni successivi.

Tabella 2.52 – Accessi al PS a livello provinciale – contributo dell’Azienda

	2013	2014	2015
Accessi AUSL	74.037	68.509	69.211
Accessi AOSP	78.025	82.906	85.054
Totale	152.062	151.415	154.265
% Accessi AOSP/Totale	51,31%	54,75%	55,13%

Fonte regionale

Gli indicatori scelti a livello regionale per descrivere le performance dell’Osservazione Breve Intensiva (OBI) risultano ben rispettati. Si osserva una lieve riduzione della percentuale di pazienti dimessi dopo l’OBI, probabilmente in conseguenza del tendenziale aumento di complessità della casistica di Pronto Soccorso.

Tabella 2.53 – Attività in OBI

	Anno 2014	Anno 2015	Standard
N. di pazienti inseriti in OBI nell’anno	3.582	3.780	
Pazienti in Obi sul totale accessi in PS	4,32%	4,44%	3-8%
Pazienti dimessi dopo l’OBI sul totale dei pazienti in OBI	66,33%	61,80%	>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 2015 si è rivelata ancora complessivamente in calo nella regione. Anche il consumo di beni presenta un trend in riduzione.

Tabella 2.54 - Confronto attività di raccolta sangue 2015-2014

Programma speciale sangue	Raccolta 2015	Raccolta 2014	Differenze % 2015-2014
Piacenza	13.905	13.606	2,2
Parma	25.128	26.097	-3,7
Reggio Emilia	19.494	19.543	-0,3
Modena	33.916	34.826	-2,6
Bologna IOR	0	0	
Bologna S.Orsola	7.098	9.172	-22,6
Bologna AUSL (*)	42.379	42.792	-1,0
Ferrara	20.903	21.064	-0,8
Forlì	7.851	7.672	2,3
Cesena	10.048	9.639	4,2
Rimini	15.621	15.331	1,9
Ravenna	21.821	22.097	-1,2
Pievesestina	0	0	
TOTALE	218.164	221.839	-1,7

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

Tabella 2.55 – Confronto consumi di unità di globuli rossi 2015-2014

Programma speciale sangue	Consumi 2015	Consumi 2014	Differenze % 2015-2014
Piacenza	11.835	11.731	0,9
Parma	22.886	25.073	-8,7
Reggio Emilia	17.167	17.877	-4,0
Modena	31.821	32.588	-2,4
Bologna IOR	5.689	6.319	-10,0
Bologna S.Orsola	27.078	28.220	-4,0
Bologna AUSL (*)	26.615	27.070	-1,7
Ferrara	22.425	22.445	-0,1
Forlì	6.554	6.692	-2,1
Cesena	7.211	6.963	3,6
Rimini	13.836	13.701	1,0
Ravenna	21.536	21.617	-0,4
Pievesestina	1.333	1.751	-23,9
TOTALE	215.986	222.047	-2,7

(*) 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 2.56 - Obiettivi piano sangue e plasma regionale 2013-15: relazione Anno 2015

OBIETTIVO	STATO
<p>IL VOLONTARIATO 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 2015 è stato siglato il rinnovo della convenzione con le associazioni AVIS e FIDAS-ADVS della provincia di Ferrara (scadenza 31.12.2015). 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 rivisti alcuni punti della convenzione per meglio corrispondere ai requisiti di accreditamento.</p>
<p>LA STRUTTURA DELLA RETE TRASFUSIONALE REGIONALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta Tecnica Permanente per il sistema trasfusionale regionale • Comitato di Programma Sangue e Plasma di Area Vasta (CPSP di AV) • Comitati Ospedalieri per il Buon Uso del Sangue 	<p>Rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara partecipano regolarmente ai lavori della Consulta Tecnica Permanente e del CPSP di Area Vasta. Il Comitato Ospedaliero per il Buon Uso del Sangue è costituito ed operativo e la sua composizione è stata aggiornata alle disposizioni del Piano Sangue vigente.</p>
<p>ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRASFUSIONALE REGIONALE IN AREE VASTE I Poli Trasfusionali di Lavorazione e Qualificazione Biologica di Area Vasta sono individuati presso le seguenti strutture:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; 	<p>Dal 15.09.2015 è operativo il polo di lavorazione di AVEC che realizza la concentrazione delle attività di raccolta, lavorazione e qualificazione biologica degli emocomponenti raccolti dai SIMT di Bologna, Imola, e Ferrara .</p>
<p>CENTRI PER LA CURA DELLE TALASSEMIE E DELLE EMOGLOBINOPATIE Il primo piano triennale relativo agli anni 2012-2014 è stato approvato con delibera di Giunta n. 1127 del 2012. È obiettivo del presente Piano creare le necessarie sintonie, 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>CENTRI EMOFILIA E CURA MALATTIE EMORRAGICHE</p>	
<p>ACCREDITAMENTO E SISTEMA QUALITÀ 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 2015, a seguito delle modifiche intercorse con la attivazione del polo di lavorazione di AVEC, sono state riviste tutte le procedure di convalida dei processi (visita di accreditamento della Agenzia regionale prevista per 18-19.02.2016).</p> <p>Nel 2015 è inoltre proseguito il percorso di accreditamento CNT e JACIE per l'attività di trapianto di cellule staminali autologhe, insieme con il reparto di Ematologia (visita accreditamento prevista per 10-11.03.2016)</p>

Fonte aziendale

Attività trapiantologica

Procurement

Nel 2015 è stato elaborato il progetto relativo alla creazione di un vero e proprio Ufficio di Coordinamento, unitamente al distacco di almeno un'unità infermieristica a tempo pieno per il procurement di tessuti e per tutte le attività non meno importanti che vengono attribuite all'Ufficio di Coordinamento. Nel corso dell'anno vi sono stati diversi incontri tra il Coordinatore Locale e le Direzioni Medica, Sanitaria e delle Professioni, per definire i dettagli della costituzione di quest'Ufficio e del personale che ad esso verrà attribuito. L'apertura è prevista per l'inizio del 2016.

Un altro cambiamento è stato l'incremento degli accertamenti di morte e delle donazioni effettuate nell'UO di Anestesia e Rianimazione Universitaria. La redistribuzione di posti letto realizzatasi de facto dopo il trasloco dell'Ospedale nella nuova sede di Cona, con lo spostamento di due letti "aggiuntivi" dalla Rianimazione Ospedaliera alla terapia intensiva Universitaria, ha fatto sì che in situazioni di emergenza, in mancanza di posto letto nella prima, alcuni pazienti con patologia cerebrale siano stati ricoverati nella seconda. Questo ha determinato la necessità di un aggiornamento della formazione del personale medico e infermieristico sui temi dell'accertamento di morte e del Procurement di organi e tessuti: il corso regionale ALMA, che viene ospitato ogni anno, quest'anno si è tenuto ad Ottobre. E' stato inoltre organizzato dal Coordinatore Locale, in collaborazione con l'UO di Neurologia e la Medicina Legale dell'Università degli Studi di Ferrara, un corso di formazione interno sulla morte encefalica che si terrà il 15 febbraio 2016.

E' stata anche completata la formazione dei dipartimenti medici e dell'UO di Neurologia in merito alla donazione di cornee, iniziata dal precedente Coordinatore Locale, e finalizzata all'aumento delle segnalazioni di potenziali donatori di cornee. E' stata bandita nuovamente la borsa di studio per Psicologo per l'attività di supporto per

i familiari dei potenziali donatori nelle due UO di Rianimazione dell'Ospedale. Tale attività serve a supportare emotivamente i familiari dei donatori ad affrontare il lutto e la donazione. Nel corso del 2015 nella nostra Azienda sono stati segnalati 18 pazienti in cui si è effettuato l'accertamento di morte con criteri neurologici (15 nella UO Ospedaliera e 3 nella UO Universitaria).

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.

Tabella 2.57 - Organi procurati nelle Rianimazioni dell'Emilia-Romagna nel 2015

CITTA' - RIANIMAZIONE	CUORE		FEGATO		RENE		PANCREAS		POLMONE		INTESTINO		TOTALE	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
MODENA - NUOVO OSPEDALE S.AGOSTINO - ESTENSE	4	4	21	21	35	32			2	2			62	59
PARMA - OSPEDALE MAGGIORE	4	4	14	13	27	24			4	4			49	45
CESENA - OSPEDALE M.BUFALINI	3	3	11	11	26	22	2	1	2	2			44	39
FERRARA - ARCISPEDALE S.ANNA	1	1	9	9	14	12			4	4			28	26
BOLOGNA - OSPEDALE MAGGIORE	2	2	6	5	15	11			4	4			27	22
REGGIO NELL'EMILIA - OSPEDALE S. MARIA NUOVA			8	8	18	12							26	20
RAVENNA - OSPEDALE S.MARIA DELLE CROCI	1	1	4	4	14	7							19	12
RIMINI - OSPEDALE DI RIMINI			5	5	10	9			4	1			19	15
PIACENZA - OSPEDALE CIVILE	2	2	4	4	8	3							14	9
FORLI' - OSPEDALE MORGAGNI PIERANTONI			4	4	8	7							12	11
IMOLA - OSPEDALE ZONALE			6	6	5	4							11	10
BOLOGNA - S.ORSOLA MALFIGHI	1	1	4	4	4	2							9	7
FIRENZA - OSPEDALE DEGLI INFERMI			3	3	4	4			2	2			9	9
BOLOGNA - OSPEDALE BELLARIA			2	2	6	6							8	8
MODENA - POLICLINICO			2	1	4	2							6	3
LUGO - OSPEDALE ZONALE CIVILE					2	0							2	0
TOTALE REGIONE	18	18	103	100	200	157	2	1	22	19	0	0	345	295

Fonte: CRT Emilia Romagna

Tabella 2.58 - Situazione al S. Anna di donazioni di organi nel biennio 2014-2015

		ANNO 2014	ANNO 2015
CUORE	Prelevati	1	1
	Trapiantati	1	1
FEGATO	Prelevati	9	9
	Trapiantati	9	9
RENE	Prelevati	17	14
	Trapiantati	13	12
POLMONE	Prelevati	1	4
	Trapiantati	1	4
TOTALE ORGANI AZIENDA	Prelevati	28	28
	Trapiantati	24	26
TOTALE ORGANI REGIONE	Prelevati	284	345
	Trapiantati	252	295

Fonte: Elaborazione aziendale su dati CRT Emilia Romagna

Tabella 2.59 - Situazione al S. Anna di donazioni di tessuti nel biennio 2014-2015

		ANNO 2014	ANNO 2015
CORNEE AZIENDA	Donatori	8	7
	Tessuti	16	13
TOTALE CORNEE REGIONE	Donatori	533	560
	Tessuti	1.064	1.116
VASI AZIENDA	Donatori	1	2
	Tessuti	5	9
TOTALE VASI REGIONE	Donatori	28	24
	Tessuti	139	136
VALVOLE AZIENDA	Donatori	3	2
	Tessuti	6	2
TOTALE VALVOLE REGIONE	Donatori	30	31
	Tessuti	60	32
CUTE AZIENDA	Donatori	2	5
	Tessuti (cm ²)	5.085	9.977
TOTALE CUTE REGIONE	Donatori	60	71
	Tessuti (cm ²)	162.864	159.337
OSSO-TENDINI AZIENDA	Donatori	11	2
	Tessuti	48	35
TOTALE OSSO-TENDINI REGIONE	Donatori	771	753
	Tessuti	1.452	1.340

Fonte: Elaborazione aziendale su dati CRT Emilia Romagna

La produzione dell'Azienda sul versante dei ricoveri per il 2015 si è caratterizzata da una riduzione dei ricoveri in DH.

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 2015 un persistente adeguato posizionamento dell'Azienda rispetto al quadro complessivo.

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 è stato effettuato 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, ma il trend che si delinea è in riduzione.

Tabella 2.60 - Tasso di Ospedalizzazione standardizzato per età *1000 abitanti, confronto con la Regione. Anno 2015 (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	44,2	73,2	117,4	5,8	9,4	15,2	14,3	12,0	26,3	64,2	94,7	158,9
PARMA	47,6	67,3	114,9	17,7	11,7	29,4	5,9	5,2	11,1	71,2	84,2	155,4
REGGIO EMILIA	52,3	70,9	123,3	11,0	2,5	13,5	5,1	4,1	9,2	68,5	77,5	146,0
MODENA	55,7	70,4	126,1	5,5	5,5	11,0	5,0	3,9	9,0	66,2	79,8	146,0
BOLOGNA	48,0	70,9	118,9	11,2	11,6	22,8	3,0	3,1	6,1	62,2	85,5	147,7
IMOLA	55,1	74,1	129,1	9,9	1,8	11,7	2,9	2,4	5,3	67,9	78,3	146,2
FERRARA	53,6	66,7	120,4	5,8	8,5	14,3	10,9	6,3	17,1	70,3	81,5	151,8
ROMAGNA	46,5	68,2	114,7	14,8	8,5	23,2	3,5	3,1	6,6	64,8	79,7	144,5
TOTALE	49,7	69,6	119,3	11,0	8,2	19,2	5,4	4,4	9,7	66,1	82,2	148,3

Fonte regionale

Tabella 2.61 - Percentuali di inapproprietezza a confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione per il Ricovero ordinario (escluso Nido e Riabilitazione). Anno 2015

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	639	1,8	932	2,6	18.647	51,4	16.050	44,3	36.268	100,0
AOSP REGGIO EMILIA	371	1,3	305	1,1	15.750	57,0	11.197	40,5	27.623	100,0
AOSPU MODENA	507	1,8	336	1,2	13.623	49,6	12.995	47,3	27.461	100,0
AOSPU BOLOGNA	1.142	2,3	1.057	2,2	25.465	52,1	21.172	43,4	48.836	100,0
AOSPU FERRARA	243	1,1	265	1,2	12.543	54,5	9.973	43,3	23.024	100,0
TOTALE AZ. OSP. RER	2.902	1,8	2.895	1,8	86.028	52,7	71.387	43,7	163.212	100,0

Fonte regionale

Tabella 2.62 - Percentuali di Inappropriatezza a confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione per il Ricovero diurno (DH) (esclusa Riabilitazione). Anno 2015

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	1.339	15,3	3.766	42,9	3.666	41,8	8.771	100,0
AOSP REGGIO EMILIA	909	8,6	3.492	33,1	6.136	58,2	10.537	100,0
AOSPU MODENA	985	10,6	3.449	37,3	4.815	52,1	9.249	100,0
AOSPU BOLOGNA	1.346	9,5	8.122	57,2	4.729	33,3	14.197	100,0
AOSPU FERRARA	773	9,6	3.414	42,5	3.841	47,8	8.028	100,0
TOTALE AZ. OSP. RER	5.352	10,5	22.243	43,8	23.187	45,7	50.782	100,0

Fonte regionale

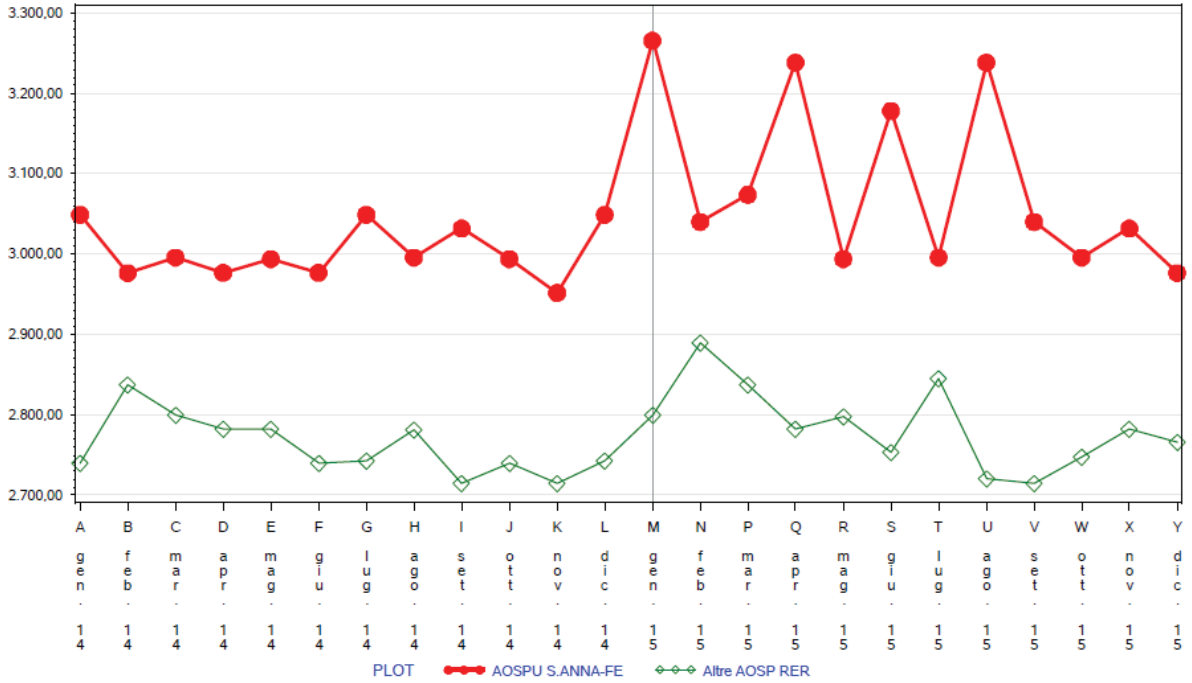
Tabella 2.63 - Andamento dei ricoveri classificati per regime e per residenza. Anni 2014-2015 – Tariffe 2014

ZONA - REGIME DI RICOVERO		N. DIM. ANNO 2014	N. DIM. ANNO 2015	DIFF. N. DIM.	IMPORTI ANNO 2014	IMPORTI ANNO 2015	DIFF. IMPORTI
AUSL 109-FE	Ordinario	21.259	21.276	17	94.163.172	92.554.403	-1.608.769
	Day Hospital	7.303	6.946	-357	13.735.234	13.150.025	-585.209
	TOTALE	28.562	28.222	-340	107.898.406	105.704.428	-2.193.978
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	Ordinario	1.216	1.306	90	6.097.514	7.241.629	1.144.115
	Day Hospital	635	517	-118	1.089.524	824.753	-264.772
	TOTALE	1.851	1.823	-28	7.187.038	8.066.381	879.343
EXTRA REG.	Ordinario	1.912	2.069	157	10.643.144	12.687.029	2.043.885
	Day Hospital	1.265	1.167	-98	2.181.636	2.025.910	-155.726
	TOTALE	3.177	3.236	59	12.824.780	14.712.939	1.888.159
ESTERO	Ordinario	210	237	27	987.806	1.062.381	74.576
	Day Hospital	36	51	15	38.581	59.080	20.500
	TOTALE	246	288	42	1.026.387	1.121.462	95.075
TOTALE	Ordinario	24.597	24.888	291	111.891.636	113.545.442	1.653.806
	Day Hospital	9.239	8.681	-558	17.044.975	16.059.769	-985.207
	TOTALE	33.836	33.569	-267	128.936.611	129.605.210	668.599

Fonte aziendale

Per analizzare non solo il volume della casistica dei ricoverati ma anche la complessità, si può utilizzare il valore dell'importo mediano per ricovero. Tale parametro permette di confrontare in modo più omogeneo realtà differenti presenti nelle varie Aziende Ospedaliere Universitarie della RER. Si conferma l'andamento degli anni 2013 e 2014: anche il 2015 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 2.9 - Andamento dell'importo medio per ricovero. Anni 2014-2015



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 inappropriately 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 complessità intermedia. In parallelo, a fronte dell'incremento complessivo del numero di dimissioni ordinarie, si osserva anche il contenimento della quota di produzione classificata come a rischio di inappropriately del setting assistenziale. L'azienda ha contribuito all'ottimizzazione dell'offerta alla popolazione provinciale sia del distretto di appartenenza che degli altri, presidiando l'adeguatezza del setting assistenziale nel quale vengono erogate le prestazioni di ricovero.

Tabella 2.64-Andamento delle dimissioni da ricovero ordinario e relativi importi. Anni 2014-2015 – Tariffe 2014

ZONA - CLASSIFICAZIONE DRG		N. DIM. ANNO 2014	N. DIM. ANNO 2015	DIFF. N. DIM.	IMPORTI ANNO 2014	IMPORTI ANNO 2015	DIFF. IMPORTI
AUSL 109-FE	alta complessità	3.368	3.176	-192	32.082.118	29.649.427	-2.432.691
	intermedi	9.405	9.707	302	32.063.214	33.503.888	1.440.674
	potenzialmente inappropriato	2.167	2.121	-46	3.053.344	2.955.257	-98.087
	TOTALE	14.940	15.004	64	67.198.676	66.108.572	-1.090.104
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	alta complessità	174	225	51	1.757.255	2.183.913	426.658
	intermedi	419	441	22	1.368.887	1.433.356	64.469
	potenzialmente inappropriato	196	175	-21	275.982	240.028	-35.954
	TOTALE	789	841	52	3.402.124	3.857.297	455.173
EXTRA REG.	alta complessità	250	259	9	2.824.034	3.358.122	534.088
	intermedi	693	731	38	2.316.973	2.333.829	16.856
	potenzialmente inappropriato	293	338	45	423.148	501.032	77.884
	TOTALE	1.236	1.328	92	5.564.155	6.192.983	628.828
ESTERO	alta complessità	19	20	1	294.632	237.298	-57.333
	intermedi	89	99	10	311.062	321.594	10.532
	potenzialmente inappropriato	18	30	12	21.057	42.025	20.968
	TOTALE	126	149	23	626.750	600.917	-25.833
TOTALE	alta complessità	3.811	3.680	-131	36.958.038	35.428.760	-1.529.278
	intermedi	10.606	10.978	372	36.060.136	37.592.667	1.532.531
	potenzialmente inappropriato	2.674	2.664	-10	3.773.530	3.738.341	-35.189
	TOTALE	17.091	17.322	231	76.791.704	76.759.768	-31.936

Fonte aziendale

Infine, sul versante della Specialistica Ambulatoriale provinciale il valore della produzione descrive un incremento rispetto al 2014, 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 2.65 - Volumi e Valori della Specialistica Ambulatoriale provinciale

Disciplina erogante	N. di prestazioni erogate 2014	N. di prestazioni erogate 2015	Importo 2014 €	Importo 2015 €
ANATOMIA ED ISTO. PATOL.	11.535	12.228	396.058	410.073
ANGIOLOGIA	1.955	601	85.824	26.384
CARDIOLOGIA	21.317	22.474	580.158	636.226
CHIRURGIA GENERALE	8.576	8.573	124.158	123.973
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1.253	1.245	24.725	24.904
CHIRURGIA PEDIATRICA	2.752	2.863	49.271	49.462
CHIRURGIA PLASTICA	3.035	2.892	55.234	54.787
CHIRURGIA VASCOLARE	7.021	9.109	248.378	333.396
EMATOLOGIA	177.228	68.814	1.642.390	841.685
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	17.606	21.665	577.962	826.184
GERIATRIA	4.205	4.088	63.134	61.150
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	4.606	5.214	70.352	80.681
MEDICINA GENERALE	10.959	9.504	272.946	243.200
NEFROLOGIA	51.189	49.947	4.362.209	4.202.652
NEUROCHIRURGIA	2.209	2.299	148.103	194.163
NEUROLOGIA	23.612	30.332	362.096	440.007
OCULISTICA	37.535	35.723	2.423.658	2.729.953

Disciplina erogante	N. di prestazioni erogate 2014	N. di prestazioni erogate 2015	Importo 2014 €	Importo 2015 €
ODONTOIATRIA E STOMATOL.	4.046	4.583	162.673	174.701
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	9.734	11.941	226.336	253.601
OSTETRICA E GINECOLOGIA	11.623	10.574	274.373	255.091
OTORINOLARINGOIATRIA	27.717	30.134	490.708	546.564
PEDIATRIA	5.654	6.195	115.195	121.769
UROLOGIA	6.393	6.663	121.767	128.885
DERMATOLOGIA	10.470	11.675	210.695	235.042
RECUPERO E RIABILITAZIONE	21.773	20.007	249.127	258.306
GASTROENTEROLOGIA	7.945	9.636	459.530	528.910
MEDICINA NUCLEARE	4.120	4.741	923.362	1.278.142
NEONATOLOGIA	838	857	27.650	27.733
ONCOLOGIA	19.228	21.417	270.917	275.847
ONCOLOGIA PEDIATRICA		744		9.710
PNEUMOLOGIA	13.071	14.621	359.524	406.528
RADIOLOGIA	81.136	90.805	5.104.540	5.784.723
RADIOTERAPIA	1.665	1.105	381.656	313.624
REUMATOLOGIA	11.212	11.620	291.553	297.597
NEFROLOGIA PEDIATRICA	255	310	4.051	4.514
ANESTESIA	260	335	5.980	7.591
LAB.ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.329.495	1.264.512	6.558.741	6.445.925
CENTRO TRASFUSIONALE E IMMUNOE.*	49	20	379	166
NEURORADIOLOGIA *	81	101	2.709	3.378
GENETICA MEDICA	5.224	5.279	695.526	654.754
DIETETICA/DIETOLOGIA	36.659	31.392	331.908	259.598
TOTALE COMPLESSIVO	1.995.241	1.846.838	28.755.556	29.551.579

Fonte aziendale

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

La tavola seguente mette in evidenza, una maggior concentrazione della complessità delle prestazioni erogate per la provincia rispetto a quelle erogate in mobilità. Su questa hanno influito alcune revisioni delle tariffe di prestazioni ad elevata complessità.

Tabella 2.66 - Produzione ambulatoriale aziendale SSN distinta per residenza dell'utenza.*

Tipologia utente	2015			2014			2013		
	IMPORTO	N	Importo medio	IMPORTO	N	Importo medio	IMPORTO	N	Importo medio
Provincia	29.551.579	1.846.838	16,02	28.755.556	1.995.241	14,41	28.415.322	2.018.947	14,07
Mobilità	4.502.746	117.588	38,08	5.385.808	119.689	45,00	4.943.192	119.700	41,30
Stranieri	63.295	4.077	15,52	42.887	2.452	17,49	42.596	2.277	18,71
Totale	34.117.620	1.968.503	17,33	34.184.251	2.117.382	16,14	33.401.110	2.140.924	15,60

Fonte aziendale

*i dati non contengono la quota erogata per la funzione di pronto soccorso

2.3.4 Qualità dell'assistenza

Nel 2015 la Regione (RER) ha elaborato un nuovo sistema di misurazione della performance denominato SIVER. Gli indicatori sulla qualità dell'assistenza ospedaliera si trovano descritti all'interno di diverse dimensioni della performance. Per ciascuna dimensione della performance, individuata in sede di pianificazione strategica e, nello specifico, per ogni area relativa, sono stati definiti diversi specifici indicatori di risultato. E' stata pertanto elaborata una griglia di indicatori classificati per aree e dimensioni della performance.

Per ciascun indicatore è stato riportato il valore storico e il valore regionale di confronto.

Il principale riferimento informativo nella scelta degli indicatori è appunto il sistema SIVER – Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale. Questo sistema raggruppa i principali indicatori di risultato derivati da diverse fonti informative (PNE, Griglia LEA, Sistema dei Bersagli) ed è stato generato al fine di garantire una piena valorizzazione dei sistemi e delle banche dati esistenti a livello regionale e standardizzazione nella loro elaborazione. Gli indicatori di risultato sono comuni per tutte le Aziende, al fine di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza al sistema.

In questo ambito, particolare importanza è stata assegnata agli indicatori utilizzati a livello nazionale nell'ambito della Griglia LEA e del Programma Nazionale Esiti, dal momento che essi sono centrali nelle valutazioni effettuate a livello nazionale sulla Regione e sulle Aziende.

Tabella 2.67 - Dimensione performance dell'utente - Area performance dell'accesso e della domanda

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	62,93	62,96	68,82
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	60,31	59,1	64,54

Tabella 2.68 - Dimensione performance dell'utente - Area performance degli esiti

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	74,34	76,36	77,62
Mortalità a 30 giorni per IMA	8,84	7,66	9,2
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA	60,07	61,4	42,67
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio	11,34	13,27	12,13
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale	-	1,65	1,65
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico	9,32	9,38	11,6
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale	-	2,16	1,56
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata	8,68	6,88	9,48
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella	1,57	1,27	6,42
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone	-	0,53	1,04
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	-	2,9	4,35
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon	-	4,64	3,76
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali	-	0,61	0,83
% di complicanze durante parto e puerperio in parti cesarei	-	1,04	0,97

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	53,85	70,57	70,38
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	24,31	21,92	18,65
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	0	43,89	77,21
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	75,96	99,14	79,08
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	2	2	2

I risultati conseguiti nel corso del 2015 nell'ambito della performance degli esiti sono commentati nel capitolo 3.

Tabella 2.69 - Dimensione performance dei processi interni - Area performance della produzione-ospedale

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età \geq 65 anni	3,3	3,04	3,18
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,06	0,01	-0,47
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,37	-0,3	-0,72
Degenza media pre-operatoria	0,88	0,96	0,8
Volume di accessi in PS	82.906	85.054	1.857.137
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	13.097	13.428	339.417
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	10.197	10.251	262.852
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	5.224	4.837	76.952
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	4.015	3.844	88.286

Tabella 2.68 - Dimensione performance dei processi interni - Area performance della produzione-territorio

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	164.028	183.796	6.755.149
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	259.564	226.083	6.144.837
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.839.426	1.706.401	46.172.919

Tabella 2.70 - Dimensione performance dei processi interni - Area performance dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e rischio clinico

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	56,57	56,05	49,84
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto	0,18	0,19	0,22
Indice di sepsi x 1.000 pazienti sottoposti a intervento chirurgico in elezione, con degenza \geq 4 giorni	7,99	12,68	4,1
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	4,1	4,08	2,54

% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	16,19	13,21	35,8
--	-------	-------	------

Tabella 2.71 - Dimensione performance dei processi interni - Area performance dell'organizzazione

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
Tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza	-	7,07	7,5

Tabella 2.72 - Dimensione performance dei processi interni - Area performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	93,88	100	96,91
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	32,71	38,72	43,17
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	26,69	24,02	31,31

Tabella 2.73 - Dimensione performance dell'innovazione e dello sviluppo - Area performance dello sviluppo organizzativo

Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
% di adesione all'indagine di clima interno	-	25,84	26,52

Tabella 2.74 - Dimensione performance della sostenibilità - Area performance economico-finanziaria

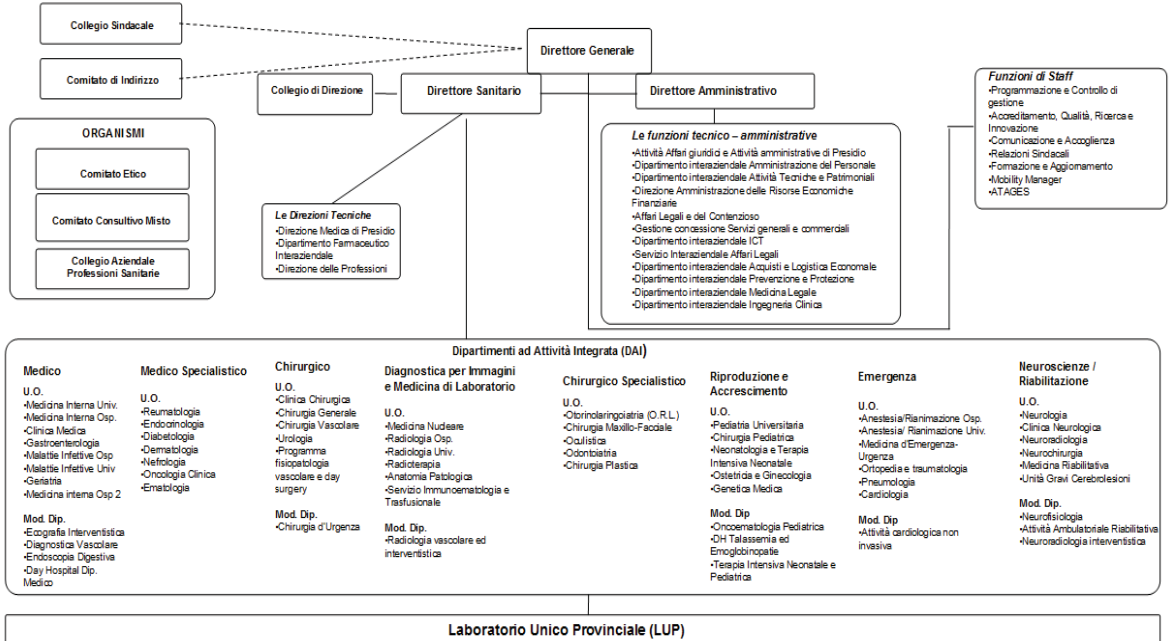
Indicatore	Valore Aziendale Anno 2014	Valore Aziendale Anno 2015	Valore Regionale Anno 2015
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	321,17	333,5	228,89
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	96,56	97,03	94,57
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-	16,71	79,84

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 2.10 - 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 Servizio interaziendale affari legali

Nel corso del 2015 non vi sono state modifiche di rilievo all'organigramma aziendale.



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 valutarlo e trattarlo con appropriatezza, efficacia ed efficienza, grazie anche allo sviluppo del progetto "Ospedale-Territorio senza dolore" e ai processi intrapresi per la sua applicazione nei percorsi di cura. Consolidati gli obiettivi regionali Ospedale Territorio senza dolore del 2014, in attuazione alla Legge n.38 del 2010, sono stati perseguiti e in larga parte raggiunti gli obiettivi regionali del 2015.

L'integrazione dei due Comitati Ospedale-Territorio senza dolore (COTSD) dell'Azienda e dell'AUSL di Ferrara si è strutturata: sono state fatte diverse riunioni integrate e si è posta attenzione alle problematiche emergenti sui temi del dolore e della sofferenza con la collaborazione del Comitato Consultivo Misto (CCM) e del personale sanitario coinvolto.

La valutazione e il monitoraggio del dolore dell'adulto e del bambino ricoverato in regime ordinario, di day hospital e di day surgery si attua in maniera omogenea in tutta l'Azienda: le schede "Il dolore si cura insieme", diverse per età e per regime di ricovero, sono compilate per i pazienti ricoverati e sono oggetto di analisi periodiche a campione di coerenza e congruenza, per superare le criticità e avviare conseguenti azioni di miglioramento.

La collaborazione attiva e continua con il CCM, di cui un rappresentante fa parte del COTSD, ha stimolato lo sviluppo di 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.

La verifica periodica da parte del COTSD, con la collaborazione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, del consumo e delle devianze degli antalgici, personalizzata nei vari Dipartimenti, ottimizza le azioni d'informazione continua, di confronto e di miglioramento.

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 continuo aumento, confortano e dimostrano uno sviluppo della cultura del dolore e dell'importanza del suo trattamento.

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 dell'AOU.

In data 31 maggio 2015 è stata celebrata la XIV Giornata Nazionale del Sollievo, in tale occasione il COTSD ha promosso "la settimana del sollievo", dal 27 maggio al 5 giugno 2015, attraverso un'intensa campagna informativa, la pagina internet aziendale, le brochure dedicate, poster regionali e aziendali e servizi sul canale televisivo locale Telestense.

La giornata del sollievo è stata dedicata ai ricoverati e ai cittadini per migliorare le conoscenze sul tema del dolore e per riaffermare l'importanza attribuita, dalla Direzione Strategica e da tutto il personale dell'Azienda, al controllo e monitoraggio del dolore e all'umanizzazione delle cure, in equità.

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

Nel 90% delle Unità Operative la Scheda unica aziendale "Il dolore si cura insieme" fa parte integrante della cartella clinica.

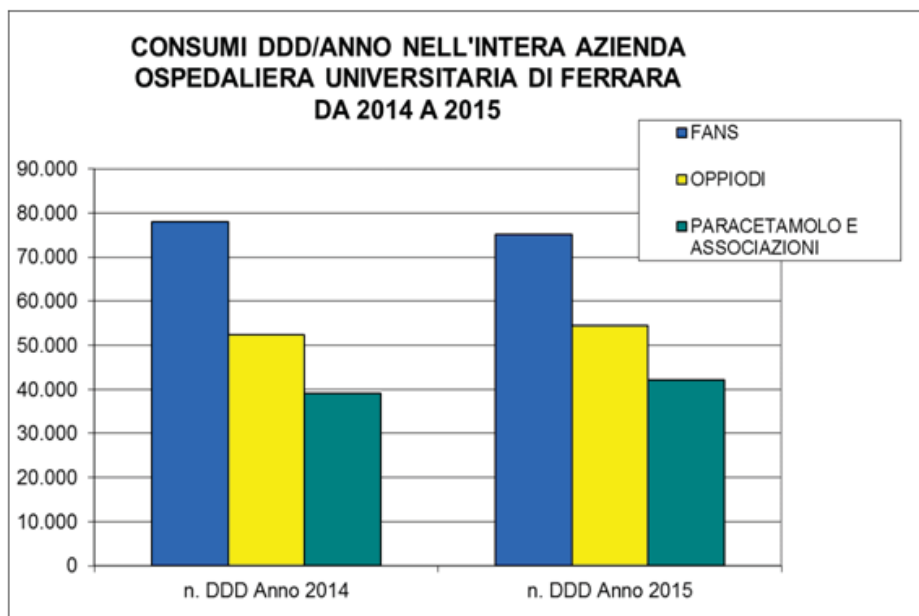
Strumenti infermieristici integrati, che riportano la valutazione del dolore, sono dedicati alle procedure, in endoscopia digestiva e bronchiale e strumenti informatizzati di valutazione del dolore devono essere compilati, in PS pediatrico, generale, ostetrico e ortopedico, per un puntuale trattamento se si supera il cut-off.

direttamente ed un confronto dei trend annuali.

Si evidenzia un trend positivo, in aumento, dei farmaci antalgici prescritti e consumati, in erogazione diretta alla dimissione, in particolare degli oppioidi.

Appropriati e in linea con le raccomandazioni internazionali appaiono la riduzione del consumo dei FANS e l'incremento del consumo degli oppioidi.

Figura 3.2 - Consumi DDD*/Anno di farmaci antalgici in Azienda. Anni 2014-2015



Fonte Aziendale

*DDD: Dose definita giornaliera

Fonte Aziendale

Figura 3.3 - Consumi DDD/Anno di farmaci antalgici in erogazione diretta. Anni 2013-2015

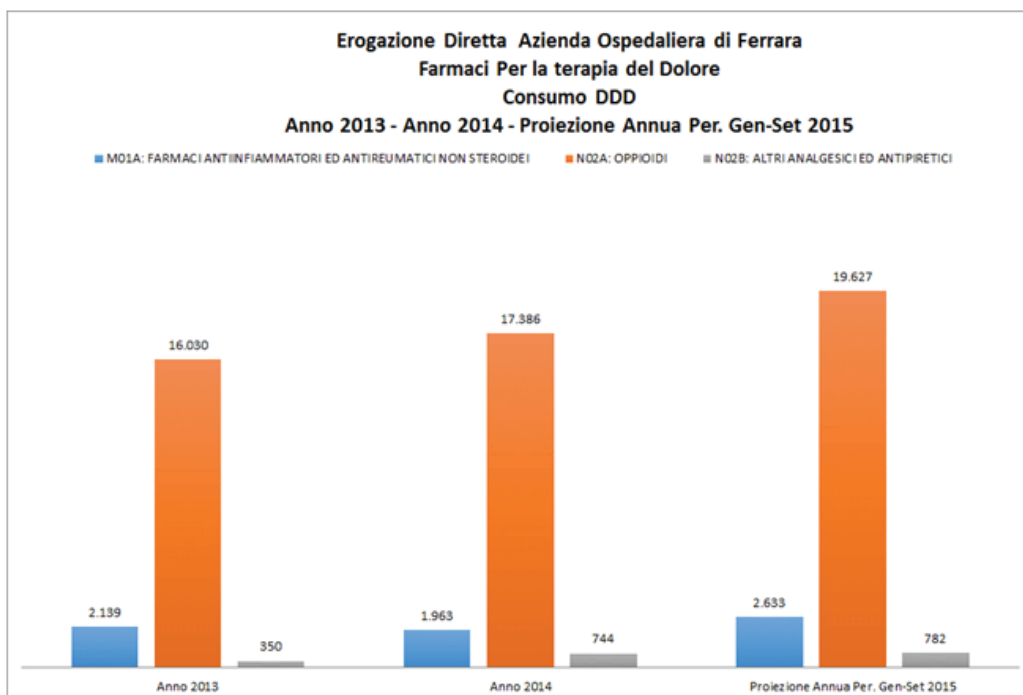
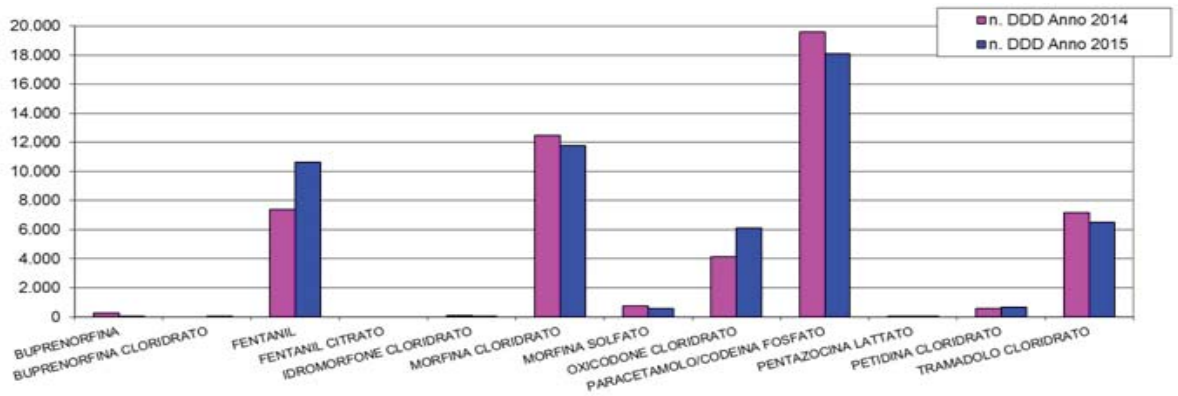
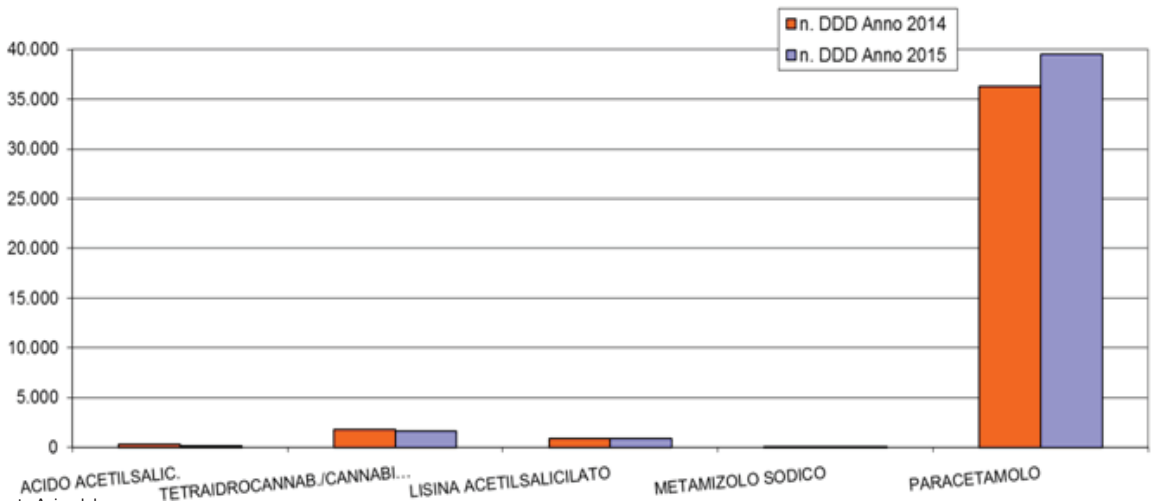


Figura 3.4 - Consumi DDD/Anno di analgesici oppioidi impiegati per la terapia del dolore. Anni 2014-2015



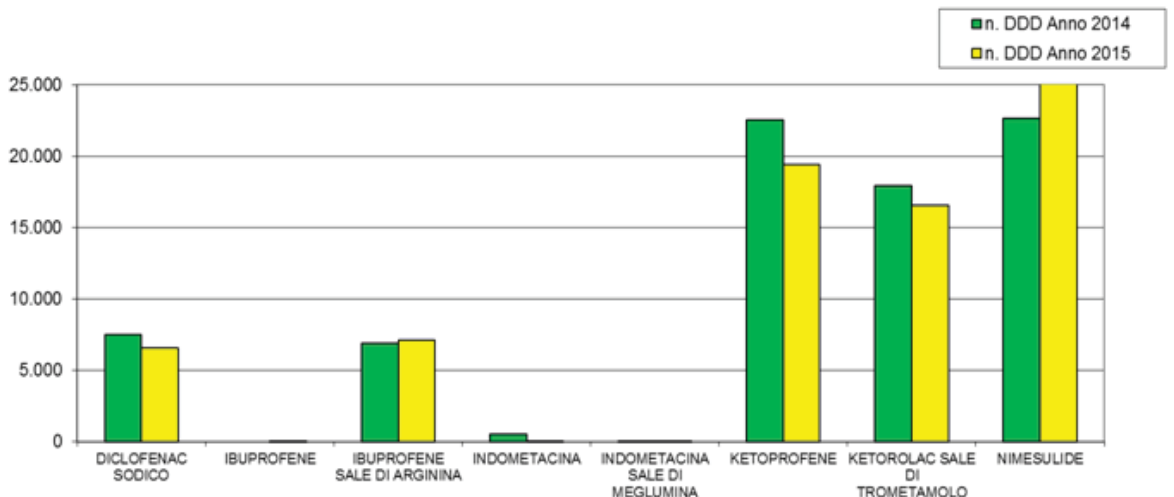
Fonte Aziendale

Figura 3.5 - Consumi DDD/Anno di paracetamolo e associazioni impiegati per la terapia del dolore. Anni 2014-2015



Fonte Aziendale

Figura 3.6 - Consumi DDD di analgesici FANS impiegati per la terapia del dolore. Anni 2014-2015

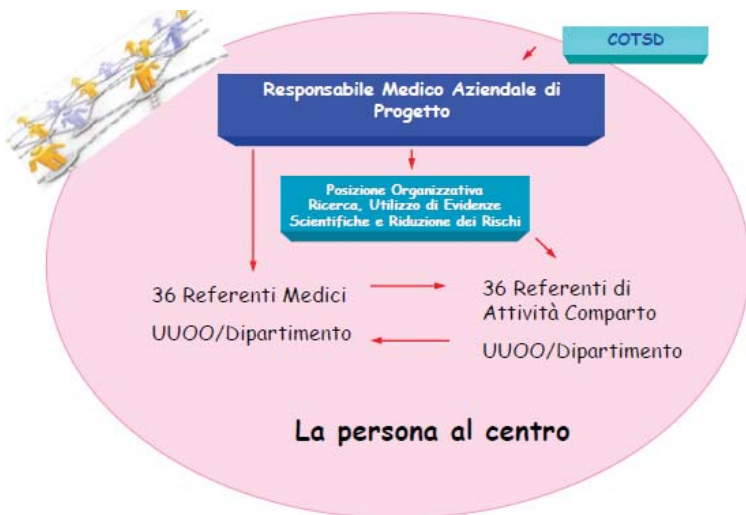


Fonte Aziendale

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. Nel corso dell’anno è nata anche la Rete dei referenti per l’AUSL di Ferrara, e si è avviato un percorso di sviluppo e condivisione del progetto integrato.

Figura 3.7 - La rete ospedale-territorio senza dolore in Azienda



L'Indagine sulla valutazione e il monitoraggio del sintomo dolore presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

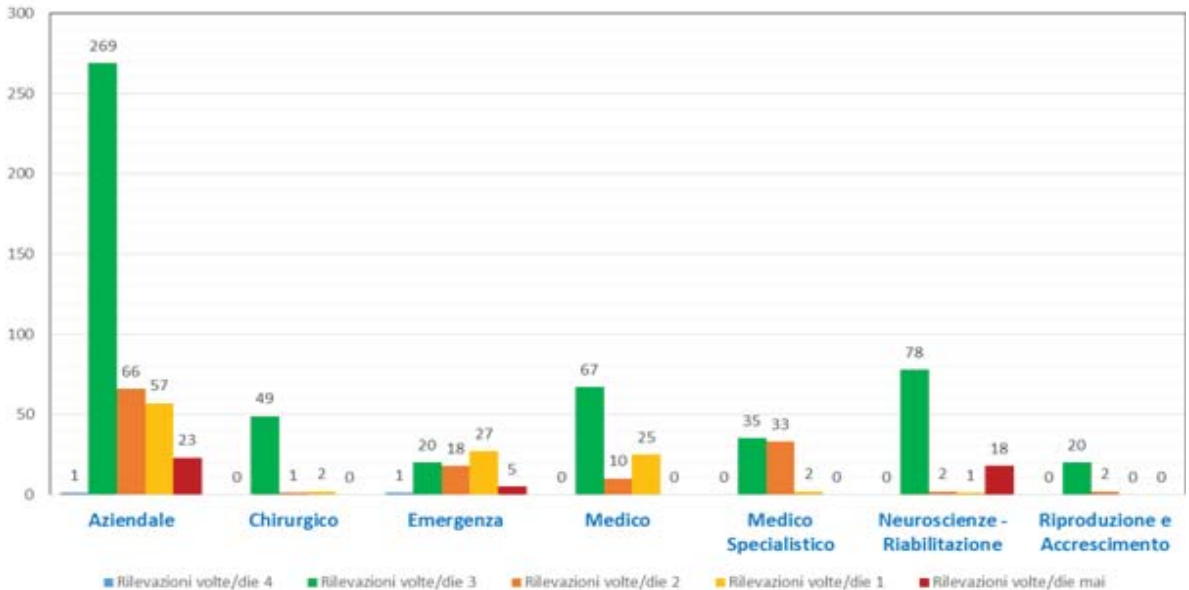
Il 28 Ottobre 2015 è stata effettuata un'indagine epidemiologica sull'utilizzo degli strumenti di valutazione del rischio.

Dal report sono stati estrapolati e sintetizzati i risultati, riguardanti in particolare l'utilizzo aziendale e le modalità di compilazione dello strumento per la valutazione/monitoraggio del sintomo dolore, la "Scheda Unica Aziendale: il dolore si cura insieme".

L'art. 7 della Legge 38/2010 sancisce l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica. Tale articolo impone di riportare "all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, (...) le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito".

Per verificare l'applicazione dell'art.7 e per definire lo stato dell'arte, le criticità e personalizzare le azioni correttive è stato valutato il numero di rilevazioni del sintomo dolore giornaliero, totali aziendali, per Dipartimento e per UU.OO. Si riportano le tabelle di sintesi ed i relativi grafici.

Figura 3.8 - N. rilevazioni del sintomo dolore per Dipartimento



La tabella seguente illustra sinteticamente i risultati ottenuti dall'indagine nelle varie Unità Operative. Dai dati si derivano le criticità e le relative aree di miglioramento.

Tabella 3.1 - Rilevazioni del dolore per UU.OO.

Dipartimento	U.O.	Rilevazioni volte/die					Totale
		4	3	2	1	mai	
Chirurgico	Urologia	0	11	1	2	0	14
	Chirurgia generale	0	5	0	0	0	5
	Clinica chirurgica	0	11	0	0	0	11
	Chirurgia senologica	0	5	0	0	0	5
	Chirurgia toracica	0	5	0	0	0	5
	Chirurgia d'urgenza	0	12	0	0	0	12
Emergenza	Medicina d'urgenza	0	0	0	0	10	10
	Cardiologia	0	4	8	3	0	15
	Pneumologia	1	10	4	3	0	18
	Ortopedia e traumatologia	0	0	1	21	0	22
	Anestesia e rianimazione osp	0	6	0	0	0	6
	Anestesia e rianimazione uni	0	0	5	0	0	5

Dipartimento	U.O.	Rilevazioni volte/die					Totale
		4	3	2	1	mai	
Medico	Geriatria	0	19	4	6	0	29
	Ortogeriatria	0	9	0	1	0	10
	Clinica medica	0	0	5	12	0	17
	Gastroenterologia	0	6	1	0	0	7
	Medicina interna osp	0	0	0	0	31	31
	Medicina interna osp 2	0	20	0	0	0	20
	Medicina interna univ	0	0	0	6	10	16
	Malattie infettive	0	13	0	0	0	13
Medico Specialistico	Nefrologia	0	0	0	17	0	17
	Reumatologia	0	10	0	0	0	10
	Endocrinologia	0	7	0	0	0	7
	Ematologia	0	1	14	1	0	16
	Oncologia clinica	0	0	19	1	0	20
Neuroscienze - Riabilitazione	Neurochirurgia	0	9	2	0	0	11
	Neurologia-Clinica neurologica	0	0	0	0	18	18
	Gravi Cerebrolesioni	0	39	0	1	0	40
	Medicina riabilitativa	0	30	0	0	0	30
Riproduzione e Accrescimento	Oncologia pediatrica	0	1	0	0	0	1
	Chirurgia pediatrica	0	5	0	0	0	5
	Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica	0	12	0	0	0	12
	Ginecologia	0	2	2	0	0	4

3.1.2 Qualità percepita in ambito pediatrico ospedaliero: validazione di un questionario e analisi dei primi risultati.

Oggigiorno considerando il rapporto utente-sistema sanitario si oltrepassa il concetto di Customer Satisfaction, in quanto in una realtà come la Sanità vi sono molteplici e specifiche variabili intangibili che inducono a valutare non più il semplice “essere soddisfatto” del paziente, bensì la qualità da esso percepita durante l'intero percorso di cure.

In riferimento alla normativa nazionale e regionale, si ribadisce la centralità dell'utente in materia di qualità e miglioramento dei servizi sanitari: in ambito pediatrico la giunta regionale in data 16 dicembre 2011, ha deliberato i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Pediatria e tra gli indicatori di valutazione di performance vediamo un “Sistema di rilevazione della qualità percepita”.

In letteratura, non sono stati trovati studi né strumenti di rilevazione della qualità percepita dal paziente pediatrico svolti in Italia, ma per lo più questionari di Customer Satisfaction rivolti ai genitori. Nell'Azienda Ospedaliero Universitario di Ferrara, oramai vengono eseguite periodicamente indagini sulla qualità percepita dall'utente nei vari dipartimenti, ma da questi risulta esclusa la realtà pediatrica.

Attraverso la revisione della letteratura si è ricercato un questionario metodologicamente valido per la rilevazione della qualità percepita in ambito pediatrico, si è poi proceduto con la revisione e adattamento dello strumento al contesto in esame per poi validarne la fattibilità ed affidabilità con i dati raccolti (somministrazione del questionario). Il presente lavoro è stato elaborato da una specializzanda della Laura Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche con la collaborazione dell'ufficio qualità.

Metodi

Dopo la composizione del gruppo di lavoro, sono state analizzate le esperienze internazionali in materia di rilevazione della qualità percepita in ambito pediatrico, ed è stata proposta la metodologia e strumenti della Picker Institute, nello specifico il questionario “8-11 year olds questionnaire: children and parents/ carers sections”. In una prima riunione sono stati esaminati, analizzati e verificati nel dettaglio tutti i requisiti, secondo il contesto pediatrico ospedaliero in studio, dopodiché è stato tradotto il questionario dall'inglese all'italiano con metodo “translation-back-translation”. Il team di ricerca ha poi verificato se la versione italiana presentasse differenze sostanziali rispetto all'originale ed ha proposto una traduzione del questionario in lingua Araba ed in lingua Urdu; in tema “privacy e consenso” è stata richiesta una consulenza di un avvocato esperto che ha suggerito la stesura di un'informativa. È stata così sviluppata la versione finale del questionario per verificarne la fattibilità, con un test pilota su 4 bambini-genitori. Per studiare la coerenza interna, cioè grado di accordo tra gli item del questionario, è stato calcolato il coefficiente “Alpha di Cronbach” e l'indice di correlazione “Rho” di Spearman.

Per il campionamento è stato utilizzato il software Raosoft: la popolazione target era rappresentata dai pazienti pediatrici di età compresa tra 7 e 12 anni ricoverati nelle UU.OO. di Pediatria e Chirurgia Pediatrica nel periodo dal 01/01/2014 al 31/12/2014, con un intervallo di confidenza pari al 95% e margine di errore del 5%. I criteri di inclusione:

- UU.OO. Pediatria e Chirurgia Pediatrica
- ricovero ordinario di almeno 12h
- età 7-12 anni
- consenso verbale del genitore o familiare
- volontà espressa del bambino

Il questionario è stato somministrato in due diverse modalità:

1. bambino: somministrazione del questionario con intervista face to face
2. genitore: auto-compilazione

La rilevazione dei dati è avvenuta in contemporanea ove possibile, con la richiesta per il genitore di allontanarsi in corridoio o nelle vicinanze in modo tale da non influenzare l'indagine.

Le risposte ai questionari sono state inserite in un foglio di calcolo Excel, riportato poi sul software statistico SPSS: è stata condotta l'analisi statistiche descrittive, con i risultati espressi come frequenze assolute e frequenze percentuali, oppure come medie e deviazione standard e successivamente un'analisi bivariata tra gli item che hanno rilevato risultati di particolare interesse. Per verificare eventuali differenze significative tra le variabili categoriche è stato utilizzato il test chi-quadro, per le variabili continue il test t di Student e per le variabili categoriche con bassa numerosità campionaria il test esatto di Fisher; sono stati considerati significativi i $p < 0,05$.

Per verificare la concordanza o meno nelle risposte dei genitori e dei bambini nelle domande poste in analisi congiunta, è stato utilizzato il test Tau-b di Kendall che saggia l'ipotesi nulla (non vi è concordanza) con $p < 0,05$

Risultati

La somministrazione dei questionari è iniziata il 31/08/2015 e si è conclusa il 31/01/2016 con la raccolta di n.58 questionari.

L'Alpha di Cronbach calcolato per la parte del questionario relativo ai bambini ed è risultato pari a 0,860, mentre il valore di alpha relativo al questionario generale bambino-genitore, è risultato pari a 0,974: in entrambi i casi si dimostra una buona validità dello strumento.

Per l'analisi della correlazione bivariata con il coefficiente di correlazione di Spearman è stata studiata la correlazione per il questionario-bambino tra la domanda n.17 e n.42, rispettivamente bambini e genitori con tutti i restanti quesiti rispettivi, perché considerati riassuntivi del percepito del bambino e del genitore.

Dall'analisi descrittiva emerge un buon livello di comunicazione medico-paziente (85,4%) e medico-genitore (98,2%); la Privacy rispettata per il 96,1% dei bambini e l'ospedale visto come un luogo di cura sicuro (94,5%) dove vi è buon cibo (85,5%). Il 63,6 % dei bambini ha avuto dolore causato dalla malattia, trattato per il 97,8% dei casi. Ne «La cosa più bella» (bambini) e «La cosa migliore» (genitori) vediamo al 1° posto la disponibilità del personale; inoltre fra le cose più belle vissute dal bambino vediamo giochi, pagliacci e libri, mentre «La cosa Più brutta» sono le procedure invasive (punture, prelievi, aghi...). Infine ne «La cosa peggiore» (genitori) risulta la logistica dell'ospedale ed attrezzature per la notte: sufficienti (26,3%), scarse (7%) e molto scarse (3,5%).

Dalle 2 curve di distribuzione bambini-genitori, vediamo trend sovrapponibili spostati verso destra con media > 7 (scala 0-10) che ci porta a considerare un livello di qualità percepita medio-alto presso l'ambito pediatrico dell'azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Conclusioni

L'obiettivo è stato parzialmente raggiunto: i dati disponibili al momento hanno permesso una prima analisi di validazione ed affidabilità che dimostra uno strumento di rilevazione della qualità percepita metodologicamente valido. Questa prima valutazione in itinere ha fornito inoltre importanti spunti di riflessione ed ha contribuito nel far conoscere l'esperienza di ricovero vissuta dal paziente pediatrico. Lo studio proseguirà fino al raggiungimento della numerosità campionaria per verificare l'effettiva validità ed applicabilità dello strumento con cui si potrebbe avanzare in futuro l'idea di uno studio multicentrico.

3.1.3 Indagine sulla qualità percepita dagli utenti dei servizi di diagnostica per immagini in un'azienda ospedaliero-universitaria

La valutazione della qualità percepita si pone come funzione propria della gestione dell'Azienda, in quanto connessa con l'attività di monitoraggio, di verifica dei risultati e come colonna portante di un sistema di ascolto inquadrato tra gli aspetti strategici dell'Azienda, la quale identifica nella rilevazione del vissuto del cittadino – utente uno strumento centrale propedeutico alle azioni di miglioramento continuo dei servizi erogati e al cambiamento organizzativo.

Gli obiettivi della presente indagine erano di:

- Progettare e attuare uno studio quantitativo sulla qualità percepita, tramite l'utilizzo di questionari strutturati autosomministrati, consegnati personalmente agli utenti del DAI DIML prima dell'erogazione della prestazione
- Analizzare il vissuto nell'utente-paziente fruitore dei Servizi di diagnostica per immagini dell'Azienda attraverso la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati dell'indagine

L'indagine è stata elaborata da una specializzanda del Corso di laurea magistrale in scienze delle professioni sanitarie tachimiche e diagnostiche in collaborazione con l'ufficio qualità

Metodi

Per il disegno e la strutturazione del questionario sono stati considerati gli aspetti ritenuti maggiormente rilevanti: contatto e comunicazione con il personale, aspetti organizzativi, tempi di attesa, privacy, informazione),

indagati attraverso item specifici proposti in ordine tale da seguire le fasi del vissuto dell'utente-paziente fruitore dei Servizi (prenotazione, accesso alla struttura, accettazione, prestazione. Dalla popolazione degli utenti del Dipartimento Diagnostica per Immagini e medicina di laboratorio (DAI DIML) è stato estratto un campione rappresentativo (campionamento stratificato) composto da 196 unità. La popolazione target era costituita dagli utenti che avevano effettuato almeno una prestazione presso il DAI DIML da gennaio 2014 a dicembre 2014. Nel mese di luglio 2015 è stato effettuato uno "Studio Pilota" per valutare le criticità organizzative e definire eventuali modifiche dello strumento. Per la somministrazione dei questionari è stato predisposto un programma settimanale, che tenesse conto delle specifiche worklist dei Servizi diagnostici a garanzia della rotazione del personale in servizio e dell'eterogeneità delle prestazioni eseguite dai pazienti. Da settembre a novembre 2015 è avvenuta la somministrazione dei questionari da parte di un incaricato individuato dall'Azienda. I questionari venivano consegnati prima della prestazione e dovevano essere riposti dall'utente in un'urna appositamente posizionata nei pressi delle Segreterie. Le risposte ai questionari somministrati sono state poi archiviate in forma anonima su un foglio di lavoro Excel. Sono state condotte analisi statistiche univariate sulle risposte agli item dei questionari.

Risultati

La rispondenza all'indagine è stata dell'83%. I dati relativi ai tempi di attesa per la prenotazione delle prestazioni indicano che la percentuale maggiore (42,7%) si riscontra nelle prenotazioni entro i primi 15 giorni. Dall'analisi congiunta dei tempi di prenotazione degli esami di diagnostica per immagini e della relativa percezione dell'utenza emergono risposte positive: il 48,6% di utenti ritiene adeguata la prenotazione avuta tra i 30 e i 60 giorni, così come si rileva un 25,5% di utenza che ritiene accettabile tempi di attesa oltre i 60 giorni. Il 79,2% dei rispondenti è stato chiamato per l'esecuzione della prestazione in orario o in anticipo rispetto all'appuntamento fissato. Le risposte agli item relativi all'accessibilità, evidenziano come gli utenti abbiano difficoltà ad orientarsi all'interno della struttura ospedaliera: infatti il 55,2% degli utenti ha dovuto chiedere indicazioni. Invece l'accessibilità alle macchinette per il pagamento delle prestazioni sembra non essere un aspetto critico della qualità: il 63,3% degli utenti ha dichiarato di non aver riscontrato difficoltà né a trovare né ad utilizzare la macchinetta per il pagamento del ticket. Le lacune nelle informazioni fornite agli utenti si riscontrano prevalentemente in fase di prenotazione. Il dato che dovrebbe destare più attenzione per le potenziali ripercussioni sulle prestazioni, riguarda, nello specifico, l'informazione sulle eventuali preparazioni all'esame da eseguire: il 7,7% dei rispondenti hanno dichiarato di non aver ricevuto sufficienti e chiare informazioni. Tuttavia non sono stati rilevati dati inerenti a esami non eseguiti. I dati relativi all'impatto con il personale (cortesia/comunicazione/empatia), così come l'analisi degli item dedicati agli aspetti legati alla privacy/riservatezza, non evidenziano, nel complesso, criticità rilevanti. Va anzi segnalata la presenza di numerosi commenti positivi rivolti al personale, riportati dagli utenti nello spazio dedicato del questionario.

Conclusioni

Il progetto ha portato all'elaborazione di uno strumento ad hoc che tenesse conto delle peculiarità delle prestazioni erogate dai Servizi di Diagnostica per Immagini e del percorso seguito dagli utenti che vi accedono, andando inoltre a colmare, nella panoramica di strumenti ed esperienze a disposizione dell'Azienda, una lacuna sul tema della qualità percepita nei Servizi di Diagnostica per Immagini, oltre a completare il quadro sul programma di miglioramento della qualità dei servizi avviato con il Piano Annuale delle Attività 2014. L'analisi dei dati raccolti ha permesso di mettere in luce punti di forza e criticità dei Servizi di Diagnostica per Immagini, nonché di effettuare confronti con altre indagini già eseguite in Azienda. La presenza di un incaricato alla somministrazione e raccolta dei questionari è risultata indispensabile, sia per la gestione operativa dell'indagine (che ha richiesto un notevole impegno in termini di tempo ed energie), sia per sensibilizzare il cittadino-utente alla partecipazione.

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.

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.

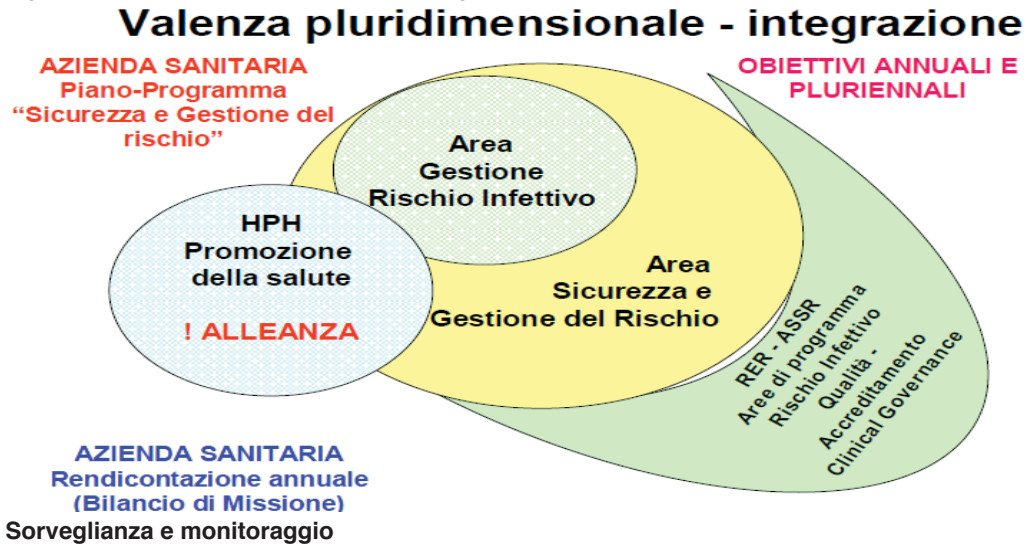
Dall'analisi dei dati relativi agli indicatori di processo e di esito osservati nel 2014, sono state individuate per l'anno 2015 le seguenti aree prioritarie di intervento:

1. Igiene delle mani: promozione dell'igiene delle mani al punto di assistenza e coinvolgimento di pazienti e visitatori.
2. Progetto SICHER-SNICH
3. Appropriately prescrittiva Atb e antimicotici
4. Corso di formazione per i Referenti medici e assistenziali GRI: Ciclo SAIE - Seminari di aggiornamento sulle infezioni emergenti 2015 su: clostridium difficile, polmoniti, sepsi, MRSA.
5. Legionella e legionellosi polmonare

Continuano ad essere monitorate anche le seguenti aree:

1. Gestione CRE/CIE e/o CPE e altri alert organism e microrganismi in sorveglianza speciale (es. legionellosi polmonare)
2. Esecuzione indagine di prevalenza 2015 in riabilitazione.

Figura 3.9 - Il modello di riferimento per la gestione del rischio infettivo



Infezioni correlate all'assistenza

L'infezione correlata all'assistenza (I.C.A.) è 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.

Nel 2015 l'indagine è stata svolta per il solo settore della riabilitazione.

Figura 3.10 - Prevalenza % in riabilitazione. Analisi storica dei dati di prevalenza delle I.C.A.

	2008 ^o (dicembre)	2010 ^o (febbraio)	2011 ^o (marzo)	2013 [*] (novembre)	2015 [*] (novembre)
POPOLAZIONE ESAMINATA	79	77	76	66	67
N° PAZIENTI CON ALMENO 1 ICA	6	9	9	6	4
PREVALENZA %	8,1	11,7	11,8	9,1	6,0
N° ICA TOTALI	14	10	9	9	4
% ICA TOTALI	11,4	13,1	11,8	13,6	6,0
PREVALENZA % UMR	12,8	8,1	16,7	10	6,7
PREVALENZA % UGC	10,0	17,5	7,5	16,7	5,4

^oScheda di rilevazione AZIENDALE

^{*}Scheda di rilevazione ECDC

Figura 3.11 - Distribuzione % delle I.C.A. per sede in riabilitazione

	2008 ^o (dicembre)	2010 ^o (febbraio)	2011 ^o (marzo)	2013 [*] (novembre)	2015 [*] (novembre)
POPOLAZIONE ESAMINATA	79	77	76	66	67
TRATTO URINARIO	6,4	5,2	3,9	1,5	3,0
POLMONITE - BASSE VIE RESPIRATORIE	1,3	3,9	5,3	4,5	1,5
SISTEMA CARDIO-VASCOLARE	-	-	-	-	1,5
BATTERIEMIE	-	-	-	1,5	-
SITO CHIRURGICO	1,3	1,3	1,3	1,5	-
CUTE E TESSUTI MOLLI	1,2	1,3	1,3	-	-
APPARATO RIPRODUTTIVO	1,2	-	-	-	-
OCCHIO, ORECCHIO, NASO, GOLA, CAVITÀ ORALE	2,4	1,3	-	-	-
APPARATO GASTROENTERICO (CLOSTRIDIUM DIFFICILE)	-	-	-	4,5	-

^oScheda di rilevazione AZIENDALE

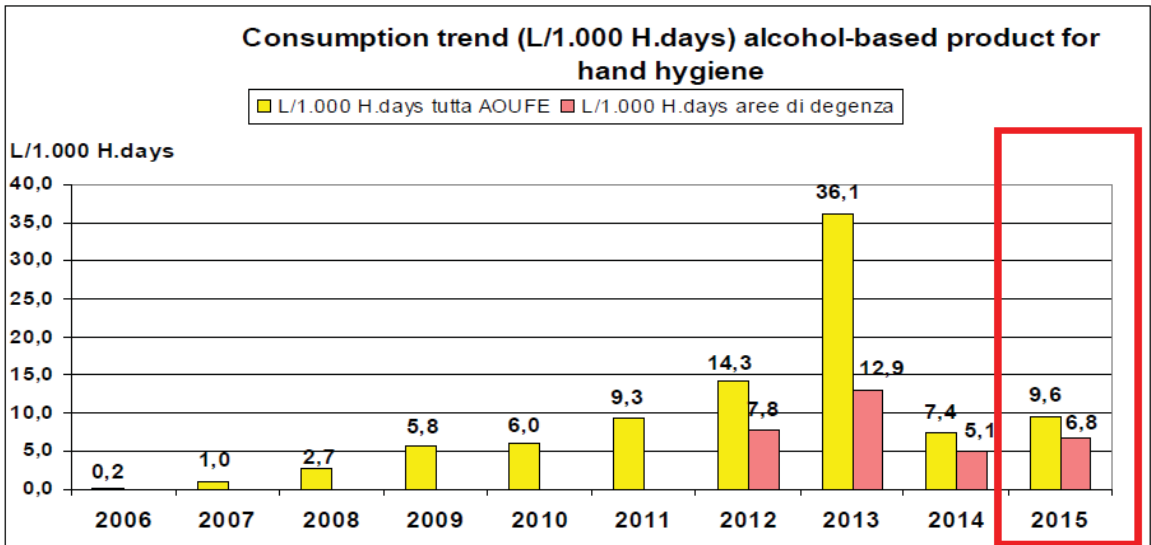
^{*}Scheda di rilevazione ECDC

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. Nel 2015 sono stati installati i dispenser di gel per il frizionamento della mani da muro, da letto e da ingresso.

L'indicatore utilizzato per misurare l'igiene delle mani è il consumo di prodotti idroalcolici. Anche per il 2015 il dato rilevato (6,8 litri/1000 giornate di degenza) è risultato al di sotto dell'obiettivo aziendale prefissato (pari a 10 litri) e lontano dallo standard regionale (WHO) pari a 20 litri. Si tratta di una criticità che dovrà essere sanata nel 2016

Figura 3.12 - Consumo di prodotti idroalcolici/1000 giornate di degenza



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 SICH-ER 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, preliminarmente 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 SICH-ER (Sorveglianza delle Infezioni del Sito Chirurgico. Emilia-Romagna).

Figura 3.13 - Interventi chirurgici (IC) da sorvegliare, IC sorvegliati e % di adesione alla sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) - Progetto SICHES-SNICH

Anno 2015 IC non ortopedici, anno 2014 IC ortopedici

IC NON ORTOPEDICI	2015 totale interventi chirurgici da sorvegliare (1)	2015: totale interventi chirurgici sorvegliati (invio scheda ISC) (2)	2015 % adesione alla sorveglianza (3=(2)*100/(1)
Chirurgia Generale e Toracica	343	343	100,0
Clinica Chirurgica	290	290	100,0
Chirurgia Senologica e Radioguidata	197	197	100,0
Chirurgia d'Urgenza	312	312	100,0
Chirurgia Vascolare	67	67	100,0
Urologia	140	140	100,0
DAI CHIRURGICO	1.349	1.349	100,0
Chirurgia Plastica	84	84	100,0
ORL - Audiologia	79	79	100,0
Chirurgia Maxillo-Facciale	91	91	100,0
Oculistica	2	2	100,0
DAI CHIRURGICO SPECIALISTICO	256	256	100,0
Ginecologia	156	156	100,0
Ostetricia	417	417	100,0
Chirurgia Pediatrica	92	92	100,0
DAI RIPRODUZIONE ACCRESCIMENTO	665	665	100,0
neurochirurgia	332	332	100,0
TOTALE IC NON ORTOPEDICI	2.602	2.602	100,0
Ortopedia - 2014	299	299	100,0

Legionella e legionellosi polmonare

L'Azienda ha predisposto con il lavoro di un gruppo Multidisciplinare Multiprofessionale, denominato Team WSP – Water safety Plan, i documenti per la sorveglianza e gestione della contaminazione della rete idrica da legionella. Sono disponibili una procedura di riferimento (P-110-AZ WATER SAFETY PLAN: Piano di valutazione e gestione dei rischi sanitari associati all'utilizzo dell'acqua potabile fornita dal sistema di distribuzione interno nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, rev.2, 18/04/2013) e 3 Istruzioni operative dedicate ai 3 Stabilimenti che afferiscono all'Azienda.

Nel corso del 2015 è stata avviata la revisione critica dell'istruzione operativa relativa alla struttura di Cona, avendo a disposizione la serie storica di dati relativi alla contaminazione registrata durante i controlli periodici effettuati a partire dal 2012, data di attivazione della struttura.

Per la revisione sono state prese in considerazione anche le Linee Guida Nazionali del 07 maggio 2015 (Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi).

L'utilizzo ubiquitario dell'acqua distribuita dalla rete idrica e la presenza di Unità Operative ad alto rischio e percorsi assistenziali e pazienti a particolare suscettibilità, impongono di prestare alta attenzione alla valutazione e gestione dei rischi associati all'utilizzo dell'acqua nell'Ospedale di Cona, al fine di garantire il mantenimento nel tempo dei requisiti di potabilità e di sicurezza igienica dell'acqua in distribuzione all'interno della rete ospedaliera e proteggere la salute umana (pazienti, operatori, visitatori) dagli effetti negativi derivanti da una eventuale contaminazione.

Particolarmente difficoltosa la bonifica degli impianti idro-sanitari, per i quali occorrerebbe un metodo efficace contemporaneamente per legionella libera, per legionella ancorata al biofilm o intracellulare, con attività disinfettante residua, sicuro, che non alteri la qualità dell'acqua pregiudicandone la potabilità, che non danneggi le tubature e sia economicamente accettabile.

Questo tuttavia non è sempre possibile.

Per questo motivo si interviene con metodologie di lotta integrata, misure di manutenzione regolari e il mantenimento della temperatura al di fuori dell'intervallo critico di 20-50°C: questi sono i mezzi più efficaci.²

Il documento di riferimento per Cona, stilato sulla base delle indicazioni contenute nella Deliberazione della Giunta Regionale 21 luglio 2008, n. 1115 "Approvazione linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi" (BUR Regione Emilia-Romagna Parte seconda – N. 11, 22 agosto 2008, N. 147) è rappresentato dalla istruzione operativa I-117-AZ WATER SAFETY PLAN: Valutazione e gestione dei rischi sanitari associati all'utilizzo dell'acqua potabile fornita dal sistema di distribuzione interno nello Stabilimento Ospedaliero "NUOVO ARCISPEDALE S.ANNA-CONA", emessa nel 2011 e attualmente disponibile nella quinta redazione del 24/09/2012, rev.4.

L'Istruzione Operativa è applicata e costituisce regola di comportamento in tutti i contesti in cui l'acqua di rete viene impiegata sia per il consumo umano che ad uso tecnologico per quanto riguarda le torri di raffreddamento e i ventilconvettori.

In tutte le sedi elencate, vengono effettuate, in continuo, attività di prevenzione e riduzione del rischio e il monitoraggio ambientale (campionamenti acqua calda e fredda destinata al consumo umano, acqua tecnologica delle torri di raffreddamento), secondo una dettagliata matrice attività - responsabilità.

Per quanto riguarda legionella, la valutazione del rischio è stata condotta con l'obiettivo di individuare i punti, le fasi, i momenti in cui si possono realizzare condizioni che legano la presenza di legionelle nell'impianto alla possibilità di contrarre l'infezione.

In Cona, l'analisi del rischio è stata condotta osservando i seguenti 4 macro-ambiti, per i quali sono stati individuati i fattori di rischio specifici e definiti gli interventi preventivi e correttivi, in caso di criticità:

- Fattori ambientali e impiantistici: i metodi utilizzati per il contrasto della proliferazione di legionella a CONA. Il metodo di disinfezione dell'acqua dell'impianto idrico è rappresentato dall'iniezione in continuo di biossido di cloro, basato sull'attività di 7 pompe a circuito chiuso (1 all'ingresso + 6 pompe dedicate a ciascuna delle 6 sottocentrali) in cui è suddivisa la rete idrica di Cona.
- Mappatura procedure assistenziali a rischio.
- Valutazione del rischio per gli operatori dell'Azienda (per il personale di queste Ditte è stato elaborato il DUVRI - documento unico di valutazione dei rischi interferenziali, tenendo conto nell'informazione sui rischi anche della possibile esposizione al batterio della legionella).
- Classificazione delle aree ospedaliere per livello di rischio.

I punti di campionamento di Cona sono stati individuati in base alla valutazione del rischio e ai seguenti criteri generali:

- planimetria descrittiva della rete di distribuzione interna dell'acqua potabile dello Stabilimento Ospedaliero
- per ciascuna area assistenziale/di servizio, identificazione del "punto più sfavorevole", cioè del punto più lontano dall'ingresso della rete in ciascuna area
- servizi igienici degli operatori dello spogliatoio centralizzato
- servizi igienici stanze di degenza
- servizi igienici dedicati all'igiene pre-chirurgica del paziente
- lavandini di lavaggio mani degli operatori (ambulatorio, sala diagnostica, locale di lavoro)

2 DGR Emilia Romagna 21 luglio 2008, n.1115. Approvazione delle Linee Guida Regionali per la sorveglianza e il controllo della Legionellosi. B.U.R. 22 agosto 2008, n. 147.

- lavandini lavaggio chirurgico mani degli operatori
- lavelli sale reprocessing.

In ogni edificio e piano è stato identificato lo specifico punto di campionamento WSP (terminale) presso il quale effettuare il prelievo. Ogni punto di campionamento individuato è numerato, contrassegnato con uno specifico logo identificativo e registrato nella planimetria dello Stabilimento. In ciascun punto, è prelevata acqua di rete fredda e/o calda senza e/o con scorrimento in base alla sede e all'analisi del rischio. Complessivamente sono stati identificati 115 punti di campionamento WSP.

Il piano di campionamento prevede l'esecuzione del controllo di tutti i punti WSP nell'arco di un biennio (es. biennio 2014-2015). Fino al 2015, la cadenza è stata semestrale.

Per il biennio 2016-2017, la cadenza sarà trimestrale³.

Campionamenti e/o ri-campionamento dei terminali con frequenza diversa sono inoltre attuati in base al risultato delle analisi ambientali storiche e attuali effettuate, a seguito di modifiche delle condizioni di base (intervento programmato/straordinario sulla rete, chiusure prolungate di aree assistenziali o al verificarsi di un caso).

La necessità di attuare interventi di revisione del piano di campionamento e la decisione implementare specifici interventi di bonifica straordinari dell'impianto idrico è definita in base al livello di contaminazione registrato (UFC/L) e al criterio del 30% di positività dei punti campionati per sottocentrale (e per le torri di raffreddamento), utilizzando il seguente schema di intervento, sinteticamente presentato:

Figura 3.14 - Schema per interventi di bonifica

Concentrazione di Legionella (UFC/L)	DIAGNOSI
≤1.000	NORMALITA'
>1.000 – ≤ 10.000	REVISIONE MISURE DI CONTROLLO VALUTAZIONE NECESSITA' INTERVENTI DI CONTRASTO
> 10.000	REVISIONE MISURE DI CONTROLLO INTERVENTI DI CONTRASTO
≤1.000, >1.000 – ≤ 10.000 con caso probabile/ accertato	

Le azioni di contrasto sono suddivise in 4 tipologie di intervento, determinate in base al livello di contaminazione registrato (UFC/L) e 30% di positività punti WSP per sottocentrale.

Ad ogni intervento di contrasto di tipo 2 e 4, segue il ri-campionamento dei punti WSP nelle aree ospedaliere su cui si è intervenuto:

Figura 3.15 - Azioni di contrasto

Concentrazione di Legionella (UFC/L)	Azione di contrasto 1				
≥50 - ≤1.000	presidio flussaggio + disincretazione aeratori settimanale				
Concentrazione di Legionella (UFC/L)	Azione di contrasto 1	Azione di contrasto 2			
>1.000 – ≤ 10.000	presidio flussaggio + disincretazione aeratori settimanale	IPER-DOSAGGIO BIOSSIDO CL. SHOCK + IPER-FLUSSAGGIO ACQUA fredda e acqua calda (1 ora + 1 ora / 2 ore + 2 ore) → nelle aree assistenziali chiuse: 1 volta/3 mesi	RICAMPIONAMENTO		
Concentrazione di Legionella (UFC/L)	Azione di contrasto 1	Azione di contrasto 2	Azione di contrasto 3	Azione di contrasto 4	
>1.000 – ≤ 10.000 con caso probabile/ accertato					
> 10.000	presidio flussaggio + disincretazione aeratori settimanale	IPER-DOSAGGIO BIOSSIDO CL. SHOCK + IPER-FLUSSAGGIO ACQUA fredda e acqua calda (1 ora + 1 ora / 2 ore + 2 ore) e/o VALUTAZIONI TECNICO-IMPIANTISTICHE	INSTALLAZIONE TEMPORANEA FILTRI ASSOLUTI BAGNI STANZE DI DEGENZA E ASSISTITI	INTERVENTI DI MODIFICA IMPIANTO IDRICO	RICAMPIONAMENTO

³ Conferenza Stato-Regioni del 07 maggio 2015. Linee guida per la prevenzione ed il controllo della Legionellosi.

L'iper-dosaggio di biossido di cloro viene utilizzato come intervento straordinario, unitamente all'iper-flussaggio di acqua calda (e fredda), allorché siano evidenziate concentrazioni di legionella per cui sia appropriata la misura straordinaria.

Invece, i filtri installati in aree non ad alto rischio hanno la funzione transitoria di copertura del periodo intercorrente tra la rilevazione del livello di carica microbica al di sopra del limite di accettabilità e l'effettuazione delle procedure di disinfezione straordinaria o eventuali interventi manutentivi straordinari sull'impianto, tesi alla riconduzione ai valori di accettabilità.

I risultati ottenuti dai campionamenti sono inseriti in un database di excel e sintetizzati in tabelle con i relativi interventi messi in atto.

Figura 3.16 - Azioni di contrasto N° punti WSP campionati (rete idrica, Sottocentrali, torri di raffreddamento), distribuzione % dei risultati per range di concentrazione di Legionella (UFC/L). Anno 2015

26-27 maggio 2015			Ingresso		Sottocentrale 1		Sottocentrale 2		Sottocentrale 3		Sottocentrale 4		Sottocentrale 5		Sottocentrale 6	
RETE IDRICA	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%
N° punti WSP camp.	30	100,0	1	100,0	0	0,0	4	100,0	8	100,0	1	100,0	11	100,0	5	100,0
% ≤ 1.000	24	80,0	1	100,0	0	0,0	3	75,0	6	75,0	0	0,0	10	90,9	4	80,0
% > 1.000-≤ 10.000	3	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0
% > 10.000	3	10,0	0	0,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	20,0
TORRI RAFFR.	Totale	%														
N° punti WSP camp.	1	100,0					► 1D1 – Ambulatori (11.500 UFC/L acqua calda, 8.500 UFC/L acqua calda S*)	► 180 – Degenza Hospice – chiusa (5.050 UFC/L acqua calda, 1.750 UFC/L acqua calda S*)	► 1A2 – Edificio Amministrativo (13.500 UFC/L acqua calda)	► 3C3 – Rianimazione (1.625 UFC/L acqua calda)	► 3D1 – Degenza Chirurgia Ped. (12.250 UFC/L acqua calda, 5.275 UFC/L acqua calda S*)					
% ≤ 1.000	1	100,0					AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-dosaggio biossido cl shock + valutazioni tecnico-impiantistiche)	AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-flussaggio + disicrostazione 1 volta/mese)	AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-dosaggio biossido cl shock + valutazioni tecnico-impiantistiche)	AZIONE DI CONTRASTO 1	AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-dosaggio biossido cl shock + valutazioni tecnico-impiantistiche)					
% > 1.000-≤ 10.000	0	0,0						► 1B1 – Degenza MIO1 – Gastroent. (3.375 UFC/L acqua fredda S*, 2.300 acqua calda S*)								
% > 10.000	0	0,0						AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (valutazioni tecnico-impiantistiche)								

*S= dopo scorrimento

RICAMPIONAMENTO: 2 LUGLIO 2015																
			Ingresso		Sottocentrale 1		Sottocentrale 2		Sottocentrale 3		Sottocentrale 4		Sottocentrale 5		Sottocentrale 6	
RETE IDRICA	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%
N° punti WSP camp.	9	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0	1	100,0	1	100,0	3	100,0
% ≤ 1.000	8	88,9	0	0,0	0	0,0	2	100,0	2	100,0	0	0,0	1	100,0	3	100,0
% > 1.000-≤ 10.000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% > 10.000	1	11,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0

*S= dopo scorrimento

► 1A2 – Edificio Amministrativo (47.000 UFC/L acqua calda, 17.000 acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-dosaggio biossido cl shock + valutazioni tecnico-impiantistiche)

5 AGOSTO 2015 - DSPAUSLFE/ARPA			Ingresso		Sottocentrale 1		Sottocentrale 2		Sottocentrale 3		Sottocentrale 4		Sottocentrale 5		Sottocentrale 6	
RETE IDRICA	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%
N° punti WSP camp.	2	100,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
% ≤ 1.000	0	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% > 1.000 ≤ 10.000	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% > 10.000	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0

*S= dopo scorrimento

TORRI RAFFR.	Totale	%
N° punti WSP camp.	0	0,0
% ≤ 1.000	0	0,0
% > 1.000 ≤ 10.000	0	0,0
% > 10.000	0	0,0

► 1C3- UTIC (4.100 UFC/L acqua fredda S*, 2.300 acqua calda) AZIONE DI CONTRASTO 1 + 2 (Filtri assoluti temporanei + valutazioni tecnico-impiantistiche complessive relative alla Sottocentrale 3)

► 2C3 – Degenza Cardiologia (65.000 UFC/L acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (Filtri assoluti temporanei + valutazioni tecnico-impiantistiche)

► 2B1 – Degenza MIU-CM : Filtri assoluti temporanei + valutazioni tecnico-impiantistiche complessive relative alla Sottocentrale 5

RICAMPIONAMENTO: 18 NOVEMBRE 2015 DSPAUSLFE/ARPA

RETE IDRICA			Ingresso		Sottocentrale 1		Sottocentrale 2		Sottocentrale 3		Sottocentrale 4		Sottocentrale 5		Sottocentrale 6	
N° punti WSP camp.	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%
N° punti WSP camp.	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% ≤ 1.000	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% > 1.000 ≤ 10.000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% > 10.000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*S= dopo scorrimento

9-10 dicembre 2015			Ingresso		Sottocentrale 1		Sottocentrale 2		Sottocentrale 3		Sottocentrale 4		Sottocentrale 5		Sottocentrale 6	
RETE IDRICA	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%
N° punti WSP camp.	40	100,0	1	100,0	0	100,0	8	100,0	6	100,0	3	100,0	6	100,0	15	100,0
% ≤ 1.000	34	85,0	1	100,0	0	0,0	7	87,5	5	83,3	3	100,0	5	83,3	13	81,3
% > 1.000 ≤ 10.000	3	7,5	0	0,0	0	0,0	1	12,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	12,5
% > 10.000	3	7,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	16,7	0	0,0	1	16,7	1	6,3

*S= dopo scorrimento

TORRI RAFFR.	Totale	%
N° punti WSP camp.	1	100,0
% ≤ 1.000	1	100,0
% > 1.000 ≤ 10.000	0	0,0
% > 10.000	0	0,0

► 1D1 – Ambulatori (1.550 UFC/L acqua fredda) AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-dosaggio biossido Cl shock + iper-flussaggio + valutazioni tecnico-impiantistiche)

► 2C2 – Degenza Pneumologia chiusa (1.250 UFC/L acqua calda, 25.000 UFC/L acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1 + 2 (iper-dosaggio biossido Cl shock + iper-flussaggio + valutazioni tecnico-impiantistiche complessive relative alla Sottocentrale 3)

► 3B2 – Degenza Urologia – Ginecologia (3.750 UFC/L acqua calda, 12.500 UFC/L acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (Filtri assoluti temporanei + valutazioni tecnico-impiantistiche complessive relative alla Sottocentrale 5)

► 3D3 – B.O. 1 (3.700 UFC/L acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1+2 ► 3E3 – B.O. 2 (21.500 UFC/L acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1+2 (iper-dosaggio biossido Cl + iper-flussaggio + valutazioni tecnico-impiantistiche complessive relative alla Sottocentrale 6)

RICAMPIONAMENTO: 14, 18 GENNAIO 2016

RETE IDRICA			Ingresso		Sottocentrale 1		Sottocentrale 2		Sottocentrale 3		Sottocentrale 4		Sottocentrale 5		Sottocentrale 6	
N° punti WSP camp.	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%	Totale	%
N° punti WSP camp.	7	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
% ≤ 1.000	6	85,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	4	100,0
% > 1.000 ≤ 10.000	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
% > 10.000	1	14,3	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

*S= dopo scorrimento

► 1D1 – Ambulatori (14.250 UFC/L acqua calda, 6.750 UFC/L acqua calda S*) AZIONE DI CONTRASTO 1+2

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.

Nell'Azienda Osp.-Univ. di Ferrara, la check list viene compilata da tutte le UU.OO. chirurgiche.

Nel 2015 sono state compilate le check list per 7.783 interventi chirurgici (dato 2014: 7.553).

Il numero di interventi con Non Conformità sono stati 214 (2,7%); nel 2014 erano stati il 3,6%, quindi sono calati gli interventi che hanno presentato delle non conformità.

Come nell'anno precedente, nel 2015 la Non Conformità più frequente rimane la mancata marcatura del sito chirurgico (163 casi).

Sono però aumentate come Non Conformità le mancate firme del consenso chirurgico e anestesiologicalo, in analogia a quanto rilevato in tutta la Regione. Queste non conformità andranno meglio indagate nel corso del 2016, ponendo in essere gli interventi adatti a migliorare queste criticità.

Tabella 3.2 - Interventi con non conformità (NC). Anni 2014-2015

	2014	2015
N. interventi	7.553	7.783
N. interventi con NC	271	214
% interventi con NC*	3,6%	2,7%
N. NC	287	230
Media NC per intervento**	1,1	1,1

* interventi con NC sul totale interventi inviati in banca dati

** Non conformità sul numero interventi con non conformità

Fonte regionale

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

La Vigilanza sui Dispositivi Medici (DM) e Farmacovigilanza (FV), che a Ferrara è stata unificata tra le due Aziende Sanitarie, è costantemente oggetto di formazione e informazione rivolte ai prescrittori/utilizzatori sia attraverso l'invio di note informative di sicurezza specifiche mirate al singolo clinico, sia attraverso l'invio di un riepilogo mensile delle informazioni di sicurezza a tutti i professionisti.

Sono incrementate del 60% le segnalazioni di incidente da DM nel 2015 vs il 2014 in seguito ad una costante sensibilizzazione degli operatori sanitari.

Inoltre sta continuando la rilevazione delle ADR attraverso specifici progetti di FV in Pronto Soccorso, in Pediatria ed alla dimissione. Infatti Ferrara risulta avere un tasso di segnalazione pari a 142 ADR/100.000 abitanti in incremento rispetto al 2014 (era 120), di molto superiore al gold standard (30) ed alla Regione (71).

A livello provinciale era già stata completata la centralizzazione del laboratorio provinciale di allestimento antiblastici nel primo semestre 2014, nonché stipulato nel marzo 2015 ed applicato dalla stesso mese l'Accordo Regionale sulla Distribuzione per Conto sulla base dell' Accordo RER 2014.

Per quanto riguarda i processi di riconciliazione-ricognizione farmacologica, oltre al recepimento nella Procedura di gestione clinica dei farmaci, è stato elaborato un questionario sulla ricognizione e riconciliazione farmacologica predisposto sia sulla base della nuova Raccomandazione Ministeriale n° 17 che della Raccomandazione

Regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.2. Obiettivo del questionario, condiviso con Direzione Medica e Direzione delle Professioni è quello di effettuare una ricognizione puntuale in Azienda su come questi due processi sono eseguiti nelle diverse articolazioni organizzative.

Sicurezza delle terapie oncologiche

Sono state adottate a livello locale le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali relative alla sicurezza delle terapie oncologiche, per quanto attiene alle modalità di acquisizione, di stoccaggio, conservazione e gestione delle scorte, prescrizione, preparazione e distribuzione di farmaci antineoplastici. Per quanto riguarda l'implementazione della parte relativa alla somministrazione delle terapie, è in corso di implementazione il FUT (Foglio Unico di Terapia) che prevede l'integrazione delle terapie antiblastiche con le altre terapie necessarie per il trattamento di eventuali comorbidità, nonché la completa tracciabilità della somministrazione (riconoscimento del somministratore, del paziente con braccialetto elettronico e della terapia somministrata).

Sono stati inoltre predisposti, secondo quanto indicato nella Raccomandazione 14 MinSal – 3 RER, opuscoli informativi sui farmaci oncologici orali, per la corretta gestione della terapia orale, ed un diario individuale personalizzato per la verifica della compliance alla terapia, condivisi con i clinici, che possono essere consegnati al paziente contestualmente alla dispensazione del farmaco da parte del farmacista.

Gli opuscoli informativi, redatti secondo i principi della Health Literacy contengono informazioni sulla corretta assunzione e sulle modalità di conservazione dei farmaci nonché sulle eventuali interazioni con altri farmaci ed il cibo.

Appropriatezza prescrittiva Antibiotici e Antimicotici

il Gruppo Operativo Uso Responsabile Antimicrobici ha compiuto le azioni specifiche di propria competenza:

- Lettera educativa a tutti i medici con indicazioni generali per la limitazione dell'impiego degli Antibiotici e gestione razionale del loro utilizzo
- Corsi di formazione per l'uso responsabile degli atb e le loro modalità di somministrazione
- Estensione dell'impiego del dosaggio della Procalcitonina per guidare la durata del trattamento Antibiotici
- Impiego dei Glicopeptidi secondo criteri costo-efficacia con rapporto Vancomicina/ Teicoplanina ≥ 3
- Riduzione utilizzo Fluorchinoloni sistemici del 20%
- Consulenza infettivologica e Audit di verifica
- Monitoraggio trimestrale report consumi
- Audit estemporanei
- Verifica tramite Report regionale prescrizione antibiotici alla dimissione
- Analisi dati SDO (Igiene ospedaliera) e audit su cartelle cliniche (con Statistica Sanitaria) trattamento sepsi
- Audit periodici di verifica
- Documentazione eventi formativi

Governo dei dispositivi medici (D.M.)

Il governo dei dispositivi Medici viene effettuato tramite la CPDM (Commissione provinciale dispositivi medici), nonché tramite l'attività quotidiana di monitoraggio effettuata dal Dipartimento Farmaceutico in fase di predisposizione all'acquisizione/erogazione prodotti, dove viene verificato ed applicato il rispetto delle indicazioni Regionali, di quanto concordato e stabilito in fase di CPDM e di quanto riportato sulle indicazioni d'uso dei DM.

In merito agli obiettivi regionali riguardanti una migliore appropriatezza nell'utilizzo delle medicazioni speciali è stata elaborata da specifico Gruppo di Lavoro una Istruzione Operativa Interaziendale e una scheda di monitoraggio, già approvate dagli Uffici Qualità di entrambe le Aziende e presenti su entrambi i siti Web, per l'utilizzo in ottica ospedale-territorio delle medicazioni avanzate nel trattamento delle lesioni ferite acute e croniche. E' stata presentata in una specifica giornata ai professionisti di entrambe le Aziende e ha comportato già nel corso dell'anno una minore spesa pari a 2,8% di circa €7.000 solo per questa specifica categoria di CND M0404 fino ad una diminuzione della spesa di tutta la categoria CND Medicazioni del – 6,8% pari a €66.800.

Per quanto riguarda l'appropriatezza nell'utilizzo dei guanti, secondo le linee di indirizzo RER, si è provveduto, tramite uno specifico Gruppo di lavoro designato dalla CPDM a definire per i centri di costo di entrambe le

Aziende la tipologia di guanti appropriati all'uso, sulla base delle attività svolte, intervenendo anche a livello informatico autorizzando/non autorizzando i singoli centri di costo a richiedere specifiche tipologie di guanti. Questo intervento informatico che si è reso operativo da metà novembre ha già determinato nell'ultimo mese e mezzo dell'anno 2015 una riduzione di spesa di - 1,8% pari a - €5.500 che su base annua dovrebbe portare ad una minore spesa di €45.000.

Per i dispositivi con meccanismo di sicurezza, secondo quanto previsto dalla Normativa Europea, e dalle linee di indirizzo RER, in attesa dell'aggiudicazione della gara Intercenter, si è già provveduto a convertire con sistema di sicurezza gli aghi fistola, gli aghi HUBER e ad ampliare i centri di costo a cui vengono forniti gli aghi cannula con sistema di sicurezza in attesa della conversione totale all'inizio 2016 anche prima dell'aggiudicazione di intercenter. Si sono inoltre predisposte due nuove gare AVEC, di cui le Aziende di Ferrara sono capofila, per aghi da biopsia e bisturi che prevedono la presenza del sistema di sicurezza.

E' stato elaborato un documento regionale sul loro consumo a livello regionale nel 2015 allo scopo di rappresentare in modo comparato sia i valori complessivi inerenti alle varie categorie di classificazione, sia l'andamento dei principali indicatori che consentono di "leggere" i consumi in relazione a parametri di riferimento quali le giornate di degenza o la complessità produttiva. Gli indici di spesa per giornata di degenza, corretti per complessità della casistica mostrano per l'Azienda Ospedaliero Universitaria un valore leggermente al di sopra della media regionale (circa 4,8€), ma con un trend in sensibile calo rispetto al 2014, frutto forse della non capillare adozione dei dispositivi di protezione con meccanismo di sicurezza (che hanno un costo maggiore rispetto ai tradizionali), in attesa del completamento della gara Intercenter_ER e dell'incidenza delle altre variabili che concorrono alla formazione dell'indicatore (gg di degenza e complessità)

l'Azienda Ospedaliero Universitaria mostra inoltre:

- decremento del 6% frutto di una maggiore attenzione posta sui consumi di dispositivi impiantabili attivi
- la spesa per le medicazioni avanzate è sensibilmente superiore alla media regionale (16,69€ Vs 11,19€) con tuttavia un altrettanto sensibile decremento rispetto al 2014 (-18,94% Vs +1,45%) a conferma delle azioni poste in essere dalla CPDM che nel corso del 2016 porteranno ad un ulteriore miglioramento
- per le ferite per piaghe e ulcere il valore dell'indicatore è al di sopra la media regionale (5,90€ Vs 3,76€) con un trend in controtendenza rispetto all'andamento regionale (-0,84% Vs +0,53%)
- per il consumo assoluto di suturatrici si registra in Provincia un decremento del 2% rispetto al 2014. Tale decremento risulta maggiore di quello riscontrato a livello regionale ed è interamente causato da un maggior contenimento della spesa. La spesa per ricovero, invece, vede per l'azienda un trend in crescita maggiore rispetto al trend regionale.
- Per la chirurgia mini invasiva e l'elettrochirurgia la spesa per intervento è inferiore alla media regionale (52,57€ Vs 58,41€) con tuttavia un incremento rispetto al 2014 (+4,83% Vs -4,03%).
- Per i dispositivi di elettrochirurgia il valore dell'indicatore è leggermente al di sotto della media regionale (31,94€ Vs 32,89€) con un trend in controtendenza rispetto all'andamento regionale (+8,46% Vs -0,93%). La maggiore spesa è quasi interamente imputabile ad un maggiore uso degli strumenti ad ultrasuoni

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”.

Sempre in materia di sicurezza è stato istituito il gruppo di lavoro che ha elaborato il documento di mappatura e dei fabbisogni tecnologici per la riduzione del rischio da movimentazione manuale carichi ed è stata realizzata la progettualità relativa attraverso l’implementazione dei sistemi di sollevamento automatici a soffitto e dei letti regolabili in altezza.

3.2.2 Appropriatezza della prescrizione farmaceutica

Farmaci biosimilari e inserimento nella pratica clinica

Si è realizzata una consistente promozione dell’impiego nella pratica clinica dei farmaci biosimilari negli specifici ambiti clinici : Eritropoietine (nefrologia, oncologia, ematologia),

Fattori di crescita leucocitaria (ematologia, oncologia), GH (endocrinologia, pediatria)

Infliximab (reumatologia, gastroenterologia, dermatologia), con individuazione di specifici obiettivi prescrittivi per le singole UU.OO., che prevedono la prescrizione al 100% in tutti i pazienti naive dei biosimilari e lo switch, tramite assegnazione di una % complessiva di utilizzo di biosimilare, per i pazienti già in trattamento in considerazione delle caratteristiche della patologia e del paziente.

Gli obiettivi nel complesso sono stati raggiunti, grazie anche al costante monitoraggio dell’andamento.

Ricorso a farmaci generici

Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale invia a tutte le UUOO periodica comunicazione relativa all’aggiornamento delle liste di trasparenza AIFA con particolare riferimento ai farmaci non più coperti da brevetto e pertanto inseriti nelle liste di trasparenza.

Sono state inoltre inviate comunicazioni, a seguito dell’adesione alle nuove aggiudicazioni gare Intercent-ER, limitando l’impiego delle specialità medicinali branded per i biosimilari aggiudicati in gara a casi motivati.

E’ stata, inoltre, inviata una specifica comunicazione con indicazione del rapporto costi/DDD dei farmaci del sistema cardiovascolare con evidenza delle molecole a brevetto scaduto, nonché una comunicazione relativa all’utilizzo dei farmaci equivalenti con comparazione costi nei vari ambiti terapeutici che secondo le indicazioni RER sono da privilegiare nell’ambito delle categorie terapeutiche omogenee. Sono inoltre stati assegnati specifici obiettivi di budget, periodicamente monitorati.

Oltre a ciò sono stati attribuiti e debitamente monitorati specifici obiettivi di utilizzo dei farmaci equivalenti nel trattamento di I° linea e di II° linea (tossicità) dei pazienti con HIV con allineamento a indicazioni regionali.

Farmaci con brevetto scaduto

Nell’ambito della concertazione di budget sono stati proposti dal Dipartimento Farmaceutico e attribuiti agli specialisti ospedalieri specifici obiettivi in ambito cardiovascolare (compresi anche nel progetto bersaglio, sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali) e per i farmaci biosimilari. Tali obiettivi vengono monitorati ed inviati report che evidenziano le criticità chiedendo le motivazioni. L’obiettivo per la prescrizione dei farmaci utilizzati in ambito cardiovascolare (ACE/sartani, statine) è raggiunto quasi nel 100% delle UU.OO. a cui l’obiettivo è stato assegnato. L’efficacia di questa azione in ottica di continuità Ospedale - Territorio (H-T) si riscontra nella buona performance di Ferrara, infatti la provincia di Ferrara presenta uno dei maggiori utilizzi di farmaci generici equivalenti.

Piattaforme prescrittive

I prescrittori sono stati indirizzati all’utilizzo delle piattaforme prescrittive ministeriali e regionali tramite diffusione dei documenti e delle informative regionali.

I registri di monitoraggio AIFA sono previsti per numerosi farmaci ed il Servizio di Farmacia non procede alla dispensazione o all’allestimento se non in presenza della specifica prescrizione su Registro che conferma l’eleg-

gibilità del paziente da trattare e quindi del rispetto della normativa nazionale e regionale.

Inoltre la Farmacia procede tempestivamente alla compilazione delle dispensazioni su Registro AIFA dei relativi farmaci oncologici iniettabili ed orali e dei farmaci biologici, controllando che i prescrittori effettuino le necessarie attività di rivalutazione pazienti e di chiusura delle schede AIFA, per consentire l'effettuazione delle richieste di rimborso con i meccanismi di condivisione del rischio previsti dal Registro AIFA quali risk sharing, Payment by result. Per quanto riguarda gli oncologici orali e tutti gli altri farmaci erogati in Erogazione Diretta soggetti a registro AIFA (farmaci reumatologici, neurologici, gastroenterologici, dermatologici, HCV) la dispensazione su registro AIFA viene effettuata il giorno stesso della consegna del farmaco al paziente)

I farmaci attualmente presenti nella piattaforma SOLE sono i NAO e i DAA per il trattamento dell'Epatite C. La Farmacia controlla che i prescrittori, oltre al Registro AIFA compilino anche il Registro su SOLE per i farmaci DDA per il trattamento dell'Epatite C richiamando i medici in caso di ritardi e fornendo il necessario supporto in caso di criticità. Per i NAO la farmacia verifica la presenza del PT SOLE per tutti i pazienti che accedono alla farmacia ospedaliera per tutte le indicazioni registrate.

Farmaci ad azione antivirale diretta di seconda generazione (DAA) per epatite C

La Farmacia verifica il rispetto dei criteri e delle raccomandazioni regionali, comprendenti anche la valutazione del rapporto costo/opportunità in rapporto alle peculiarità cliniche (interazioni, politerapie in HIV, ecc), rapportandosi con i clinici e fornendo loro dati di monitoraggio anche tramite incontri periodici. E' stato, inoltre, istituito in azienda un gruppo di lavoro per il Governo della prescrizione e della spesa a livello locale che vede coinvolta la farmacia e tutti i prescrittori dei Centri individuati alla prescrizione dei nuovi farmaci DAA. Tale gruppo ha come obiettivi:

- garantire omogeneità di indirizzi assistenziali e prescrittivi tra i clinici dei Centri autorizzati,
- confronto sulle casistiche di pazienti candidabili ai trattamenti e sull'aderenza alle raccomandazioni del GdL RER,
- raccolta e condivisione di dati di esito, sicurezza e compliance,
- monitoraggio tempestivo della spesa sostenuta per i trattamenti effettuati ed il suo impatto sul budget provinciale previsto.

Adozione di strumenti di governo clinico

L'Azienda, in collaborazione con la Commissione Farmaci di Area Vasta (CF AVEC), ha aderito al programma regionale di "Eccezioni prescrittive", che controlla e traccia la prescrizione dei farmaci off-label, Cnn e fuori PT, per la quale già era stata adottata a livello interaziendale una specifica procedura, ed alimenta la specifica banca dati. Dal 11/05/2015 la Regione ha dato comunicazione dell'attivazione dell'applicativo web regionale mirato a consentire la raccolta informatizzata e l'analisi di alcuni impieghi di farmaci, sinora effettuata manualmente nelle singole realtà aziendali o di Area Vasta. Nella riunione della CF AVEC del 19/05/2015 è stato definito di inserire nel database tutte le richieste per trattamenti off-label dell'anno 2015, che sono state per l'AOU regolarmente inserite.

Per quanto riguarda la compilazione dei Piani Terapeutici Regionali informatizzati su Registro SOLE per i NAO, per i pazienti con accesso all'ED di AzOsp la compilazione del terzo trimestre è pari al 94.5%, mentre per i nuovi antivirali per Epatite C è del 100% sia su SOLE che su AIFA. La % di compilazione delle schede di monitoraggio Registro AIFA è superiore al 90%.

In relazione alla rilevazione dei dati delle prescrizioni farmacologiche per HIV la compilazione del flag nel flusso FED, dopo diverse difficoltà informatiche, è ora del 98% (vs un'atteso almeno del 90%)

Il Rispetto del PTR/PT AVEC, con conseguente utilizzo dei principi attivi presenti in tali prontuari è una verifica sempre effettuata in fase di erogazione di farmaci nella continuità H-T e nell'erogazione diretta. nei 12 mesi 2015 la percentuale di adesione, espressa in DDD prescritte, vs la totalità della prescrizione interna e di erogazione diretta è stata pari al 98%, in incremento di 0,1 pp. vs. pari periodo 2014, analoga alla media RER.

3.2.3 Riordino dell'assistenza ospedaliera

Tra i principali obiettivi assegnati ai Direttori Generali nel nuovo mandato, all'atto della loro nomina a marzo 2015, figura lo "sviluppo dei processi di integrazione strutturale dei servizi sanitari e di amministrazione, supporto e

logistici nelle Aziende". A tal proposito nel corso del 2015 è stato elaborato l'“Accordo quadro per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali”. L'accordo quadro costituisce il documento cardine che regola e descrive i principi alla base di tutte le azioni programmatiche e organizzative necessarie per i processi di integrazione e comunque propedeutiche al processo di unificazione delle due Aziende della provincia. Successivamente a tale documento sono stati prodotti documenti strettamente collegati ad esso, consistenti nella definizione dei compiti e mandati specifici per le strutture tecnico amministrative nel loro nuovo assetto istituzionale. L'elemento fondamentale espresso nel documento è dato dalla definizione dei “Servizi Comuni” alle due aziende, inteso come linea prioritaria per l'applicazione della razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse (sarà richiamato nell'obiettivo relativo alla riorganizzazione e integrazione dell'Azienda). Nell'ambito specifico dell'organizzazione sanitaria l'Azienda ha in primo luogo provveduto alla definizione di un documento unico dal titolo “I Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata” elaborato all'interno di uno specifico Comitato di Pilotaggio. Tale documento è stato approvato in Collegio di Direzione. Lo stesso documento è stato presentato dai due Direttori Generali, all'Università di Ferrara, presenti il Rettore e il Direttore della Scuola di Medicina, raccogliendo le ulteriori osservazioni dell'Università. Il documento conclusivo costituisce pertanto la sintesi operata dalle due Direzioni Aziendali a partire dal materiale istruttorio sopra richiamato e dalle discussioni tenute nelle apposite sedi istituzionali aziendali ed universitarie.

Le azioni più specifiche condotte nell'ambito delle attività prodromiche al riassetto del nuovo modello dei presidi ospedalieri, sono state le seguenti:

- E' stata ridefinita l'organizzazione delle funzioni di Ortopedia ed Urologia su scala provinciale, in particolare per quanto riguarda la fase emergenziale. Tale revisione organizzativa ha riguardato in particolare il periodo estivo 2015, ma, per quanto attiene l'Urologia, si è poi riconfermata come assetto definitivo in attesa della nomina del nuovo Direttore di Struttura. E' stato inoltre condotto un gruppo di lavoro per la gestione delle urgenze urologiche in ambito provinciale durante il periodo estivo 2015.
- Miglioramento della gestione del paziente traumatizzato in Pronto Soccorso attraverso l'implementazione del corso di formazione “Gestione infermieristica del paziente traumatizzato in P.S.”
- Implementazione e correzione dei percorsi trasporto pazienti traumatologici in urgenza attraverso codifica informatizzata SAP – RIS della gestione flussi Pronto Soccorso e Radiologia di Pronto Soccorso attraverso codice colore nell'intero processo diagnostico (trasporto di andata e trasporto di ritorno)
- Implementazione delle attività di gruppi di lavoro per lo sviluppo di progetti di razionalizzazione delle pronte disponibilità attraverso un'ottimizzazione dei flussi e l'ampliamento delle competenze dei professionisti di area radiologica condividendo la procedura AUSL.
- Codifica diagnostica del percorso PDTA ICTUS attraverso priorità diagnostica ed attivazione della pronta disponibilità del personale di sala angiografica interventistica neuroradiologica.
- E' stato elaborato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Infarto Miocardico Acuto con ST sopravvissuto col Coordinamento da parte della Cardiologia ed Emodinamica
- Per quanto attiene l'ambito pediatrico, si è proseguita e consolidata l'esperienza sviluppata, come modello hub-spoke, attraverso la garanzia di copertura medico-pediatrica, da parte dei Professionisti di Cona, dell'Area geografica afferente all'Ospedale del Delta, presso la quale si è così potuta realizzare una continuità clinico-assistenziale a totale garanzia dell'utenza, avente come riferimento l'Hub di Cona.
- Sul versante qualitativo, in riferimento all'area dell'emergenza, è stata effettuata la realizzazione degli Audit Clinici “Valutazione dell'aderenza al PDTA interaziendale dell'ictus da parte di tutti i professionisti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara e dell'Azienda AUSL coinvolti” e “Miglioramento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici dopo arresto cardiaco intraospedaliero.
- E' stata elaborata la procedura STEN per i trasporti neonatali di punti nascita spoke all'HUB provinciale e da questo verso altri HUB regionali, in riferimento alla Delibera regionale 1603/2013: Linee di indirizzo alle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna per la realizzazione di un sistema di trasporto assistito materno (STAM) e neonatale (STEN) – novembre 2013. L'organizzazione dei punti nascita della Provincia di Ferrara prevede un centro di 3° livello presso l'Ospedale di Cona (AOUFE) e due centri di 2° livello presso l'Ospedale del Delta e l'Ospedale di Cento (AUSL FE). La procedura è stata condivisa con i responsabili clinici medici, infermieristici e ostetriche coinvolti nel percorso del neonato in ottobre 2015.

Screening HPV

il nuovo screening è attivo nella provincia di Ferrara dal 14 dicembre 2015. Dalla metà del mese di marzo 2016 sarà attivato anche nelle provincie di Bologna e Imola. E' stata effettuata l'attivazione e sviluppo della funzione

di Area Vasta, garantendo il laboratorio di riferimento e le attività specifiche. E' stata garantita la partecipazione ai gruppi di lavoro di AVEC. E' stata effettuata la definizione e gestione dei percorsi organizzativi legati all'implementazione dell'attività di screening dell'HPV di AVEC, attraverso azioni coordinate tra Direzione Medica e Direzione delle Professioni; sono state apportate modifiche specifiche dei profili orari del personale TSLB, Informatico e OTAS, effettuata la formazione al personale TSLB sulla nuova strumentazione per l'esecuzione dello screening HPV con metodica in biologia molecolare, sul nuovo sistema informatico di Laboratorio (Athena) e sulla modalità di archiviazione informatica dell'intera attività di Anatomia Patologica. E' stato ridefinito il fabbisogno di risorse umane con richiesta di assunzione di 1 TSLB per l'avvio dell'attività di screening HPV per l'area vasta ed assunzione di 1 TSLB per fase di implementazione. Sono stati creati/codificati i profili corrispondenti alle varie prestazioni di Anatomia Patologica. Il Dipartimento ICT ha supportato dal punto di vista tecnico informatico la predisposizione e l'adattamento dei software gestionali di Anatomia Patologica e di Screening secondo un'articolazione funzionale di area vasta AVEC, che ha consentito l'attivazione della nuova funzione in provincia di Ferrara nel periodo di novembre 2015 per la sola gestione degli inviti e da dicembre 2015 per l'accettazione dei campioni e la refertazione dei medesimi. I verbali di collaudo eseguiti con le ditte fornitrici dei sistemi di Anatomia Patologica di screening, costituiscono l'evidenza documentale.

Sviluppo delle funzioni di centralizzazione del Laboratorio Analisi

Le attività gestionali rivolte al Laboratorio unico provinciale, nel corso del 2015, si sono sempre adeguatamente integrate ai percorsi seguiti da tutti i Dipartimenti nel raggiungimento di obiettivi concordati e comuni: lo snellimento delle procedure ambulatoriali, l'appropriatezza delle prestazioni erogate a pazienti ricoverati, il contributo razionale al contenimento della spesa per reagenti ed il rispetto delle disposizioni in merito ai Dispositivi Medici. Nel corso del 2015 è iniziato un processo di revisione delle varie tipologie di rapporti economici ed informativi con l'AUSL, finalizzati ad ottimizzare il contratto di fornitura e i criteri di allocazione delle risorse dedicate alle attività integrate. Il contributo del Laboratorio Unico Provinciale al progetto relativo allo screening HPV, costituisce anche un'evidenza del consolidamento del ruolo centralizzato del Laboratorio analisi. In particolare si osserva l'estensione organizzativa e programmatica della ormai consolidata funzione di Laboratorio unico provinciale verso la gestione centralizzata di alcuni percorsi riguardanti il bacino di utenza non solo della provincia ma anche dell'Area Vasta. La definizione e l'inquadramento del Laboratorio provinciale come punto di riferimento centrale di AVEC per la realizzazione di progetti come quello sullo screening HPV, costituisce il principale risultato ottenuto da tale struttura come obiettivo 2015.

3.2.4 Riorganizzazione dell'Azienda e integrazione strutturale interaziendale

Nel 2015 è stato realizzato l'accordo quadro che formalizza i criteri principali della riorganizzazione in relazione all'integrazione tra le due aziende sanitarie della provincia e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane. Le finalità connesse a tale modello organizzativo sono:

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

Diversi elementi analitici hanno determinato il supporto tecnico dell'accordo quadro:

- il documento aziendale "I Dipartimenti dell'assistenza ospedaliera integrata"
- l'analisi del fabbisogno medico arricchita dalla comparazione tecnica con un'altra realtà sanitaria regionale (Reggio Emilia),
- la ridefinizione degli incarichi di struttura complessa,
- le analisi compiute sulla distribuzione dell'offerta in comparazione con quadri di confronto regionali.

Effetti dell'integrazione sulla qualità dell'assistenza

Il 2015 è stato l'anno in cui sono stati raggiunti importanti traguardi su percorsi che si caratterizzano per un processo di intesa col territorio, in particolare:

- la stesura della procedura interaziendale "Trasporto neonatale", elaborata attraverso la collaborazione tra attori delle due Aziende, nell'ambito del percorso nascita,
- il monitoraggio condiviso con l'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia dei dati relativi alla frattura femore e protesica
- la presa in carico da parte della Pediatria della casistica diabetologica in età pediatrica, associata alla continuità assistenziale con la Diabetologia territoriale. È garantita anche la partecipazione alle attività promosse a livello regionale (campi estivi). Nell'ambito del processo di integrazione tra la presa in carico dello Specialista pediatra e le competenze territoriali, risultano anche gli incontri formativi rivolti ai familiari, col coinvolgimento anche del Dietista.
- sulle dimissioni protette è stato garantito il consolidamento delle funzioni di integrazione tra le due Aziende. In particolare nel 2015 è stata predisposta l'attivazione della Centrale Unica per la continuità Ospedale Territorio. L'attivazione è programmata per il 2016.
- Sull'argomento relativo a accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso, è stato garantito il mantenimento dell'attività, caratterizzata dal coinvolgimento di Attori di entrambe le aziende e delle Istituzioni aventi diversi gradi di competenza specifica come la Prefettura, la Questura e i Servizi Sociali. Si garantisce il presidio e il monitoraggio del fenomeno, il trattamento e la messa in sicurezza. È stata sviluppata l'integrazione con le Associazioni di Volontariato (Centro Donne e Giustizia, Tavolo Salute Donna).

3.2.5 Miglioramento dell'offerta provinciale espressa in termini di potere di attrazione dell'utenza residente

Il fenomeno della mobilità passiva è stato monitorato in corso d'anno con i dati disponibili a livello regionale ed extraregionale. Il processo analitico è stato elaborato sia sul versante della specialistica ambulatoriale che sul versante dell'attività di ricovero. Le informazioni vengono pubblicate sul sito intranet, disponibili all'utenza interna insieme agli altri dati on line. Complessivamente i dati elaborati evidenziano il trend sostanzialmente ancora in crescita del fenomeno. Sul versante ambulatoriale incide in particolare la diagnostica pesante (RM) mentre sul versante dei ricoveri incidono le discipline chirurgiche, ortopediche, riabilitative. L'analisi del fenomeno, in particolare sul versante ambulatoriale, ha evidenziato che il trend incrementale non appare associato ad una riduzione dell'attività erogata all'interno della provincia, ma ad un aumento della casistica complessiva. La mancata completezza dei dati di consuntivo 2015 relativi alla mobilità passiva extraregionale non consente di inserire dati di riferimento per un'analisi completa.

Durante il corso del 2015 sono state introdotte nell'Azienda Ospedaliero Universitaria misure atte:

- al miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie,
- all'ottimizzazione dell'entità dell'offerta (sia in termini di efficienza organizzativa che in termini di disponibilità delle risorse) in relazione alla domanda e all'appropriatezza delle prestazioni,
- al percorso di sviluppo dell'integrazione interaziendale.

Lo sviluppo di tali attività ha generato nell'Azienda le basi per il miglioramento qualitativo ed organizzativo necessario per favorire l'attrazione della popolazione ferrarese verso le strutture provinciali. Deve anche essere tenuto presente che diversi effetti prodotti dalle azioni introdotte si sono espressi verso gli ultimi mesi dell'anno.

3.2.6 Consolidamento del potere di attrazione in relazione allo sviluppo tecnologico e alla funzione HUB

L'avvio della Radioterapia metabolica è avvenuto dopo la realizzazione del progetto relativo, in cui venivano definite le necessità logistiche, le risorse necessarie, la previsione delle prestazioni ed il loro setting assistenziale di erogazione. Il numero di prestazioni è progressivamente aumentato nel corso dell'anno descrivendo in tal modo lo sviluppo della nuova attività. I ricoveri registrati per l'erogazione della terapia radiometabolica nel 2015 sono stati 87, legati ad una valorizzazione a tariffa di 726.000 euro. E' stato, inoltre, effettuato l'invio in Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della domanda di accreditamento istituzionale con avvio dei lavori di preparazione sulla documentazione del sistema qualità della Medicina Nucleare.

L'innovazione tecnologica prevista per la Genetica Molecolare (riferita nel capitolo relativo alla Performance della sostenibilità - investimenti), avendo completato le fasi tecniche relative all'acquisizione tra la fine del 2015 e l'ini-

zio del 2016, produrrà i risultati attesi verso lo sviluppo e rinnovamento della funzione HUB nel 2016. È stata aggiudicata la procedura ristretta per la fornitura e posa in opera dell'apparecchiatura PET-TC di diagnostica per immagini per la funzione di Medicina Nucleare, entrata in funzione il 12.01.2015: l'espansione di tale tecnologia ha consentito lo sviluppo delle prestazioni possibili con tali strumentazioni, favorendo l'aumento dell'offerta disponibile per la popolazione provinciale.

3.2.7 Revisione dell'organizzazione nell'ottica del miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni

Durante il corso dell'anno sono stati effettuati i processi di verifica dell'efficacia dei PDTA già attivati, attraverso attività di audit clinico e azioni di miglioramento specifiche che hanno coinvolto le Unità Operative interessate, col supporto tecnico/organizzativo dello staff Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione, della Direzione Medica e della Direzione delle Professioni. L'applicazione del percorso specifico ha ampiamente contribuito a ridurre la problematica relativa al tempo di attesa per intervento chirurgico. I tempi di attesa presentano un sensibile miglioramento rispetto agli anni precedenti, delineando un trend in crescita della performance storica.

Sono state introdotte azioni di sviluppo della progettualità storica relativa al percorso nascita, in collaborazione con l'azienda territoriale:

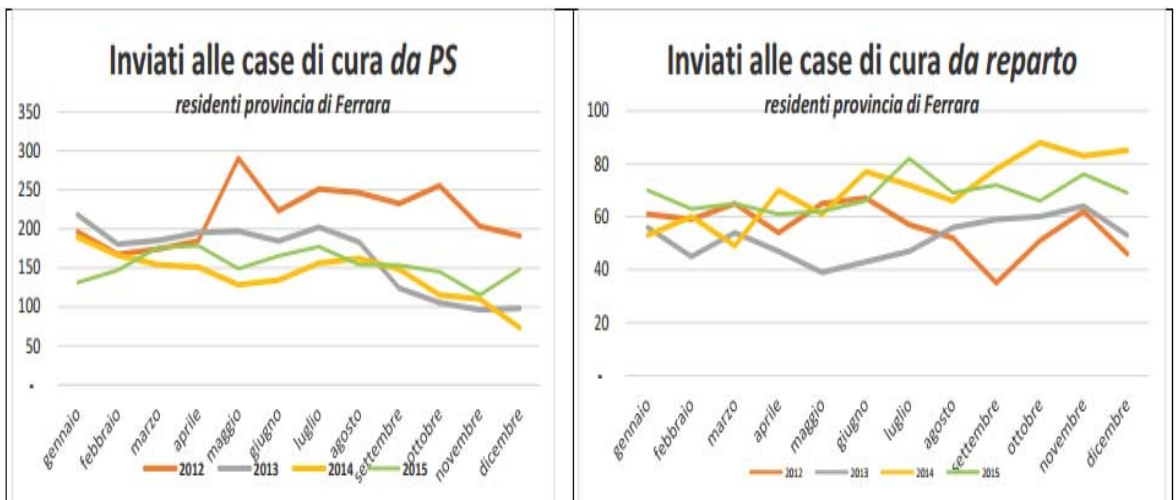
- è stato attivato un gruppo di lavoro di livello AVEC per il coordinamento e le progettualità da sviluppare.
- Sono stati istituiti tavoli di lavoro interaziendali per analizzare e sviluppare le raccomandazioni del gruppo regionale:
 - seminari con gestanti sul tema Tagli Cesarei,
 - coinvolgimento dei neonatologi,
 - revisione e condivisione della documentazione relativa ai percorsi attivi

Le azioni di forte miglioramento organizzativo della gestione della frattura di femore hanno portato ad un significativo miglioramento dell'indicatore di performance specifico: l'ultimo valore rilevato per il 2015 mostrava una percentuale di interventi eseguiti entro le 24 ore ben superiore al 70%.

3.2.8 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 dopo essere dimunito nel 2014 ha presentato un incremento nel 2015 passando dai 2.528 casi del 2014 ai 2.659 del 2015. Su tale aumento incidono i pazienti inviati alle case di cura da Pronto Soccorso passati dai 1.686 casi del 2014 ai 1.838 di quest'anno, diminuiscono invece di 21 unità i pazienti inviati da reparto. Il numero medio giornaliero è passato dai 6,9 del 2014 ai 7,3 del 2015.

Figura 3.17 - Pazienti inviati alle case di cura



3.2.9 Promozione della salute, prevenzione delle malattie

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è impegnata a condurre le azioni specifiche di 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.

Nel corso del 2015 sono state definite le azioni relative al Piano Programma di Gestione del rischio infettivo, anche nella specificità relativa alla prevenzione delle malattie infettive, a loro volta in linea col Piano Nazionale e col Piano Regionale della Prevenzione. Il Piano Programma riporta le azioni specifiche finalizzate alla riduzione della frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie:

- Sistema di sorveglianza integrata delle malattie trasmesse da vettori, che comporta gli accorgimenti tecnici ed organizzativi atti alla gestione delle emergenze infettive
- Indicazione dei punti d'attacco per garantire l'adesione al Piano Regionale della Prevenzione (con particolare riguardo verso Tubercolosi e HIV), rivolto alla copertura dei piani vaccinali, alla prevenzione delle ICA, al buon uso degli antibiotici, alla prevenzione negli ambienti di lavoro.

Inoltre relativamente all'attività di screening (Mammella, Utero, Colon-retto), oltre al proseguimento delle attività di gestione delle prestazioni di primo livello, in accordo con AUSL, nel corso del 2015 è stata effettuata l'attivazione della Diagnostica HPV per tutta l'Area Vasta Emilia-Centro. Questo traguardo è stato raggiunto attraverso le azioni di un gruppo di lavoro multidisciplinare per le analisi specifiche effettuate sui vari settori.

Prosegue l'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; continua 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).

3.2.10 Consolidamento dei setting assistenziali alternativi e facilitazione all'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

È stata consolidata l'attività di Day Service Ambulatoriale con l'attivazione di nuovi percorsi caratterizzati dalla presa in carico, in particolare:

- DSA 1 Audiologia – ipoacusia improvvisa
- Percorsi DSA Reumatologici (DSA1 e DSA2)
- DSA 2 Trapianto renale
- Consolidamento e sviluppo del DSA in Oculistica

L'attività di Day Hospital è quantitativamente diminuita rispetto al 2014: sono state effettuate 560 dimissioni in meno (circa 6% della produzione del 2014) e sulla riduzione hanno inciso il settore nefrologico, chirurgico specialistico, reumatologico e riabilitativo. Parallelamente si è registrato un calo dei DH medici del 7% della casistica del 2014. L'attività ambulatoriale ha presentato un sensibile incremento complessivo sul quale hanno influito lo sviluppo dell'attività ambulatoriale Oculistica, l'attività radiologica, il Day service Nefrologico – Trapianti.

Sono state poste le basi teoriche e sono state effettuate le analisi di economicità per la gestione ambulatoriale del paziente sottoposto a chemioterapia.

Dalla revisione complessiva del sistema d'offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, si conferma l'accesso tramite CUP di tutte le prestazioni di prima visita per tutte le discipline. Si è provveduto inoltre all'immissione a CUP delle prestazioni di visita di controllo non inserite in percorsi di presa in carico dedicati, ancora programmate all'interno di agende informatizzate nel sistema CupISES ma con prenotazione esclusivamente ad accesso intra-aziendale.

Per le agende di prenotazione associate ad ambulatori dedicati a visite di controllo per la presa in carico dei pazienti affetti da patologia a maggior complessità e/o patologia cronica, per i quali si rende necessario garantire le successive valutazioni secondo indicazione dello specialista, il sistema dell'offerta si conferma strutturato in agende informatizzate in CupISES, con percorso dedicato di prenotazione (tramite Centro Servizi dell'Azienda e/o punti di prenotazione abilitati presso le accettazioni della piastra ambulatoriale e/o numero verde del CUP).

La casistica che a tutt'oggi è ancora gestita a regime di ricovero diurno comprende una quota di attività riabilitativa, una quota di attività di tipo prevalentemente terapeutico-chirurgico o in ambito pediatrico; si aggiungono le condizioni difficilmente gestibili alternativamente al DH per motivazioni cliniche o gestionali del paziente, per

le quali, pur in presenza di una gravità clinica documentabile, sono descritte da una codifica riconducibile ad un DRG potenzialmente inappropriato (in particolare nelle discipline Reumatologia, Endocrinologia).

3.3 Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori

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

Per l'anno 2015, gli obiettivi sono stati finalizzati:

1. al processo di integrazione inter ed intraprofessionale in relazione agli accorpamenti logistici strutturali delle unità operative e delle piattaforme funzionali;
2. al raggiungimento degli obiettivi di "master budget" in relazione ai macro obiettivi definiti a livello aziendale ed alle azioni effettivamente intraprese.

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 e i dati vengono inseriti nel "database lesioni da pressione" per monitorare gli eventi e per meglio comprendere il fenomeno, riuscendo ad apportare azioni correttivo/migliorative volte alla protezione dei pazienti. Per il monitoraggio delle lesioni da pressione e per l'appropriatezza nell'utilizzo delle superfici antidecubito e medicazioni è presente l'Istruzione Operativa Interaziendale "Utilizzo delle medicazioni avanzate nel trattamento delle ferite lesioni acute e croniche" e la Scheda di monitoraggio per la detersione, l'idratazione, la protezione della cute e per il trattamento delle ferite/lesioni acute e croniche con l'utilizzo di medicazioni avanzate, compilata dall'infermiere. A supporto dei professionisti è stata elaborata una tabella di sintesi dei prodotti presenti in Azienda suddivisi per codice colore.

Indicatori importanti per capire l'effettivo andamento delle lesioni da pressione ed in particolare comprendere l'efficacia delle strategie messe in atto, sono il dato di prevalenza e incidenza delle lesioni da pressione.

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 lavartene le mani", del progetto SIChER-SNICh e in funzione della corretta applicazione delle procedure/istruzioni operative aziendali in capo al Department of Hospital Hygiene & Healthcare Associated Infection Risk Management - Coordination of Clinical Health Promotion Activities Hospital Health Medical 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". Il punteggio numerico del dolore rilevato viene riportato in cartella clinica assieme agli altri dati clinici. Anche nel 2015 l'Azienda ha aderito alla XIV Giornata Nazionale del Sollievo. Lo scopo dell'iniziativa è di diffondere, presso l'opinione pubblica e gli operatori sanitari, la cultura del sollievo dalla sofferenza e dal dolore e di porre attenzione a tutte le persone che soffrono.

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". Per la valutazione del rischio di caduta sono utilizzate la "Scala Morse", "Scala di Conley", "Scala di Tinetti" sulla base dei setting assistenziali.

Dal 1991, grazie ad una convenzione tra l'Azienda e l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, si è introdotto l'intervento medico legale a seguito delle segnalazioni di eventi causa di lesione ai pazienti.

Dal 2005 l'Arcispedale ha adottato un programma di prevenzione delle cadute: tutte le segnalazioni vengono inserite nel "Database Cadute" per monitorare gli eventi e per meglio comprendere il fenomeno, riuscendo ad apportare azioni correttivo/migliorative volte alla protezione dei pazienti.

Nel 2014 unitamente alle segnalazioni dei Medici, si elaborano anche le schede di segnalazione compilate dai professionisti Infermieri, Ostetriche, Fisioterapisti, Tecnici Sanitari; i dati sviluppati si inseriscono nel resoconto annuale delle cadute/precipitazioni occorse ai pazienti all'interno dell'Azienda.

Un indicatore importante per capire l'effettivo andamento delle cadute, ed in particolare comprendere l'efficacia delle strategie messe in atto, è il tasso di cadute (numero di cadute/per mille giornate di degenza). Con questo indicatore si possono confrontare tra loro Unità Operative, Ospedali, ecc. con numeri di pazienti annui anche molto differenti tra loro.

Facilitatori per la sicurezza del malato nei gruppi operatori

La sicurezza in Sala Operatoria rappresenta un elemento imprescindibile nelle attuali organizzazioni sanitarie. La Safety Surgery Check List (SSCL) è uno strumento di supporto alle équipe operatorie per l'effettuazione dei controlli di sicurezza e ha anche la finalità di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di qualità e sicurezza raccomandati. 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.

Attiva partecipazione nella revisione dell'istruzione operativa aziendale per l'allertamento delle équipes 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 Ottimizzazione dell'offerta in relazione alle risorse umane, in comparazione con le altre realtà aziendali della regione

Col 2015 sono stati definiti gli strumenti e le metodologie per il raggiungimento del traguardo dell'ottimizzazione dell'offerta in relazione alle risorse umane, In una visione integrata del ruolo dell'Azienda nel conteso provinciale e nella rete dell'offerta regionale.

È stata Elaborata una scheda per ciascuna Unità Operativa di degenza che contenesse le informazioni inerenti la determinazione della dotazione organica medica. Al riguardo sono state predisposte 40 schede, una per ciascun Reparto di degenza, con le informazioni a riguardo. Il lavoro condotto elabora il fabbisogno effettivo di personale in relazione ai volumi di attività erogati.

Seguendo il criterio metodologico della comparabilità con altre realtà sanitarie della Regione, è stata effettuata una comparazione dei minuti assistenziali delle degenze con il quadro dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia.

Tutto il lavoro prodotto è stato condotto in collaborazione con le Unità Operative dei Dipartimenti ad attività Integrata. Tutta l'analisi elaborata è stata descritta in un Documento indicante anche la metodologia adottata. Tale documento è stato concordato in Collegio di Direzione e successivamente presentato alle Organizzazioni sindacali mediche.

Il modello complessivamente prodotto ha potuto consentire il superamento di pregresse modalità organizzative dell'erogazione dell'assistenza particolarmente onerose per l'Azienda.

3.3.3 Miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e orientamento dei sistemi premianti

Con l'insediamento del nuovo Organismo Interno di Valutazione (OIV) regionale, sono state prodotte e mandate alla aziende sanitarie le nuove linee guida in materia di gestione del ciclo della performance (piano triennale, Master budget, relazione sulla performance). Sono state pure definite le linee guida per la conduzione dei processi programmatori e valutativi in stretta connessione col rispetto dei vincoli normativi sulla trasparenza e prevenzione della corruzione. Sul versante della Valutazione individuale, l'OIV si è espresso attraverso:

- la conduzione di attività finalizzate all'elaborazione di un sistema di valutazione uniforme condiviso da tutte le Aziende e applicabile in tutte. In questa fase l'Organismo ha interagito attraverso riunioni plenarie e settoriali con i componenti degli OAS. L'elaborazione di un prodotto definitivo avverrà nel 2016
- la richiesta formalizzata da delibera specifica a tutte le aziende, di produrre un regolamento aziendale su tutto il processo valutativo, condiviso dalle funzioni aziendali coinvolgibili (tra cui le organizzazioni sindacali. La scadenza per l'elaborazione di tale prodotto è però ancorata all'anno 2016.

Nello specifico della realtà organizzativa ferrarese, intesa come stato dell'arte nell'evoluzione del sistema in entrambe le Aziende sanitarie esistenti sul territorio provinciale, il processo di revisione del sistema di valutazione viene calato nella dimensione estesa del processo di integrazione strutturale in corso. A tal proposito è stato introdotto l'obiettivo comune di condurre i sistemi budgetari e di analisi delle performance verso un apparato unico adeguatamente articolato.

In sintesi, sia per lo sviluppo delle iniziative dell'OIV, sia per la gestione dei tempi oltre che delle strategie, necessari/propeedeutici all'integrazione, la procedura aziendale sulla valutazione proseguirà nel corso del 2016.

La valutazione dei Dirigenti è un modulo presente nel nuovo programma di gestione del personale individuato dalla regione. La Regione sta lavorando anche in collaborazione con l'OIV a individuare schede comuni con l'utilizzazione di supporti informatici per la loro gestione.

3.3.4 Attuazione del piano formativo aziendale sviluppato in relazione alle esigenze innovative sulle diverse dimensioni della performance

La formazione ha esercitato una funzione di supporto ai processi di integrazione funzionale e organizzativa tra le due Aziende sanitarie della provincia, coinvolgendo in iniziative di formazione interaziendali il personale dipendente delle due Aziende, e convenzionato (MMG, PLS e medici di continuità assistenziale).

Sono state implementate le seguenti tematiche formative:

- Integrazione dei processi con AUSL e qualità: Sono stati attivati nuovi percorsi formativi nell'ambito della gestione delle emergenze; Tali percorsi hanno implicato l'integrazione tra i docenti delle due Aziende, formati anche con corsi ad hoc, e la partecipazione dei dipendenti delle due Aziende.
- Competenze relazionali ed educative:
 - Diffusione dei principi e delle tecniche di health literacy rivolto al personale sanitario
 - Gestione delle dinamiche comunicative e gestione dei conflitti
 - Gestione nei conflitti relazionali con l'utenza ed i familiari
- Docenza, didattica tutoriale e gestione dei tirocini universitari
 - Percorsi di training e retrainig rivolti alle guide di tirocinio al fine di migliorare la didattica tutoriale operata nelle sedi di tirocinio dei Corsi di Laurea.
- Autoapprendimento e accesso alla letteratura scientifica in rete: sono in fase di continuo ampliamento percorsi di autoapprendimento, attraverso le piattaforme aziendali Moodle e all'acquisto dei corsi prodotti da MED 3.
 - Dati quali-quantitativi sulla formazione erogata
 - Attività formative svolte in sede. Per l'AOUFE sono stati programmati n. 290 corsi, realizzati n. 296 corsi madre, n. 23 (7,2%) corsi annullati, n. 29 corsi di nuova attivazione, complessivamente le edizioni sono state 437.
 - Formazione fuori sede 2015: Complessivamente i dipendenti dell'AUSLFE hanno partecipato a n. 244 iniziative formative fuori sede per un costo di Euro 12.080, i dipendenti dell'AOUFE hanno partecipato a 253 iniziative formative per un costo di Euro 54.436253.

In relazione ai processi di integrazione è stato esteso all'Azienda USL il sistema di prenotazione informatica, reso accessibile dall'area intranet di entrambe le Aziende. L'informatizzazione consente di verificare la disponibilità di tutte le aule (con definizione puntuale di numero posti ed attrezzature disponibili) e di richiederne la prenotazione. La conferma di avvenuta prenotazione verrà comunicata per iscritto dal personale di segreteria. La condivisione della sede di lavoro da parte del personale delle due Aziende rappresenta un presupposto necessario all'integrazione dei processi organizzativi, pertanto insieme all'Ufficio tecnico è stato definito un progetto di trasloco del personale e del materiale di archivio da Via Cassoli a Corso Giovecca.

Vi è stata una redistribuzione del personale all'interno degli uffici (AOSPU e AUSL) privilegiando il criterio dell'affinità di ruoli :

- personale sanitario/amministrativo che svolge funzioni di progettazione formativa
- personale sanitario che svolge funzioni di docenza nell'ambito della formazione Universitaria
- personale amministrativo che svolge funzioni di segreteria.

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

Nell'anno 2015, si sono realizzate acquisizioni in investimento, con finanziamenti a carico della Regione e dello Stato, per il rinnovo di tecnologie biomediche e sanitarie, funzionali a garantire il livello qualitativo della diagnosi e cura e proseguire il completamento del trasferimento delle tecnologie e delle attività sanitarie nel nuovo Ospedale di Cona .

In particolare:

- aggiudicazione della gara per il rinnovo tecnologico della Radioterapia relativa all'acquisizione dell'Acceleratore Lineare e TAC simulatore la cui installazione è prevista nel nuovo Ospedale di Cona propedeutica al completamento delle procedura di trasferimento della funzione di Radioterapia.
- Indizione gara per tomografo multislice da utilizzare anche in ambito cardiologico
- Indizione gara per angiografo biplano per la ricostruzione 3D dei vasi arteriosi

Nel 2015, in relazione alle documentate esigenze di sviluppo delle componenti tecnologiche del Centro HUB di Genetica Molecolare, sono stati intrapresi i processi organizzativi e analitici in merito all'acquisizione di un nuovo Sequenziatore.

Le procedure specifiche relative all'acquisto, tramite propedeutica gara, inizieranno coi primi mesi del 2016. Tale innovazione tecnologica consentirà di adeguare buona parte delle analisi effettuate in Genetica, permettendo l'applicazione di nuovi sistemi di lettura, e la presa in carico di pazienti con patologie su base genetica altrimenti non più affrontabili con le risorse attuali.

3.4.2 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Il Piano delle attività 2015 dell'Agenzia Intercenter approvato con DGR 487/2015 rappresenta insieme alla determinazione RER n. 3617 del 26.3.2015 la pianificazione unica degli acquisti in ambito sanitario.

Attraverso il Masterplan 2015-17, al quale le Aziende di AVEC hanno contribuito alla formazione con lo studio degli scadenziari e la standardizzazione delle procedure e dei fabbisogni in programmazione nel triennio di riferimento, ogni azienda del SSR regola i propri acquisti e le proprie procedure con tempistiche di realizzazione e livelli di acquisizione (centralizzato regionale, Area Vasta, aziendale).

Tale percorso è la conseguenza di quanto già messo in atto precedentemente attraverso la centralizzazione degli acquisti di AVEC ove, per quanto riguarda l'Azienda ospedaliero universitaria nel 2014 il livello degli acquisti centralizzati ha raggiunto il 59,86% Consip+Intercent-ER+AVEC, esclusa concessione di Cona). Nel corso del 2015 AVEC ha contribuito alla standardizzazione delle procedure di gara attraverso il Masterplan Regionale 2015-2017. Nel corso del 2015 sono stati sostanzialmente rispettati i tempi di acquisizione rispetto ai tempi standard. La rilevazione a livello aziendale di quanto sia stato ordinato su contratti secondo i diversi livelli di aggregazione per l'anno 2015 porta i seguenti risultati:

- Adesioni a convenzioni Intercenter 2015 Euro 13.827.954,51- 2014 13.425.445,00 (oltre Euro 74.755.061,00 per farmaci validi sino al 2017)-
- Contratti in AVEC (Bologna + Ferrara) il valore annuo dei contratti è stato nel 2015 di Euro 96,87 mln rispetto a Euro 64,99 mln del 2014.

3.4.3 Azioni in ambito I.C.T.

Nell'anno 2015, lo sviluppo dell'infrastruttura ICT ha riguardato la progettazione dei software:

1. per la semplificazione delle modalità di pagamento del ticket di Pronto Soccorso
2. per la gestione integrata dei Percorsi Ambulatoriali Complessi (Day Service),
3. per la dematerializzazione degli atti amministrativi
4. per il miglioramento della gestione dell'erogazione diretta dei farmaci e per la gestione del flusso FED.
5. per l'adeguamento software per l'applicazione delle nuove norme per la gestione della privacy
6. per la progettazione di un sistema informatizzato su totem per automatizzare e semplificare le logiche di accettazione ambulatoriale da parte dei pazienti prenotati a Cup.

Relativamente al punto 1 – "pagamento del ticket di Pronto Soccorso", già all'atto della dimissione, potrà essere consegnato il resoconto complessivo delle prestazioni da pagare con cui effettuare il pagamento nelle diverse modalità già disponibili del pagamento online, delle macchine riscuotitrici o del bonifico bancario.

Per quanto riguarda la "gestione integrata dei percorsi di Day Service" – punto 2 - il nuovo modulo software consente di prescrivere gli accertamenti diagnostici e i controlli successivi, compilando contestualmente l'apposita modulistica prescrittiva e le ricette mediche e fissare gli appuntamenti per gli accessi successivi, oltreché consultare i risultati degli esami. Per entrambi gli obiettivi del punto 1 e 2, i nuovi moduli software saranno installati sull'attuale infrastruttura database e server del Sistema Informatico Ospedaliero aziendale per cui non si rendono necessari interventi di ampliamento dello spazio macchina o di installazione di nuove licenze data base. Per quanto concerne il punto 3), nell'ambito del progetto "Babel" di area vasta AVEC per l'estensione in riuso del software di gestione dematerializzata degli atti amministrativi dell'Azienda Usl di Bologna, si rende necessaria l'acquisizione di un modulo software dedicato per la gestione della matrice delle responsabilità e della relativa integrazione. Dati i tempi ristretti, si è valutata la possibilità di acquisire i servizi di infrastruttura direttamente da Lepida, impiegando, da parte dell'Azienda, risorse del budget di spesa corrente.

Ne è conseguito lo "Studio di fattibilità per l'estensione del progetto BAM (Babel Amministrazione Digitale) dell'Azienda USL di Bologna alle altre aziende dell'Area Vasta Emilia Centrale", la cui versione definitiva è datata 29

luglio 2015.

Ad esito delle valutazioni effettuate dalle Direzioni Strategiche dell'AVEC, l'estensione di BABEL è diventato un progetto dell'intera Area Vasta con l'obiettivo di:

- avere uno strumento unitario e condiviso per rispondere alle richieste normative in tema di amministrazione digitale;
- dematerializzare i processi e conservare la documentazione a norma;
- costituire un patrimonio informativo comune con caratteristiche omogenee
- incentivare l'uniformazione delle procedure operative;
- semplificare la gestione interna ed esterna della documentazione;
- diffondere competenze e accrescere la cultura aziendale in materia di amministrazione digitale e documento informatico;
- condividere indicatori di efficienza monitorabili sistematicamente.

Il progetto BAM approvato dalle direzioni strategiche di AVEC, prevedeva entro il 31.12.2015 l'effettuazione della formazione dei PM e dei NORAD delle Aziende che sarebbero partite il 1.1.2016..

In data 23 e 24 novembre sono stati organizzati due incontri sull'utilizzo dell'applicativo Babel a cura di Babelcare, finalizzati a formare i Project Manager (PM) e alcuni operatori esperti del Servizio per la tenuta del protocollo informatico e dell'Ufficio atti, che si sono poi occupati della formazione di tutti i colleghi delle strutture tecnico amministrative e di staff, che partiranno con Babel il prossimo 21.3. 2016.

Relativamente alla "Gestione dell'erogazione diretta e della somministrazione dei farmaci e la produzione del flusso FED" – punto 4 - il nuovo modulo software è funzionale alla gestione integrata dei processi di somministrazione ed erogazione diretta dei farmaci al paziente da parte della farmacia ospedaliera e la rilevazione puntuale dei consumi tramite l'alimentazione del flusso regionale FED. L'obiettivo che la farmacia aziendale si prefigge, è di operare con un software completamente integrato con il Sistema Informatico Ospedaliero e in particolare con il modulo di gestione del magazzino farmaceutico. Si può accedere direttamente al prontuario farmaceutico regionale, viene effettuato direttamente lo scarico a magazzino e tracciato nel flusso regionale FED la consegna del farmaco. Non si rendono necessarie integrazioni software con terze parti, non si rendono necessari interventi di ampliamento dello spazio macchina o di installazione di nuove licenze database.

Riguardo il punto 5 – "adeguamento software per l'applicazione delle nuove norme per la gestione della privacy", l'intervento mira a realizzare sul Dossier Sanitario le modifiche funzionali necessarie affinché possano essere gestiti i consensi, tracciati gli accessi ai dati, gestiti gli oscuramenti e adottate le misure di sicurezza previste dal Garante Privacy. Non si richiedono adeguamenti strutturali dell'attuale infrastruttura database e server del Sistema Informatico Ospedaliero aziendale.

Punto 6 – "Progettazione di un sistema informatizzato su totem per automatizzare e semplificare le logiche di accettazione ambulatoriale da parte dei pazienti prenotati a Cup". Si tratta di predisporre nei pressi delle aree ambulatoriali un display touch screen che permette la presentazione del paziente (fornisce il P di presentato) e la gestione del suo percorso all'interno della struttura. Una volta avvenuta l'identificazione, il sistema visualizza i dati dell'appuntamento, stampa il biglietto recante il numero progressivo di chiamata e la denominazione dell'ambulatorio.

3.4.4 Percorsi di miglioramento tecnologico ed organizzativo finalizzati all'ottimizzazione dei sistemi di controllo della spesa

E' stata completata la realizzazione delle macro funzioni di gestione della prescrizione medica, dell'allestimento della terapia e della somministrazione a letto del paziente. Il sistema prevede inoltre l'utilizzo del braccialetto elettronico.

Le attività del gruppo di lavoro hanno permesso l'elaborazione di un primo prototipo di sistema di prescrizione e somministrazione che è stato sperimentato nell'agosto 2015 in UU.OO. pilota del dipartimento medico e dipartimento chirurgico. Dai risultati del test sono stati apportati ulteriori sviluppi al sistema che è pronto per l'attivazione. Il processo di attivazione prevederà un primo step di avvio della fase prescrittiva nel dipartimento medico e successivamente l'avvio della fase di somministrazione.

Oltre alle azioni di monitoraggio e segnalazione di situazioni critiche, sono state realizzate azioni di monitoraggio e segnalazione MENSILE per i farmaci ad alto costo con valutazione delle relazioni dei Direttori .

Nell'ambito dei risultati conseguenti alle azioni specifiche sui Dispositivi medici si evidenzia quanto segue:

- per i guanti non chirurgici, i consumi, pur rimanendo al di sopra della media regionale per quanto riguarda l'indicatore preso a riferimento (Indice di spesa per giornate di degenza normalizzato) il trend è in diminuzione rispetto al 2014, segno che le azioni correttive messe in campo hanno dato i frutti sperati già nella seconda metà del 2015;
- per le siringhe (e in generale per i dispositivi di prelievo e raccolta) si specifica che è in essere la Gara Intercent-ER Il risultato della gara sarà quasi sicuramente quello di avere prezzi più bassi e soprattutto omogenei sul territorio regionale.
- Sulle medicazioni avanzate è stata elaborata una scheda di monitoraggio presente su entrambi i siti Web provinciali per un migliore utilizzo in ottica ospedale-territorio delle medicazioni avanzate nel trattamento delle lesioni ferite acute e croniche.
- E' stata prevista anche una richiesta motivata e personalizzata per determinate tipologie di medicazioni ad alto costo e peculiari, che vengono esaminate dal farmacista prima della evasione della richiesta ricevuta.

Durante il 2015 sono state inoltre messe in atto le procedure di controllo e monitoraggio della spesa per beni. A tal proposito sono state messe a regime le modalità di gestione dei materiali in scorta e in transito con le relative modalità informatizzate a disposizione delle Unità Operative. Il sistema di reporting e di monitoraggio è stato condotto seguendo le regole dettate dal Regolamento regionale del Budget.

Per ogni scostamento rilevato durante il monitoraggio, sono state condotte istruttorie specifiche con il coinvolgimento dei responsabili degli ambiti interessati. Il quadro complessivo è quello di un sostanziale raggiungimento dell'obiettivo economico assegnato all'Azienda e alle Unità Operative. Queste azioni hanno consentito il pieno rispetto del vincolo della spesa programmata.

La verifica e il controllo dei costi sono stati migliorati anche per quanto riguarda i servizi esternalizzati con l'entrata a regime del sistema informatizzato di controllo della concessione nei servizi C3 – Sterilizzazione strumentario e C4 – Pulizie, permettendo un'elaborazione molto più rapida e puntuale delle rendicontazioni del gestore e delle richieste estemporanee.

3.4.5 Miglioramento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali

Il processo di miglioramento dell'efficienza nella registrazione delle prestazioni ambulatoriali, è stato perseguito attraverso azioni integrate della Direzione Medica, della Direzione Amministrativa e dell'Ufficio Qualità. In primo luogo è stato definito un modello di reportistica mensile da inviare ai direttori di Unità Operativa al fine di rendicontare le prestazioni mancanti; l'attività è stata gestita direttamente dal Centro Servizi che ha, in tal modo garantito il presidio e la registrazione della produzione erogata, evitando il rischio di perdite informative.

Sono stati valutati gli aspetti qualitativi dell'attività ambulatoriale e l'importanza della conoscenza dell'opinione dell'utenza come spunto di miglioramento organizzativo dell'offerta alla popolazione: a tal proposito l'Ufficio Qualità ha gestito e condotto un'indagine telefonica in collaborazione con il CCM "Miglioramento dell'efficienza per le prestazioni sanitarie ambulatoriali" ed ha supportato la realizzazione degli Audit Clinici "Migliorare i livelli di appropriatezza terapeutica del percorso glaucoma aziendale ed interaziendale" e "Percorso di diagnosi e terapia dei disturbi dell'articolazione temporo-mandibolare".

Il Gruppo Interaziendale per la Specialistica Ambulatoriale ha definito le indicazioni e le azioni da compiere per il raggiungimento dell'obiettivo posto dalla DGR 1056/2015, ovvero il raggiungimento di un indice di performance $\geq 90\%$ per le prestazioni critiche entro il 31.12.2015. Il criterio che ha guidato le azioni, concordate e definite attraverso l'accordo 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. L'obiettivo è stato raggiunto per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. Già nell'ultima settimana di novembre 2015 si è rilevata una performance $\geq 90\%$ per tutte le prestazioni monitorate e a tutt'oggi la performance risulta complessivamente garantita in modo stabile.

Tabella 3.3 - Andamento delle prestazioni ambulatoriali per le quali sono stati introdotti interventi finalizzati ad aumentare l'offerta

prestazione	2015											
	MM_EROGAZIONE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Visita Endocrinologica	→ 329	↑ 347	→ 374	→ 318	→ 315	↑ 346	→ 287	↓ 216	↑ 397	↑ 369	→ 311	↓ 212
Colonscopia	↓ 134	→ 160	→ 162	↓ 154	→ 163	→ 165	→ 163	↓ 122	↑ 213	↑ 224	↑ 224	→ 184
Ecocolordoppler	↓ 425	↓ 479	→ 668	↓ 487	↓ 618	→ 675	→ 714	↓ 532	↑ 997	↑ 1.043	↑ 948	→ 768
Gastroscofia	↓ 174	→ 187	→ 208	→ 190	↓ 185	↓ 168	→ 190	↓ 164	↑ 230	↑ 232	↑ 232	↑ 227
Ecocolordoppler Cardiaca	→ 284	→ 282	→ 311	→ 239	→ 276	→ 281	→ 324	↓ 87	↑ 483	↑ 498	↑ 457	↑ 470
Elettrocardiogramma Holter	→ 94	→ 90	↑ 112	↓ 68	↑ 106	→ 96	→ 97	↓ 63	↑ 103	→ 91	↑ 121	↑ 110
Spirometria	↓ 253	→ 325	→ 401	→ 308	→ 330	→ 326	→ 374	↓ 145	↑ 509	↑ 531	↑ 525	→ 345
Visita Gastroenterologica	→ 107	↑ 125	↑ 137	↑ 111	↑ 118	→ 76	→ 89	↓ 35	↑ 126	↑ 146	↑ 135	↑ 145
Visita Pneumologica	↓ 204	→ 267	↑ 307	→ 251	→ 245	→ 254	→ 302	↓ 130	↑ 369	↑ 347	↑ 355	→ 267
Ecografia capo e collo	→ 434	→ 463	↑ 548	→ 447	→ 471	↑ 507	↑ 529	↓ 308	↑ 602	↑ 587	↑ 595	→ 465
ECG da sforzo	↓ 15	↓ 1	↓ 31	→ 47	→ 67	→ 59	→ 49	↓ 6	↑ 98	↑ 108	↑ 114	→ 50
TOT	2.453	2.726	3.259	2.620	2.894	2.953	3.118	1.808	4.127	4.176	4.017	3.243

Fonte Aziendale

Sono state introdotte azioni di miglioramento dell'efficienza e dell'organizzazione in quei settori inseriti in posizioni centrali nella crescita dei percorsi diagnostici assistenziali; in particolare sono state riviste le disponibilità di risorse umane attraverso le opportune analisi del fabbisogno. Per l'Anatomia Patologica è stato effettivamente rivisto l'assetto organizzativo dotazionale in funzione dell'entità dell'offerta da erogare ed anche in relazione allo sviluppo dell'attività HPV secondo i nuovi assetti organizzativi e contabili. Quanto sopra ha determinato una riduzione dei tempi di refertazione.

Non si è più reso necessario il ricorso a gestioni simil-alp per garantire la completezza dell'offerta con il rispetto dei tempi.

Nel corso del 2015, è stata introdotta e portata a pieno regime l'attività della nuova PET, con la quale è stata gestita l'utenza ferrarese. L'attività si è ben consolidata con un sensibile incremento dell'offerta: le prestazioni erogate, infatti, sono aumentate da sia in senso quantitativo, sia in senso qualitativo con la ricerca di nuovi target (esami per Amiloide, con F-Colina, F-DOPA); la crescita quantitativa è partita dai circa 440 esami del 2014 agli oltre 700 del 2015.

Tra i processi di innovazione tecnologica nel settore riabilitativo che hanno contribuito allo sviluppo dell'eccellenza del centro HUB rivestono particolare rilievo le seguenti acquisizioni:

- Letti statici con stepper robotizzato "ERIGO"
- Sistema "Armeo Power" per la terapia funzionale degli arti superiori
- Aggiornamento tecnologico del sistema di analisi del movimento

Nel settore Oculistico è stata effettuata un'acquisizione tecnologica (sistema diagnostico di imaging della retina) che ha determinato un significativo processo di ottimizzazione della qualità delle prestazioni erogate.

3.4.6 Integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico

Tra gli obiettivi assegnati dalla Regione alle Direzioni aziendali delle due aziende sanitarie della provincia c'è l'integrazione a livello provinciale e/o di Area Vasta relativamente ai servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico (dando inizio alla realizzazione della parte prevista dal piano triennale). In particolare è necessario consolidare l'integrazione strutturale in ambito provinciale per le funzioni tecnico amministrative unificate già esistenti e garantire lo sviluppo di quelle in corso in base alla programmazione provinciale ed alle indicazioni regionali. L'Accordo Quadro è stato presentato alle Organizzazioni Sindacali delle diverse aree contrattuali e successivamente approvato dalle due aziende.

Per quanto riguarda invece l'Atto Aziendale non è stato ancora presentato nel suo complesso ma sono già stati individuati i Dipartimenti Sanitari ad attività integrata provinciale ed è in avanzata fase di elaborazione il nuovo regolamento di funzionamento dei medesimi dipartimenti.

Realizzazione del progetto sul Magazzino unico provinciale e contributo alla progettualità del magazzino di area vasta

Le azioni introdotte dall'Azienda nell'ambito del gruppo di progetto nominato dal Coordinamento dei Direttori Generali AVEC sono le seguenti:

1. Il progetto di Logistica Centralizzata è stato inviato alle direzioni amministrative AVEC dal coordinatore del

- Gruppo di Lavoro Logistico AVEC. Tale progetto è stato poi integrato dai Direttori di Farmacia
2. Il Regolamento è stato predisposto dal Dipartimento di Farmacia e dal Dipartimento ICT in collaborazione con il Dipartimento Acquisti ed inviato al coordinatore gruppo logistica AVEC dal quale è stato successivamente approvato
 3. Nel corso dell'anno, si è svolta l'attività di verifica e appaiamento delle anagrafiche dei prodotti economici e sanitari di gestione economica presenti nei software delle due Aziende, al fine di creare un unico codice AVEC sul portale. Attività che si è conclusa per tutti i codici movimentati (sia Scorta che Transito) fino a novembre 2015. Da gennaio 2016 sarà operativo il portale AVEC di gestione delle anagrafiche per la codifica unificata AVEC dei prodotti sanitari ed economici.

3.4.7 Appropriately dei ricoveri

Nel corso del 2015 sono stati effettuati da parte del NAC (Nucleo aziendale controlli) controlli su oltre 5.000 cartelle (circa 16% della casistica totale), con superamento della percentuale richiesta dalla normativa nazionale (10%).

Tabella 3.4 - Distribuzione tipo di controllo interno, dettaglio per aziende ospedaliere (dato riferito al 13° invio SDO)

Tipologia di controllo interno	902 - PR		903 - RE		904 - MO		908 - BO		909 - FE		TOTALE	
	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.
DRG MALDEFINITI	298	14.9	189	3.7	143	3.3	179	0.6	176	3.2	985	2.1
DRG CHIRURGICO CON CC IN DH	-	-	126	2.4	56	1.3	8	0.0	138	2.5	328	0.7
DRG CHIRURGICO CON CC IN RO 0-1 GG	-	-	85	1.6	94	2.2	68	0.2	39	0.7	286	0.6
DRG CON CC ORDINARI >1	-	-	215	4.2	2	0.0	3.908	12.8	439	8.1	4.564	9.6
DRG MEDICO CON CC IN DH >3 ACCESSI	-	-	26	0.5	23	0.5	87	0.3	45	0.8	181	0.4
DRG MEDICO IN DH SENZA PROCEDURE	43	2.2	39	0.8	41	1.0	-	-	28	0.5	151	0.3
DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI	101	5.1	239	4.6	993	23.2	3.165	10.3	599	11.0	5.097	10.7
RICOVERI RIPETUTI 0-1	61	3.1	-	-	81	1.9	6	0.0	32	0.6	180	0.4
OMNICOMPRESIVITÀ DELLA TARIFFA	460	23.1	-	-	132	3.1	-	-	84	1.5	676	1.4
DRG 223 ASSOCIATO A M.P.R. 81.83	-	-	-	-	16	0.4	9	0.0	1	0.0	26	0.1
CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA CLINICA	-	-	282	5.5	-	-	-	-	93	1.7	375	0.8
ALTRI CONTROLLI	1.031	51.7	3.952	76.7	2.698	63.1	23.150	75.7	3.659	67.3	34.490	72.7
CODIFICA INTERVENTI SULLA COLONNA	-	-	1	0.0	-	-	2	0.0	102	1.9	105	0.2
Totale	1.994	100.0	5.154	100.0	4.279	100.0	30.582	100.0	5.435	100.0	47.444	100.0

E' stata svolta l'attività di controllo sulla qualità compilativa della cartella. La normativa vigente prevede di sottoporre a verifica, per ciascuna unità operativa, un numero di cartelle pari al 5% dei dimessi.

Nell'anno 2015 sono state sottoposte a verifica 922 cartelle, pari al 2,75% circa dei dimessi.

Le verifiche eseguite, in relazione alla presente fattispecie, non hanno raggiunto l'obiettivo di verificare il 5% di cartelle per ciascuna UUOO.

Tabella 3.5 - Verifica della qualità della compilazione della cartella clinica ex DGR 1706/2009. Confronto per aziende (dato riferito al 13° invio SDO).

Azienda di ricovero	N° dimessi	N° controlli	% controllo
101 - PIACENZA	49.022	5.356	10.9
102 - PARMA	36.605	12.970	35.4
103 - REGGIO EMILIA	37.069	4.607	12.4
104 - MODENA	77.431	8.533	11.0
105 - BOLOGNA	105.442	20.494	19.4
106 - IMOLA	17.861	113	0.6
109 - FERRARA	22.355	1.807	8.1
114 - ROMAGNA	201.297	47.302	23.5
902 - AOSPU PARMA	49.436	-	-
903 - AOSP REGGIO EMILIA	41.626	5.172	12.4
904 - AOSPU MODENA	39.599	2.021	5.1
908 - AOSPU BOLOGNA	66.880	83	0.1
909 - AOSPU FERRARA	33.569	924	2.8
960 - I.O.R.	19.595	302	1.5
Totale	797.787	109.684	13.7

Nell'anno 2015 è stata condotta un'analisi della qualità della compilazione della documentazione clinica, indagando la rispondenza della documentazione clinica ai requisiti di contenuto: rintracciabilità, pertinenza, chiarezza, veridicità e completezza.

Il progetto, condotto in collaborazione con la Scuola di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Ferrara, ha comportato l'analisi di un campione casuale di 249 cartelle cliniche, relative a pazienti dimessi nel corso dell'anno 2014/2015 dai reparti dei Dipartimenti Medico e Chirurgico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. I dati emersi dalla relazione sono stati presentati al Collegio di Direzione.

Al termine dell'incontro sono state formulate le seguenti proposte di miglioramento:

1. mantenimento dell'attività di verifica a carico del NAC, con l'indicazione ad aumentare il numero complessivo di cartelle esaminate nell'anno, sino al raggiungimento dello standard minimo definito dalla DGR 1706/2009;
2. attivazione di gruppi di lavoro aziendali con l'obiettivo di:
 - identificare (e rimuovere) le condizioni che attualmente, in caso di ricovero con trasferimenti interni, portano alla compilazione di più cartelle cliniche;
 - revisionare alcuni specifici moduli della cartella clinica quali, ad esempio, quelli relativi all'acquisizione dei consensi;
3. revisione della scheda di rilevazione e definizione di un sistema di pesi collegati ai singoli item, per la valutazione della qualità della compilazione della documentazione clinica.

Col 2015 l'attività di Controllo si è estesa e sviluppata anche nella dimensione dell'appropriatezza clinica oltre che organizzativa. Per alcune UUOO, l'analisi della documentazione clinica selezionata nel rispetto dei criteri previsti dalla Delibera di Giunta Regionale 1890/2010, "Definizione valore percentuale/soglia di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di degenza ordinaria" è stata svolta in concerto tra personale medico della UUOO, Nucleo Aziendale dei Controlli e Ufficio Dimissioni Ospedaliere.

Endocrinologia

Sono state analizzate 33 cartelle cliniche.

L'analisi ha facilitato l'identificazione delle condizioni (cliniche ed organizzative) che possono interferire sul regolare svolgimento del ricovero; alcune condizioni, più di altre, influenzano la formulazione di un giudizio di inappropriata di setting:

- condizioni cliniche classificate come "Emergenza" endocrinologica;
- difficile gestione del paziente in altri ambiti assistenziali (DH o ambulatorio) in relazione a fattori quali:

- la distanza chilometrica dal domicilio, che renderebbe estremamente oneroso per la paziente e per i familiari di riferimento il pendolarismo tipico di un percorso diagnostico in regime ambulatoriale o di day hospital;
- l'età della paziente, condizione che impatta negativamente sulla compliance e sulla capacità di raccogliere in maniera corretta i campioni biologici;
- alcune tipologie di indagini, in particolare curve da carico e prelievi seriati che si prolungano ben oltre l'orario di apertura del day hospital;
- la necessità di un'attenta osservazione e monitoraggio dei parametri vitali e della sintomatologia accusata dal paziente in relazione alla tipologia di stimolazione eseguita ed alle variazioni che tale stimolo determina.

Medicina Interna II

Sono state analizzate 18 cartelle cliniche.

L'analisi ha facilitato l'identificazione delle condizioni (cliniche ed organizzative) che possono interferire sul regolare svolgimento del ricovero; alcune condizioni, più di altre, influenzano la formulazione di un giudizio di inappropriata di setting:

- mancato controllo sull'accettazione, frequentemente disposta dal Pronto Soccorso;
- difficile gestione domiciliare del paziente (necessità di cure e trattamenti specifici o di assistenza sanitaria e sociale);
- dimissione ritardata dall'attesa di disponibilità di posto letto presso altre strutture (RSA e LPA, in genere).

Reumatologia

Sono state esaminate 22 cartelle cliniche.

L'analisi ha facilitato l'identificazione delle condizioni (cliniche ed organizzative) che possono interferire sul regolare svolgimento del ricovero; alcune condizioni, più di altre, influenzano la formulazione di un giudizio di inappropriata di setting: tali condizioni, dettagliate nel verbale del giorno 5 agosto u.s., sono così riassumibili:

- per i pazienti tipicamente gestiti dalla UO di Reumatologia, il termine "urgenza" va letto in una accezione più estesa rispetto a quella cui si fa riferimento per la maggior parte delle Discipline che popolano l'Azienda Ospedaliera;
- la condizione associata a possibile recrudescenza e/o riacutizzazione del quadro clinico non di rado si presenta complesso, trattandosi di pazienti pluritrattati, immunodepressi e solitamente con pluripatologie;
- il paziente cronico tende a sviluppare una sorta di "fidelizzazione" nei confronti della struttura e dell'equipe sanitaria specialistica di riferimento;
- l'Unità Operativa Complessa di Reumatologia è centro di riferimento per diverse le patologie reumatiche; in ragione della considerevole percentuale di pazienti che afferiscono da fuori provincia e fuori regione (attorno al 70%), occorre tenere in debita considerazione anche alcuni aspetti logistici, primo fra tutti la distanza chilometrica dal domicilio che condiziona frequentemente la scelta del livello assistenziale (ricovero ordinario) all'interno del quale gestire le specifiche problematiche del paziente.
- difficile gestione del paziente in altri ambiti assistenziali (DH o ambulatorio) in relazione a fattori quali:
 - la distanza chilometrica dal domicilio, che renderebbe estremamente oneroso per la paziente e per i familiari di riferimento il pendolarismo tipico di un percorso diagnostico in regime ambulatoriale o di day hospital;
 - l'età della paziente, condizione che impatta negativamente sulla compliance e sulla capacità di raccogliere in maniera corretta i campioni biologici.

3.4.8 Appropriata 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'appropriata 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 inappropriatelyzza;
- 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: rispetto al 2014 sono aumentati come numero assoluto ma diminuiti in percentuale: infatti il numero complessivo di accessi al Pronto Soccorso è sensibilmente aumentato rispetto al 2014.

Tabella 3.6 - Accessi al PS classificati per codice colore a confronto 2014-2015

	anni											
	2014						2015					
	livello di gravità					totale	livello di gravità					totale
	missing	Critico	Acuto	Urgente differibile	Non urgente		missing	Critico	Acuto	Urgente differibile	Non urgente	
388 -Pronto Soccorso Ortopedia	-	-	802	9.504	835	11.141	-	1	867	9.321	887	11.076
427 -Ambulatorio PS O.R.L.	-	-	-	-	-	-	-	-	20	690	555	1.265
436 -Pronto Soccorso Oculist.	-	1	75	5.730	2.345	8.151	-	1	103	6.444	2.144	8.692
471 -Pronto Soccorso	9	1.378	13.690	27.268	2.227	44.572	5	1.347	14.390	28.090	1.611	45.443
745 -P.S. Ostetrico e Ginecologico	-	-	40	5.071	640	5.751	-	2	77	4.779	710	5.568
991 -Amb. di Urgenza Pediatrica	-	3	174	8.560	4.479	13.216	-	4	160	8.138	4.779	13.081
totale	9	1.382	14.781	56.133	10.526	82.831	5	1.355	15.617	57.462	10.686	85.125

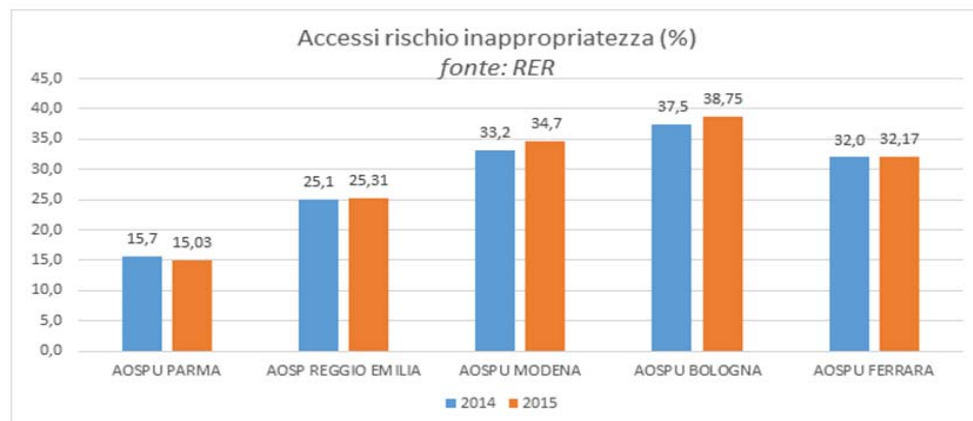
Accessi inappropriati al Pronto Soccorso

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 inappropriatelyzza 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 2014 e nel 2013.

Figura 3.18 - Accessi al PS a rischio di in appropriatezza 2015

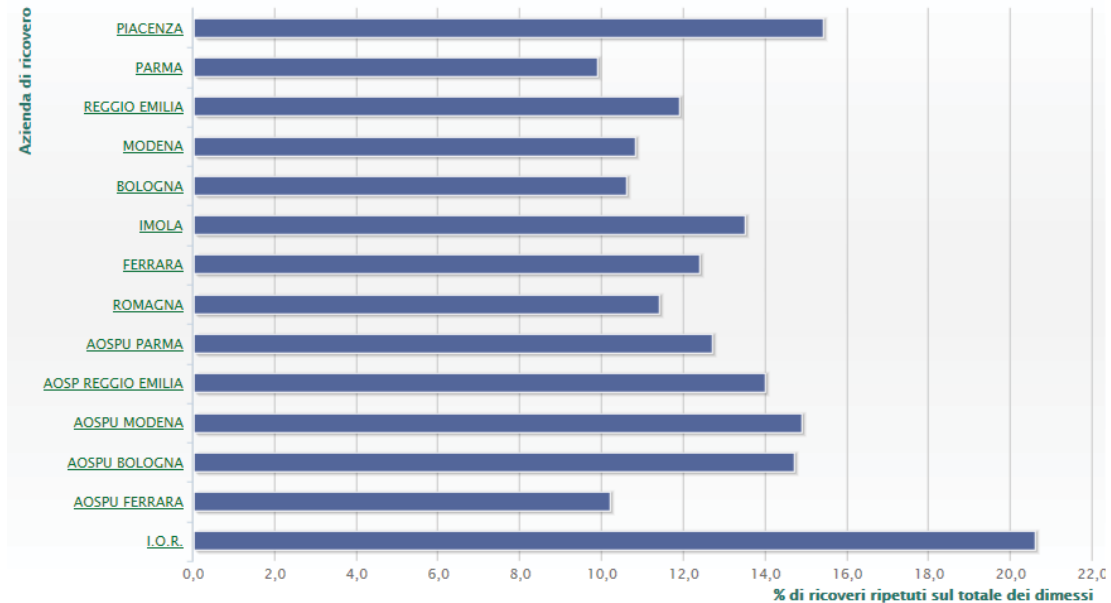


Ricoveri ripetuti

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 2015, è ancora tra i più bassi nel quadro complessivo regionale.

Figura 3.19 - Percentuale di ricoveri ripetuti nel 2015 a confronto tra le Aziende RER

Anno di dimissione: 2015 (consolidato senza mobilità passiva)



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 sia il dato sulle TC che sulle RM.

Tabella 3.7 - Indice di consumo per le TC e RM ad alto rischio di in appropriatezza nel 2015

Azienda USL di residenza	SSN			LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA			PAGANTE IN PROPRIO			LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA ALLARGATA		ALTRO			TOTALE		
	D12 -Tac	D25 -RM	TOTALE	D12-Tac	D25-RM	TOTALE	D12 -Tac	D25 -RM	TOTALE	D25-RM	TOTALE	D12 -Tac	D25 -RM	TOTALE	D12 -Tac	D25 -RM	TOTALE
PIACENZA	4,9	36,7	41,6	0,2	0,4	0,6	.	0,0	0,0	.	.	.	.	.	5,1	37,1	42,2
PARMA	3,4	40,9	44,3	0,1	0,3	0,3	0,0	0,1	0,1	.	.	.	.	.	3,5	41,2	44,7
REGGIO EMILIA	5,8	54,4	60,2	0,1	0,3	0,3	0,3	4,0	4,3	.	.	0,0	.	0,0	6,2	58,6	64,8
MODENA	4,9	38,3	43,1	0,2	1,0	1,2	0,0	0,5	0,5	.	.	.	.	.	5,1	39,8	44,9
BOLOGNA	4,8	45,0	49,8	0,1	0,4	0,6	0,0	0,9	1,0	0,0	0,0	0,0	.	0,0	5,0	46,4	51,4
IMOLA	4,8	57,2	62,1	0,2	0,5	0,7	0,1	10,0	10,0	0,0	0,0	.	0,0	0,0	5,1	67,8	72,9
FERRARA	3,4	42,1	45,5	0,0	0,4	0,5	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	42,7	46,1
ROMAGNA	7,3	49,0	56,4	0,1	0,4	0,5	0,1	2,1	2,2	0,5	0,5	0,0	0,0	0,0	7,5	52,0	59,5
TOTALE	5,3	45,3	50,6	0,1	0,5	0,6	0,1	1,6	1,6	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	5,5	47,5	53,0

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 2015 al S.Anna ha evidenziato i dati riportati nella tabella seguenti.

Tabella 3.8 - 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
	2015	15	435	401	462	186	1.499
CIRROSI EPATICA ALCOLICA	2014	2	24	2	1		29
	2015	4	30	5	3		42
DANNO EPATICO DA ALCOL, NON SPECIFICATO	2014		1				1
	2015		2				2
EPATITE ACUTA ALCOLICA	2014	1					1
	2015		2				2
TOTALE	2014	22	382	381	432	206	1.423
	2015	19	469	406	465	186	1.545

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 sono in aumento i casi relativi alle malattie ischemiche del cuore.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria continua a collaborare con l'Azienda USL e l'Università per il controllo dell'appropriatezza della domanda, perseguendo traiettorie strategiche comuni:

- 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 al ricovero inappropriato
- Accordi budgetari con le case di Cura per la gestione di trasferimenti verso tali strutture
- Accordo 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.
- L'integrazione dei servizi 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").

3.4.9 Miglioramento continuo delle performance cliniche

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, 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 4" dell'Agenzia Sanitaria Regionale come linea guida per la costruzione del sistema di misurazione e monitoraggio delle caratteristiche di qualità. Coerentemente a quanto enunciato da tale documento, nel 2001 è iniziata la costruzione di un sistema aziendale di indicatori di performance clinica.

L'ottica del miglioramento continuo applicabile alle performance cliniche ed organizzative è favorita dalla garanzia delle seguenti azioni:

- Ricognizione del dato di performance clinica dell'Azienda
- Inquadramento e studio delle situazioni fuori standard.
- Analisi dei processi sottostanti le tipologie di prestazioni non allineate agli standard e avvio analisi per cambiamento organizzativo necessario alla risoluzione delle criticità rilevate.

Progetto Bersagli (network Regioni)

Nel corso dell'anno sono stati introdotti nell'ambito del progetto Bersagli nuovi strumenti di monitoraggio delle performance cliniche e organizzative aziendali. Le dimensioni della performance monitorate dal progetto Bersagli che presentavano criticità erano:

- percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital (Chirurgia Generale, Clinica Chirurgica, Chirurgia Vascolare, Urologia)
- percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg (Chirurgia Generale, Clinica Chirurgica, Chirurgia d'Urgenza)
- percentuale di fratture femore operate entro 2 giorni (Ortopedia, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'Urgenza)
- percentuale di ricoveri per pazienti con patologie respiratorie sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva (Pneumologia)
- attesa prima della visita in PS (Medicina d'Urgenza)
- ricoveri sopra soglia, per colecistectomia laparoscopica e tumore della prostata (volumi) (Chirurgia Generale, Clinica Chirurgica, Chirurgia d'Urgenza, Urologia).

Le situazioni fuori standard regionale dovranno essere analizzate per raggiungere l'allineamento.

In Azienda tutte le azioni introdotte finalizzate all'ottimizzazione organizzativa nelle Unità Operative coinvolte hanno determinato un quadro complessivo di sostanziale allineamento agli standard sia regionali che nazionali.

In particolare per quanto riguarda la percentuale di DRG medici dimessi da reparti chirurgici la performance aziendale risulta migliore rispetto alla media network: il valore di AOSPU è di 14,26 rispetto alla media regionale di 14,67 -best in class RER- e alla media network di 19,78. Per l'indicatore ricoveri sopra soglia, per colecistectomia laparoscopica e tumore della prostata l'azienda supera il livello standard (per le colecistectomie) come dato complessivo, ma non come singola Unità Operativa erogante l'intervento.

Indicatori RER

Gli indicatori RER per i quali doveva essere raggiunto lo standard regionale sono:

- parto cesareo (Ostetricia e Ginecologia)
- ospedalizzazione per Scompenso cardiaco (Medicine del DAI Medico, Cardiologia)
- frattura di Femore (presente anche nel progetto Bersagli)

Anche in questo caso è stato effettuato l'inquadramento e lo studio delle situazioni fuori standard regionale, l'analisi dei processi sottostanti le tipologie di prestazioni non allineate agli standard regionali ed è stata avviata l'analisi per cambiamento. Dal monitoraggio condotto in Azienda nel corso dell'anno, in relazione alla periodicità della disponibilità dell'informazione non sono emerse situazioni di disallineamento rispetto agli standard sia regionali che nazionali.

Piano Nazionale Esiti (PNE)

Le situazioni descritte dal PNE con criticità sono:

- colecistectomie laparoscopiche (Chirurgie)
- profili di ospedalizzazione e di riammissione a 30 gg per scompenso cardiaco (Medicine del DAI Medico e Cardiologia)

L'ultimo report disponibile del PNE evidenzia valori allineati alla media regionale e nazionale sia per le colecistectomie laparoscopiche sia per profili di ospedalizzazione e di riammissione a 30 gg per scompenso cardiaco. Per le colecistectomie, il perfezionamento della performance è in buona misura attribuibile a una serie di miglioramenti organizzativi e programmatori sulle sale operatorie attraverso lavori e analisi eseguite in collaborazione tra i Referenti chirurgici, di Direzione Medica e Direzione delle Professioni. Il valore osservato di Risk Adjustment dal report PNE è 0,95.

In Cardiologia il valore osservato di Risk Adjustment dal report PNE è 1,06.

3.4.10 L'accreditamento istituzionale

In data 23 Dicembre 2014 è stata emessa dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali la Determinazione di Accredimento Istituzionale definitivo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e in data 30 Dicembre 2014 la Determinazione di Accredimento delle Unità di Raccolta Sangue Avis Provinciale di Ferrara.

Il 18 e il 19 Febbraio 2016, dopo la fase di preparazione avvenuta durante il 2015, la U.O. Servizio di Immunematologia e Trasfusionale e le Unità di Raccolta Sangue Avis Provinciale di Ferrara sono state oggetto di visita di verifica di sorveglianza biennale per l'Accreditamento delle Strutture del Sistema Sangue da parte dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Sono state introdotte tutte le azioni specifiche per la definizione delle interfacce e per l'informativa ed il consenso. Per quanto riguarda la definizione delle interfacce, tutte le azioni introdotte sono state focalizzate sulle interfacce con l'AUSL e ogni Unità Operativa ha formalizzato le diverse tipologie di interfacce cliniche organizzative, i relativi documenti di riferimento e le modalità di presidio delle stesse.

Per quanto riguarda la riformulazione dell'informativa e del consenso per l'intervento, il gruppo di lavoro composto dai Referenti chirurgici e l'Ufficio Qualità, ha condotto un processo di revisione completa della documentazione, in relazione alle normative cogenti, in tutte le sue componenti, garantendo l'adeguatezza alle esigenze di ciascuna Unità Operativa:

- Consenso generico con opzioni specifiche per tipologia di intervento
- Consenso alla privacy come parte integrante della cartella clinica
- Consenso all'emotrasfusione

Per quanto riguarda la definizione delle Procedure Neurochirurgiche, l'ematoma extradurale è trattato nel documento relativo al percorso del PDTA Ictus, mentre per il trauma della fossa cranica posteriore è iniziata la predisposizione della relativa procedura; sarà formalizzata entro i primi mesi del 2016.

Sono state condotte tutte le attività programmate necessarie e propedeutiche in preparazione all'accreditamento

di eccellenza JACIE del percorso Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche, per conto del Centro Nazionale Sangue e Centro Nazionale Trapianti che vede coinvolte le Unità Operative Ematologia e Servizio di Immunoe-matologia e Trasfusionale. La visita ispettiva è avvenuta nel marzo del 2016. E' stato rispettato il mandato della Direzione Aziendale sull'integrazione del CTFE all'interno del sistema qualità aziendale.

Infine il Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento ha ottenuto l'Accreditamento provvisorio.

3.4.11 Applicazione del piano di prevenzione della corruzione

In continuità con quanto indicato nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2015-2017, per l'anno 2015 è stato inviato, a tutti i Direttori/Dirigenti responsabili delle Strutture Tecniche Amministrative e di Staff e ai Direttori dei DAI un "questionario" così articolato:

- Gestione del rischio. In tale sezione è stato chiesto a n. 4 articolazioni aziendali se sono state attuate le misure individuate nel PTPC 2015-2017 (Si / NO). N. 3 su 4 articolazioni interessate hanno risposto SI ed hanno altresì indicato le specifiche misure;
- Attuazione di PTPC. In tale sezione è stato chiesto se è stata curata la diffusione del PTPC all'interno dell'Unità Operativa; se è stata curata la diffusione del Codice di Comportamento e con quali strumenti viene assicurata l'osservanza delle regole del Codice stesso; se, infine, è stata data pubblicità alle regole di accesso degli Informatori Scientifici (con riferimento alle strutture interessate);
- Come sono percepiti gli adempimenti richiesti in attuazione della normativa anticorruzione. In tale sezione è stato chiesto di indicare gli aspetti positivi e negativi. Complessivamente la citata nota è stata inviata a n. 31 strutture/articolazioni aziendali e, nonostante le azioni di sollecito, hanno risposto n. 18 strutture. Va evidenziato che è stata segnalata la ridondanza di alcuni debiti informativi già richiesti da norme e comunicati a vari soggetti/Autorità sulla base delle stesse. E' emersa, inoltre, la percezione delle misure come mero adempimento burocratico, quindi di competenza delle componenti amministrative.



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, assegnisti di ricerca e borsisti).

Il personale dipendente dell'Azienda si compone di una percentuale del 78,03% 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 74,25% 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 10,06%, per un totale dell' 84,31%.

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 2015 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.

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 2015

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2372	581	1791
Personale universitario	134	76	58
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	78	20	58

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*	2372	581	1791	163	547	1017	638	7	1	100
Dirigenti medici	388	188	200	27	126	94	135	6		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	65	15	50	2	9	20	34			
Personale infermieristico	1125	183	942	109	305	523	188		1	58
Personale tecnico sanitario	154	36	118	13	31	65	44	1		15
Personale della prevenzione	10	4	6			4	6			1
Personale della riabilitazione	58	5	53	8	9	23	18			8
Personale OTA, OSS, ausiliari	256	37	219	1	34	140	81			3
Personale amministrativo	152	23	129		17	79	56			6
Altro personale	164	90	74	3	16	69	76			6

Fonte aziendale

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	185	di cui: 72 pensionamenti - 46 dimissioni - 54 termine incarico - 2 dispense - 6 decessi - 5 mobilità
Tot. Dipendenti assunti	128	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 2015	9,36%	140	82

Fonte aziendale

Tabelle 4.2 - 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 4.3 - 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

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 in vigore nel 2015, 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 (DAI) 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 condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e delle Unità Operative.

Nell'anno 2015 il Collegio di Direzione è stata la sede ove sono avvenute:

- la condivisione delle strategie e della pianificazione annuale, in particolare la condivisione dei macro-obiettivi di budget;
- la condivisione dei progetti di ricerca;
- le tematiche strategiche 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.

Oltre che con la programmazione aziendale, il percorso del budget interagisce con altre due tematiche di recente sviluppo nelle aziende:

- Il percorso attuativo della certificabilità dei Bilanci (PAC). La Regione Emilia-Romagna ha introdotto il PAC presso le aziende sanitarie con la Delibera della Giunta Regionale n. 865 del 24 giugno 2013, successivamente modificata dalla DGR n. 150 del 23 febbraio 2015. Le aziende devono strutturare processi amministrativo-contabili interni secondo un programma di attività definito dalle singole Regioni. Tra i compiti specifici da svolgere, figura anche l'elaborazione del regolamento di budget e sua diffusione all'interno dell'azienda attraverso i sistemi di pubblicazione interna. L'azienda dispone del regolamento di budget, pubblicato nel sito intranet aziendale.
- Il piano aziendale della trasparenza e prevenzione della corruzione. I documenti aziendali di programmazione sono stati pubblicati nella sezione specifica del sito internet aziendale dedicata alla trasparenza e prevenzione della corruzione ("Amministrazione trasparente").

E' stato condotto il processo di budget seguendo l'impostazione caratterizzata da una prima fase di presentazione delle linee programmatiche e degli obiettivi 2015 (avvenuta in Collegio di Direzione), e da una successiva fase di negoziazione degli obiettivi stessi, tra i DAI e la Direzione.

Gli obiettivi del 2015 sono stati "raggruppati" all'interno di sette dimensioni della performance, secondo le linee guida dell'OIV Regionale, ogni dimensione è stata poi suddivisa in aree e per ogni area sono stati definiti dei macro obiettivi:

- Dimensione: Performance della produzione
 - Area: Efficienza dei Processi
 - Macro-Obiettivi:
 1. Effetti dell'integrazione sulla qualità dell'assistenza
 2. Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
 3. Incremento del potere di Attrazione
 4. Mantenimento dei livelli storici di attrazione
 5. Miglioramento dell'offerta provinciale espressa in termini di potere di attrazione dell'utenza residente
 6. Ottimizzazione dei tempi di attesa chirurgici (efficienza in sala operatoria)
 7. Ottimizzazione della risposta ai bisogni della popolazione in relazione all'attività di ricovero
 8. Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali
 9. Redazione programma operatorio giornaliero nel sistema Ormaweb
 10. Adesione agli obiettivi regionali in ambito cardiovascolare nella prescrizione alla dimissione da ricovero e visita specialistica (report del Dipartimento Farmaceutico)
 11. Impiego antibatterici glicopeptidici secondo criteri costo/efficacia
 12. Riduzione utilizzo fluorochinoloni per uso sistemico
 13. Riduzione prescrizione antibatterici alla dimissione con avvicinamento alla media regionale
 - Area: Produttività delle Risorse
 - Macro-Obiettivi:
 1. Consolidamento della funzione di filtro in PS
 2. Ottimizzazione dell'efficienza in relazione al volume di prestazioni da erogare
 3. Ottimizzazione dell'offerta in relazione alle risorse umane, in comparazione con le altre realtà aziendali della regione, ed ai principi che regolano il processo dell'integrazione con la AUSL
 4. Ridefinizione dell'offerta provinciale, in relazione agli accordi con AUSL
 - Dimensione: Performance della Qualità
 - Area: Centralità del paziente
 - Macro-Obiettivi:
 1. Consolidamento dei setting assistenziali alternativi
 2. Facilitazione all'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
 3. Utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione di prestazioni di specialistica
 4. Revisione organizzativa della gestione del paziente talassemico
 5. Presidio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni necessarie alla gestione del caso clinico
 6. Snellimento delle procedure di tariffazione in pronto soccorso
 - Area: Qualità organizzativa (sicurezza)

- Macro-Obiettivi:
 1. Maggiore utilizzo dei lavori del Nucleo dei Controlli Sanitari (NAC), come strumento di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e dei relativi percorsi.
 2. Presidio della Sicurezza in Sala Operatoria
- Dimensione: Performance della sostenibilità
 - Area: Autonomia economico finanziaria
 - Macro-Obiettivi:
 1. Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER
 2. Rispetto del vincolo della spesa per beni di consumo, con attenzione anche al singolo prodotto
 3. Rispetto delle disposizioni da parte della Commissione DM (CPDM)
 - Area: Investimenti
 - Macro-Obiettivi:
 1. Miglioramento della qualità dell'offerta in relazione al rinnovo tecnologico
 - Dimensione: Performance dello Sviluppo organizzativo
 - Area: Capitale intellettuale
 - Macro-Obiettivi:
 1. Miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e orientamento dei sistemi premianti nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione
 - Dimensione: Performance dell'Innovazione
 - Area: Innovazione di processo e prodotto
 - Macro-Obiettivi:
 1. Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio: Network Regioni-Progetto Bersagli
 2. Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio: Indicatori RER
 3. Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio: PNE
 4. Presidio sugli indicatori di performance clinica aziendali
 5. Presidio sulle criticità emerse con l'Accreditamento
 6. Presidio sulle criticità emerse negli altri settori della Qualità
 7. Presidio sulle criticità cardiologiche specifiche (tasso di ricoveri per scompenso, mortalità per IMA)
 8. Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi e risorse impiegate.
 - Dimensione: Attività scientifica e partnership
 - Macro-Obiettivo:
 1. Rendicontazione sulle attività specifiche condotte e sui risultati ottenuti

Per ogni macro-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.

4.2.3 Il processo di Accreditamento

Le azioni compiute nel corso del 2015 relativamente alla tematica dell'Accreditamento istituzionale sono riportate al paragrafo 3.4.10 "Accreditamento istituzionale".

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 Ospedaliero-Universitaria

- *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 2015 sono stati 8, gli operatori iscritti al corso sono stati 557, gli operatori che hanno partecipato ai corsi sono stati 1448 (80,4%). Nel 2015 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° 147 Operatori. Sono state effettuate n° 11 attività di verifica (nei mesi di febbraio e novembre 2015) circa la valutazione dell'efficacia formativa dei corsi sulle procedure di sicurezza sul lavoro presso le Unità Operative del Dipartimento Chirurgico, Chirurgico Specialistico, Riproduzione e Accrescimento. Tale attività è stata effettuata dal personale sanitario e tecnico; sono stati intervistati n° 106 Operatori. Nel corso del 2015 sono proseguiti i corsi di formazione a distanza (FAD) per i lavoratori neoassunti di entrambe le Aziende attraverso le piattaforme Moodle 2.4 e 2.5, è stato inoltre predisposto il corso FAD (in attesa della sua attivazione su piattaforma Moodle) rivolto ai Dirigenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria che verrà somministrato nel 2016. Nel corso del 2015 è 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 AzUSL ed Az Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in vista del consolidamento come buona pratica"; sono stati formati n° 214 Operatori del Dipartimento Medico Specialistico e del Dipartimento Emergenza. Il progetto di formazione iniziato nel settembre 2012 è terminato ad ottobre 2015 ed ha coinvolto un totale di 394 Operatori di 17 Unità Operative.
- *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 aggiornato il DVR dell'Ospedale di Cona e dell'Ospedale San Giorgio. La valutazione del rischio incendi è stata effettuata in tutti i reparti dell'Ospedale di Cona con contemporanea effettuazione delle prove di evacuazione.
- *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 2015.

Tabella 4.4 - Attività di sorveglianza sanitaria

Tipologia Accertamenti Sanitari	2013	2014	2015
Preventivi	980	874	870
Periodici	180	152	198
A richiesta del lavoratore	41	41	54
Idoneità per cambio mansioni	3	13	9
Rientro al lavoro dopo gravidanza	8	21	8
Rientro al lavoro dopo malattia	29	42	48
Rientro al lavoro dopo infortunio	8	17	7
Cessazione rapporto di lavoro	0	0	1
Indicazione del medico competente	31	39	42
Totale	1280	1199	1237
Tipologia Vaccinazioni			
Antiepatite B	31	23	17

Tipologia Accertamenti Sanitari	2013	2014	2015
Antitetanica	161	146	80
Antinfluenzale	238	188	195

Fonte aziendale

Nel 2015 è stato effettuato un audit documentale relativo alla valutazione dei giudizi di idoneità con limitazioni/non idoneità attraverso la compilazione di una scheda specifica per ciascuno dei suddetti giudizi con le informazioni ricavate dalle cartelle sanitarie e di rischio; successivamente all'elaborazione dei dati è stato redatto un documento "Le Idoneità con limitazione e le non idoneità lavorative nel personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria" per la Direzione Generale.

- *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 2015 è proseguito il monitoraggio degli infortuni attraverso le specifiche indagini di valutazione delle modalità di accadimento.

Tabella 4.5 - Report Infortuni

Tipologia	2013	2014	2015
Infortuni Biologici	126	128	113
Infortuni Movimentazione Manuale dei Carichi/Pazienti	41	28	30
Infortuni Accidentali	87	69	63
Infortuni Itinere	26	22	18
Giornate perse per Infortuni	5.295	5.087	4.514

Fonte aziendale

Tabella 4.6 - Rilevazione degli indici di incidenza

	2013		2014		2015	
	N°	% su totale dipendenti	N°	% su totale dipendenti	N°	% su totale dipendenti
Infortuni totali	280	11,31%	247	10,2%	224	9,4%
Infortuni a rischio biologico	126	5,05%	128	5,3%	113	4,7%
Domande di riconoscimento di malattie professionali per patologia apparato muscolo scheletrico	3	0,12%	7	0,28%	3	0,12%
Malattie professionali riconosciute anno	0	0%	0	0%	1	0,04%
Dipendenti con limitazione parziale e-o inidoneità	35	1,41%	38	1,5%	44	1,8%

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 2014 è stato aggiornato e pubblicato sul sito intranet aziendale il Catalogo "Dispositivi Barriera – DPI. Nel corso del 2015 sono stati trattati i reclami, pervenuti al DIPP con apposita scheda, relativi ad alcuni dispositivi barriera in uso presso le sale operatorie dell'Ospedale di Cona; inoltre su richiesta dell'Ufficio Economato sono state valutate le schede tecniche di diversi DPI per la verifica dei requisiti e della conformità alle normative specifiche.
- *la gestione del processo relativo al rischio incendio ed esecuzione delle prove di evacuazione*: nel 2015 è stata effettuata la valutazione del rischio incendi di tutte le UU.OO. dell'Ospedale di Cona e sono state

effettuate le prove di evacuazione nelle diverse UU.OO dell'Ospedale di Cona e della Casa della Salute "Cittadella S. Rocco" come previsto dalla procedura interaziendale.

- *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 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 ed elaborare il Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI). Nell'anno 2015 sono stati prodotti n° 38 DUVRI (n° 21 per Az Ospedaliero-Universitaria e n° 17 per Az USL). 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 2015 sono stati attivati n° 12 nuovi Coordinamento Lavori (2 -Az Ospedaliera e 10 - Az. USL).

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 2015 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.

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.

Attualmente l'Azienda subordina l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività per il Personale del Comparto e alla retribuzione di risultato per i Dirigenti al raggiungimento degli obiettivi individuati dalla Direzione Generale. Storicamente Il Nucleo di Valutazione (l'Organismo precedente all'attuale Organismo Aziendale di Supporto) procedeva ad accertare il raggiungimento o meno degli obiettivi predefiniti per l'anno in corso. In tale ultima ipotesi, in assenza di riscontro positivo e di motivate giustificazioni, l'Organismo definiva anche la conseguente riduzione delle corrispondenti quote economiche.

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 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 valutazione sono costituiti con le stesse modalità di cui al precedente paragrafo.

Con l'anno 2015 è entrato ufficialmente in funzione il nuovo sistema di valutazione. Tale sistema è essenzialmente caratterizzato dall'Istituzione di un Organismo Indipendente di Valutazione a livello Regionale (OIV) supportato da Organismi Aziendali costituiti appositamente in ogni azienda e denominati, appunto, Organismi Aziendali di Supporto (OAS). In linea con le nuove disposizioni regionali in materia di valutazione, l'OAS gestisce il processo di valutazione dei risultati di gestione collegata al sistema di incentivazione (produttività e risultato). L'OAS costituisce l'elemento di connessione informativa tra i processi valutativi dell'azienda e l'OIV Regionale.

Ogni anno vengono definiti gli obiettivi per le aree del personale (Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa e del Comparto), discussi e concordati in sede di budget con periodico monitoraggio dei risultati.

L'Azienda si prefigge di implementare sistemi di valutazione, che tenendo 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).

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 € 272.879;
- Area Comparto € 3.496.947;

La percentuale della retribuzione in rapporto alla retribuzione fissa per le medesime aree è pari a circa il 6%.

La Valutazione individuale e l'Organismo di valutazione

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

- la valutazione delle prestazioni o la valutazione organizzativa,
 - la valutazione individuale.
- I sistemi e le modalità riguardano invece il percorso che permette di svolgere tale attività:
- il percorso di budget e gli obiettivi aziendali assegnati (previa negoziazione) per la valutazione organizzativa
 - il criterio condiviso di definizione e scelta degli Items specifici per diversi ambiti, per la valutazione individuale.

Il processo di valutazione nell'Azienda si integra con la definizione degli obiettivi assegnati alle varie articolazioni aziendali (Unità Operative). Gli obiettivi sono comuni a tutti professionisti che operano all'interno dell'Unità

Operativa.

La valutazione della performance organizzativa avviene sulla base degli obiettivi assegnati attraverso la negoziazione di budget, ancorata all'impostazione dettata dal regolamento di budget, mentre la valutazione individuale viene condotta sulla base di items elaborati in ambiti strettamente collegati alla performance misurata attraverso il reporting degli indicatori legati al budget, e in ambiti legati alle attitudini individuali del professionista.

Il processo di costruzione del sistema di valutazione all'interno dell'azienda prevede la propedeutica elaborazione del regolamento aziendale della valutazione, richiesto dall'OIV a tutte le aziende della regione. Tale propedeuticità documentale sarà completata entro il 2016. Nello specifico l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara conduce un progetto di implementazione di un sistema di valutazione condiviso con l'Azienda USL. Tale progettualità si presenta in linea con le priorità strategiche delle direzioni delle due aziende legate al processo di integrazione. Oltre al processo di valutazione, infatti, le due aziende lavorano di concerto per la realizzazione di un percorso di definizione degli obiettivi di budget unico e condiviso. Il progetto sulla revisione del percorso di valutazione prevede la progettazione della nuova scheda della valutazione individuale del dirigente, sempre in condivisione con l'Azienda territoriale. Il processo che si articola in relazione alla sua validazione deve attraversare una fase di applicazione in forma sperimentale. A questa fase farà seguito il processo di condivisione con tutte le funzioni intra-aziendali, coinvolte per competenza e conoscenza, propedeutico alla definizione della forma definitiva.

La scheda sarà adottata sia per la valutazione dei Dirigenti sanitari che non sanitari, facendo leva sul rapporto tra la pesatura dei vari fattori, per diversificare il grado di coinvolgimento del professionista, rispetto alle materie di competenza.

La pesatura degli items avviene su diversi livelli, per garantire una migliore decisione nella valutazione. Se, per alcuni professionisti, per la tipologia di attività svolta, non tutti i punti della scheda risultano valutabili, questi si possano indicare come "non valutabili" e il peso relativo a tale gruppo di indicatori, si sposti ad un altro punto, per avere comunque una valutazione completa.

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

La scheda di valutazione individuale si integra:

- nel sistema di valutazione aziendale e di performance aziendale, collegandosi alle schede di budget. Gli argomenti trattati sono correlati fra loro e trovano corrispondenza in tutti i documenti aziendali;
- con l'applicazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e per la trasparenza, poiché conterrà alcuni items di valutazione su tali ambiti

In tal modo questo documento si integrerà con i principi del ciclo della performance e con i principi espressi nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione e nel Programma triennale per la trasparenza ed integrità.

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 dall'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

Alla fine del 2014 con Delibera n.206 del 4 novembre è stato istituito, in funzione di staff alla Direzione Generale, il Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento (SIFA) nato dall'unificazione degli uffici formazione dell'Azienda ospedaliera e dell'Azienda USL

L'istituzione del Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento si colloca nell'ambito del processo di integrazione in atto tra le Aziende, definito nel Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità ferrarese, approvato dalla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale in data 26/06/2013 per il periodo temporale 2013-16. Il piano prevede la unificazione e riorganizzazione di processi sanitari, con la proposta di dipartimentalizzazione in ottica di integrazione dell'assistenza ospedaliera della provincia di Ferrara. Lo scopo è favorire l'attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, per ottimizzare l'utilizzo dei servizi, delle competenze professionali presenti, ridurre i costi, migliorare la qualità delle cure, la soddisfazione degli utenti e lo stato di salute della popolazione. Pertanto, la formazione dei professionisti coinvolti, avrà un ruolo strategico nel supportare il cambiamento organizzativo e l'adesione a nuovi ruoli e competenze.

La costituzione del Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento (SIFA) è avvenuta in ragione delle:

- funzioni svolte dai due uffici formazione afferenti;
- aumento delle articolazioni organizzative con valenza interaziendale che richiedono l'attivazione di percorsi formativi omogenei e un uso efficace delle risorse disponibili;
- necessità di un supporto formativo unitario indispensabile per favorire la realizzazione completa delle diverse reti cliniche.

Funzioni degli uffici formazione afferenti:

- progettazione, gestione, coordinamento e valutazione dei processi organizzativi e professionali finalizzati alla produzione e realizzazione di percorsi formativi per il personale dell'azienda, compreso il personale universitario integrato, e per esterni con attività a catalogo;
- collaborazione con l'Università degli Studi di Ferrara per la promozione, la gestione ed il coordinamento dei processi organizzativi e professionali relativi ai corsi di laurea delle professioni sanitarie in convenzione con la stessa Università, sulla base di quanto previsto nei Protocolli di Intesa Regione – Università e nell'Accordo

Attuativo Locale definito tra Azienda e Università;

- gestione e coordinamento dei processi organizzativi e professionali relativi ai corsi svolti in convenzione con gli enti di formazione, riguardante la qualificazione e riqualificazione professionale.

L'attività del SIFA è finalizzata alla produzione di processi formativi per integrare saperi e bisogni dei diversi operatori impegnati ai vari livelli delle due Aziende Sanitarie ferraresi, con particolare riferimento alle modificazioni tecnico-professionali, organizzative, assistenziali ed alla integrazione professionale. Si pone quindi all'incrocio fra tre sistemi di valore: le aspettative e i sistemi di valore delle direzioni strategiche, le aspettative e i sistemi di valore dei dipendenti, le aspettative e i sistemi di valore della formazione in quanto tale.

La struttura organizzativa del SIFA raccorda in maniera coerente le esigenze dei diversi soggetti della governance della formazione e le responsabilità definite secondo un modello a "rete" che vede coinvolti nella gestione vari attori con diversi livelli di competenze e di responsabilità.

Il ruolo del SIFA nel processo per la formulazione di un Piano della Formazione Integrato tra le due Aziende Sanitarie ferraresi, coerente con gli obiettivi strategici, i bisogni formativi e le risorse disponibili, è quello di garantire ai soggetti coinvolti (Direzioni Aziendali, Direzioni delle articolazioni organizzative e Referenti della Formazione) un governo metodologico dei diversi passaggi necessari per coniugare le esigenze diverse e i vincoli presenti.

I servizi formativi offerti, sono diretti sia al personale delle due Aziende Sanitarie, che ad utenti esterni interessati (formazione a catalogo per esterni).

La formazione e l'aggiornamento professionale sono rivolti al personale assunto a tempo indeterminato delle due Aziende Sanitarie. Il personale assunto con contratto atipico (es. liberi professionisti) può partecipare solo a corsi di formazione in sede.

I prodotti/servizi offerti dal SIFA sono di seguito descritti:

- Predisposizione del piano strategico triennale della formazione e del Piano Annuale delle attività di formazione e aggiornamento in ottica interaziendale in coerenza con le linee strategiche e di indirizzo definite con le Direzioni Aziendali e i Collegi di Direzione, e con le risorse di budget disponibili.
- Progettazione ed erogazione di iniziative formative da svolgersi in sede da parte del Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento che possono riguardare:
 - percorsi formativi di interesse generale o trasversale (in genere tali percorsi coinvolgono il personale di più Dipartimenti/Servizi o UU.OO. e costituiscono una risposta a specifiche esigenze strategiche aziendali);
 - corsi di qualificazione e perfezionamento;
 - convegni e congressi;
 - percorsi formativi a catalogo per soggetti esterni alle aziende (altre aziende/enti o singoli partecipanti).
- Supporto alla gestione di iniziative formative di competenza di specifici Dipartimenti e/o Unità Operative e/o Servizi delle Aziende e loro approvazione, e consulenza tecnico metodologica per lo svolgimento dell'attività di formative.
- Gestione e coordinamento dei processi amministrativi di competenza del SIFA relativi alla formazione fuori sede e ai comandi finalizzati e verifica della corrispondenza della spesa con il budget assegnato.
- Accredito eventi formativi e gestione della banca dati dei crediti ECM del personale attraverso l'istituzione di un apposito centro, allo scopo di fornire informazioni e chiarimenti relativi alla normativa sulla formazione continua in medicina e ai crediti ECM acquisiti dal personale, trasmettere dati alla regione Emilia Romagna e al CoGeAPS (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie), relativamente ai crediti conseguiti dal personale.
- Gestione delle attività didattiche dei corsi di Laurea in Infermieristica (sede di Ferrara e Codigoro), Fisioterapia, Ostetricia, allo scopo di favorire l'integrazione degli insegnamenti e delle attività formative professionalizzanti in coerenza con la programmazione didattica definita dal consiglio di corso, progettazione ed organizzazione del tirocinio degli studenti.
- Gestione delle procedure amministrative dei corsi di laurea in convenzione (Infermieristica, Fisioterapia, Ostetricia, Tecnici sanitari di Radiologia Medica, Tecnici di Laboratorio Biomedico, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica), relativamente al conferimento di incarichi per docenze, liquidazione compensi ai docenti, liquidazione delle indennità previste dal protocollo d'intesa relativo al riconoscimento funzioni di guida di tirocinio, valutazione dei costi riconducibili alla gestione dei corsi di laurea in convenzione.
- Gestione delle convenzioni per tirocinio e stage svolti in azienda, gestione dei processi amministrativi relativi alle convenzioni e attività di informazione e supporto a tirocinanti e stagisti relativamente alle convenzioni

in essere, compilazione domanda di frequenza tirocini e stage, possibilità di accesso alla mensa (ecc..).

- Coordinamento a livello provinciale della formazione degli operatori sociosanitari in convenzione con gli enti di formazione professionale relativamente alla formazione in ambito sanitario assicurando la correttezza metodologica dei progetti formativi elaborati e la loro compatibilità economica.
- Gestione e coordinamento della Biblioteca Interaziendale di Scienze della Salute e del patrimonio documentale e bibliografico, attraverso processi amministrativi specifici di competenza del SIFA, gestione del budget assegnato e coordinamento della commissione biblioteca.

4.7.1 Valutazione del raggiungimento degli obiettivi del piano aziendale di formazione 2015

Le azioni formative realizzate nell'anno 2015 sono state finalizzate allo sviluppo di competenze necessarie ad esercitare i diversi ruoli sanitari ed amministrativi e a migliorare la qualità del servizio erogato.

Al proposito si richiama la struttura proposta nel PAF 2015 che accorpava i diversi interventi formativi pianificati secondo le dimensioni del "balance score card": Processi, Utenza, Innovazione e Crescita e Risorse economiche. Si riportano di seguito alcune considerazioni sulle principali iniziative di carattere trasversale che hanno avuto maggiore rilevanza strategica.

Processi

A supporto dei processi di integrazione funzionale e organizzativa tra le due Aziende sanitarie della provincia sono stati realizzati diversi percorsi formativi congiunti in particolare riferiti alla gestione delle situazioni di emergenza:

- La gestione avanzata delle vie aeree e della ventilazione ed ossigenazione in emergenza extraospedaliera
- Gestione emergenze in sala parto con tecnica di simulazione

Ed inoltre: B.L.S.D. (Basic Life Support) n. 12 edizioni, B.L.S.H.P. (Basic Life Support for Health Providers) n. 7 edizioni, Corso di primo soccorso n. 7 edizioni, A.C.L.S (Advanced Cardiac Life Support) n. 5 edizioni, A.T.L.S.(Advanced Trauma Life Support) n.1 edizione.

Sono stati realizzati percorsi formativi per la costruzione integrata di nuovi PDTA interaziendali nello specifico si ricordano:

- PDTA Tumore Colon
- PDTA Infarto Miocardico Acuto

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 ha valutato la qualità degli elaborati e invia feedback.

Sono stati attivati percorsi formativi orientati all'area della qualità e ricerca, in collaborazione con AcQuaRi, orientati alla misurazione di indicatori e relativi progetti di miglioramento:

- Formazione per facilitatori dell'Audit Clinco - livello avanzato
- Creazione di un network aziendale a supporto della ricerca clinica mod. VI

Utenza

Lo sviluppo ed il sostegno delle competenze relazionali ed educative nella relazione con l'assistito sono state supportate attraverso diversi percorsi formativi:

- Applicazione dei principi e delle pratiche della health literacy
- Dalle parole dell'utenza: il miglioramento dei processi comunicativi del personale
- Le cure palliative

Innovazione e crescita

Importante è stato l'impegno rivolto allo sviluppo di competenze relative alla docenza, didattica tutoriale e gestione dei tirocini universitari.

Nello specifico si ricorda la realizzazione dei corsi base per guide di tirocinio per infermieri, per tecnici di radiologia medica e per tecnici di laboratorio biomedico.

In riferimento al corso guide di tirocinio per infermieri si precisa che nell'anno 2015 sono state realizzate n° 3

edizioni del corso base di h. 32, formando complessivamente 82 professionisti.

Nella dimensione di innovazione e crescita, un altro aspetto che è stato sviluppato attraverso percorsi formativi specifici è la formazione formatori, realizzata in forma interaziendale attraverso il corso:

- Istruttori in macrosimulazione: emergenze ostetriche

L'autoapprendimento è stata una dimensione affrontata attraverso l'attivazione di diversi percorsi con l'utilizzo della piattaforma aziendale Moodle. Si elencano di seguito i corsi in modalità FAD che, in accordo con quanto programmato, sono stati attivati o sono in fase di attivazione, con modalità didattiche a maggioranza interattiva e multimediale:

- Il delirium dalla diagnosi alla terapia
- I codici di comportamento come strumento di prevenzione della corruzione
- Gestione Sicurezza Sistemi Informatici Radiologici Aziendali
- Emergenze in Sala Parto
- Relazione d'aiuto
- I gas medicali nelle strutture sanitarie

Sono inoltre attualmente ancora attivi o in fase di aggiornamento contenuti i corsi:

- Comunicazione in Urgenza, Emergenza ed in routine: metodologia SBAR
- Radioprotezione del professionista e dell'utente
- I defibrillatori in U.O.: peculiarità tecniche e operative
- L'interpretazione del tracciato elettrocardiografico per infermieri e ostetriche
- Corso ECG di base: corretta preparazione, esecuzione ed interpretazione del tracciato
- Corso di Formazione generale alla sicurezza sul lavoro per lavoratori neo assunti

Il report di gradimento di tali corsi continua ad essere positivo. Si apprezzano soprattutto i corsi che si organizzano con metodologie didattiche multimediali che incontrano quindi i diversi stili di apprendimento dell'utenza.

Sono presenti anche diversi corsi Blended che sfruttano le potenzialità di moodle, si ricorda a titolo esemplificativo il Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa, così come i PDTA attivati. Attualmente i corsi Blended presenti in piattaforma non prevedono strumenti di verifica dell'apprendimento, si organizzano nella maggior parte dei casi come repository dei materiali utilizzati durante le lezioni residenziali o come momento di approfondimento sugli argomenti discussi in formazione residenziale attraverso lo strumento forum gestito da un tutor. Nella piattaforma è presente anche una sezione dedicata alle "risorse per l'autoapprendimento" suddivisa per aree (tecnico-specialistica, amministrativa e comunicativo-relazionale) che ha previsto l'incremento di materiale didattico usufruibile da tutti i dipendenti in Azienda. Infine si ricorda la sezione dedicata alle Reti nella quale si sono sviluppate principalmente delle learning community ad utenza circoscritta e legata a specifici argomenti/conoscenze d'interesse comune:

- ICF e ragionamento clinico (International Classification of Functioning – Gruppo professionale: Fisioterapisti)
- La comunità di pratica della Piastra Operatoria (in fase di sviluppo)
- Guide di tirocinio "Corso di Laurea in Infermieristica"

L'area Reti, tuttora in fase di sviluppo, è dedicata alla condivisione di materiali utili a gruppi omogenei e circoscritti di professionisti a cui si offre uno spazio nel quale elaborare documenti da condividere, link a risorse interne ed esterne da consultare e altri strumenti di discussione ed elaborazione di materiali utili alla propria realtà operativa nonché alla pratica nello sviluppo di competenze di diagnosi e prognosi di casi clinici.

In risposta a criticità emerse nell'anno 2015 riguardanti l'accesso alla piattaforma da parte dell'utenza iscritta ma ancora silente, si è provveduto a sollecitarne la fruizione attraverso remind delle proposte formative in piattaforma, a cadenza periodica attraverso e-mail informative.

Per rispondere ulteriormente a tale criticità si è inoltre provveduto alla programmazione di un corso residenziale interattivo, presso l'aula informatica del Servizio Interaziendale di Formazione e Aggiornamento, dal titolo "la formazione a distanza: la piattaforma Moodle – come orientarsi". Corso in presenza che si ripeterà in altre edizioni anche durante l'anno 2016.

Sono state sviluppate e sostenute le competenze nella gestione dell'emergenza urgenza attraverso percorsi diffusi a tutta l'equipe (interprofessionale) e realizzati con simulazione nell'unità operativa coinvolta:

- Gestione emergenza aspetti teorici e simulazione
- La gestione interprofessionale del paziente critico in pronto soccorso

Numerose sono state le iniziative realizzate a supporto delle competenze informatiche realizzate in forma di-

partimentale o specifica di unità operativa/servizio finalizzate allo conoscenza dei sistemi informatici aziendali sempre in costante evoluzione.

E' stata garantito il supporto alla realizzazione dei corsi relativi alla sicurezza e rischio clinico in collaborazione con Servizio Prevenzione e Protezione e area Risk management in applicazione della normativa vigente e alle indicazioni Regionali.

Risorse Economiche

In riferimento all'efficienza dei processi e l'accesso a finanziamenti esterni si richiama l'organizzazione e la realizzazione, ad esempio, del percorso formativo:

- Formazione manageriale per Direttori Struttura Complessa

La formazione manageriale è un requisito necessario per la direzione di strutture complesse (Decreto Legislativo 502/1992), il titolo deve essere conseguito entro un anno dall'inizio dell'incarico di dirigenza.

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)

Complessivamente i dipendenti dell'AOUFE hanno maturato 80.602,85 crediti ECM. Il 52% dei crediti complessivi maturati è con la formazione residenziale, il 34% con formazione a distanza, prevalentemente esterna(28%). L'utilizzo della formazione a distanza è in aumento rispetto al 2014 dove si era raggiunto il 28,64% dei crediti maturati.

Tabella 4.7 – Tipologia attività e numero di crediti conseguiti dai dipendenti per formazione in sede e fuori sede

Tipologia attività formativa	2013	2014	2015
Formazione residenziale	50.761,65	53.563	41.948,35
FAD	19.751,1	26.787,8	27.546,5
Formazione sul campo	8.640,5	8.153,5	6.953
Formazione fuori sede	6.500	5.015,2	4.155
TOTALE	85.653,25	93.519,5	93.519,5

Fonte aziendale

Nella tabella sottostante vengono riportati i crediti conseguiti per formazione in sede suddivisi per area tematica nel triennio 2013-2015.

Tabella 4.8 Crediti ECM erogati per area tematica

Area Tematica	2013	2014	2015
Area comunicativo/relazionale	4.735,4	5.821,7	4.746
Area informatica	764	126	1.357
Area manageriale/organizzativa	4.445,5	7.639,8	7.659
Area sicurezza	3.817,6	7.520,4	2.328,6
Area tecnico/specialistica	54.064,65	35.005,4	29.156,9
Area ricerca	792,9	1.832,6	1.085,2
Area risk management/governo clinico	3.943,3	7.916,6	10.114,55
TOTALE	72.563,35	65.865,5	56.366,25

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 2015.

Tabella 4.9 - Budget della formazione per tipologia di attività

Tipologia attività formativa	Budget assegnato	Budget utilizzato	%
Aggiornamento in sede	184.714	160.000	86,63
Aggiornamento fuori sede	110.057	58.000	52,70
Comandi finalizzati	131.379	81.000	61,66
Biblioteca	18.400	18.400	100
TOTALE	444.550	317.400	71,40

Fonte aziendale

Tabella 4.10 - Budget della formazione per area contrattuale

Tipologia attività formativa	Budget assegnato	Budget utilizzato	%
Dirigenza medica	177.829	136.000	76,47
Dirigenza sanitaria, amministrativa tecnica e professionale	15.827	11.000	69,50
Comparto sanitario/amm./tecnico	232.494	152.000	65,37
Biblioteca	18.400	18.400	100
TOTALE	444.550	317.400	71,40

Fonte aziendale

4.7.4 Corsi di Laurea in convenzione

Corso di laurea in Infermieristica

Il corso di laurea in infermieristica, abilitante all'esercizio della professione, ha l'obiettivo di formare professionisti sanitari che svolgano con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dal relativo profilo professionale e dallo specifico codice deontologico. Il raggiungimento delle competenze professionali si attua attraverso una formazione teorica e pratica che include l'acquisizione di competenze comportamentali e che viene conseguita nel contesto lavorativo specifico, così da garantire, al termine del percorso formativo, la piena padronanza di tutte le necessarie competenze e la loro immediata spendibilità nell'ambiente di lavoro. Il percorso formativo comprende: attività di didattica formale e tutoriale utilizzando anche problem based learning / PBL e seminari; attività di didattica a scelta dello studente; attività di studio individuale e attività formativa professionalizzante (tirocinio e laboratorio). La durata del corso è triennale e la frequenza alle lezioni ed esercitazioni/tirocini è obbligatoria

Il tirocinio è il momento formativo per un apprendimento autonomo e responsabile dei comportamenti propri della professione, in situazioni cliniche concrete. Lo studente applica e sperimenta i contenuti concettuali e scientifici appresi negli insegnamenti, con la pratica clinica di un agire professionale.

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 (ad uso esclusivo interno).

Il programma di tirocinio è definito dal Direttore delle attività didattiche unitamente ai docenti delle discipline professionalizzanti.

La programmazione annuale del tirocinio è concretizzata dai tutor, docenti delle discipline professionalizzanti,

per le specifiche unità operative assegnate.

Il tutor, declina gli obiettivi di apprendimento, definisce le attività cliniche e di rielaborazione dell'esperienza, concorda e partecipa alla valutazione formativa e certificativa, individua e pianifica eventuali azioni di supporto e/o correttive.

Nelle singole sedi lo studente è assegnato alla "guida di tirocinio", infermiere qualificato con formazione di base specifica e relativi aggiornamenti. La guida di tirocinio è il facilitatore dell'apprendimento nel contesto operativo, affianca lo studente durante il percorso di apprendimento, collabora con il tutor nella progettazione, conduzione e valutazione dell'esperienza. La funzione di guida di tirocinio viene esercitata da un infermiere che ha frequentato una formazione di base specifica con relativi aggiornamenti.

La valutazione dell'apprendimento clinico è periodica e sistematica riferita all'acquisizione di competenze tecniche non disgiunte da quelle relazionali e comportamentali.

Corso di laurea in Fisioterapia

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). 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. Sono previsti specifici "contratti di apprendimento in tirocinio" con l'indicazione degli obiettivi e dei periodi di frequenza. Il Direttore delle attività didattiche del corso di laurea coordina, con incarico triennale rinnovabile, l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico e promuove lo sviluppo e la pianificazione delle attività tutoriali in tirocinio, assegnando e coordinando i tutori di tirocinio. I coordinatori didattici di anno collaborano con il direttore della didattica per la pianificazione individualizzata dei tirocini e svolgono in prima persona funzioni di tutoraggio individuale e di gruppo per la rielaborazione dell'esperienza di tirocinio e la facilitazione dell'acquisizione di competenze di critical thinking e clinical reasoning. Il direttore della didattica, con la collaborazione dei coordinatori di anno, recluta le sedi di tirocinio e ne valuta l'adeguatezza formativa. L'attività formativa pratica e di tirocinio clinico deve essere svolta con la supervisione e la guida di tutor professionali (tutor/guide di tirocinio) appositamente formati ed assegnati. I tutor/guide di tirocinio partecipano alla valutazione e documentazione del percorso dello studente durante ogni esperienza di tirocinio. Il tutor di tirocinio è la figura che svolge un ruolo educativo primario nella formazione dello studente, potendo essere considerata dallo studente modello, facilitatore, coach o mentore. Ha la formazione e le competenze per definire insieme allo studente gli obiettivi formativi dello studente in tirocinio, accoglie e introduce lo studente nel contesto di tirocinio, facilita l'esperienza dello studente, fornisce feedback in itinere e ne valuta la competenza nello specifico contesto. Il tutor di tirocinio compie un processo di autovalutazione della propria attività tutoriale e identifica i propri bisogni formativi in merito, rapportandosi poi col direttore della didattica del corso di laurea. Collabora con il direttore della didattica e i coordinatori didattici nel processo di revisione degli obiettivi di tirocinio e degli strumenti di valutazione degli apprendimenti.

Corso di laurea in Ostetricia

Il corso di laurea in Ostetricia prevede un accesso programmato disciplinato da un bando di ammissione; la durata del corso è di 3 anni con frequenza obbligatoria.

Le attività didattiche sono articolate in 180 CFU, di cui 60 volti ad acquisire specifiche capacità professionali in attività formative pratiche professionalizzanti (tirocinio).

Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico, svolta con la guida di tutori appartenenti allo specifico profilo professionale, coordinata da un docente appartenente al più elevato livello formativo previsto per il profilo professionale di Ostetrica/o ed adeguata allo standard formativo specificamente disposto dalla normativa e dalle direttive dell'Unione Europea. Ciascuno dei tre anni di corso prevede un'organizzazione semestrale con attività didattiche formative teoriche, professionalizzanti e studio individuale. Il Corso di Laurea sviluppa la sua didattica interamente in presenza e la

frequenza alle lezioni, esercitazioni e ai tirocini è obbligatoria. Nel complesso la didattica si articola in didattica frontale e attività pratica che viene effettuata nei laboratori e nei tirocini specificatamente distribuiti all'interno del corso di studi in maniera omogenea.

Corso di laurea in Tecniche di radiologia medica, per immagini e radioterapia

Il Corso di Laurea in Tecniche Sanitarie di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia è articolato in tre anni di studio, con accesso programmato (numero chiuso) a livello nazionale disciplinato da apposito bando di ammissione. Le attività didattiche sono articolate in 180 CFU, secondo un'organizzazione semestrale che prevede attività didattiche formative teoriche, professionalizzanti e studio individuale. Le attività teoriche sia per le discipline di base che professionalizzanti sono integrate da attività pratiche: seminari, laboratori e tirocinio, quest'ultimo incide per un totale di 60 CFU ripartiti sui tre anni di studi. Agli insegnamenti teorici si affiancano le attività formative di tirocinio che permettono di concretizzare le conoscenze apprese da un punto di vista pratico, svolte con la guida di Tutor appartenenti allo specifico profilo professionale, sotto la supervisione di un Direttore delle attività formative professionalizzanti che agisce secondo le normative ministeriali e sulle indicazioni generali del Consiglio del Corso di Studio ed è la figura garante verso il Collegio/Ordine professionale. Il Corso di Laurea sviluppa la sua didattica interamente in presenza con obbligo di frequenza alle lezioni e alle attività di tirocinio, attraverso l'integrazione di didattica frontale e attività pratica, quest'ultima svolta nelle strutture ospedaliere e sanitarie del territorio.

Corso di laurea in Tecniche di laboratorio biomedico

Tecniche di Laboratorio Biomedico è un Corso di Laurea di durata triennale ad accesso programmato su base nazionale. Il Corso fornisce un'adeguata preparazione nelle scienze biomediche di base, quali ad esempio biologia e biochimica, e un'approfondita preparazione nei numerosi aspetti teorici e pratici su cui il Tecnico di Laboratorio si troverà a confrontarsi nell'ambito lavorativo, con materie quali la microbiologia, la genetica, la patologia clinica l'anatomia patologica e l'ematologia.

Il Corso conferisce una laurea abilitante all'esercizio della professione di Tecnico di Laboratorio Biomedico, indispensabile per operare come tecnico di laboratorio nelle strutture sanitarie pubbliche e private. La buona preparazione nelle materie di base e l'elevata capacità operativa acquisita con le pratiche di laboratorio permette ai laureati sbocchi professionali anche esterni all'ambito specifico del corso di laurea.

Elemento di forza del corso è il grande spazio dato all'attività di tirocinio, che assorbe 1500 ore, pari a un terzo dell'impegno orario totale dello studente. Le attività pratiche vengono svolte in gran parte individualmente, ed in alcuni casi a piccoli gruppi di 4-5 studenti. In tutte le attività pratiche lo studente ha a disposizione il supporto di un tutor, sia universitario che ospedaliero, in grado di trasferire allo studente la sua professionalità. In questo modo la grande confidenza rende il laureato immediatamente operativo nel contesto di lavoro.

Le attività di tirocinio sono parte integrante della formazione, come estensione pratica delle attività formative frontali. Esse vengono svolte all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, e vengono valutate come tutte le altre attività formative del corso.

4.7.5 Corsi per operatori socio sanitari

Anche per l'anno 2015 i corsi per Operatori Socio Sanitari hanno continuato a non essere più finanziate con risorse pubbliche, ma bensì attività cosiddette "a mercato" attraverso l'autofinanziamento da parte dei corsisti con il pagamento di una quota individuale.

I nuovi corsi attivati nel 2015 sono stati autorizzati dalla Pubblica Amministrazione Regionale (RER) e non più, come in precedenza dalle Province. Questo per effetto del DDL Delrio (7 aprile 2014, n. 56) che ha dettato "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle Province, sulle unioni e fusioni di Comuni.

Nel 2015 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 2014 e terminati nel 2015, n. 2 corsi iniziati e terminati entro l'anno 2015 e n. 3 corsi iniziati nel 2015, ma che termineranno nell'anno 2016.

La funzione di coordinamento e tutoraggio sanitario ha compreso le seguenti attività:

- Incontri con il responsabile del Centro di Formazione per la condivisione del progetto formativo;
- 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, orario 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;
- Incontri con i responsabili del Centro di formazione Infomedica ed Agenfor per criticità presentate da alcuni studenti in tirocinio.
- 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 e per le criticità rilevate durante lo svolgimento del tirocinio da parte di alcuni studenti inseriti nelle due Aziende Sanitarie;
- Gestione e coordinamento studenti in tirocinio provenienti da altri Enti di Formazione.

4.7.6 Biblioteca digitale di scienze della salute

La Biblioteca Interaziendale di Scienze della Salute è specializzata in biomedicina ed è rivolta sia al personale dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara che ad utenti esterni interessati a frequentarla per motivi di studio e di ricerca.

Con l'adesione fin dalle origini al Consorzio GOT, attivo dal 2000 al 2008 e al Network per la documentazione in Sanità in Emilia Romagna dal 2009 ad oggi, la Biblioteca ha consolidato la collaborazione con le altre biblioteche biomediche dell'Emilia-Romagna.

Ulteriori processi di miglioramento sono stati messi in atto anche nel 2010 con l'attivazione di CLAS (Cilea Library Access Service), servizio di consultazione da remoto delle risorse digitali in abbonamento.

Con l'entrata nel 2011 nel Polo Bibliotecario Ferrarese, la Biblioteca è in grado di rispondere pienamente alle esigenze di aggiornamento professionale in campo sanitario del personale aziendale, convenzionato e degli studenti.

A novembre 2015 si è costituita la Biblioteca Interaziendale, frutto della cooperazione tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e Azienda USL di Ferrara, realizzando l'integrazione delle risorse informative, mediante un processo di condivisione delle conoscenze e del sapere delle due aziende.

L'utenza può usufruire dei servizi anche recandosi direttamente in Biblioteca, che mette a disposizione un aula informatica dotata di 12 postazioni internet più una postazione docente, 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 2015 l'Aula informatica è stata frequentata da più di 1400 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 2015 le visualizzazioni di pagine web (internet) della Biblioteca sono state 54.545. Il download totale di articoli in full text, da risorse elettroniche in abbonamento all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, è stato di 75.093.

Attraverso la consultazione dei cataloghi online FULL TEXT FINDER (opac delle risorse elettroniche in abbonamento) e BIBLIOFE (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.

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 2015, l'aula è stata utilizzata da più 376 utenti e sono stati prestati 149 libri.

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.

Richiesta di articoli presso altre biblioteche (Document delivery service)

Il servizio di richiesta articoli reperiti presso altre biblioteche fornisce gratuitamente agli utenti riproduzioni di documenti conservati presso altre biblioteche.

La Biblioteca accetta fino ad un massimo di tre richieste di recupero di documenti a settimana per ogni utente.

L'evasione della richiesta viene effettuata entro i successivi due giorni lavorativi.

Una volta ricevuti dalle biblioteche partner i documenti richiesti, la Biblioteca provvede a contattare l'utente telefonicamente o via e-mail, entro un giorno lavorativo dall'arrivo del documento richiesto.

Tabella 4.11 - Statistiche d'uso del servizio di biblioteca di scienze della salute

Servizio	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Visualizzazioni pagine della sezione web Biblioteca	17.154	15.806	54.545
Download articoli full text dai periodici elettronici in abbonamento	62.314	91.859	75.093
Ricerche bibliografiche	81	91	64

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.

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 2015 sono stati effettuati incontri al tavolo sindacale per le seguenti aree contrattuali:

- Dirigenza Medica: n. 11 incontri, di cui 3 interaziendali
- Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa: n. 7 incontri, di cui 3 interaziendali
- Comparto: n. 23 incontri, di cui 5 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 e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
8. Newsletter mensile dei dipendenti dell'Azienda USL e dell'Azienda ospedaliero-universitaria 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 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:

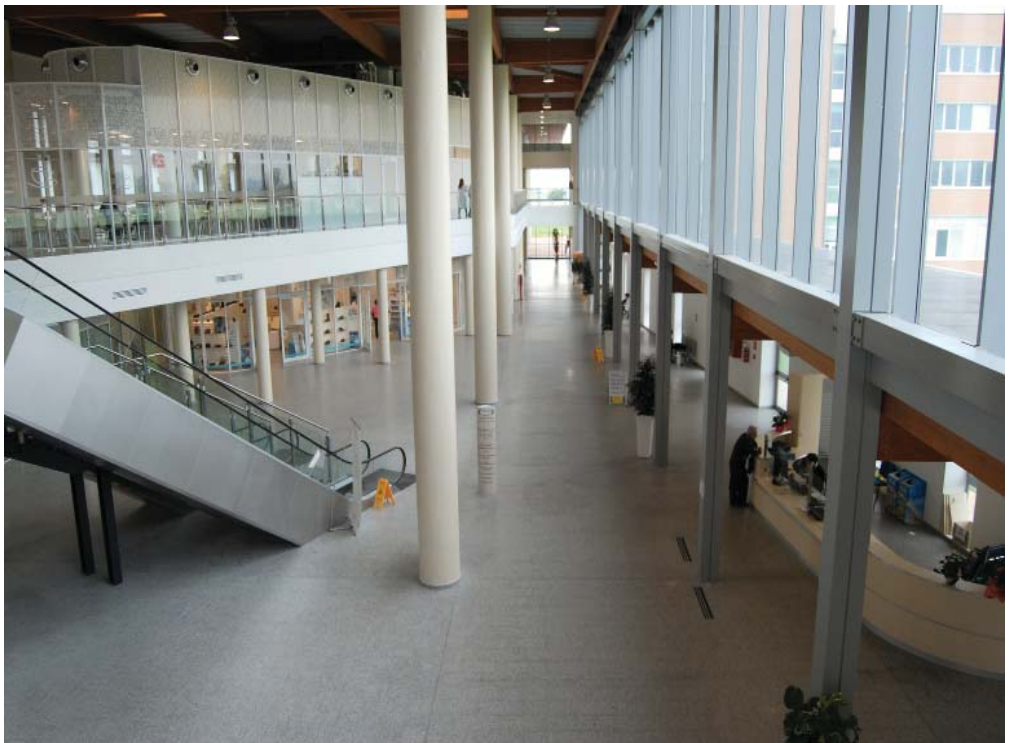
- Convenzioni con esercizi commerciali di ogni tipo
- Convenzione con UISP Ferrara, che controlla sul territorio tutte le piscine, per consentire ai dipendenti di accedere ai corsi di nuoto attraverso una 'corsia preferenziale'.
- Convenzione con AICS Ferrara, per l'accesso ai corsi che si svolgono nelle 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.



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 Accoglienza informativa

L'utenza che necessita di informazioni, numeri di telefono e altre indicazioni inerenti i servizi e le prestazioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria ubicata a Cona ha contattato i vari punti informativi e rispettivamente sono state soddisfatte numerose tipologie di richieste. La tabella che segue indica la quantità di contatti avvenuti nel 2015:

Tabella 5.1 - Contatti avvenuti nel 2015

Punti informativi	Contatti personali	Contatti telefonici	Contatti totali	Richieste seggette
Reception 1 e 2 Cona – Ingresso 1	11.523	129.156	140.679	6.097
Reception Ingresso 2 Ambulatori (1F0)	55.210	-	55.210	6.644

5.1.2 Ufficio relazioni con il Pubblico

L'attività degli operatori svolta dal lunedì al sabato dalle 8.30 alle 16.30 durante il 2015 può essere riassunta sinteticamente nella tabella che segue:

Tabella 5.2 - Attività operatori URP

Attività	Contatti
Info telefoniche	13.946
Info personali	801
Chiamate Numero Verde Regionale	349
Pratiche Urp	674
Pratiche di Ufficio (URPU)	1.944
Pratiche URNE	83
Pratiche Centro Tutela e diritti del malato	20
Pratiche aperte dai dipendenti	14
Totale	17.873

Per quanto riguarda l'attività relativa alla gestione delle segnalazioni del 2015 si può sintetizzare come segue:

- Statistiche su segnalazioni: rilievi 150, reclami 388, elogi 309, suggerimenti 16, impropri 91 - TOTALE: 954²;
- Pratiche inviate alla Commissione Mista Conciliativa (CMC): 14;
- Incontri di ascolto/mediazione: 1;
- N° incontri del Gruppo di lavoro CCM per analisi reclami: 11.

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

House Organ

Anche nel 2015 sono stati prodotti i due numeri del periodico informativo "Sant'Anna e Notizie", coordinati dall'Ufficio Stampa, e ne sono state distribuite oltre 4000 copie all'interno e all'esterno dell'Ospedale.

2 N.B.: nella verifica del prodotto si è scelto di dare evidenza alle risposte che vengono fornite ai "reclami" in quanto rappresentano la voce dei cittadini che hanno avuto o percepito un problema nel rapporto con l'ospedale.

A rilievi, elogi, suggerimenti ed impropri viene inviata "risposta di cortesia" a cura dell'URP.

Figura 5.1 - House Organ giugno e dicembre 2015

Sant'Anna & Notizie 23
 PERIODICO D'INFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

SOMMARIO

L'ARRIVO DELLA NUOVA DIREZIONE GENERALE	1	ATTIVITÀ SCIENTIFICA E FORMAZIONE	8
PRIMO INTERVENTO IN ITALIA	1	PERICOLI ERAS E CHIRURGIA	9
NUOVO ORIENTAMENTO GRAZIE AI COLLABORATORI	4	L'INFERMIERE MAIETTÌ NELL'UCOLO DELL'ECCELLENZA	10
PAOLO RICCIARDI, LA STORIA DI SUOI AGENZI	5	IN ARRIVO IL FERTILIZZANTE	11
I POTA DEL S. ANNA	6-7	VIAGGIO DEL VOLONTARIATO: GIULIA ONLUS	12

Sant'Anna & Notizie 24
 PERIODICO D'INFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA

SOMMARIO

LISTE D'ATTESA: LE AZIONI IN CAMPO	2	NUOVO REPARTO DI TERAPIA RADIONUCLIDICA	8
ONCOLOGIA: IL TRATTAMENTO DEL MELANOMA	3	ARRIVA IL COLLIRIO DELLA FARMACIA DEL VATICANO	9
PARADISI, INNOVAZIONI PER COMATTIERE (TREMORI)	4	NUOVI ESOSCHELETRI PER TORNARE A CAMMINARE	10
REGISTRO NAZIONALE DEI TIUMORI	6-7	NOTIZIE DALL'AZIENDA	11
		VIAGGIO DEL VOLONTARIATO: CHIARAMILLA	12

Una nuova Direzione Generale

Dal primo marzo Tiziano Carradori guida l'Azienda

Per Tiziano Carradori si inizia, nel mese di marzo, a prima richiesta di dimissioni dall'azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, subentra a Gabriele Riccardi, che ha risposto la carica di Direttore per 6 anni.

Quarant'anni di attività, indicati dalla Regione Emilia-Romagna, che il 1° marzo 2015 ha nominato Carradori direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara, subentra a Gabriele Riccardi, che ha risposto la carica di Direttore per 6 anni.

Quarant'anni di attività, indicati dalla Regione Emilia-Romagna, che il 1° marzo 2015 ha nominato Carradori direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara, subentra a Gabriele Riccardi, che ha risposto la carica di Direttore per 6 anni.



Il Direttore Generale Tiziano Carradori

richiesta, allo sviluppo di metodologie per la valutazione del rischio, monitoraggio e valutazione dei risultati.

OBIETTIVI ECONOMICI GESTIONALI

1. **Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa.** La Direzione si impegna a lavorare per il raggiungimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio nel servizio Sanitario Regionale.

2. **Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di emergenza, supporto e logistici nella Azienda.** La Direzione dovrà adottare un'ottica globale per il servizio sanitario e di Area Vasta relativamente ai servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico. A livello di Area Vasta sarà impegnata, inoltre, nel cambiamento della centralizzazione degli acquisti e della logistica di beni farmaceutici e dispositivi medici.

3. **Adempimenti nei flussi informativi.** La Direzione dovrà gestire e migliorare la qualità dei dati, centralizzare i sistemi informativi, regionali e del sistema, promuovere con tempestività e capillarità la trasmissione dei flussi informativi e dei dati, verso i livelli nazionali e che costituiscono adempimenti per la verifica della corretta erogazione dei LA e delle funzioni di assistenza e verso le banche dati aziendali e banche regionali.

Liste d'attesa: primi risultati positivi

La collaborazione tra Ospfe e Usl ha dato buoni frutti

Dalla primavera 2015, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna ha posto in essere, in collaborazione con l'Azienda Usl, parecchie serie di interventi mirati a ridurre le liste di attesa e migliorare l'accesso ai prestazioni di specialità ambulatoriale. Gli interventi più rilevanti degli ultimi mesi - qui sintetizzati e spiegati in maniera esauriente a pag. 2 - mirati ad aumentare il numero delle prestazioni di specialità ambulatoriale, in linea con quanto previsto dalle recenti indicazioni regionali (DGR 1056 del 27/7/2015), si sono concentrati:

- sull'assunzione di personale medico;
- sull'ottimizzazione degli orari di attività degli ambulatori;
- sul rafforzamento dell'attività ambulatoriale;
- sulla manutenzione giornaliera delle adeguate CUP;
- sull'ottimizzazione di indicatori che evitino al cittadino di passare più volte dal CUP.



La Facoltà del Palazzo di Cova in attesa per ridurre i tempi d'attesa

Carradori: "miglioramenti che andranno a vantaggio dei cittadini"

Attraverso molteplici interventi mirati al miglioramento dell'accesso ai servizi di specialità ambulatoriale, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, negli ultimi mesi, ha incrementato le prestazioni di specialità ambulatoriale (in Usl) ed accertamenti diagnostici, riducendo sensibilmente i tempi di attesa. L'Azienda è passata da un volume pari a circa 2.100 prestazioni offerte su base settimanale, nella primavera 2015 ad una quota di circa 4.000 prestazioni settimanali offerte attualmente, con un incremento complessivo di 900 prestazioni in settimana ossia circa 45.000 prestazioni in più su base annuale. Ciò è stato possibile grazie ad un importante lavoro di squadra che ha visto il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, partecipe nel contribuire all'incremento del sistema.

Il lavoro finora svolto proseguirà nel 2016, sempre con il coinvolgimento dell'Azienda Usl, «a cura mirata a conseguire una miglior pianificazione delle attività ambulatoriali in termini di personale e strumentazione, un maggior efficientamento dei piani di attività ambulatoriale unitamente



ad un miglior livello di appropriazione prescrittiva da parte dei medici specialisti.

Casistica così l'impegno per migliorare ulteriormente la modalità di gestione della presa in carico/completamento diagnostico del paziente ambulatoriale, con l'obiettivo di garantire al cittadino la prenotazione delle prestazioni programmate e prescritte dallo specialista, direttamente al punto dell'ambulatorio senza passare dal CUP, a garanzia della completa presa in carico del problema di salute per cui si è giunti all'attuazione della specialità.

Fondamentale sarà poi il potenziamento della gestione informatizzata di tutta quella che possiamo definire il "sistema ambulatoriale", passando dal miglioramento delle piattaforme informatiche per monitorare quotidianamente l'efficienza e la produzione di prestazioni oltre che i tempi di attesa, alla produzione di prestazioni oltre che i tempi di attesa, alla digitalizzazione, fino alla valorizzazione digitale e al teleconsulto.

dot. Tiziano Carradori
 Direttore Generale S. Anna

Il dott. Tiziano Carradori dal 1° marzo di quest'anno è il nuovo Direttore Generale dell'Azienda. Si occupa pubblicamente un estratto del suo curriculum professionale.

Dopo aver conseguito il Diploma di laurea scientifica e la laurea (1974), Carradori si laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Bologna (1978). Nel 1980 acquista un diploma in "Statistica Epidemiologica" all'Università di Padova. Apprende in Medicina alla "Fondazione" (1981) presso il "Cosenza" (1982) e il "Pellegrini" (1983) di Ferrara. Nel 1987, il diploma in "Igiene e Medicina Preventiva".

Il Curriculum Vitae del DG

Indirizzo di Igiene e Sanità Ospedaliera presso l'Università degli Studi di Cosenza.

Dal 1987 al '88 è Assistente Medico di Igiene e Organizzazione del Servizio Ospedaliero di Santa Serapia Leale di Cosenza, dall'88 al '91 è Ufficiale Sanitario del Servizio di Assistenza Ospedaliera (Igiene) di Cosenza.

Dopo il corso di perfezionamento in Sanità Ospedaliera (Assistenza) presso l'Università di Bologna, Carradori viene nominato Direttore Sanitario dell'Azienda Usl di Imola fino a settembre del 1990. Successivamente è fino al 31 gennaio

1999 è nominato Direttore Sanitario dell'Usl di Bologna (Usl).

Dal 1° febbraio '99 a fine settembre dello stesso anno è Direttore Generale dell'Assistenza alla Sanità e dell'Azienda Sanitaria della Regione Emilia-Romagna. Dal '99 al 2004 viene nominato Direttore Generale dell'Usl di Bologna e, dal 2004 al 2012, Direttore Generale dell'Azienda Usl di Ferrara.

Ultimo incarico, prima di approdare a Ferrara, Direttore Generale dell'Azienda alla Sanità e dell'Azienda Sanitaria della Regione Emilia-Romagna.

Comunicati Stampa, Conferenze stampa e Creazione e divulgazione delle pagine bimensili su Nuova Ferrara, Il Resto del Carlino e Repubblica

L'Ufficio Stampa, oltre alla quotidiana attività di gestione dei rapporti con i mass media attraverso la pubblicazione di comunicati stampa (oltre 100 comunicati stampa nel 2015), la gestione delle conferenze stampa ecc ha realizzato anche 17 pagine, acquistate dall'Azienda sui quotidiani locali e sul quotidiano regionale divulgando notizie in merito e eccellenze cliniche, innovazioni nei trattamenti, orientamento ai servizi.

Realizzazioni di prodotti multimediali

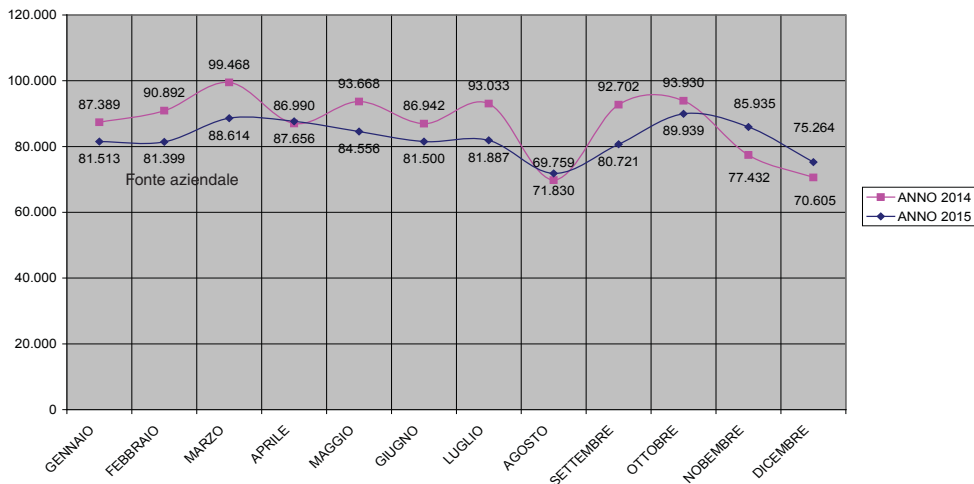
Il Servizio Audiovisivi durante il 2015 ha effettuato 21 videoriprese sia durante agli eventi realizzati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sia in sala operatoria a scopo didattico, congressuale e assistenziale. I 53 servizi fotografici che vengono utilizzati per gli articoli di stampa, pubblicati all'interno della newsletter e come immagini originali che vengono inseriti all'interno degli opuscoli rivisti secondo i principi della health literacy.

Operazione trasparenza e anticorruzione - aggiornamenti dei siti web www.ospfe.it e http://salute.regione.emilia-romagna.it.

Durante il 2015, 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 è proseguita anche l'attività dedicata alla individuazione e alla scelta dei contenuti e delle informazioni pubblicate all'interno della sezione "Amministrazione trasparente". Anche l'aggiornamento delle informazioni relative a notizie, convegni, corsi ed altre attività di rilievo regionale sono periodicamente pubblicate all'interno del portale http://salute.regione.emilia-romagna.it a cura della Funzione Internet/Intranet.

Figura 5.1 - Statistiche di accesso a www.ospfe.it Anno 2014-2015

Numero di Accessi al sito 'www.ospfe.it' - Anno 2014 - 2015



Fonte aziendale

5.3 Gli strumenti per la comunicazione interna aziendale

Formazione e opuscoli health literacy

Sono proseguite le attività inerenti il progetto regionale relativo ai principi e alle pratiche della health literacy: formazione degli operatori sia amministrativi che sanitari (durante il primo semestre del 2015 sono state svolte 4 edizioni) e revisione documentale in collaborazione con i professionisti sanitari (74 opuscoli) secondo le linee guida della Dr.ssa Rima Rudd.

Nel 2015 è stato inoltre realizzato lo studio multicentrico, coordinato dal Centro di riferimento oncologico di Aviano in cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha svolto un ruolo di collaboratore svolgendo le 30 interviste presso il day hospital oncologico, previa autorizzazione del Comitato Etico per la validazione di strumenti di valutazione della health literacy tradotti dall'inglese.

L'Area Comunicazione e la Biblioteca Interaziendale hanno partecipato in aprile 2015 all'addestramento per le interviste e a novembre 2015 al Convegno che si è tenuto ad Aviano "L'alleanza con i pazienti" presentando le proprie esperienze.

E' in corso di stampa il manuale "Insieme con i pazienti Come costruire la Patient Education in Italia nelle strutture sanitarie" edizioni Il Pensiero Scientifico.

Newsletter e Rassegna stampa

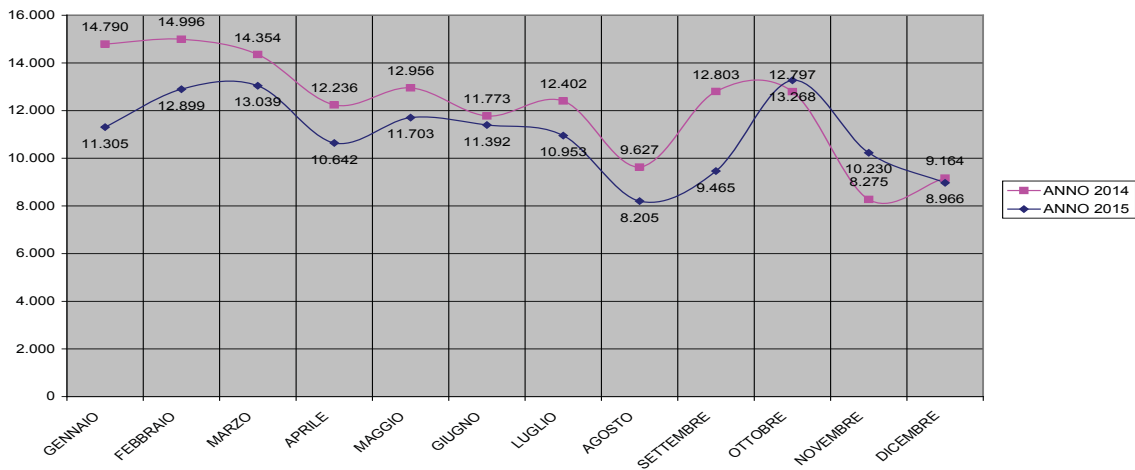
Nel corso del 2015 sono state spedite regolarmente le 12 edizioni della Newsletter a tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. La rassegna stampa rivolta ai dipendenti è stata pubblicata all'interno del sito intranet nei 252 giorni lavorativi.

Sito intranet

Inoltre sono stati aggiornati i contenuti e le informazioni rivolte al personale presenti sul sito intranet gestito dalla Funzione Internet/Intranet; di seguito le statistiche di consultazione del 2015 confrontate con l'anno 2014:

Figura 5.2 - Statistiche di accesso al sito intranet Anno 2014-2015

Numero di Accessi al sito intranet 'InOspfe' - Anno 2014 - 2015





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 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, dagli Accordi Attuativi Locali, attraverso il Programma di ricerca Regione Università, il bando di ricerca finalizzata del Ministero della Salute, con avvio di progetti finalizzati in alcune specifiche aree cliniche e metodologiche, tesi a rafforzare e sviluppare la rete collaborativa fra le Aziende Sanitarie, l'Università e gli IRCSS.

Negli ultimi anni particolare rilevanza hanno assunto il bando ricerca finalizzata, i bandi europei e altri bandi a rilevanza nazionale (AIRC, FISM, CCM, AIF, Telethon ecc...)

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' stata implementata 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.

6.2 Capacità di attrazione di risorse finanziarie

Nell'ottica di favorire l'integrazione dell'attività di ricerca con l'attività clinica, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata catalizzatore di molteplici progetti di ricerca.

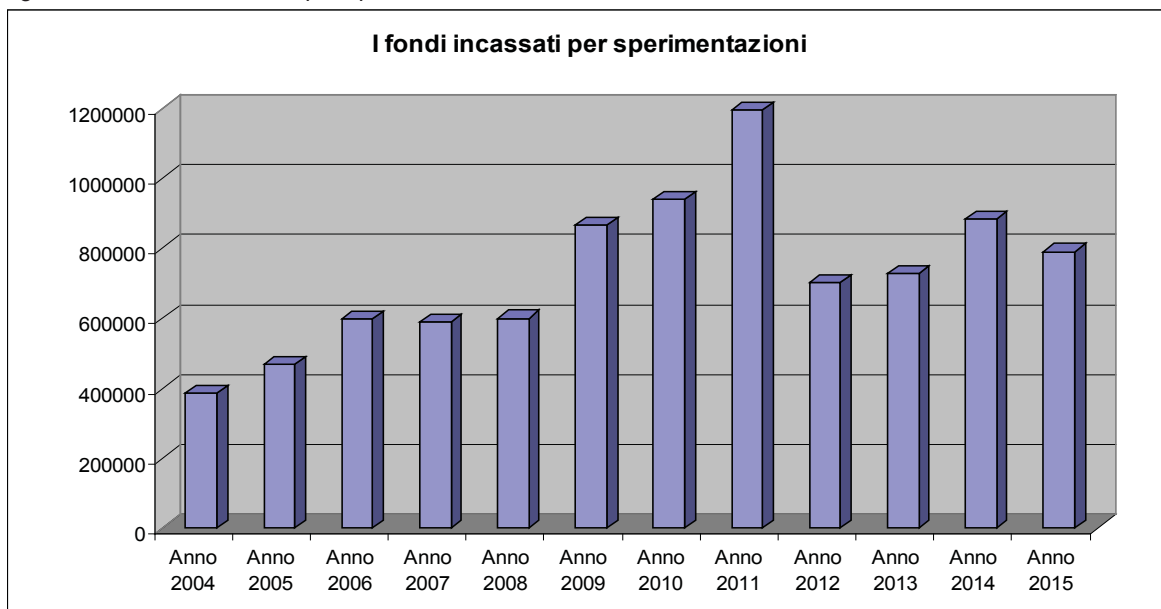
Si è registrata una consistente partecipazione al bando per la ricerca finalizzata ex art. 12 D.Lgs. 502/92 grazie alla quale nell'anno 2015 si è ottenuto il finanziamento di 4 progetti per un importo complessivo pari a €1.091.208. L'Azienda aveva in essere un progetto clinico relativo alle patologie oncologiche finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per un importo di €458.000 e un progetto sovvenzionato dal fondo regionale di modernizzazione per un importo pari a €180.000.

Complessivamente, considerando i progetti attivi al 31.12.2015, i progetti afferenti ai bandi regionali Programma Regione Università hanno prodotto un finanziamento complessivo pari a €3.397.917.

Per quanto attiene al bando ministeriale "Ricerca Finalizzata" complessivamente negli anni l'Azienda Ospedaliero Universitaria risulta essere coinvolta in 16 progetti, specificamente in 12 come centro coordinatore ed in 4 come centro collaboratore, per un budget complessivo disponibile di €3.283.688,16.

Nell'ottica di consolidare le partnership con le imprese nell'obiettivo di realizzare processi di ricerca congiunti, nel corso dell'anno 2015 l'Ufficio Ricerca ha fornito supporto amministrativo nello specifico campo delle sperimentazioni sponsorizzate da privati, emerge dal sistema informativo aziendale che i fondi incassati per sperimentazioni sono pari a €790.492,13.

Figura 6.1 – I fondi incassati per sperimentazioni



Fonte aziendale

Nell'anno 2015 si è concluso il Progetto europeo di ricerca "Sign" Network Genetico transfrontaliero (progetto transfrontaliero Italia-Slovenia). Nel febbraio 2015 è stata inviata la settima relazione del beneficiario (approvata a maggio 2015) e il 30 giugno 2015 è stata presentata la relazione definitiva a seguito della visita ispettiva del 12 maggio 2015 conclusasi con esito positivo.

Negli ultimi mesi del 2015 sono stati predisposti gli atti amministrativi necessari per la chiusura del progetto europeo.

Nel mese di Luglio si è concluso il contratto per il servizio di assistenza tecnica per l'accesso, la partecipazione a progetti sostenuti da finanza pubblica (fondi europei) e la relativa gestione con un apporto consulenziale esterno.

6.3 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 (C.E.) ha comportato l'organizzazione e partecipazione a 11 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 2015 ha visto la valutazione di 161 studi presentati così distinti:

Totale studi valutati	161
Approvati	142
In sospeso	17
Respinti	2
Sospesi e approvati al secondo esame	28
Studi commerciali sponsorizzati	48
Studi no profit	
(ISS-AIFA-Ministero-Regione)	6
Studi no profit promossi da altri enti	56
Studi spontanei	51
Pareri unici rilasciati	14
Emendamenti sostanziali valutati	111
Contratti per studi clinici stipulati (*)	44
Autorizzazioni rilasciate dalla Direzione (*)	55
Totale studi autorizzati	99

(*) Il dato risulta diverso dal totale riportato poichè spesso gli stufi valutati nelle sedute del Comitato Etico dei mesi conclusi di ciascun anno vengono autorizzati o contrattualizzati l'anno successivo.

Nel corso dell'anno 2015 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.

6.4 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.

6.4.1 Ricerca

Nel corso del 2015 hanno operato in azienda in totale 91 assegnisti di ricerca, 65 con docente di riferimento convenzionato dei quali 24 svolgono anche attività assistenziale presso l'azienda e 26 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 2015

Denominazione Dottorato	Coordinatore	Iscritti I anno	Iscritti II anno	Iscritti III anno
BIOCHIMICA, BIOLOGIA MOLECOLARE E BIOTECNOLOGIE	Prof. Francesco Bernardi	0	0	13
BIOLOGIA EVOLUZIONISTICA E AMBIENTALE	Prof. Guido Barbujani	0	0	7
FARMACOLOGIA E ONCOLOGIA MOLECOLARE	Prof. Antonio Cuneo	0	0	15
SCIENZE BIOMEDICHE	Prof. Silvano Capitani	0	0	7
BIOLOGIA EVOLUZIONISTICA ED ECOLOGIA (D.M. 45/2013)	Prof. Guido Barbujani	0	9	0
SCIENZE BIOMEDICHE E BIOTECNOLOGICHE (D.M. 45/2013)	Prof. Francesco Bernardi	13	17	0
MEDICINA MOLECOLARE E FARMACOLOGIA (D.M. 45/2013)	Prof. Antonio Cuneo	9	8	0

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. Non sono pervenuti i dati aggiornati al 2015.

Le tavole successive mostrano i dati relativi al Fondo Ateneo per la Ricerca locale negli anni 2014 e 2013. I dati per l'anno 2015 non sono ancora disponibili al momento della redazione del bilancio di missione.

Tabella 6.3 - Fondo di Ateneo per la Ricerca Locale (FAR) - Anno 2014

Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim. (dal 1/10/2012)	FAR 2014
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 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	€ 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 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
			TOTALE	€ 170.673

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 statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim. (dal 1/10/2012)	FAR 2013
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 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 statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim. (dal 1/10/2012)	FAR 2013
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
			TOTALE	€ 162.666

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 2015

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 assegnista)	5 (2 assegnisti, 1 ricercatore, 1 dottorando 1° 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

Fonte: Università degli studi di Ferrara

NR. PROGETTI	4
NR. PROGETTI NEI QUALI UN DIPENDENTE DELL'AZIENDA E' CAPOFILA O RESPONSABILE SCIENTIFICO	1
NR. COORDINATORI/RESPONSABILI DI PROGETTO:	
- UNIVERSITARI	3
- DEL SSR	0

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Su 4 progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione, tutti hanno Coordinatori o Responsabili universitari.

Pubblicazioni

Nel corso del 2015 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

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
Monografia o Trattato Scientifico	1	0,18%
Contributo in volume (Capitolo, articolo)	13	2,32%
Voce di Enciclopedia/Dizionario	2	0,36%
Articolo su rivista	472	84,14%
Recensione	4	0,71%
Abstract su rivista	14	2,50%
Contributi in atti di convegno (in Rivista)	8	1,43%
Contributi in atti di convegno (in Volume)	9	1,60%
Abstract (Riassunto) in convegno in Rivista/Volume	27	4,81%
Poster	9	1,60%
Brevetto	1	0,18%
Altro	1	0,18%
TOTALE	561	100,00%

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 2012-2015

Intervallo valori di Impact factor	% di pubblicazioni			
	2012	2013	2014	2015
Impact factor da 0 a 1	4,90%	4,90%	4,46%	2,01%
Impact factor da 1,01 a 5	79,72%	81,12%	75,74%	81,88%
Impact factor da 5,01 a 10	9,79%	9,09%	14,36%	12,75%
Impact factor da 10,01 a 15	4,20%	2,80%	1,98%	2,68%
Impact factor superiore a 15,01	1,40%	2,10%	3,47%	0,67%

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;

Nel 2016 è stato effettuato l'aggiornamento dei dati al periodo 2011-2014, i cui risultati non sono ancora disponibili al momento dell'elaborazione del bilancio di missione.

6.4.2 Didattica

Nell'anno 2015 il personale dell'Università di Ferrara che ha svolto attività assistenziale o con ricaduta assistenziale presso l'azienda ospedaliera è composto di 22 professori ordinari, 38 professori associati, 31 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. 2014/15 e la situazione dei corsi di laurea attivati per la professione medica e le altre professioni sanitarie.

Tabella 6.9 – Master A.A. 2014/15

Denominazione corso	Tipologia	Iscritti A.A. 2013/14	
		maschi	femmine
Scienze ortodontiche	Master di Secondo Livello	5	15
Epilettologia	Master di Primo Livello	5	15

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. 2014/15

Corsi di Studio	2014/2015									
	Iscritti IC						Iscritti IC	Iscritti FC	Totale iscritti (IC+FC)	
	1	2	3	4	5	6	Totale	Totale		
BIOTECNOLOGIE MEDICO-FARMACEUTICHE										
Corso di Laurea specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
DIETISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI DIETISTA)										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	10	11	8	-	-	-	29	2	31	
EDUCAZIONE PROFESSIONALE (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI EDUCATORE PROFESSIONALE)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	31	30	29	-	-	-	90	5	95	
FISIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	32	28	25	-	-	-	85	7	92	
FISIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI FISIOTERAPISTA) - SEDE DI BOLZANO										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	22	20	18	-	-	-	60	0	60	
IGIENE DENTALE (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI IGIENISTA DENTALE)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	12	9	8	-	-	-	29	1	30	
INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE)										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	6	6	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	146	110	126	-	-	-	382	89	471	
INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE) - SEDE DI CODIGORO										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	3	3	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	36	37	19	-	-	-	92	30	122	
INFERMIERISTICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE) (PIEVE DI CENTO)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	66	57	46	-	-	-	169	23	192	
LOGOPEDIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI LOGOPEDISTA)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	26	17	12	-	-	-	55	-	55	
MEDICINA E CHIRURGIA										
Corso di Laurea a Ciclo Unico 6 anni (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	273	273	
Corso di Laurea Magistrale Ciclo Unico 6 anni (DM 270/2004)	276	247	209	212	169	147	1260	4	1264	
MEDICINA E CHIRURGIA (Nuovissimo Ordinamento)										
Corso di Laurea (Ante riforma)	-	-	-	-	-	-	-	52	52	

Corsi di Studio	2014/2015									
	Iscritti IC						Iscritti IC	Iscritti FC	Totale iscritti (IC+FC)	
	1	2	3	4	5	6	Totale	Totale		
MEDICINA E CHIRURGIA (Nuovo Ordinamento)										
Corso di Laurea (Ante riforma)	-	-	-	-	-	-	-	14	14	
MEDICINA E CHIRURGIA (Vecchio Ordinamento)										
Corso di Laurea (Ante riforma)	-	-	-	-	-	-	-	8	8	
ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA										
Corso di Laurea a Ciclo Unico 5 anni (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	4	4	
Corso di Laurea Magistrale Ciclo Unico 6 anni (DM 270/2004)	21	21	12	12	11	15	92	-	92	
ORTOTTICA ED ASSISTENZA OFTALMOLOGICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI ORTOTTISTA ED ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	12	13	9	-	-	-	34	1	35	
OSTETRICIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI OSTETRICA/O)										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	21	18	17	-	-	-	56	11	67	
SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE										
Corso di Laurea Specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE DIAGNOSTICHE										
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	25	23	-	-	-	-	48	4	52	
SCIENZE E TECNICHE DELL'ATTIVITA' MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA										
Corso di Laurea Specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	3	3	
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	39	42	-	-	-	-	81	7	88	
SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE										
Corso di Laurea Specialistica (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	5	5	
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	30	25	-	-	-	-	55	9	64	
SCIENZE MOTORIE										
Corso di Laurea (Ante Riforma)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
Corso di Laurea (DM 599/1999)	-	-	-	-	-	-	-	28	28	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	133	109	110	-	-	-	352	75	427	
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE										
Corso di Laurea Magistrale (DM 270/2004)	24	21	-	-	-	-	45	4	49	
TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA)										
Corso di Laurea (DM 270/2004)	11	10	8	-	-	-	29	-	29	
TECNICHE AUDIOPROTESICHE (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI AUDIOPROTESISTA)										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO)										
Corso di Laurea (DM 509/1999)	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	15	17	11	-	-	-	43	5	48	
TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (ABILITANTE ALLA PROFESSIONE SANITARIA DI TECNICO DI RADIOLOGIA MEDICA)										
Corso di Laurea (DM 509)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Corso di Laurea (DM 270/2004)	25	26	31	-	-	-	82	11	93	
TOTALE	1013	891	698	224	180	162	3168	696	3864	

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 34 e vedono 496 medici e 53 non medici iscritti; di questi nell'anno Accademico 2014-2015 se ne sono diplomati 82.

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 2015)

N.	DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA
1	ANATOMIA PATOLOGICA
2	ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA
3	ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE
4	AUDIOLOGIA E FONIATRIA
5	MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE
6	CHIRURGIA GENERALE
7	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
8	CHIRURGIA PEDIATRICA
9	CHIRURGIA TORACICA
10	CHIRURGIA VASCOLARE
11	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
12	EMATOLOGIA
13	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO
14	GASTROENTEROLOGIA
15	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE
16	GENETICA MEDICA
17	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
18	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
19	MALATTIE INFETTIVE
20	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
21	MEDICINA INTERNA
22	MEDICINA LEGALE
23	MEDICINA NUCLEARE
24	NEUROCHIRURGIA
25	NEUROLOGIA
26	OFTALMOLOGIA
27	ONCOLOGIA MEDICA
28	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
29	OTORINOLARINGOIATRIA
30	PATOLOGIA CLINICA
31	PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA
32	PEDIATRIA
33	RADIODIAGNOSTICA
34	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 62 medici in formazione contrattualizzati che hanno conseguito il titolo nel 2015.

Tabella 6.12 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A. 2014/2015 Ordinamento D.M. n.68/2015

Scuola di Specializzazione	Medici in Formazione										Totale frequentanti		
	Iscritti I anno		Iscritti II anno		Iscritti III anno		Iscritti IV anno		Iscritti V anno			Iscritti VI anno	
	dal 01/11/2015		dal 10/12/2015 al 13/02/2016		dal 08/08/2015		dal 05/07/2015		dal 30/06/2015			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
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	13												13
AUDIOLOGIA E FONIATRIA		1											1
CHIRURGIA GENERALE	6		3				5			3			17
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE													
CHIRURGIA PEDIATRICA													
CHIRURGIA TORACICA													
CHIRURGIA VASCOLARE		1											1
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA		1											1
EMATOLOGIA		1											1
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	4		2		2								8
GENETICA MEDICA		2											2
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	7		1										8
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	4		5		3								12
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	7		7		5								19
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE		1											1
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		3											3
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		1											1
MEDICINA DEL LAVORO		1											1
MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO		1											1
MEDICINA INTERNA	6												6
MEDICINA LEGALE	5		2		5		2						14
MEDICINA NUCLEARE													
NEUROCHIRURGIA													
NEUROLOGIA		3											3
OFTALMOLOGIA		2	6		6		5						19
ONCOLOGIA MEDICA	5												5
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4												4
OTORINOLARINGOIATRIA	6												6
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA		1											1
PEDIATRIA	8		7		6		6						27
PSICHIATRIA	4		1		2								7

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 01/11/2015		dal 10/12/2015 al 13/02/2016		dal 08/08/2015		dal 05/07/2015		dal 30/06/2015		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)	
RADIOLOGICA	6		5		2		3					16	
REUMATOLOGIA		1										1	
TOTALI	85	21	39		31		21		3			200	

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.12 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A. 2014/2015 Ordinamento D.M. 2005

Scuola di Specializzazione	Medici in Formazione										Totale frequentanti
	Iscritti II anno		Iscritti III anno		Iscritti IV anno		Iscritti V anno		Iscritti VI anno		
	dal 10/12/2015 al 13/02/2016		dal 08/08/2015		dal 05/07/2015		dal 30/06/2015		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)	
ANATOMIA PATOLOGICA		1		1		1		1			4
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	14		9		9		16				48
AUDIOLOGIA E FONIATRIA				1		1					2
CHIRURGIA GENERALE	1		4		1		1		5		12
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE		1		1		1		1			4
CHIRURGIA PEDIATRICA								1			1
CHIRURGIA TORACICA								1			1
CHIRURGIA VASCOLARE		1		1		1		1			4
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA		2		1		1		1			5
EMATOLOGIA		1		1		1		1			4
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	1		2		4		2				9
GASTROENTEROLOGIA		1		1		1		1			4
GENETICA MEDICA		1		1		1		1			4
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	4		4		3		3				14
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA			1		4		2				7
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE					5		7				12
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		2		2		2		2			8
MALATTIE INFETTIVE		1		1		1					3
MEDICINA DEL LAVORO		1				1		1			3
MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO		2				1		1			4
MEDICINA INTERNA	4		5		6		3				18
MEDICINA LEGALE							5				5
MEDICINA NUCLEARE								1			1
NEUROCHIRURGIA								1		1	2

Scuola di Specializzazione	Iscritti II anno		Iscritti III anno		Iscritti IV anno		Iscritti V anno		Iscritti VI anno		Totale frequentanti
	dal 10/12/2015 al 13/02/2016		dal 08/08/2015		dal 05/07/2015		dal 30/06/2015		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)	
NEUROLOGIA		2		2		1		2			7
OFTALMOLOGIA			1		2		9				12
ONCOLOGIA MEDICA	4		5		3		4				16
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5		5		4		6				20
OTORINOLARINGOIATRIA	5		7		6		4				22
PATOLOGIA CLINICA				2		1		3			6
PEDIATRIA	1				1		7				9
PSICHIATRIA	2		3				5				10
RADIODIAGNOSTICA			3		2		5				10
REUMATOLOGIA		1		2		1		1			5
TOTALI	41	17	49	17	50	16	79	21	5	1	296

Tabella 6.13 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A 2014/2015 Scuole tecniche

Scuola di Specializzazione	N. Iscritti per anno					Totale Iscritti
	I anno	II anno	III anno	IV anno	V anno	
GENETICA MEDICA IND. TECNICO						
ORTOGNATODONZIA	1	24	28			53
PATOLOGIA CLINICA IND. TECNICO						
TOTALI	1	24	28			53

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.14 - Medici in formazione specialistica che hanno conseguito il titolo nell'anno 2015. Area Medico-Chirurgica

Scuola di Specializzazione	N. specializzati nell'anno 2015
Anatomia Patologica	0
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	8
Audiologia e Foniatria	0
Chir. Gen - Ind Chirurgia d'urgenza	0
Chir. Gen - Ind Chirurgia Generale	2
Chirurgia Maxillo-Facciale	5
Chirurgia Pediatrica	0
Chirurgia Toracica	0
Chirurgia Vascolare	0
Dermatologia e Venerologia	0
Ematologia	0
Endocrinologia e Mal. del Ricambio	2
Gastroenterologia	0
Genetica Medica (Ind. Medico)	0
Ginecologia ed Ostetricia	4
Igiene e Medicina Preventiva	1
Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	3
Malattie dell'Apparato Respiratorio	0
Malattie Infettive	0
Medicina del lavoro	0
Medicina dello Sport	0
Medicina Interna	2
Medicina Legale	5
Medicina Nucleare	1
Nefrologia	0
Neurochirurgia	0
Neurologia	0
Oftalmologia	4
Oncologia	4
Ortopedia e Traumatologia	4
Otorinolaringoiatria	6
Pediatria	4
Psichiatria	3

Scuola di Specializzazione	N. specializzati nell'anno 2015
Radiodiagnostica	6
Reumatologia	0
TOTALE	62

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.18 - Specializzati non medici che hanno conseguito il titolo nell'anno 2015. Area Sanitaria

Scuola di Specializzazione	N. specializzati nell'anno 2015
Genetica Medica	0
Ortognatodonzia	20
Patologia Clinica	0
TOTALE	20

Fonte: Università degli studi di Ferrara

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.

6.4.3 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 le evidenze descritte nel Bilancio di Missione del 2014 e 2013, essendo sostanzialmente a regime.

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:

- Definizione degli obiettivi collegati alla retribuzione di risultato. Sono stati condivise e approvate le dimensioni della performance:
 - Performance della produzione
 - Efficienza dei processi
 - Produttività delle Risorse
 - Performance della qualità
 - Centralità del paziente
 - Qualità organizzativa (sicurezza)
 - Performance della sostenibilità
 - Autonomia economico finanziaria
 - Investimenti
 - Performance dello Sviluppo organizzativo
 - Capitale intellettuale
 - Capitale organizzativo (qualità dei sistemi gestionali)
 - Performance dell'Innovazione
 - Innovazione di processo e prodotto
 - Attività scientifica e partnership
 - Rendicontazione sulle attività specifiche condotte e sui risultati ottenuti
- Applicazione di tutti gli accorgimenti tecnici e adempienza in materia di Trasparenza e Prevenzione della corruzione.

Ottimizzazione delle risorse umane

L'applicazione di strategie di ottimizzazione delle risorse umane ha trovato, nel 2015, una evidenza di processo nei seguenti ambiti:

- elaborazione del piano ferie estivo, come per il 2014 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 2015 le strategie hanno enfatizzato la priorità nella preservazione del ruolo e della mission aziendale, in cui la componente universitaria è essenziale:

- sviluppo dell'eccellenza,
- accentrimento 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/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.



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 alle richieste di conversione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale.

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 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria 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 suoi "pazienti imprevisi" (LGBTI), e i risultati sono stati oggetto di ricerche e di comunicazioni presentate in Convegni regionali e nazionali e azioni di sensibilizzazione. 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 promozione della salute nel 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

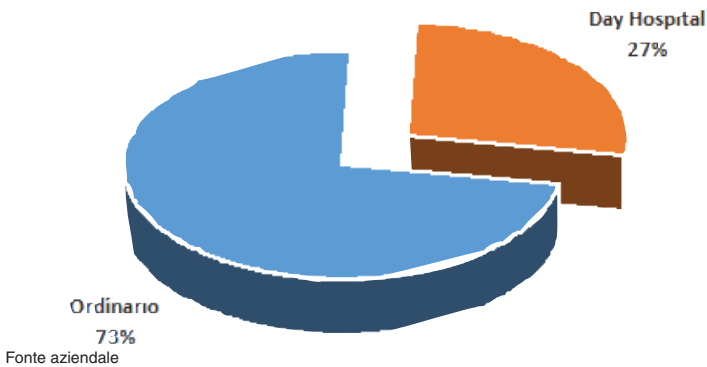
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara, il 16 dicembre 2015, nell'ambito del Programma Bollini Rosa, promosso dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna, ONDA, ha ottenuto il riconoscimento, per il programma 2016-2017, dei tre Bollini (il punteggio massimo). Ogni bollino rosa corrisponde a un livello crescente di attenzione alla salute della donna. Durante l'anno ha partecipato alle iniziative promosse da Onda, tra cui "(H)-Open month: Ottobre 2015", un mese dedicato alla salute della donna.

7.2 Genere e salute, il contesto demografico della provincia: la storia sanitaria dei dimessi nel 2015

La popolazione residente nel comune di Ferrara (dati demografici al 01 Gennaio 2016, forniti dal sito della Provincia di Ferrara) risulta essere di 133.155 persone, di cui il 53,2% sono donne e il 9,5% sono stranieri. I residenti della provincia invece risultavano, alla stessa data, essere 355.436 persone di cui 183.288 donne e 168.148 uomini. 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 2015 in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sono state 32.360 (esclusi i neonati sani), di cui 23.679 in regime di ricovero ordinario (73%) e 8.681 in regime di ricovero DH (27%). Dei 23.679 pazienti in ricovero ordinario 12.399 erano donne e 11.280 uomini; in Day Hospital dei 8.681 dimessi, 4.824 donne e 3.857 uomini. Le persone ricoverate sono state prevalentemente di genere femminile. I pazienti deceduti sono stati 1.214, di cui 614 donne e 600 uomini.

Figura 7.1 - Numero di dimissioni per regime di ricovero 2015



Si riporta di seguito la distribuzione dei dimessi e dei deceduti, in ricovero ordinario, per classe di età.

Figura 7.2 - Totale dei dimessi (non deceduti) per genere, ricovero ordinario

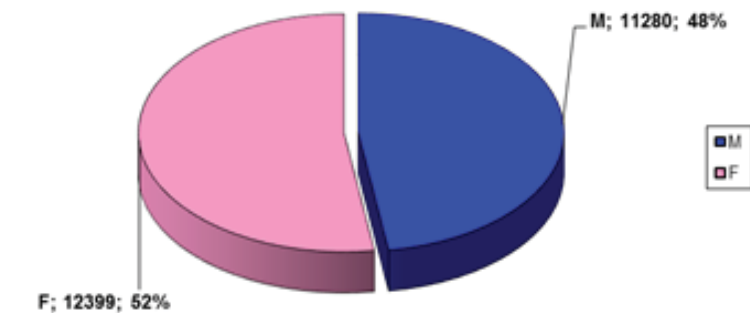
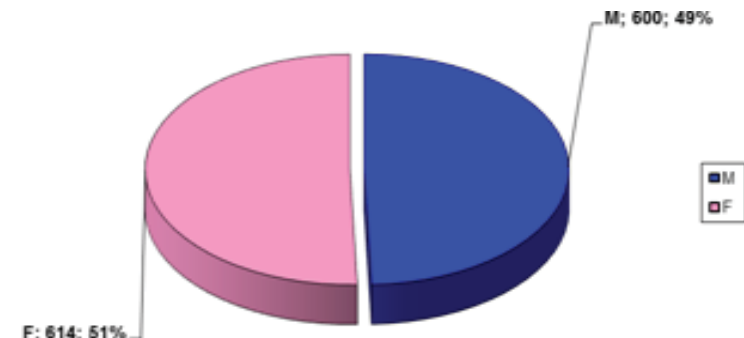


Figura 7.3 - Totale deceduti per genere



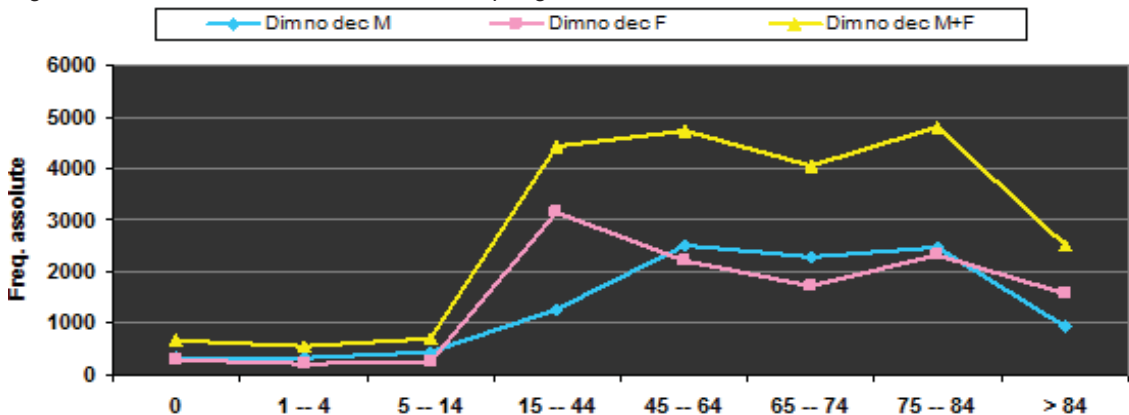
La distribuzione per classi di età dei pazienti dimessi, in regime di ricovero ordinario, mostra una prevalenza di età nella classe superiore ai 74 anni, con una preponderanza delle donne nell'età avanzata. Medesimo scenario per i pazienti deceduti in regime di ricovero ordinario, in cui prevalgono le 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

	UOMINI			DONNE			TOTALE		
	N. DIMISS.	N. DECED.	% DECED.	N. DIMISS.	N. DECED.	% DECED.	N. DIMISS.	N. DECED.	% DECED.
ETÀ DEL PAZIENTE									
0	362	6	1,66	310	1	0,32	672	7	1,04
1 -- 4	367	1	0,31	228	1	0,44	555	2	0,36
5 -- 14	461	0	0,00	265	1	0,38	726	1	0,14
15 -- 44	1.282	14	1,09	3.166	9	0,28	4.448	23	0,52
45 -- 64	2.603	75	2,88	2.269	57	2,51	4.872	132	2,71
65 -- 74	2.434	129	5,30	1.808	78	4,31	4.242	207	4,88
75 -- 84	2.684	198	7,38	2.512	195	7,76	5.196	393	7,56
> 84	1.127	177	15,71	1.841	272	14,77	2.968	449	15,13
TOTALE	11.280	600	5,32	12.399	614	4,95	23.679	1.214	5,13

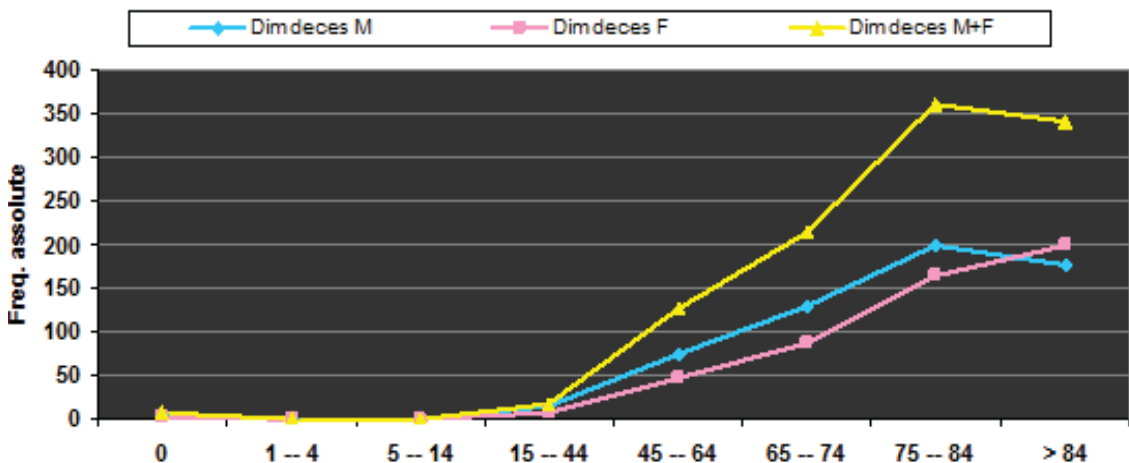
Fonte aziendale

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 2015, peraltro tutte dimesse, sono state 8.681, di cui 4.824 donne e 3.857 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 (61%).

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	4	6	10
1 -- 4	164	59	223
5 -- 14	253	161	414
15 -- 44	799	1.442	2.241
45 -- 64	1.139	1.762	2.901
65 -- 74	809	849	1.658
75 -- 84	590	445	1.035
> 84	99	100	199
TOTALE	3.857	4.824	8.681

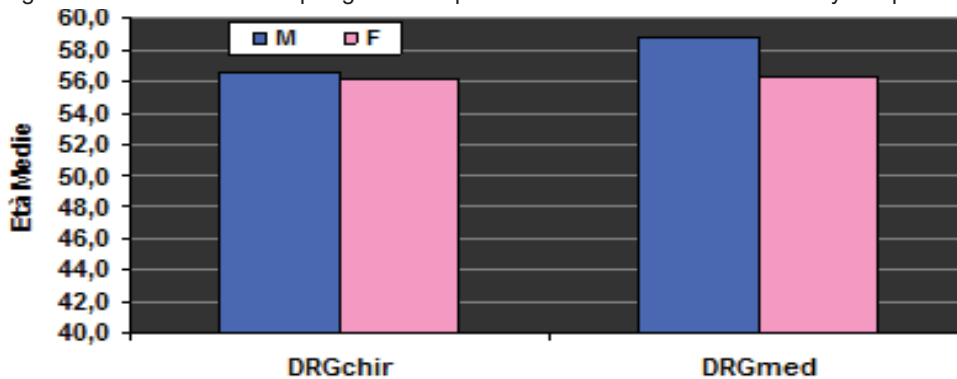
Nell'anno 2015 sono state dimesse, in regime di ricovero ordinario più donne, sia con DRG Chirurgico (50,1%) che DRG Medico (54%). L'età media dei dimessi sia con DRG Chirurgico che DRG Medico è più alta per gli uomini. Anche in regime di ricovero Day Hospital prevale il genere femminile.

Tabella 7.3 - Totale dimessi suddivisi per classe di DRG

REGIME DI RICOVERO Ordinario						
	GENERE				TOTALE	
	UOMINI		DONNE			
	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N. DIMISS.	ETA' MEDIA
DRG CHIRURGICO	5.115	59,2	5.136	58,5	10.251	58,8
DRG MEDICO	6.165	60,0	7.263	57,8	13.428	58,8
TOTALE	11.280	59,7	12.399	58,1	23.679	58,8

REGIME DI RICOVERO Day Hospital						
	GENERE				TOTALE	
	UOMINI		DONNE			
	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N. DIMISS.	ETA' MEDIA
DRG CHIRURGICO	1.500	47,6	2.344	50,8	3.844	49,6
DRG MEDICO	2.357	55,5	2.480	51,7	4.837	53,6
TOTALE	3.857	52,5	4.824	51,3	8.681	51,8

Figura 7.6 - Et  dei dimessi per genere e tipo di DRG. Ricovero ordinario + Day Hospital



Nel 2015 le diagnosi principali pi  rappresentate in regime di ricovero ordinario, per le donne, sono state: parto vaginale senza complicanze, parto cesareo senza CC, insufficienza cardiaca e shock ed emorragia intracranica o infarto cerebrale.

Per gli uomini, invece, interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore, insufficienza cardiaca e shock, insufficienza renale, edema polmonare ed insufficienza respiratoria ed emorragia intracranica o infarto cerebrale.

Tabella 7.4 – DRG per genere. Ricovero ordinario (CC sta per complicanze)

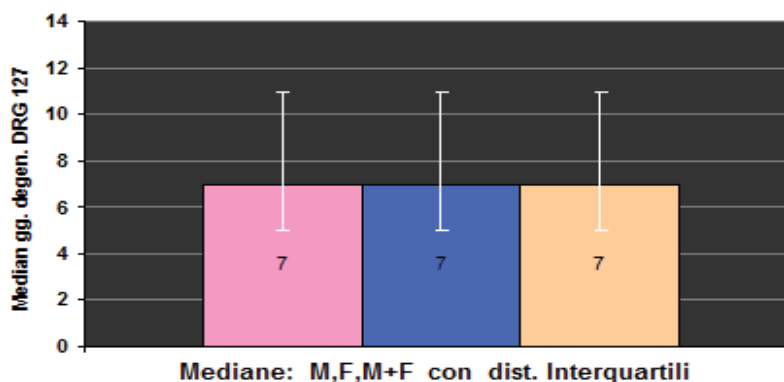
REGIME DI RICOVERO Ordinario			
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	
373 M-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	986	-	986
127 M-Insufficienza cardiaca e shock	385	311	696
014 M-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	314	269	583
316 M-Insufficienza renale	234	278	512
087 M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	219	230	449
557 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	98	317	415
371 C-Parto cesareo senza CC	403	-	403
089 M-Polmonite semplice e pleurite, et� > 17 anni con CC	162	211	373
576 M-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, et� > 17 anni	199	162	361
558 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	51	227	278
125 M-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	123	154	277
055 C-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	89	150	239
555 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	91	137	228
290 C-Interventi sulla tiroide	165	60	225
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	218	-	218
311 C-Interventi per via transuretrale senza CC	48	165	213
500 C-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	81	129	210
544 C-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	144	66	210
082 M-Neoplasie dell'apparato respiratorio	65	138	203
479 C-Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	80	111	191

REGIME DI RICOVERO Ordinario			
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
552 C-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardio-vascolare maggiore	75	109	184
053 C-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	63	119	182
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	180	-	180
078 M-Embolia polmonare	90	84	174
203 M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	55	118	173
467 M-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	87	82	169
494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	104	60	164
518 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	59	102	161
210 C-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	112	44	156
183 M-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	88	61	149
149 C-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	78	70	148
403 M-Linfoma e leucemia non acuta con CC	58	85	143
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	77	64	141
088 M-Malattia polmonare cronica ostruttiva	51	88	139
075 C-Interventi maggiori sul torace	51	87	138
040 C-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	62	76	138
042 C-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	65	73	138
266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	69	67	136
219 C-Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	79	56	135
310 C-Interventi per via transuretrale con CC	32	102	134
060 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	63	71	134
090 M-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	58	74	132
534 C-Interventi vascolari extracranici senza CC	57	72	129
569 C-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	68	59	127
012 M-Malattie degenerative del sistema nervoso	63	63	126
124 M-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	47	79	126
241 M-Malattie del tessuto connettivo senza CC	93	32	125
395 M-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	75	45	120
202 M-Cirrosi e epatite alcolica	54	66	120
002 C-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	58	60	118
320 M-Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	63	51	114
039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	59	52	111
211 C-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	83	27	110
174 M-Emorragia gastrointestinale con CC	43	65	108

REGIME DI RICOVERO Ordinario			
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
298 M-Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	62	45	107
026 M-Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	43	64	107
059 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	59	47	106
172 M-Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	54	49	103
390 M-Neonati con altre affezioni significative	46	57	103
234 C-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	64	38	102
122 M-Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	41	60	101
073 M-Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	23	78	101
.....
.....
TOTALE	12.399	11.280	23.679

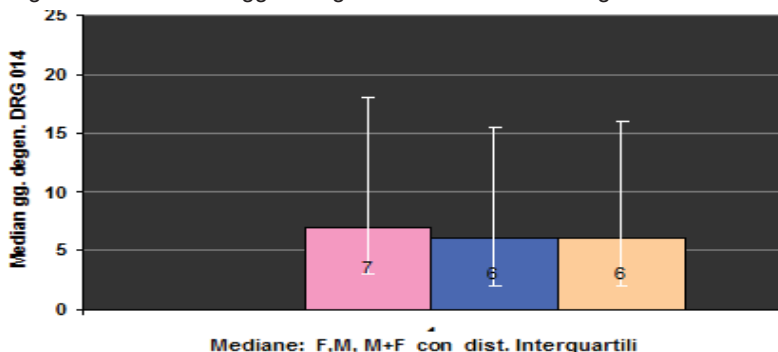
Se si valuta la durata della degenza (rappresentata con la mediana), in regime di ricovero ordinario, per il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) non ci sono differenze tra uomini e donne (Fig. 7.7); per il DRG 014 (emorragia intracranica o infarto cerebrale) la durata della degenza è superiore per le donne di un giorno; per il DRG 576 (Setticemia senza ventilazione meccanica) e per il DRG 316 (insufficienza renale) la durata della degenza è superiore per gli uomini. A seguire le mediane delle giornate di degenza di alcuni DRG.

Figura 7.7 – Mediana gg. di degenza DRG 127 - Insufficienza cardiaca e shock



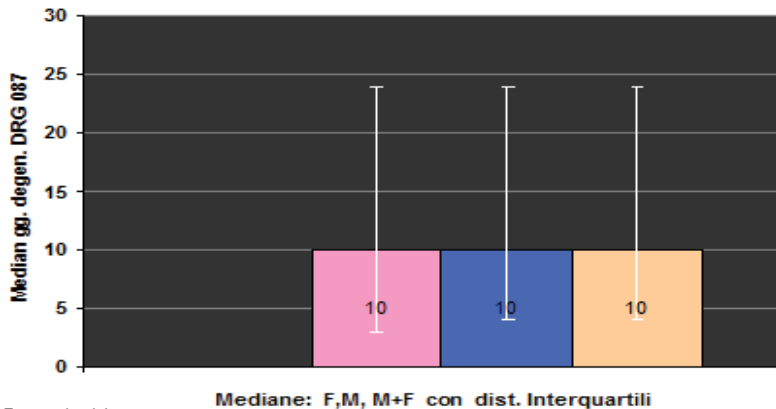
Fonte aziendale

Figura 7.8 – Mediana gg. di degenza DRG 014 -Emorragia intracranica o infarto cerebrale



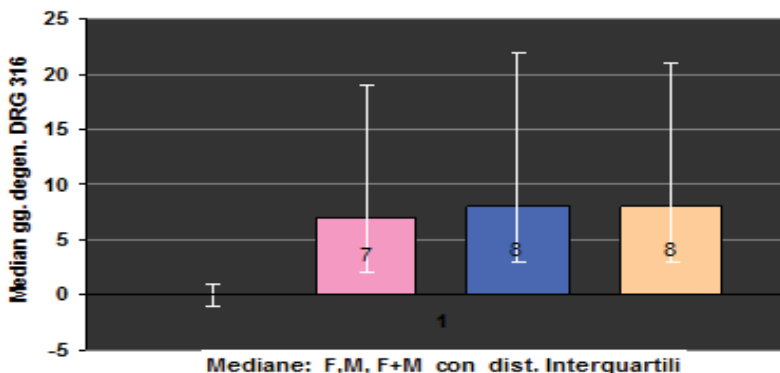
Fonte aziendale

Figura 7.9 – Mediana gg. di degenza DRG 087 - Edema polmonare e insufficienza respiratoria



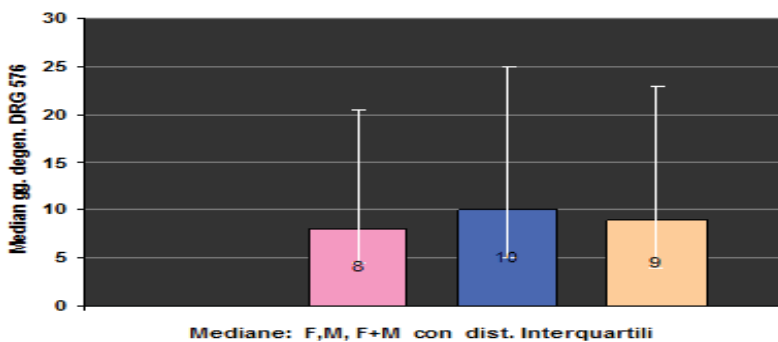
Fonte aziendale

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) ,per gli uomini e le donne le chemioterapie non associate a diagnosi secondaria di leucemia acuta. 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, per le donne.

Tabella 7.5 – DRG per genere. Day Hospital

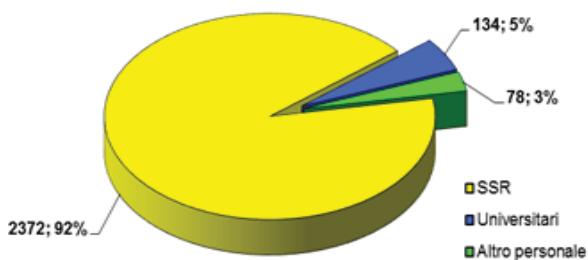
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
REGIME DI RICOVERO Day Hospital			
410 M-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	555	470	1.025
462 M-Riabilitazione	231	395	626
395 M-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	279	168	447
381 C-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	373	-	373
364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	359	-	359
119 C-Legatura e stripping di vene	262	81	343
266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	141	186	327
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	256	-	256
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	173	66	239
202 M-Cirrosi e epatite alcolica	56	77	133
169 C-Interventi sulla bocca senza CC	43	78	121
380 M-Aborto senza dilatazione e raschiamento	117	-	117
538 C-Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	57	58	115
055 C-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	45	68	113
323 M-Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	36	73	109
241 M-Malattie del tessuto connettivo senza CC	70	38	108
301 M-Malattie endocrine senza CC	85	17	102
467 M-Altri fattori che influenzano lo stato di salute	49	51	100
404 M-Linfoma e leucemia non acuta senza CC	43	55	98
343 C-Circoncisione, età < 18 anni	-	95	95
270 C-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	41	52	93
229 C-Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	31	60	91
162 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	9	79	88
409 M-Radioterapia	51	36	87
206 M-Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	37	49	86
139 M-Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	27	57	84
295 M-Diabete, età < 36 anni	43	39	82
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	82	-	82
403 M-Linfoma e leucemia non acuta con CC	32	45	77
076 C-Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	16	56	72
013 M-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	55	16	71
411 M-Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	27	43	70
077 C-Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	26	43	69
234 C-Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	51	17	68
340 C-Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	-	57	57
300 M-Malattie endocrine con CC	34	22	56
120 C-Altri interventi sull'apparato circolatorio	34	21	55
240 M-Malattie del tessuto connettivo con CC	37	18	55

DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
.....
TOTALE	4.824	3.857	8.681

7.3 Il cliente interno: i dipendenti dell'Azienda

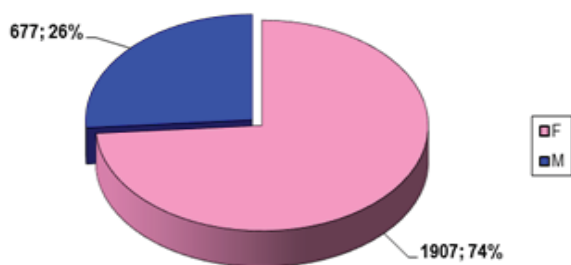
Il personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara al 31 Dicembre del 2014 è di 2.584 persone, di cui il 92% dipendenti del SSR, il 5% universitari in convenzione ed infine, il 3% Altro personale. Il personale dell'AOU di Ferrara è per il 74% donne (D) e il 26% uomini (U).

Figura 7.12 – Totale personale



Fonte aziendale

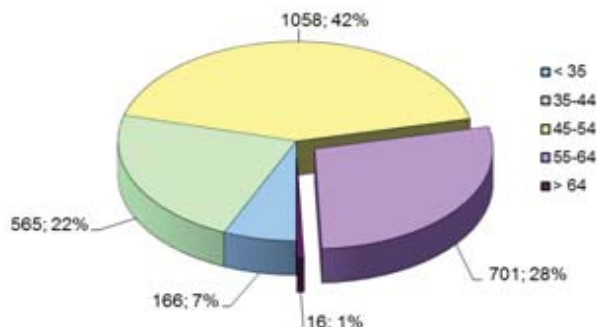
Figura 7.13 – Totale personale per genere



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 (42%), la maggiore parte del personale, sia femminile sia maschile, ha più di quarantacinque anni.

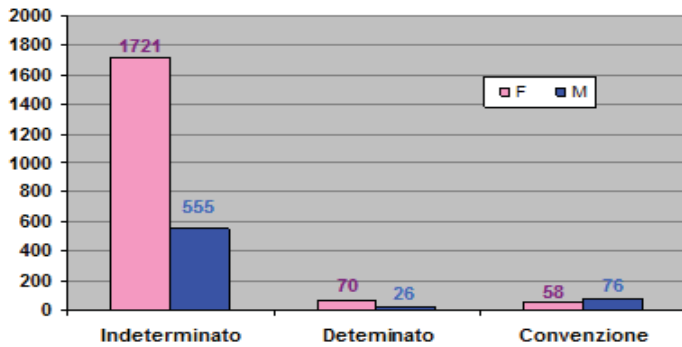
Figura 7.14 – Totale personale per classe di età e genere



Fonte aziendale

Per quanto riguarda la tipologia contrattuale, prevale il contratto a tempo indeterminato, 96 dipendenti hanno un contratto a tempo determinato e 134 sono universitari in convenzione. Prevale il genere femminile in tutte le tipologie contrattuali, ad eccezione che per il personale universitario in convenzione a prevalenza maschile

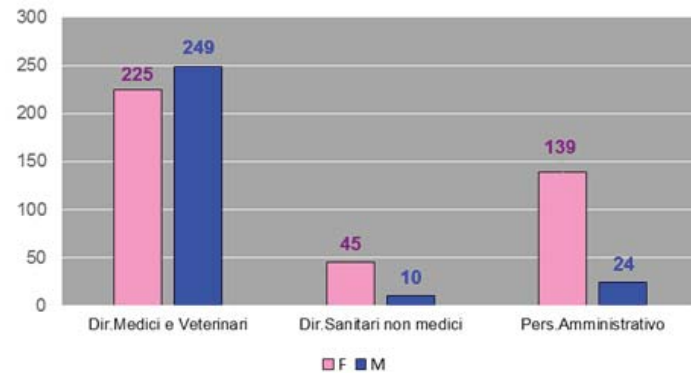
Figura 7.15 – Totale personale per genere e tipologia contrattuale



Fonte aziendale

Fra i dirigenti medici prevalgono gli uomini (249/474), invece fra i dirigenti sanitari non medici prevalgono le donne (45/55), come fra il personale amministrativo (139/163).

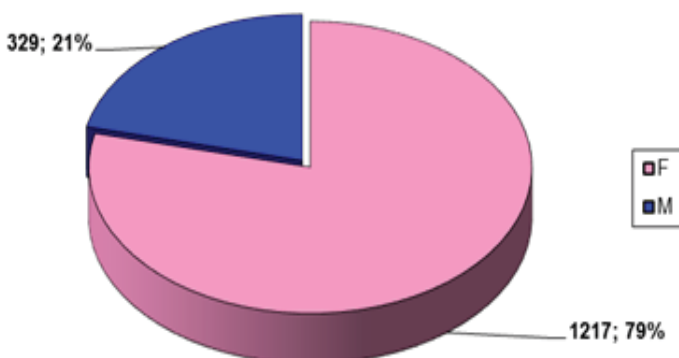
Figura 7.16 - Totale personale per ruolo professionale



Fonte aziendale

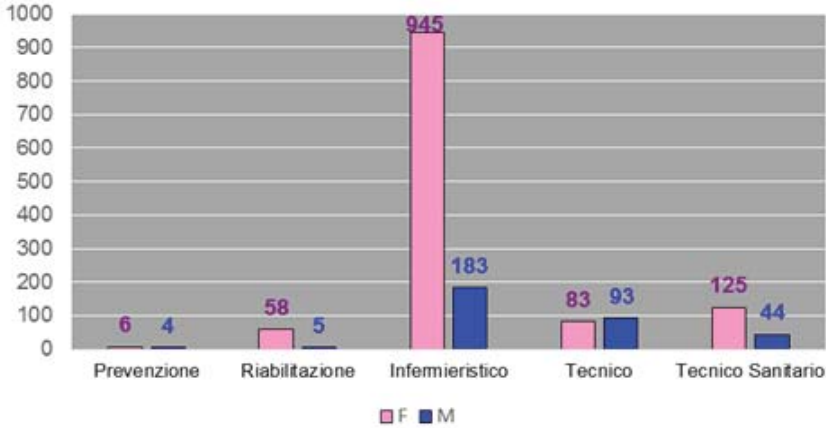
Il personale professional dell'Azienda è prevalentemente di genere femminile (F 1217; M 329). Fra gli altri professional il personale tecnico è prevalentemente di genere maschile. I ruoli professionali appartenenti al personale professional sono: : Infermieristico (F 945; M 183), Riabilitazione (F 58; M 5), Tecnico (F 83; M 93), Tecnico Sanitario (F 125; M 44) e Prevenzione (F 6; M 4).

Figura 7.17 – Personale "professional", per genere



Fonte aziendale

Figura 7.18 – Personale “professionale”, per genere e tipologia

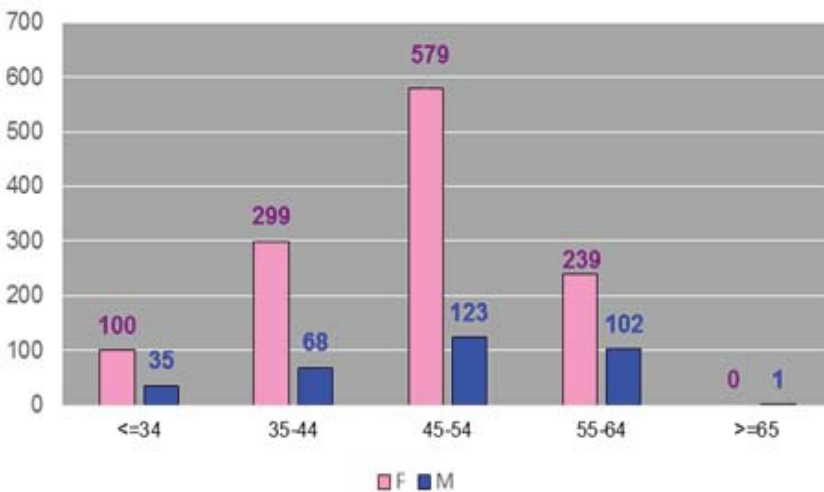


Fonte aziendale

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.

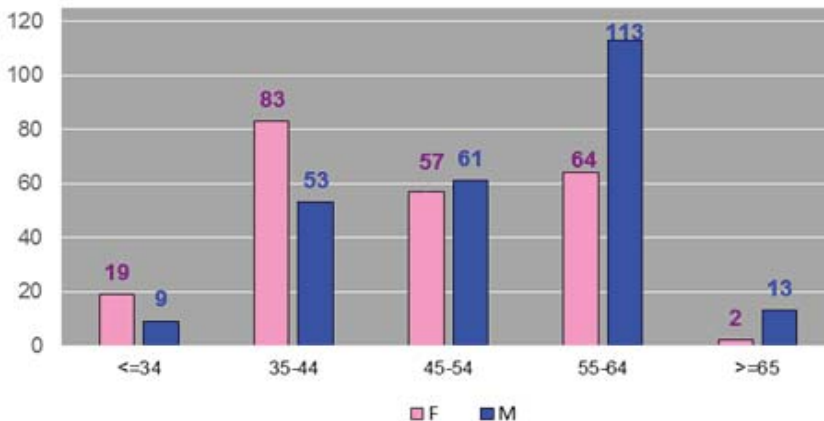
La distribuzione per classe di età dei dirigenti medici, mostra invece fra le donne una prevalenza di età compresa tra i 35 anni e i 44 anni, fra gli uomini tra i 55 anni e i 64 anni.

Figura 7.19 – Personale infermieristico per classe di età e genere



Fonte aziendale

Figura 7.20 – Dirigenti medici per classe di età e genere

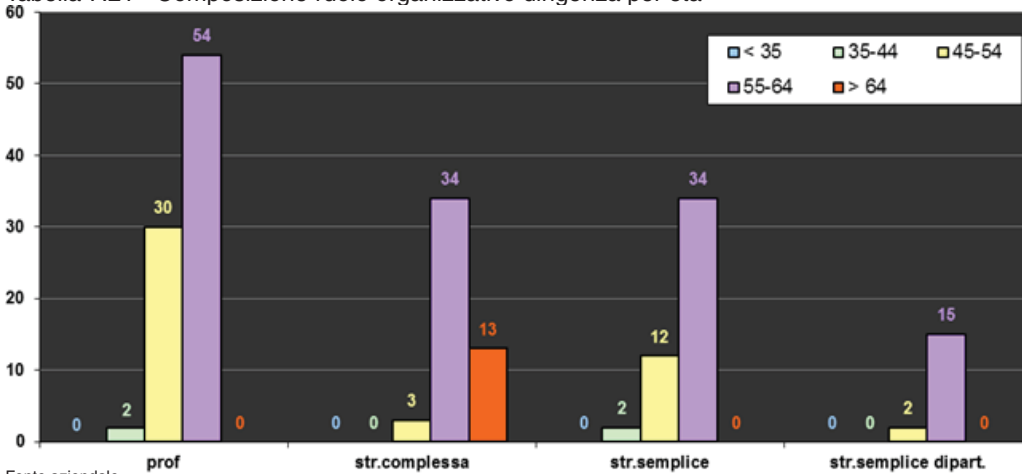


Fonte aziendale

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.

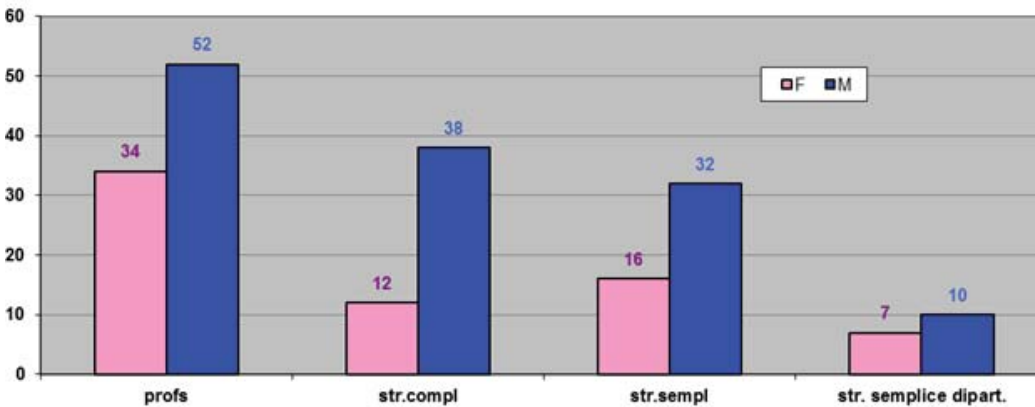
Nonostante la maggior presenza di donne, fra i dipendenti, infatti, sono gli uomini che hanno un maggior numero di incarichi e che prevalgono soprattutto nelle responsabilità apicali (Struttura Complessa, Struttura Dipartimentale e Semplice).

Tabella 7.21 - Composizione ruolo organizzativo dirigenza per età



Fonte aziendale

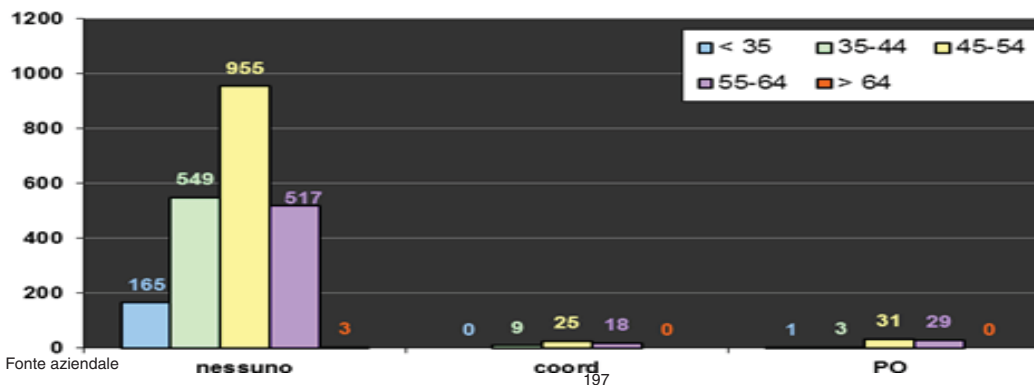
Figura 7.22 - Composizione ruolo organizzativo dirigenza per genere



Fonte aziendale

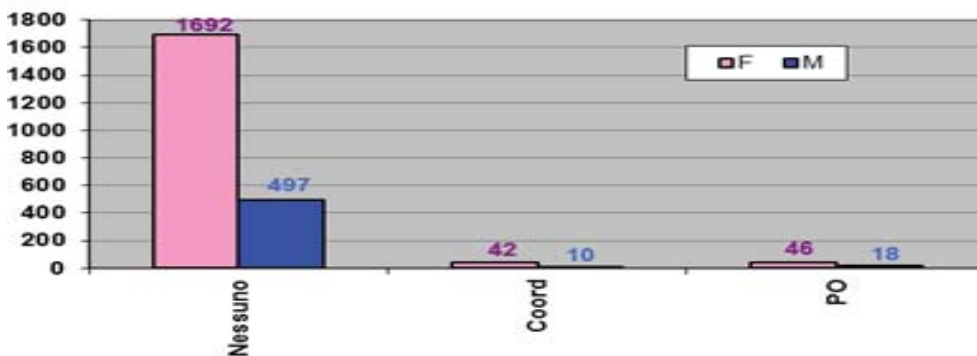
Tra il personale infermieristico le persone con ruoli organizzativi hanno un'età superiore a 45 anni, e prevalgono le donne nei tre ruoli organizzativi evidenziati.

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.	9	1	-	-
O.T.A.	2	-	-	-
Pers.Amministrativo	13	3	2	-
Pers.della Prevenzione	-	-	-	-
Pers.della Riabilitazione	3	-	-	-
Pers.Infermieristico	30	3	1	-
Pers.Tecnico	4	9	2	2
Pers.Tecnico Sanitario	3	1	1	-
TOTALE	64	17	6	2

I dipendenti nati all'estero sono complessivamente 36, di cui 32 donne e 4 uomini.

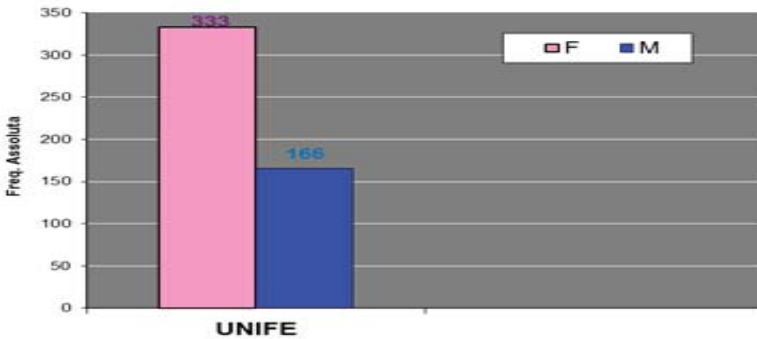
Tabella 7.7 - Ruolo professionale per luogo di nascita

	Italia		Estero	
	Donne	Uomini	Donne	Uomini
Ausiliari Specializzati	1	0	0	0
Dir.Medici e Veterinari	220	245	5	4
Dir.Sanitari non medici	45	10	0	0
Dirigenti PTA	12	9	0	0
O.S.S.	199	36	7	0
O.T.A.	4	0	0	0
Pers.Amministrativo	139	24	0	0
Pers.della Prevenzione	5	4	1	0
Pers.della Riabilitazione	58	5	0	0
Pers.Infermieristico	927	183	18	0
Pers.Tecnico	83	93	0	0
Pers.Tecnico Sanitario	124	44	1	0
TOTALE	1.817	653	32	4

Medici in formazione nell'Università di Ferrara

I medici in formazione presenti in Azienda prevalentemente appartengono all'Ateneo dell'Università di Ferrara. Dalla figura seguente si evince che prevale il genere femminile.

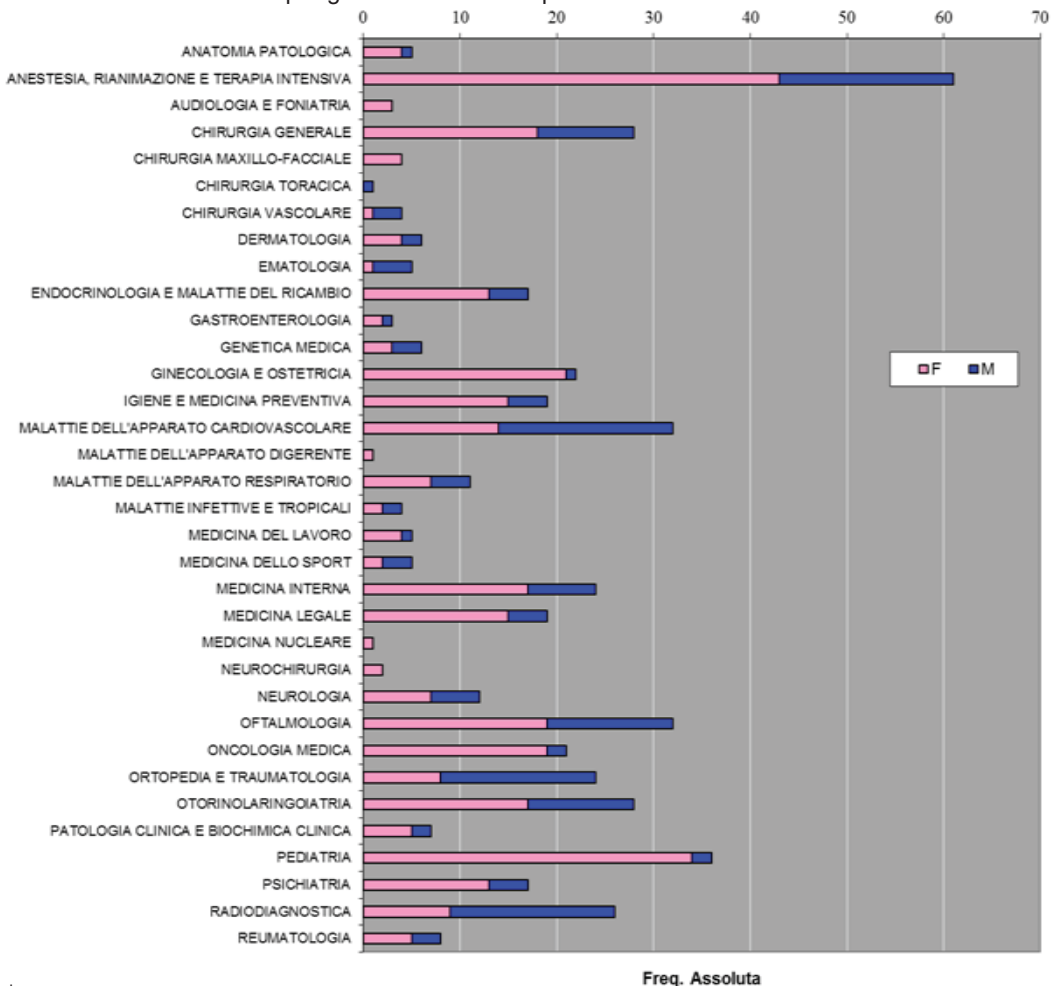
Tabella 7.25 - Distribuzione medici in formazione presso AOIFE, per genere



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 ed Ortopedia e Traumatologia in cui prevale il genere maschile.

Tabella 7.26 - Medici in formazione per genere e scuola di specializzazione



Fonte aziendale

Conclusioni del Direttore Generale

Come anticipato nella presentazione, l'attività è stata orientata a migliorare sia l'efficienza dei servizi rivolti all'utenza, realizzata principalmente col significativo contributo alla riduzione dei tempi di attesa, e a costruire la riorganizzazione delle strutture tecnico-amministrative, articolata nell'ambito di un processo di integrazione con l'azienda USL. Questi impegni sono stati portati avanti e concretizzati operando in un difficile contesto caratterizzato dalla necessità di garantire il contenimento della spesa (beni, risorse umane) e il governo dei costi della struttura, direttamente legati alle dimensioni della stessa.

L'impegno sul controllo e governo della spesa ha seguito la linea di principio della garanzia dell'offerta delle prestazioni sanitarie come priorità nelle strategie aziendali. Il difficile compito, dunque, non è stato condotto attraverso il "semplice" contenimento dei servizi o dell'erogazione dei farmaci e dispositivi medici, ma garantendo il presidio e controllo sull'appropriatezza delle prestazioni necessarie (e dei relativi setting assistenziali) e della prescrizione farmacologica.

Inoltre, se da un lato sono state garantite le prestazioni sanitarie appropriate anche di elevata complessità, non sono mancati gli importanti risultati in termini di esiti. Nel 2015, infatti, l'azienda ha ottenuto livelli di performance clinica sostanzialmente allineati ai valori attesi, descritti in un quadro di indicatori specifici riportato nelle più importanti banche dati nazionali: Piano Nazionale Esiti (PNE), Progetto Network Regioni ("Bersagli"), Indicatori della Griglia dei LEA. A tal proposito sono migliorate le performance in cui erano state rilevate alcune criticità negli anni precedenti.

I processi di riorganizzazione, di riordino dell'assistenza ospedaliera e di integrazione con l'Azienda USL, hanno riguardato importanti ambiti della sanità ospedaliera e territoriale della Provincia di Ferrara. Il documento definito Accordo quadro sancisce la nascita dei Servizi Comuni tra le due aziende, ponendo così solide basi per il miglioramento dei servizi di supporto e l'ottimizzazione delle risorse umane necessarie. Inoltre, durante il 2015, sono state avviate le procedure di analisi tecnica ed organizzativa per la formalizzazione dei Dipartimenti Sanitari Integrati Provinciali. L'integrazione tra le due Aziende diviene quindi sempre più "terreno fertile" per lo sviluppo di percorsi e procedure condivise in grado di migliorare la qualità e l'efficienza delle prestazioni erogate all'utenza: la ridefinizione dell'Hub and Spoke perinatale, con la procedura interaziendale del Trasporto neonatale, lo sviluppo della rete clinico organizzativa del paziente oncologico, caratterizzata fundamentalmente dal consolidamento dei percorsi PDTA comuni, il monitoraggio condiviso con l'Unità Operativa Ortopedia e Traumatologia dei dati relativi alla frattura femore e protesica, la presa in carico da parte della Pediatria della casistica diabetologica in età pediatrica, il consolidamento delle funzioni di integrazione tra le due Aziende per le dimissioni protette, lo sviluppo dell'integrazione con le Associazioni di Volontariato per l'accoglienza e assistenza verso donne e minori vittime di violenza e abuso.

Lo sforzo compiuto da tutte le strutture competenti per ottimizzare insieme appropriatezza, qualità ed efficienza nell'erogazione delle prestazioni ha fornito il risultato prioritariamente atteso dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della Regione: la riduzione dei tempi di attesa, ovvero il raggiungimento di un indice di performance $\geq 90\%$ per le prestazioni critiche entro il 31.12.2015. Tale obiettivo è stato raggiunto per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. Anche sul fronte dei ricoveri chirurgici i lavori condotti hanno permesso di raggiungere traguardi sensibilmente migliorativi rispetto alle performance storiche.

Come negli anni precedenti, la lettura del Bilancio di Missione evidenzia, nei vari specifici capitoli, che anche nel 2015 l'azienda ha fornito altri importanti risultati, oltre alle performance positive sui servizi erogati: lo sviluppo tecnologico-informatico, il processo di dematerializzazione, gli aspetti qualitativi del rapporto con l'utenza (questionari in età pediatrica), il completamento dell'accreditamento istituzionale, gli accorgimenti tecnici ed organizzativi per la garanzia della sicurezza e la prevenzione del rischio, l'ospedale senza dolore, il contributo alla gestione degli screening e al ruolo nell'Area Vasta in particolare per lo screening HPV. Anche nel 2015 l'Azienda ha ottenuto i "tre bollini rosa" ovvero il massimo livello di attenzione rivolta alla salute della donna.

Nell'azienda rivestono un ruolo fondamentale, nonché un elemento cardine nel rapporto con l'Università e per lo sviluppo delle competenze, la formazione, la ricerca e la didattica. Come evidenziato nel capitolo dedicato, nella direzione dell'integrazione dell'attività di ricerca con l'attività clinica, l'Azienda è stata "catalizzatore" di molteplici progetti di ricerca, ottenendo finanziamenti specifici.

Va sottolineato anche che oltre alle performance positive prodotte sul versante dell'interfaccia con l'utenza,

importanti impegni organizzativi hanno permesso di garantire tutte le adempienze informative verso la Regione e il Ministero, ma anche verso il pubblico (rispetto delle normative in materia di anticorruzione e trasparenza, progetto regionale “dati aperti”); sono state superate alcune criticità sulle informazioni riguardanti la Libera Professione e l’accesso agli interventi chirurgici.

Sul versante economico finanziario sono stati significativamente migliorati i tempi di pagamento, è stata pienamente gestita l’adesione alla nuova convenzione regionale di Tesoreria, è stato garantito l’utilizzo del Piano dei conti regionale, è stata favorita la centralizzazione degli acquisiti, è stata garantita la quadratura degli scambi infraregionali e la realizzazione del Percorso attuativo della certificabilità. La collaborazione tra tutti i servizi che rivestono un ruolo specifico sulla gestione e sul controllo della spesa per beni (Farmacia, Economato, Controllo di Gestione, Ingegneria Clinica, Direzione Medica e delle Professioni, ICT) ha prodotto un capillare sistema di controllo in stretta relazione all’appropriatezza ed ai volumi effettivi di attività sia di ricovero che ambulatoriale.

Infine si può rivolgere uno sguardo alle prospettive, ovvero ai prossimi traguardi per l’Azienda. Rimane certamente tra le priorità la continua valutazione della situazione economico finanziaria: l’analisi è fondamentale rivolta alla evidenziazione del livello di “comprimibilità” dei costi sostenuti, ponendo in primo piano la distinzione delle spese strettamente derivate dalla dimensione della struttura (rapportata al numero dei posti letto) e dall’introduzione di nuovi farmaci e tecnologie ad alto costo cui non è possibile rinunciare per garantire l’adeguato livello qualitativo ed evolutivo dei percorsi clinico diagnostico terapeutici.

Sul versante dell’ottimizzazione dei processi di concentrazione di tutte le attività del S. Anna, l’attenzione andrà rivolta al settore riabilitativo, con la progettazione e realizzazione del trasferimento all’interno della nuova struttura. Sul miglioramento continuo dell’accessibilità ai servizi, riveste priorità l’agevolazione dei percorsi all’interno dell’ospedale e lo snellimento delle procedure nell’accesso alla specialistica ambulatoriale. Tali attività sono già “azioni compiute” nell’anno 2016. Sulle adempienze informative troverà ampio spazio lo sviluppo dei “dati aperti” che consentirà al cittadino un vero libero accesso ai dati prodotti dall’Azienda.

Dovrà essere maggiormente sviluppata anche la tematica della valutazione del personale, ma in un ambito più esteso, inserendola “armonicamente” nella dimensione dell’integrazione tra le due aziende.

Gli impegni presi sui vari ambiti (organizzazione, qualità, efficienza) dovranno permettere all’Azienda di migliorare la capacità di rispondere alla domanda espressa dalla popolazione residente al fine di ridurre la mobilità passiva determinata da limiti nella presa in carico.

Anche per il 2015 un ringraziamento va espresso a tutti gli attori che hanno contribuito all’elaborazione del Bilancio di Missione.

Dott. Tiziano Carradori

Parere del Comitato di indirizzo

Il Comitato d'indirizzo ha espresso parere favorevole sul bilancio di missione

Approvato nella seduta del Comitato d'Indirizzo del 12 settembre 2016



Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
Nota integrativa al bilancio di missione 2015
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 2015 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

Con riferimento all'anno 2015, gli obiettivi strategici e annuali sono stati definiti considerando sia le linee di programmazione pervenute dalla Regione, sia le macro-strategie che l'Azienda ha individuato in considerazione delle proprie caratteristiche interne e del contesto esterno di riferimento.

Gli indirizzi regionali, richiamano alla necessità di contribuire al contenimento della spesa sanitaria regionale attraverso ambiti di intervento definiti (revisione dell'organizzazione aziendale, processi di integrazione strutturale col territorio, riduzione significativa del contributo aziendale verso i costi procapite provinciali per ridurre il gap rispetto a quelli delle migliori realtà aziendali in Regione, contenimento della spesa per beni e servizi attraverso la centralizzazione degli acquisti).

Il processo della definizione degli obiettivi per il 2015 è stato condotto in coerenza con le traiettorie che erano state delineate nel piano triennale della performance 2015-2017:

- Riordino dell'assistenza ospedaliera;
- Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, razionalizzazione e contenimento della spesa;
- Integrazione strutturale ospedale territorio e continuità dell'assistenza;
- Completamento del processo di cambiamento gestionale e funzionale del Vecchio Ospedale;
- Trasferimento delle funzioni e delle attività del "Pellegrino" negli spazi del Nuovo Ospedale;
- Completamento del trasferimento a Cona delle strutture e funzioni ancora localizzate in C.so Giovecca;
- Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero;
- Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza;
- Governo della domanda e appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico;
- Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico;
- Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio (PNE; Bersagli, Indicatori RER, Data Base aziendale);
- Attività di ricerca e integrazione con l'Università;
- Attività di prevenzione e promozione della salute promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali;
- Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende;
- Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione e del miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
- Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti;

- Governo delle risorse umane con particolare riguardo alla revisione dell'organizzazione aziendale in riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico;
- Adempimenti nei flussi informativi attraverso il consolidamento e la continua alimentazione delle banche dati cliniche presenti in Azienda indispensabili per la verifica della corretta erogazione dei LEA;
- Valorizzazione del capitale umano in particolare attraverso il consolidamento del capitale intellettuale dell'Azienda e rafforzamento delle iniziative volte a garantirne l'accrescimento attraverso condivisione delle conoscenze.

Gli obiettivi del 2015 sono stati “raggruppati” all'interno di sette dimensioni della performance, secondo le linee guida dell'OIV Regionale:

- Performance della produzione, a sua volta articolata in area dell'efficienza dei processi e della Produttività delle Risorse;
- Performance della qualità, a sua volta articolata in area della Centralità del paziente e della Qualità organizzativa (sicurezza);
- Performance della sostenibilità a sua volta articolata in area della Autonomia economico finanziaria e degli Investimenti;
- Performance dello sviluppo organizzativo a sua volta articolata in area del Capitale intellettuale e del Capitale organizzativo (qualità dei sistemi gestionali);
- Performance dell'innovazione a sua volta articolata in area dell'Innovazione di processo e prodotto e della Partnership (sistema- industria, pubblico-privato, interistituzionale ecc);
- Performance della ricerca a sua volta articolata in area della Produzione scientifica e delle Sinergie aziende ambiente (trial, partnership aziende industria, fundraising ecc);
 - Performance dell'insegnamento a sua volta articolata in area della Qualità dei processi e della Competitività (dimensione articolazione offerta, provenienza studenti, numero domande, ecc);

Sulla parte relativa all'ambito Ricerca-Integrazione con l'Università (descritta in particolare nelle ultime due dimensioni della performance) è stata elaborata una relazione di sintesi generale, vista la complessità che caratterizza le varie articolazioni dell'argomento. Sono in preparazione proposte di linee di intesa con l'Università finalizzate specificamente a definire e condividere obiettivi di rendicontazione delle attività su tale ambito.

La Delibera di Giunta 901 del 13.07.2015 “Linee di programmazione e Finanziamento delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2015” recita che, anche per il 2015, è confermato l' obiettivo inderogabile del pareggio di bilancio, che costituisce obiettivo di mandato per la Direzione Generale di ogni singola Azienda Sanitaria.

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 2015 una situazione di pareggio. Il sistema sanitario regionale deve, quindi, assicurare il finanziamento degli ammortamenti non sterilizzati, di competenza dell'esercizio 2015, riferiti a tutti i beni a utilità pluriennale utilizzati per l'attività produttiva. A tal fine è stato assegnato a questa azienda il finanziamento delle quote di ammortamento non sterilizzate delle immobilizzazioni entrate in produzione fino al 31.12.2009 per l'importo di €300.000 (quota parte dei complessivi 49,391 milioni assegnati a livello regionale)

L'Azienda non aveva potuto presentare un bilancio di previsione in condizione di pareggio determinato secondo le regole civilistiche, per effetto delle ricadute della sentenza 587/2015 del Tribunale di Ferrara, pubblicata il 15.06.2015, che, accogliendo solo in minima parte le domande del Concessionario Prog. Este Spa, condannava l'Azienda al pagamento di un risarcimento di €5.370.933,67, maggiorato di rivalutazione e interessi, per un totale di €6.189.858,92.

Con nota prot. 16951/2015 questa Azienda segnalava alla Regione l'esito della causa che determinava un corrispondente peggioramento del risultato di bilancio 2015 precedentemente concertato e con nota prot. 487466 del 09.07.2015 il Direttore Generale dell'Assessorato Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione, prendeva atto della straordinarietà dell'evento, manifestatosi dopo la programmazione sanitaria regionale 2015. Con la stessa nota precisava che, dato che nel 2015 l'Azienda avrebbe operato per definire con maggiore precisione l'onere economico derivante dalla sentenza, valutando la possibilità di proporre appello o di addivenire ad un accordo negoziale tra le parti, la Regione avrebbe considerato la possibilità di adeguare il livello di finanziamento assegnato.

Alla luce di quanto sopra l'Azienda deliberava con atto 129/2015 il Bilancio di previsione in perdita di € 6.189.859 e con delibera di Giunta 1171/2015, la Regione controllava positivamente l'atto.

Nel corso del 2015 l'Azienda e il Concessionario giungevano a un accordo transattivo a definizione sia della causa citata che di un'ulteriore causa in corso (7632/2013) e di alcune pretese creditorie del Concessionario per fatture emesse ma contestate nella degenza dall'azienda Ospedaliera.

Dalla transazione è derivato un onere effettivo sul bilancio 2015 dell'importo di 4,7 milioni di €(differenza tra il risarcimento corrisposto e le rinunce a crediti fatturati dal Concessionario e registrati a bilancio, ma contestati).

Con delibera di Giunta 2292/2015 la Regione, tenuto conto del fatto che l'Azienda aveva effettivamente operato addivenendo a un accordo che quantificava in maniera meno onerosa l'onere a carico del Bilancio aziendale, assegnava €4.700.000 al fine di adeguare il livello di finanziamento di cui alla Delibera di Giunta 901/2015.

FARMACI INNOVATIVI

Nel Bilancio Economico preventivo 2015, come da indicazioni regionali, l'Azienda aveva iscritto il costo previsto per l'acquisto di farmaci innovativi (pari a €5,2 milioni) e un equivalente rimborso, che sarebbe stato assegnato solo in chiusura dell'esercizio, sulla base della spesa effettivamente sostenuta.

La citata delibera di Giunta 901/2015 nel determinare il volume complessivo delle risorse destinate al finanziamento della spesa corrente del SSR 2015, teneva conto della quota stimata di riparto del Fondo farmaci

innovativi (istituito con l'art.1, comma 593 della Legge di stabilità del 2015 n. 190/2014) e accantonava ulteriori risorse da destinare alle aziende sanitarie per l'acquisizione dei medicinali innovativi.

In sede di intesa Stato-Regioni (Rep. Atti 143/CSR del 30.07.2015) sullo schema di decreto del Ministero della Salute di concerto con il MEF, concernente le modalità operative per l'erogazione delle risorse a titolo di concorso al rimborso per l'acquisto dei farmaci innovativi (art. 1, comma 593, L. 190/2014), veniva condizionata l'approvazione del decreto stesso da parte della Conferenza alla definizione dell'elenco dei farmaci innovativi cui il decreto era rivolto.

Con decreto del Ministero della Salute di concerto con il MEF del 9 ottobre 2015 "Rimborso alle Regioni per l'acquisto dei farmaci innovativi" sono stati definiti criteri e modalità di erogazione alle Regioni delle risorse del Fondo farmaci innovativi, con riferimento all'elenco dei farmaci di cui all'allegato A del decreto medesimo (nuovi farmaci per l'epatite C, fatta eccezione per il simeprevir).

Considerato che l'AIFA ha fornito le informazioni relative ai farmaci innovativi, indicando, per ciascuna Regione e Provincia autonoma, la spesa rimborsabile di competenza 2015, sulla base della residenza dei pazienti e che il Ministero della salute ha trasmesso alle Regioni le informazioni relative alla modalità di contabilizzazione delle singole voci, precisando in particolare che gli oneri relativi alla spesa sostenuta per residenti fuori regione, eccedenti il Fondo farmaci innovativi nazionale, verranno compensati alle Regioni a statuto ordinario attraverso il meccanismo della mobilità interregionale, mentre la regolazione della spesa per l'erogazione dei farmaci a residenti nelle regioni a statuto speciale e nelle Province autonome, seguirà le regole della fatturazione diretta (questa Azienda non ha erogato farmaci innovativi a residenti in queste ultime Regioni/Province.).

La Regione ha proceduto con le delibere di Giunta 2265 e 2292 del 28.12.2015 all'effettuazione delle assegnazioni (la prima in acconto, la seconda a saldo) del finanziamento a copertura degli oneri per l'acquisto di farmaci innovativi, sulla base della spesa effettivamente sostenuta e rendicontata dalle aziende tramite i flussi informativi specifici (FED e AFO) per i farmaci innovativi (oncologici compresi), al netto degli sconti e pay back afferenti a tale tipologia di farmaci.

In relazione all'applicazione di accordi negoziali prezzo/volume o in caso di trattamenti effettuati oltre alla dodicesima settimana o in applicazione di accordi negoziali di condivisione del rischio, per i farmaci innovativi di cui al DM 9 ottobre 2015, il riparto tiene conto della spesa sostenuta dalle Aziende per il trattamento sia dei pazienti residenti nel territorio regionale sia dei pazienti provenienti da altre Regioni, mentre ,per gli altri farmaci innovativi (extra decreto), il riparto è al netto della quota per i farmaci erogati in mobilità extraregionale; nell'ambito dei farmaci oncologici, inoltre, per quanto concerne l'ipilimumab, la spesa ai fini del riparto delle risorse regionali è stata imputata all'azienda che ha allestito il farmaco.

Con nota prot. 2016/0227046 del 31/03/2016 la Regione provvedeva ad aggiornare il Piano dei conti regionale istituendo appositi conti per accogliere le note di credito del pay back rispettivamente per i farmaci innovativi di cui al DM 9/10/2015 e per gli altri farmaci (innovativi non a DM e non innovativi) soggetti ad accordi negoziali finanziari o di condivisione del rischio.

Alla luce di quanto sopra rappresentato , pertanto, a fronte della spesa 2015 per farmaci innovativi (a DM e non) l'azienda ha iscritto nel Bilancio d'esercizio i seguenti valori:

- contributi regionali € 2.078.990,92 (delibera di Giunta 2265/2015). In previsione non era previsto alcun importo tra i contributi.
- rimborsi da Aziende Farmaceutiche per pay back € 3.682.207 (delibera di Giunta 2292/2015), in previsione era stato iscritto l'importo di 5,2 milioni di €
- note di credito ricevute o da ricevere per pay back relativo a farmaci innovativi 2015 a DM 9.10.2015 - €3.634.007
- note di credito ricevute o da ricevere per pay back relativo a farmaci innovativi 2015 non a DM - € 117.832,28
- mobilità extrareregionale somministrazione farmaci €103.182 all'interno del più complessivo aggregato di tutti i farmaci in mobilità per pazienti non residenti in Regione

MOBILITA' SANITARIA

In sede di redazione del Bilancio preventivo 2015, come da indicazioni regionali, per la mobilità infraregionale l'azienda si era attenuta ai valori della matrice di mobilità anno 2014, ad esclusione dell'accordo di fornitura con l'Azienda Territoriale.

Per la mobilità extrareregionale, invece, l'attività che si prevedeva di effettuare nel 2015 era stata determinata una ricaduta economica negativa di complessivi **1,261 milioni di €**

Per la mobilità interregionale, l'Azienda ha iscritto il valore dell'effettiva produzione riepilogata nei flussi regionali, in quanto è risultata inferiore ai valori indicati nel CE IV trimestre 2015, limite massimo stabilito dalla Regione con la nota PG 2016/0262509 del 13/04/2016.

Il risultato d'esercizio dell'anno 2015 si assesta su un utile di Euro 25.554 che è sostanzialmente allineato al pareggio civilistico previsto dalla Delibera 901/2015 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.
- 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.
- Si è provveduto a una valutazione attenta dei fondi rischi e oneri con relativo adeguamento. In particolare si è provveduto a effettuare un accantonamento per svalutazione crediti (sia da stranieri che da privati per complessivi € 1.024.185,23, contro i 100.000 € previsti in previsione) a fronte di possibile inesigibilità dei crediti più datati o di esito negativo dell'attività di recupero a mezzo iscrizione a ruolo dei ticket non pagati degli anni precedenti. E' stato effettuato accantonamento al fondo vertenze legali per 1.400.000 € (rispetto agli 800.000 del bilancio di previsione) a seguito dell'analisi della cause civili pendenti in essere effettuato dall'Ufficio Legale aziendale e dalla Direzione Aziendale. Si è provveduto anche all'accantonamento di Euro 1.000.000 al fondo per manutenzioni cicliche come da richiesta del Servizio Tecnico. Con detto accantonamento si intende ripartire, in base al principio della competenza, il costo della manutenzione ordinaria (in particolare di ripristino strade e piazzali, guaine e cornicioni dell'ex ospedale di Corso Giovecca) 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 del Bilancio d'esercizio 2015 rispetto ai dati di Previsione 2015, 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 **8,6 milioni di €** rispetto al preventivo, principalmente per l'avvenuta assegnazione:

- con la delibera di Giunta 2292/2015 di **4,700 mil. di €** per adeguamento del livello di finanziamento 2015 a seguito della definizione della transazione Prog. Este;
- con la Delibera di Giunta 2265/2015 di **2,079 mil. di €** a copertura dei farmaci innovativi previsti nel DM 9/10/2015.

Incide anche l'incremento dei contributi regionali per la ricerca.

incremento mobilità attiva da Azienda Territoriale:

MOBILITA' AZIENDA USL FERRARA	Preventivo 2015	Consuntivo 2015
MOBILITA'		
RICOVERI	111.000.000,00	111.000.000,00
SPECIALISTICA	28.797.913,19	28.797.913,19
FARMACI IN MOBILITA'	22.399.203,00	22.956.650,71

rispetto alla previsione incrementa la mobilità attiva provinciale di **0,557 milioni** per effetto di una maggiore somministrazione diretta di farmaci.

Si evidenzia la differenza fra la produzione infraprovinciale effettiva e l'accordo di fornitura

2015			
AOSP. UNIV. Di Ferrara/ AUSL di Ferrara	Accordo 2015	Produzione 2015	Differenza Accordo / Produzione
Degenze	111.000.000,00	101.980.000,00	9.020.000,00
Specialistica ambulatoriale e P. S.	28.797.913,19	33.055.631,63	-4.257.718,44
Totale	139.797.913,19	135.035.631,63	4.762.281,56

**decremento mobilita' attiva da altre Aziende della Regione: per 0,254 milioni di Euro e incremento della
mobilità attiva da Aziende extrareregionali per 147.000 Euro**

MOBILITA' INFRAREGIONALE	Preventivo 2015	Consuntivo 2015
RICOVERI	6.408.179,14	6.692.583,34
SPECIALISTICA	2.175.314,63	2.127.399,53
FARMACI IN MOBILITA'	1.649.239,53	1.667.332,51

Produzione infraregionale effettiva rispetto all'accordo o form 2014 :

DEGENZE

USL	PRODUZIONE 2015 EFFETTIVA	IMPORTO ECONOMICO FORM 2015	PRODUZIONE NON RICONOSCIUTA
PIACENZA	2.139,70	70.433,00	-68.293,30
PARMA	154.803,26	143.831,83	10.971,43
REGGIO EMILIA	237.220,15	143.751,56	93.468,59
MODENA	1.412.576,71	918.213,22	494.363,49
BOLOGNA	3.076.314,59	2.565.653,01	510.661,58
IMOLA	200.605,82	145.346,04	55.259,78
ROMAGNA	2.984.719,14	2.705.354,68	279.364,46
TOTALE	8.068.379,37	6.692.583,34	1.375.796,03

SPECIALISTICA

USL	PRODUZIONE 2015 EFFETTIVA	IMPORTO ECONOMICO FORM 2015	MAGGIORE VALORE ECONOMICO RICONOSCIUTO RISPETTO ALLA PRODUZIONE
PIACENZA	12.495,20	14.407,15	1.911,95
PARMA	116.175,65	116.175,65	0,00
REGGIO EMILIA	86.164,50	92.724,50	6.560,00
MODENA	319.459,42	315.323,64	-4.135,78
BOLOGNA	746.815,18	731.791,70	-15.023,48
IMOLA	44.768,15	83.311,42	38.543,27
ROMAGNA	686.950,89	773.665,47	86.714,58
TOTALE	2.012.828,99	2.127.399,53	114.570,54

Come meglio descritto più sopra per il settore degenze e DH la produzione economicamente riconosciuta è inferiore a quella effettiva di **€ 1.375.796,03**; per il settore Specialistica ambulatoriale la produzione economicamente riconosciuta è superiore a quella effettiva di **€114.570,54**

	Preventivo 2015	Consuntivo 2015
MOBILITA' INTERREGIONALE		
RICOVERI	13.745.000,00	14.709.865,10
SPECIALISTICA	3.200.000,00	2.381.952,56
FARMACI IN MOBILITA'	2.154.112,00	2.154.676,68

Per le Aziende di altre Regioni il valore inserito in previsione, che teneva conto dello sviluppo della Radioterapia Metabolica (con conseguente apertura della degenza avvenuto ad inizio 2015), nonché della mancata chiusura estiva di 10 posti letto della Neuroriabilitazione è incrementato ulteriormente per funzioni HUB aziendali. Decrementa, sia rispetto alla previsione 2015 che al consuntivo 2014, il valore della specialistica principalmente legata alla genetica medica, sia per il posticipo dell' acquisizione di alcune attrezzature, sia per la diversa modalità di tariffazione dei pacchetti di prestazioni decisa a livello regionale.

decremento attività libero professionale: per **0,580 milioni di Euro** principalmente per il calo dell'attività individuale infrarar (- 344.000 €) e dell'alp d'equipe sia in costanza di ricovero (-154.000 €) che ambulatoriale (- 54.000 €).

	Preventivo 2015	Consuntivo 2015
<i>Attività libero professionale</i>	5.433.548,00	4.852.756,00

compartecipazione alla spesa:

	Preventivo 2015	Consuntivo 2015
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	6.232.142,09	6.085.387,03

Il ticket presenta una leggera flessione (-146.000 € pari al 2,5%) rispetto alla previsione.

Decremento concorsi, recuperi e rimborsi: per € 1.366.629, prevalentemente per la differente imputazione del contributo regionale iscritto in questo aggregato del bilancio di previsione per 5,2 milioni di € e l'effettiva assegnazione 2015, in parte a contributo in conto esercizio (2,079 mil di €) e in parte a rimborso (3,682 mil di €).

quota contributi in conto capitale imputata all'esercizio (sterilizzazione ammortamenti): il valore definitivo differisce dalla previsione 2015 (+ **0,514 milioni di €**) prevalentemente per il ricalcolo degli ammortamenti e della sterilizzazione del vecchio nosocomio dopo la vendita di parte dell'anello all'Azienda territoriale, nonché per l'inserimento del ricavo di vendita finalmente realizzato tra le fonti che sterilizzano gli ammortamenti del nuovo nosocomio.

Inoltre impatta l'uscita dall'ammortamento di beni che erano stati acquistati con mutuo (quindi non sterilizzati) e l'ingresso di beni acquisiti con contributi in conto capitale.

incremento consumo beni. (acquisto +/- variazione delle rimanenze) Il consumo di beni aumenta di **1,308 milioni di Euro** rispetto al preventivo (compresa la variazione delle rimanenze). L'incremento è determinato dai farmaci innovativi e dalla maggiore erogazione dei farmaci in mobilità come già descritto nei paragrafi dei ricavi. Nella previsione 2015 il valore dei farmaci innovativi, come da indicazioni regionali, era stato iscritto per l'intero importo così come nei ricavi. Nel bilancio d'esercizio, come da nuove indicazioni regionali, sono state registrate in appositi conti a riduzione dei costi le note di accredito ricevute e da ricevere per sconti (applicazione accordi negoziali prezzo/volume) e pay-back (trattamenti effettuati oltre la dodicesima settimana). Cala il conto dispositivi medici diagnostici in vitro per il passaggio alla fatturazione a referto per l'attività del laboratorio analisi, con conseguente aumento dei servizi sanitari.

incremento servizi sanitari, -

si registra un incremento di detto aggregato rispetto alla previsione di 1,1 milioni di € prevalentemente per l'impatto della voce "service sanitari" che aumenta di 1,3 milioni di € per l'aggiudicazione del nuovo contratto del laboratorio analisi che prevede il costo a referto. Cala, conseguentemente, l'acquisto beni, in particolare il conto dispositivi medici diagnostici in vitro che passa da una previsione di €7,7 milioni a 6,6 milioni di €

Si rileva inoltre un incremento del costo dell'appalto per la fornitura e sterilizzazione dello strumentario chirurgico e una contrazione delle ore di sostituzione retribuite come prestazioni aggiuntive attraverso un'ottimizzazione dell'organizzazione dei servizi.

decremento servizi non sanitari rispetto alla previsione, di 1,4 milioni di €

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 **1,4 milioni di €** determinato principalmente dalle risultanze sul 2015 della transazione con Prog.Este S.p.A per **1 milione di €** (storno fatture contestate per canone compensativo gestione parcheggio e camere a pagamento). Diminuiscono le utenze per circa **200.000 €** prevalentemente per l'energia elettrica e il telefono, cresce, invece, l'acqua. Cala il rimborso previsto nei confronti dell'Azienda Usl di Ferrara per il calore di corso Giovecca (- **382.000 €**rispetto alla previsione) per il passaggio della gestione della centrale termica (da AOFE a AUSLFE) avvenuto nel corso del 2015 con ritardo rispetto ai tempi previsti . Incrementano le assicurazioni per **102.000 €**

costi del personale (IRAP compresa):

L'aggregato decrementa di **0,9 milioni di €**rispetto alla previsione. Le voci del personale evidenziano una diminuzione perché l'Azienda, sulla base delle indicazioni regionali si è attenuta a una gestione rigorosa degli organici rispettando il limite per le nuove assunzioni con contenimento del turnover al 25% dei posti resisi vacanti e disponibili. Anche il numero di dipendenti in servizio a fine 2015 è risultato inferiore di numero 58 unità. Si è proseguito, inoltre, il processo di riorganizzazione delle attività, considerata anche la riduzione del personale per il blocco del turn-over, la sempre maggior incidenza di personale parzialmente inidoneo allo svolgimento di tutte le mansioni professionali proprie della qualifica posseduta e il costante incremento dell'utilizzo di permessi e congedi collegati alla L. 104/9. L'Azienda ha proseguito nella realizzazione di una politica di razionalizzazione delle funzioni amministrative, tecnico professionali su base provinciale continuando nell'integrazione delle risorse con l'Azienda U.S.L. di Ferrara. Bisogna altresì tener conto che nel rispetto dei tetti di spesa sono stati assunti in corso d'anno n. 8 medici per contribuire alla riduzione delle liste di attesa. La rilevante diminuzione dei costi complessivi per il personale è dovuta anche alla riduzione dei fondi di salario accessorio (**per €660.000**) come da circolare 20/2015 del MEF.

variazione delle rimanenze:

Le rimanenze 2015 incrementano di **1 milione di €**rispetto all'anno precedente. Nella previsione, che ragiona sui consumi previsti e concordati in budget, la variazione delle rimanenze viene posta artatamente pari a 0.

L'incremento rispetto al 2014 deriva dalla necessità di gestire un maggior numero di prodotti ad alto costo, in particolare farmaci innovativi.

proventi straordinari

Rispetto alla previsione l'aggregato incrementa di **2,740 milioni di €** principalmente per:

- la registrazione di sopravvenienze verso aziende sanitarie RER (azzerate in previsione su indicazione della RER, per la quadratura degli scambi) per **€204.000**;
- la rilevazione di sopravvenienze attive per storno interessi passivi (+ **815.000 €** rispetto alla previsione) e sopravvenienze attive per note di credito su servizi non sanitari (+ **952.000 €** rispetto alla previsione) principalmente per la registrazione delle ricadute della transazione Prog.Este che riguardava anche interessi di anni precedenti e addebiti per canoni compensativi di servizi non sanitari di anni precedenti;
- registrazione di insussistenze del passivo per note di credito da Pay back su prodotti non innovativi acquistati in anni precedenti (+ **200.000 €**);
- incrementano, inoltre, le sopravvenienze per studi clinici (+ **190.000 €** rispetto alla previsione) e le sopravvenienze attive verso terzi (+ **326.000 €**) per la registrazione di utenze 2014 addebitate al Concessionario solo dopo la chiusura dell'esercizio precedente a conclusione di apposito contraddittorio.

oneri straordinari

L'aggregato di bilancio incrementa di **1,748 milioni di €** rispetto alla previsione per:

- spese per risarcimenti (+ **1,392 milioni di €**). In attesa dell'esito di apposito interpello presentato nel mese di dicembre 2015 all'Agenzia delle Entrate in merito all'assoggettabilità o meno, e nel caso con quale aliquota, della somma corrisposta in base alla transazione definita con il Concessionario, l'importo corrisposto è stato registrato con applicazione dell'IVA all'aliquota massima (22%). In bilancio di previsione l'importo del risarcimento era stato iscritto al di fuori del campo di applicazione dell'imposta, quindi al netto di IVA. L'esito dell'interpello non è ancora disponibile in quanto l'Agenzia delle Entrate ha richiesto nel mese di aprile 2016 ulteriore documentazione in merito, facendo così decorrere nuovamente i tempi della pratica;
- sopravvenienze passive e insussistenze verso aziende sanitarie RER (azzerate in previsione su indicazione della RER, per la quadratura degli scambi) + **€119.000**;
- sopravvenienze per interessi passivi (+ **223.000** rispetto alla previsione). Nel corso del 2015 l'Azienda ha recuperato gran parte del ritardo nei pagamenti ai fornitori (come meglio dettagliato nel capitolo 3), tuttavia gli addebiti ricevuti sono relativi ai ritardati pagamenti degli anni precedenti. A titolo prudenziale le fatture sono state imputate fra i costi del bilancio, ma saranno oggetto di verifica dei conteggi effettuati dal fornitore e di proposta di definizione a valori inferiori.

	Previsione	Consuntivo	Delta	Delta
	2015	2015	Consuntivo 2015/Previsione 2015	%
CONTRIBUTI C/ESERCIZIO	78.309.837	88.038.929	9.729.092	12,42%
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	204.119.055	203.645.247	-473.808	-0,23%
da Az.USL della Provincia (mobilità attiva: ricoveri, specialistica e farmaci)	162.197.116	162.754.564	557.448	0,34%
da Az.USL della Regione (mobilità attiva: ricoveri, specialistica e farmaci)	10.232.733	10.487.315	254.582	2,49%
da Aziende di altre Regioni (mobilità attiva: ricoveri, specialistica e farmaci)	19.099.112	19.246.494	147.382	0,77%
ALP e altri proventi	12.590.094	11.156.874	-1.433.220	-11,38%
ALTRI RICAVI (RIMBORSI ecc.)	23.963.947	23.148.735	-815.212	-3,40%
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA	6.232.142	6.085.387	-146.755	-2,35%
TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE	312.624.981	320.918.298	8.293.317	2,65%
ACQUISTO BENI DI CONSUMO (con variazione rimanenze)	67.336.590	68.645.440	1.308.850	1,94%
SERVIZI SANITARI	25.876.780	26.997.481	1.120.701	4,33%
SERVIZI NON SANITARI E MANUTEZIONI	63.666.532	62.056.308	-1.610.224	-2,53%
GODIMENTO DI BENI DI TERZI	5.065.791	4.260.989	-804.802	-15,89%
COSTI DEL PERSONALE	124.529.519	123.733.271	-796.248	-0,64%
ACCANTONAMENTI	1.575.233	4.539.562	2.964.329	188,18%
ALTRI COSTI	15.712.452	16.729.368	1.016.916	6,47%
TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	303.762.897	306.962.419	3.199.522	1,05%
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-293.558	-334.339	-40.781	13,89%
RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE		-138	-138	
PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	-6.120.226	-5.128.059	992.167	-16,21%
IMPOSTE SUL REDDITO	8.638.159	8.467.790	-170.369	-1,97%
RISULTATO D'ESERCIZIO	-6.189.859	25.554	6.215.413	

BUDGET AZIENDALE

La base per la costruzione e successiva assegnazione degli obiettivi alle varie articolazioni aziendali è stata costituita in relazione alle dimensioni del piano della performance descritte in premessa ed alle relative aree specifiche.

I macro-obiettivi assegnati, dopo negoziazione, sono i seguenti:

Dimensione: Performance della produzione

Area: Efficienza dei Processi

Macro-Obiettivi:

- Effetti dell'integrazione sulla qualità dell'assistenza
- Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
- Incremento del potere di Attrazione
- Mantenimento dei livelli storici di attrazione
- Miglioramento dell'offerta provinciale espressa in termini di potere di attrazione dell'utenza residente
- Ottimizzazione dei tempi di attesa chirurgici (efficienza in sala operatoria)
- Ottimizzazione della risposta ai bisogni della popolazione in relazione all'attività di ricovero
- Ottimizzazione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie ambulatoriali
- Redazione programma operatorio giornaliero nel sistema Ormaweb
- Adesione agli obiettivi regionali in ambito cardiovascolare nella prescrizione alla dimissione da ricovero e visita specialistica (report del Dipartimento Farmaceutico)
- Impiego antibatterici glicopeptidici secondo criteri costo/efficacia
- Riduzione utilizzo fluorochinoloni per uso sistemico
- Riduzione prescrizione antibatterici alla dimissione con avvicinamento alla media regionale

Area: Produttività delle Risorse

Macro-Obiettivi:

- Consolidamento della funzione di filtro in PS
- Ottimizzazione dell'efficienza in relazione al volume di prestazioni da erogare
- Ottimizzazione dell'offerta in relazione alle risorse umane, in comparazione con le altre realtà aziendali della regione, ed ai principi che regolano il processo dell'integrazione con la AUSL
- Ridefinizione dell'offerta provinciale, in relazione agli accordi con AUSL

Dimensione: Performance della Qualità

Area: Centralità del paziente

Macro-Obiettivi:

- Consolidamento dei setting assistenziali alternativi
- Facilitazione all'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione di prestazioni di specialistica
- Revisione organizzativa della gestione del paziente talassemico
- Presidio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni necessarie alla gestione del caso clinico
- Snellimento delle procedure di tariffazione in pronto soccorso

Area: Qualità organizzativa (sicurezza)

Macro-Obiettivi:

- Maggiore utilizzo dei lavori del Nucleo dei Controlli Sanitari (NAC), come strumento di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e dei relativi percorsi.
- Presidio della Sicurezza in Sala Operatoria

Dimensione: Performance della sostenibilità

Area: Autonomia economico finanziaria

Macro-Obiettivi:

- Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER
- Rispetto del vincolo della spesa per beni di consumo, con attenzione anche al singolo prodotto
- Rispetto delle disposizioni da parte della Commissione DM (CPDM)

Area: Investimenti

Macro-Obiettivi:

- Miglioramento della qualità dell'offerta in relazione al rinnovo tecnologico

Dimensione: Performance dello Sviluppo organizzativo

Area: Capitale intellettuale

Macro-Obiettivi:

- Miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e orientamento dei sistemi premianti nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione

Dimensione: Performance dell'Innovazione

Area: Innovazione di processo e prodotto

Macro-Obiettivi:

- Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio: Network Regioni-Progetto Bersagli
- Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio: Indicatori RER
- Miglioramento continuo delle performance cliniche e organizzative e dei relativi strumenti di monitoraggio: PNE
- Presidio sugli indicatori di performance clinica aziendali
- Presidio sulle criticità emerse con l'Accreditamento
- Presidio sulle criticità emerse negli altri settori della Qualità
- Presidio sulle criticità cardiologiche specifiche (tasso di ricoveri per scompenso, mortalità per IMA)
- Revisione dell'organizzazione nell'ottica di un miglioramento dell'efficacia del processo di erogazione delle prestazioni, sia in termini di qualità, sia in termini di tempi e risorse impiegate.

Dimensione: Attività scientifica e partnership

Macro-Obiettivo:

- Rendicontazione sulle attività specifiche condotte e sui risultati ottenuti

Per ogni macro area sono stati individuati obiettivi specifici calati nelle varie Unità Operative. 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 dal Piano della Performance Aziendale con le stesse dimensioni della performance e aree dei Dipartimenti Sanitari.

I macro obiettivi individuati sono stati i seguenti:

- Supporto al Riordino dell'assistenza ospedaliera
- Supporto tecnico al processo di Integrazione strutturale interaziendale e riorganizzazione aziendale
- Integrazione provinciale dei servizi amministrativi e di supporto
- Implementazione di un sistema univoco di codifica delle voci stipendiali
- Completamento percorso unificazione Servizi Legale, Assicurativo
- Definizione e monitoraggio del Piano di assunzione annuale tenendo conto degli obiettivi e degli standard di tipo economico finanziario e gestionale e degli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto
- Magazzino Unico di Area Vasta ;1) Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende 2)Integrazione Codifiche di Area Vasta. 3) Supporto ai progetti aziendali
- Allineamento dei contratti in una logica interaziendale con unificazione contrattualistica tra le due Aziende (AUSL e AOSP)
- Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico
- Presidio e applicazione (per competenza specifica) delle azioni da compiere per l'allineamento alle Linee di Programmazione Regionali per il 2015
- Supporto e presidio verso le azioni dei DAI mirate al raggiungimento degli obiettivi concertati
- Supporto tecnico al processo di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane in comparazione con le altre realtà aziendali della regione, ed ai principi che regolano il processo dell'integrazione con la AUSL
- Ottimizzazione della produttività in PS
- Miglioramento dell'efficienza nella registrazione delle prestazioni ambulatoriali
- Snellimento delle procedure di tariffazione e miglioramento dei livelli di informazione sul pagamento del ticket in Pronto Soccorso
- Creazione della ricetta dematerializzata
- Concentrazione funzionale e logistica di tutte le prestazioni sanitarie erogate dall'Azienda
- Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: sviluppo di un sistema aziendale per la sicurezza delle cure e dei pazienti in ospedale e sul territorio
- Perfezionamento del sistema di monitoraggio e valutazione dei risultati
- Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico: Integrazione delle funzioni di rischio clinico, rischio infettivo e di rischio occupazionale
- Sostenibilità organizzativa e invecchiamento della popolazione lavorativa
- Riduzione del rischio lavorativo da movimentazione manuale dei pazienti
- Contenimento dei costi per contribuire al miglioramento della quota di spesa procapite legata all'Azienda Ospedaliero Universitaria alla media delle migliori aziende individuate come riferimento
- Assicurazione dell'equilibrio di bilancio seguendo le condizioni descritte dalla RER
- Governo dei processi di acquisto di beni e servizi
- Processi di centralizzazione rispetto del Masterplan triennale
- Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR
- Miglioramento del sistema informativo contabile: Applicazione del Decreto Legislativo n.118/2011
- Miglioramento del sistema informativo contabile: Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende Sanitarie

- Governo delle risorse Umane: predisposizione di Piani di Assunzione annuali tenendo conto degli obiettivi e degli standard di tipo economico-finanziario e gestionale
- Dematerializzazione del ciclo passivo
- Implementazione del sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile
- Completamento dei percorsi di miglioramento tecnologico e organizzativo finalizzati all'ottimizzazione dei sistemi di controllo della spesa
- Avvio del progetto sulla prescrizione e somministrazione informatizzata
- Controllo dei costi contrattuali ed effettivi dei Servizi Esternalizzati
- Miglioramento dell'efficienza nella definizione di previsioni di spesa e monitoraggio per i Servizi: tempestiva comunicazione estemporanea al Controllo di Gestione (indipendentemente dagli invii regolari) di sensibili variazioni di spesa rispetto alla previsione (in particolare utenze e contratto calore)
- Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio tecnologico e governo degli investimenti
- Controllo e adeguamento dei costi delle manutenzioni
- Attuazione del piano formativo aziendale sviluppato in relazione alle esigenze innovative sulle diverse dimensioni della performance
- Miglioramento dei sistemi di valutazione delle competenze e orientamento dei sistemi premianti nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione
- Consolidamento e continua alimentazione delle banche dati cliniche presenti in Azienda indispensabili per la verifica della corretta erogazione dei LEA
- Presidio sulla qualità delle informazioni
- Ottimizzazione dei sistemi informativi nella gestione delle risorse umane
- Integrazione del modello di rilevazione sul monitoraggio della attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel PTPC
- Prosecuzione e consolidamento dell'implementazione delle reti cliniche
- Sviluppo di modelli prevenzione e promozione della salute previsti nel nuovo Piano Regionale della Prevenzione, promuovendo integrazione tra i servizi e presidi ospedalieri e i servizi territoriali
- Rivisitazione dei rapporti gestiti a livello di convenzione
- Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto alla semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi
- Consolidare le azioni di supporto in merito a proposte progettuali riferite a bandi sostenuti da fondazioni internazionali e ai progetti europei in essere

In relazione al regolamento di budget (elaborato secondo le relative linee guida regionali, integrato nel Piano attuativo della certificabilità dei bilanci -PAC- e pubblicato nel sito intranet aziendale), 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. E' stato completato il processo di verifica a consuntivo con le informazioni disponibili per tutti gli obiettivi concertati.

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.

Le principali criticità riscontrate relative a obiettivi organizzativi e di qualità, sul versante sanitario, sono state nelle seguenti aree:

- Mantenimento e/o sviluppo dei livelli di attrazione
- Riduzione utilizzo fluochinolonic
- Impiego antibatterici glicopeptidici secondo criteri costo/efficacia
- Redazione dei programmi operatori con il sistema informativo Ormaweb
- Utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione di prestazioni di specialistica

Sulla base degli esiti osservati (attraverso gli strumenti di misurazione) nella fase della valutazione, relativamente alle Aree sopraindicate, l'Organismo Aziendale di Supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (OAS - OIV), ha segnalato i disallineamenti chiedendo alle UUOO interessate di relazionare rispetto alle motivazioni che non hanno permesso il raggiungimento degli obiettivi. Alle risposte ricevute ha fatto seguito la valutazione finale sempre da parte dell'OAS.

- Mantenimento e/o sviluppo dei livelli di attrazione. Per quanto riguarda le Unità Operative che hanno avuto problematica sul raggiungimento di tale obiettivo, le motivazioni presentate sono state accolte:
 - assenza di personale per periodi prolungati
 - incremento dell'offerta verso l'utenza provinciale
 - componente rilevante, nella casistica osservata, di ricoveri da Pronto Soccorso
- Riduzione utilizzo fluorochinolonic e Impiego antibatterici glicopeptidici secondo criteri costo/efficacia. Anche le motivazioni presentate per i due obiettivi sul governo della prescrizione di Antibiotici sono state accolte: l'utilizzo dei fluochinolonic e/o antibatterici glicopeptidici è stato effettuato su indicazione dell'infettivologo e per pazienti ritenuti particolarmente complessi. A seguito di tali motivazioni, comunque, sono state intraprese due linee di azione/intervento allo scopo di prevenire il ripresentarsi della problematica negli anni successivi:

- Per la motivazione legata alla casistica ritenuta particolarmente complessa è stata formalizzata dall'OAS la raccomandazione che nel corso del 2016 si svolgano attività metodologicamente specifiche (come l'audit clinico) per valutare in modo oggettivo la complessità dei casi critici e l'appropriatezza clinica.
 - Sulla propedeutica indicazione dell'infettivologo alla prescrizione di antibiotici, in occasione della negoziazione di budget del 2016 sono stati definiti nuovi obiettivi sul rischio clinico e sulla prescrizione appropriata di tali farmaci. Su questi obiettivi è stato attribuito un elevato peso, rispetto al quadro complessivo. E' stata richiamata l'attenzione degli infettivologi stessi, attraverso la formalizzazione di un obiettivo specifico, sull'utilizzo dei medicinali di cui sopra: si impegneranno a presidiare le prescrizioni, avvalendosi di opportune verifiche di appropriatezza del percorso clinico o dell'approccio diagnostico.
- Redazione dei programmi operatori con il sistema informativo Ormaweb. Le motivazioni portate a giustificazione del non raggiungimento degli obiettivi legati all'attività operatoria riguardavano, in sintesi:
- Disponibilità dei posti letto in Terapia Intensiva
 - Interferenza organizzativa delle Urgenze
 - Livello di efficienza del percorso preoperatorio

Tali motivazioni non hanno trovato il pieno riscontro positivo da parte dei Servizi deputati al monitoraggio e verifica. La valutazione finale, esitata in una condizione di obiettivo solo parzialmente raggiunto ha portato quindi ad una decurtazione della retribuzione di risultato del 20% per gli obiettivi di questa area.

- Utilizzo della ricetta dematerializzata per la prescrizione di prestazioni di specialistica. Diverse motivazioni sono state presentate a fronte delle criticità residue a fine anno su tale obiettivo:
- Difficoltà tecnico-informatiche non superate
 - Difficoltà di organizzazione, in particolare nei casi di elevato numero di prestazioni erogate al giorno
 - Eccessiva complessità del sistema

L'istruttoria condotta principalmente con il coinvolgimento diretto del Servizio deputato al monitoraggio e verifica ha documentato che non in tutte le UUOO interessate tali motivazioni hanno trovato riscontro pienamente positivo, generando una condizione di parziale raggiungimento dell'obiettivo con conseguente decurtazione della quota di retribuzione di risultato in percentuali dal 10 al 60%.

Sul versante tecnico, tecnico-amministrativo e di staff, gli obiettivi sono stati raggiunti nella quasi totalità dei Servizi. Dopo l'istruttoria sulle motivazioni delle situazioni disallineate, è residua una sola criticità dalla quale è conseguita una condizione di parziale raggiungimento di un obiettivo (50%) mirato all'implementazione della ricetta dematerializzata per la prescrizione farmaceutica. Gli altri ambiti in cui sono state analizzate criticità riguardavano il progetto sull'unificazione Servizi Legale e Assicurativo, il presidio delle Linee di Programmazione Regionali, lo snellimento delle procedure di tariffazione in Pronto Soccorso, il miglioramento dell'efficienza nelle previsioni e nel monitoraggio della spesa.