

Conseguimento degli obiettivi 2014 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

La relazione sul conseguimento degli obiettivi da perseguire per l'anno 2014 descrive i traguardi raggiunti e le azioni compiute per ottenere i risultati. I contenuti della relazione sono articolati nel seguente modo:

- Quadro Generale Aziendale del 2014: descrive in sintesi l'attività svolta in relazione alle risorse disponibili.
- La pianificazione strategica del 2014: descrive il percorso seguito per la definizione e per il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Vengono inoltre descritti in sintesi i macro-risultati ottenuti e lo stato dell'arte per azioni specifiche introdotte per la realizzazione delle progettualità.
- Verifica dell'applicazione delle Linee di Programmazione Regionali per l'anno 2014: vengono descritti i risultati ottenuti e le azioni compiute nei vari punti specifici delle Linee di Programmazione Regionali.
- Verifica degli obiettivi strategici aziendali e delle relative azioni: vengono descritti i risultati ottenuti e le azioni compiute per la realizzazione delle strategie aziendali.

La relazione sul conseguimento degli obiettivi, viene arricchita di un ulteriore contributo che descrive l'integrazione con l'Università. Questo documento è stato elaborato in seno al Comitato di Indirizzo, perseguendo l'obiettivo di attribuire una maggiore valenza analitica all'integrazione nella dimensione assistenziale e tecnica e nella dimensione della didattica e della ricerca.

Quadro generale aziendale del 2014

Il quadro di sintesi della produzione da ricovero del 2014 e delle risorse (posti letto disponibili) è descritto dai dati della tavola seguente:

Dimissioni totali Ricovero Ordinario	24.597
Dimissioni Chirurgiche da Ricovero Ordinario	10.197
Peso medio DRG Ricovero Ordinario	1,29
Dimissioni totali Ricovero Diurno	9.239
Dimissioni Chirurgiche da Ricovero Diurno	4.015
Peso medio DRG Ricovero Diurno	0,93
Posti letto Ordinari al 31 dicembre 2013	624
Posti letto Diurni al 31 dicembre 2013	84
Accessi al Pronto Soccorso	82.818
Percentuale di ricoverati sugli accessi al Pronto Soccorso	15,9
Tasso di Occupazione del posto letto (%) - Ricoveri Ordinari	88,8

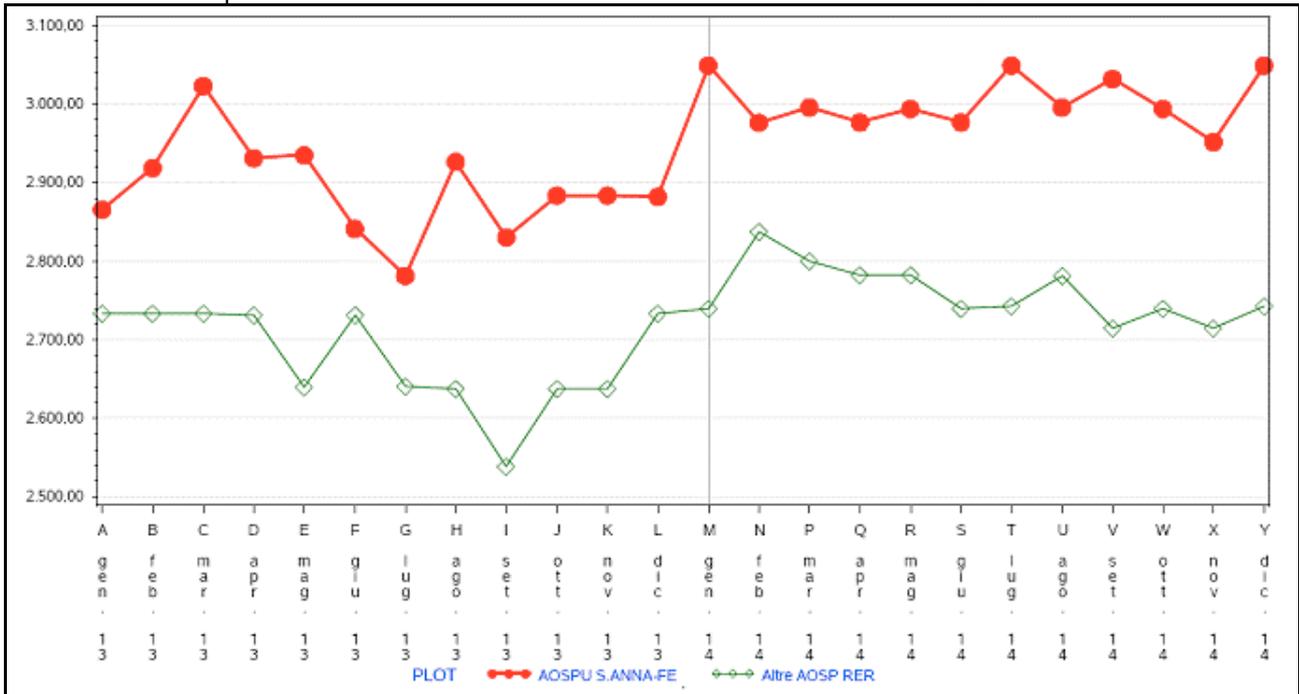
La produzione da ricovero (Ordinario e DH) complessivamente è aumentata di 2.300.000 euro rispetto al 2013. Questo dato è calcolato a parità di tariffe 2014 (applicate solo all'extra-RER). L'incremento di produzione corrisponde ad un incremento di 949 ricoveri tra ordinari e DH. Sul risultato complessivo influisce in misura determinante l'incremento di attività rivolta alla provincia (1067 ricoveri in più con un incremento di produzione di 4.874.000 euro).

Differenza importi e dimissioni tra 2014 e 2013

	REGIME DI RICOVERO				TOTALE	
	Ordinario		Day Hospital			
	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO	DIFF. N. DIM.	DIFF. IMPORTO
USL 109-FE	793	4,464,526	274	409,787	1067	4,874,312
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	50	-436,687	2	10,780	52	-425,907
VENETO O MARCHE	-58	-1,837,153	-53	-7,768	-111	-1,844,922
ALTRE REGIONI (ESCL. VENETO-MARCHE)	-20	-293,446	-13	-30,164	-33	-323,609
ESTERO	-7	87,287	-19	-54,890	-26	32,397
RESIDENZA SCONOSCIUTA/SENZA FISSA DIMORA	0	-1,564	-	-	0	-1,564
TOTALE	758	1,982,964	191	327,744	949	2,310,708

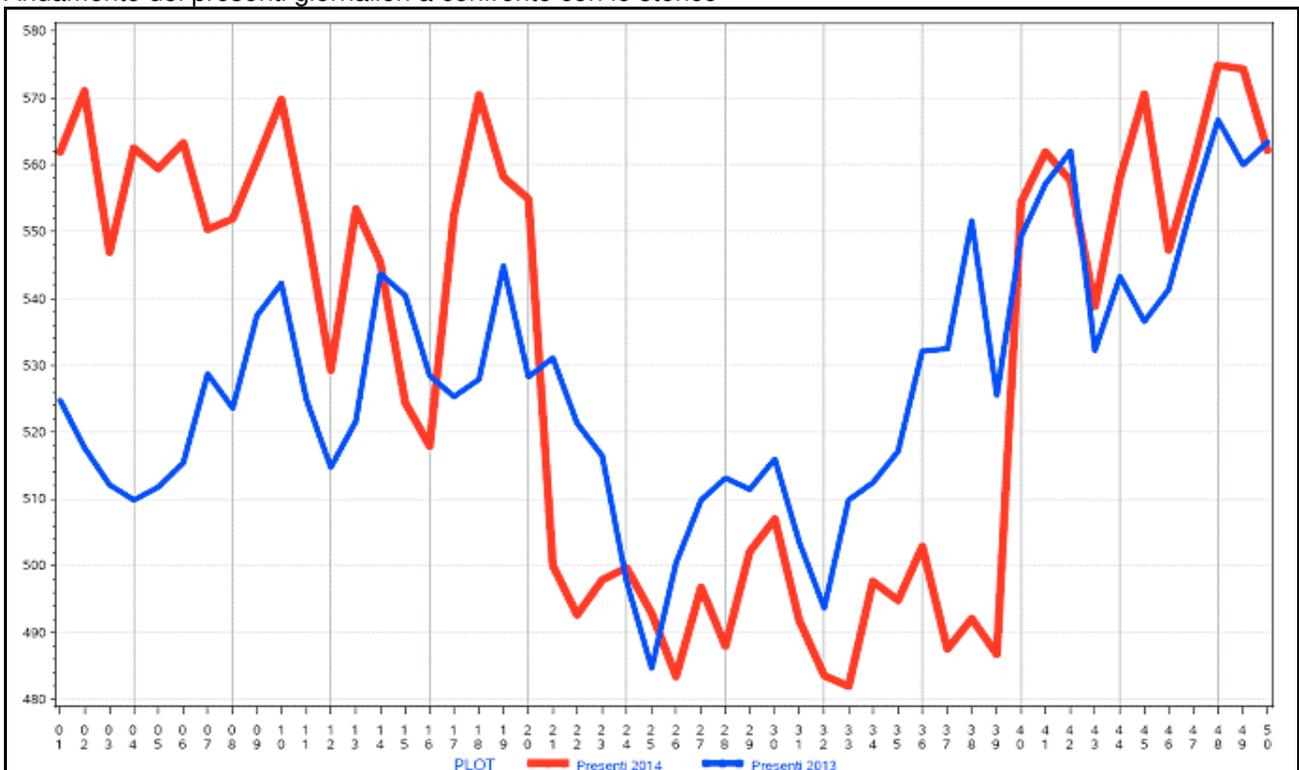
L'incremento di produzione è legato sia all'effetto volume sia all'effetto complessità. L'importo medio è sempre superiore a quello relativo alle altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione.

Andamento dell'importo medio AOSPU a confronto con le altre AOSPU della RER



Dopo il ripristino dei posti letto (dopo il periodo estivo) il numero dei presenti giornalieri (ricovero ordinario) è rimasto superiore al numero dei presenti giornalieri dello scorso anno (a sostanziale parità di letti). Questo fenomeno è associato ad un sensibile cambiamento degli indicatori sui posti letto: indice di turnover 1,1 e tasso di occupazione posto letto 88,8%.

Andamento dei presenti giornalieri a confronto con lo storico



La Mobilità Attiva ha avuto un trend negativo rispetto allo storico (confronto effettuato sempre a parità di tariffe 2014). Si è registrato un calo generalizzato dei ricoveri da residenti fuori provincia, in particolare nel settore Riabilitazione Neuro Riabilitazione (sulle quali ha però influito la riduzione dei posti letto), in Ematologia e Neurochirurgia. Hanno incrementato molto la Reumatologia, Pneumologia, Ginecologia Ostetricia, Chirurgia Pediatrica TIN, e Programma Fisiopatologia Apparato Vascolare Periferico.

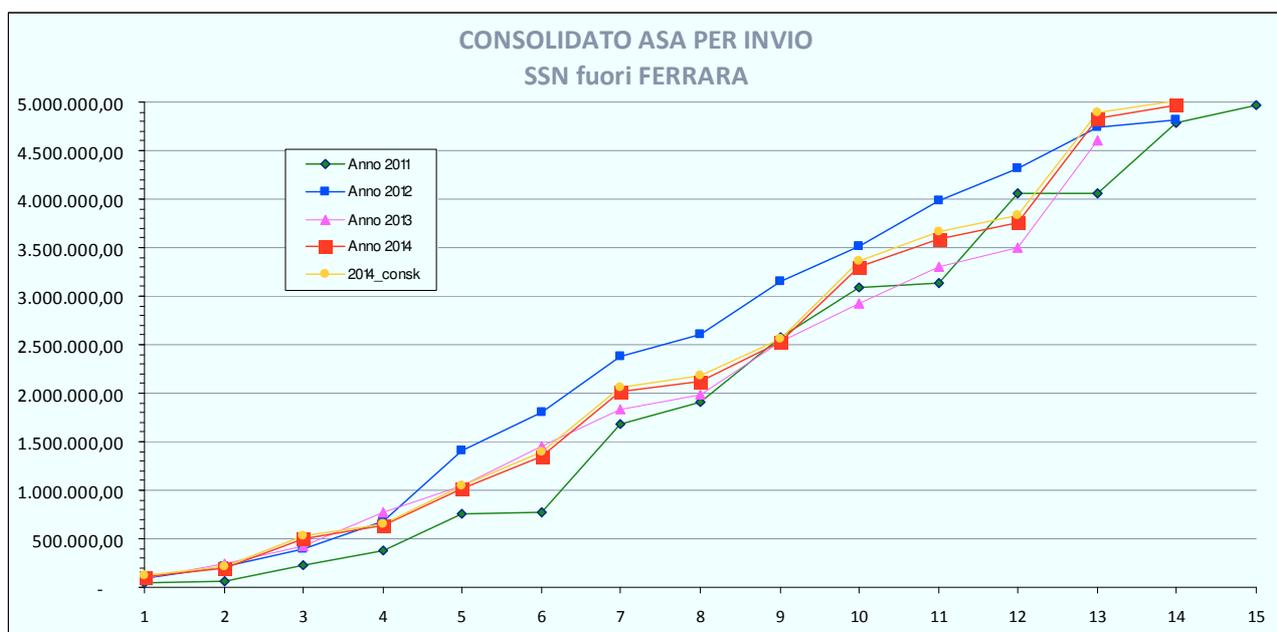
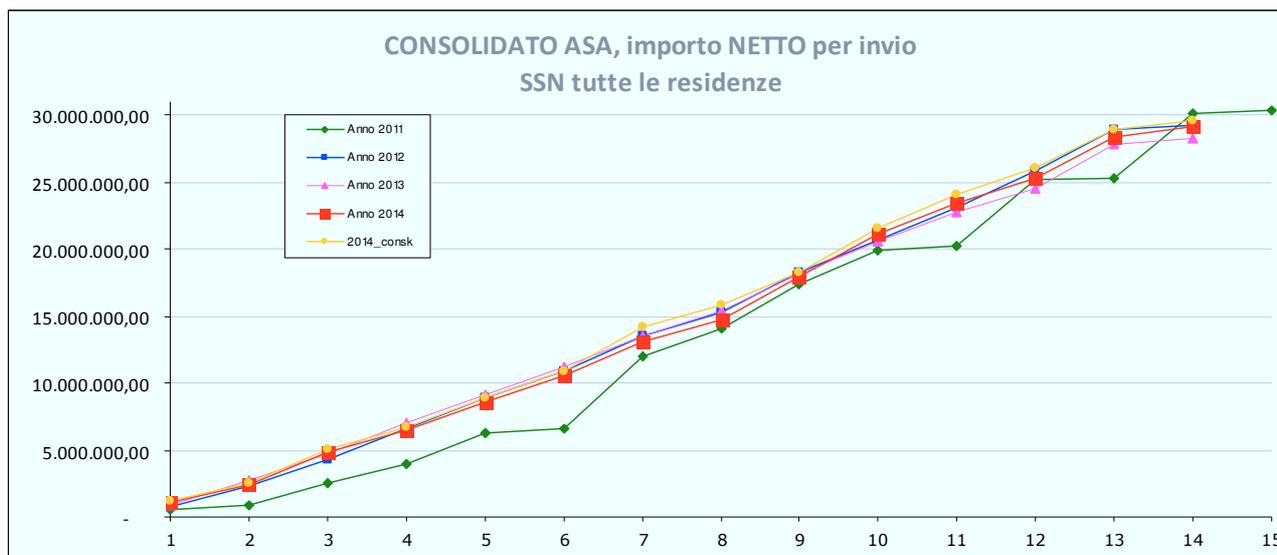
La Mobilità Passiva complessiva provinciale è aumentata rispetto al 2013. A fronte di tale criticità l'Azienda ha contribuito al contenimento del fenomeno sui ricoveri ordinari di discipline per le quali è la principale (o esclusiva) erogatrice.

Confronto fra la Mobilità Passiva del 2014 e del 2013 per le discipline a bassa diffusione (dati infra-RER, Veneto, Toscana, Lombardia), ricoveri ordinari

	N. DIM. gen. dic. 2013	N. DIM. gen. dic. 2014	DIFF. N. DIM.	IMPORTO gen. dic. 2013	IMPORTO gen. dic. 2014	DIFF IMPORTO
056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	648	628	-20	5.159.616	4.092.395	-1.067.221
074 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	141	84	-57	523.997	146.357	-377.640
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	297	283	-14	755.340	652.892	-102.447
062 - NEONATOLOGIA	45	36	-9	489.588	402.026	-87.562
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	100	85	-15	642.263	555.638	-86.625
034 - OCULISTICA	213	179	-34	347.172	296.117	-51.055
018 - EMATOLOGIA	21	18	-3	496.824	450.765	-46.059
029 - NEFROLOGIA	42	22	-20	168.885	125.916	-42.970
013 - CHIRURGIA TORACICA	74	84	10	411.540	379.775	-31.764
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	30	29	-1	138.427	115.862	-22.566
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	39	35	-4	179.262	157.140	-22.122
012 - CHIRURGIA PLASTICA	57	60	3	225.755	210.636	-15.119
032 - NEUROLOGIA	85	96	11	270.549	260.664	-9.885
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	81	74	-7	219.633	209.840	-9.793
064 - ONCOLOGIA	139	142	3	434.969	449.138	14.170
065 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	21	22	1	180.395	218.923	38.528
071 - REUMATOLOGIA	7	13	6	18.964	58.872	39.909
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	6	11	5	58.427	137.625	79.198
058 - GASTROENTEROLOGIA	84	88	4	226.387	308.428	82.041
075 - NEURO-RIABILITAZIONE	6	11	5	66.888	195.673	128.785
030 - NEUROCHIRURGIA	152	170	18	1.022.938	1.167.148	144.210
039 - PEDIATRIA	209	228	19	407.060	582.407	175.347
TOTALE	2.497	2.398	-99	12.444.879	11.174.237	-1.270.640

Per quanto riguarda la Specialistica Ambulatoriale, si osserva un lieve incremento dell'attività rispetto al 2013, anche nello specifico della quota relativa di mobilità attiva.

Andamento della Specialistica Ambulatoriale (ASA) dati complessivi e solo da fuori provincia

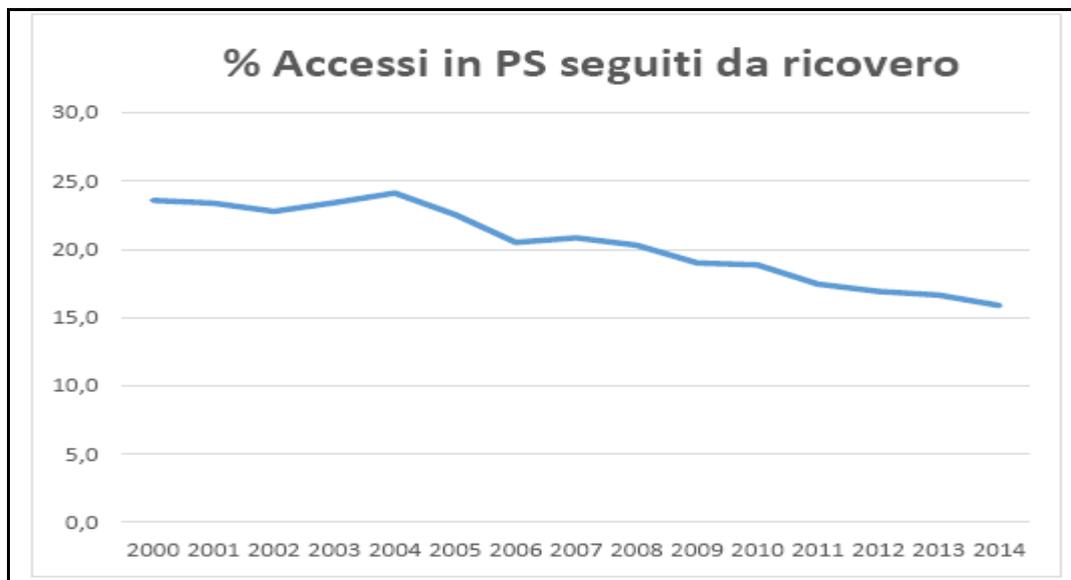


L'attività di Pronto Soccorso nel 2014 è riassumibile nei seguenti punti:

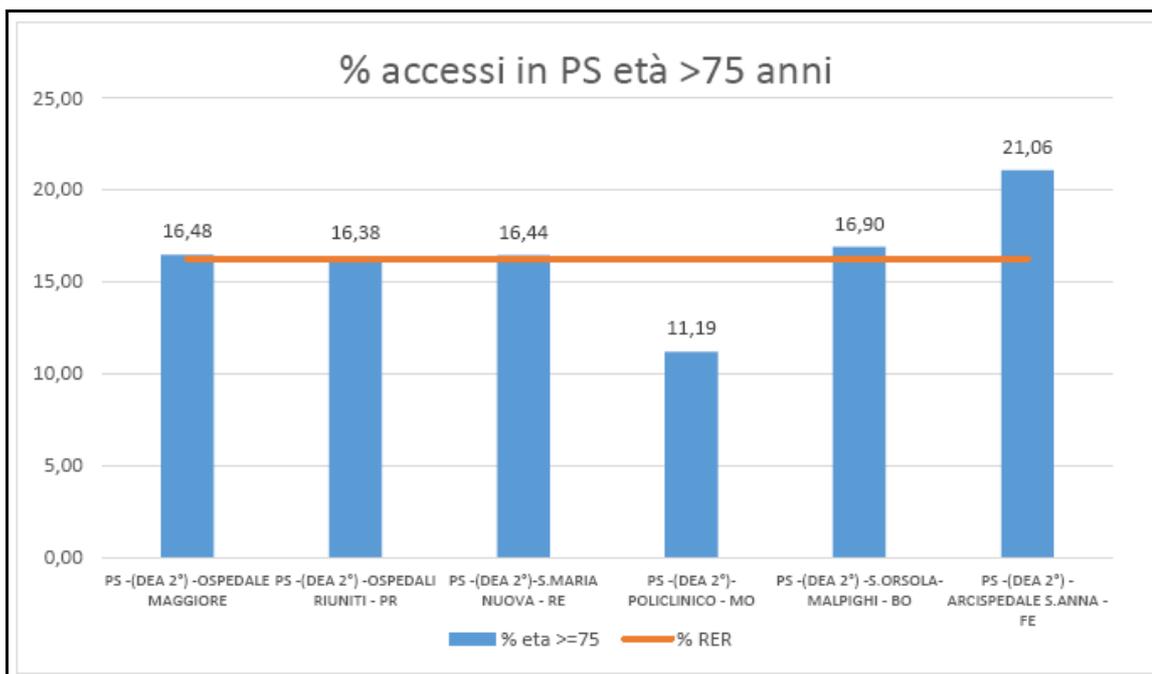
- Il numero di accessi in PS si è mantenuto superiore rispetto ai due anni precedenti, nel 2014 sono stati registrati 4506 accessi in più rispetto al 2013 (+5.7%). Il numero medio di accessi giornaliero alla Funzione di PS nel 2012 era di 205, nel 2013 diventa 215 e nel 2014 raggiunge la media dei 227 accessi.

	anno											
	2013						2014					
	cod. colore in uscita					totale	cod. colore in uscita					totale
	missing	rosso	giallo	verde	bianco		missing	rosso	giallo	verde	bianco	
388 -Pronto Soccorso Ortopedia		1	700	9.221	811	10.733			802	9.503	835	11.140
436 -Pronto Soccorso Oculist.			73	4.781	2.886	7.740		1	75	5.727	2.343	8.146
471 -Pronto Soccorso	7	1.513	12.373	25.782	2.561	42.236	9	1.378	13.689	27.264	2.226	44.566
745 -P.S. Ostetricia e Ginecologia		3	29	4.908	696	5.636			40	5.070	640	5.750
991 -Pronto Soccorso Pediatrico		2	186	7.602	4.177	11.967		3	174	8.560	4.479	13.216
totale	7	1.519	13.361	52.294	11.131	78.312	9	1.382	14.780	56.124	10.523	82.818

- Si è ridotto ulteriormente la percentuale degli accessi di PS seguiti da ricovero (2013: 16,7% - 2014: 15,9%), ma in valore assoluto il numero dei ricoveri è aumentato (+ 110 inviati dalla Funzione di PS ai reparti di degenza) nel 2014 rispetto al 2013.

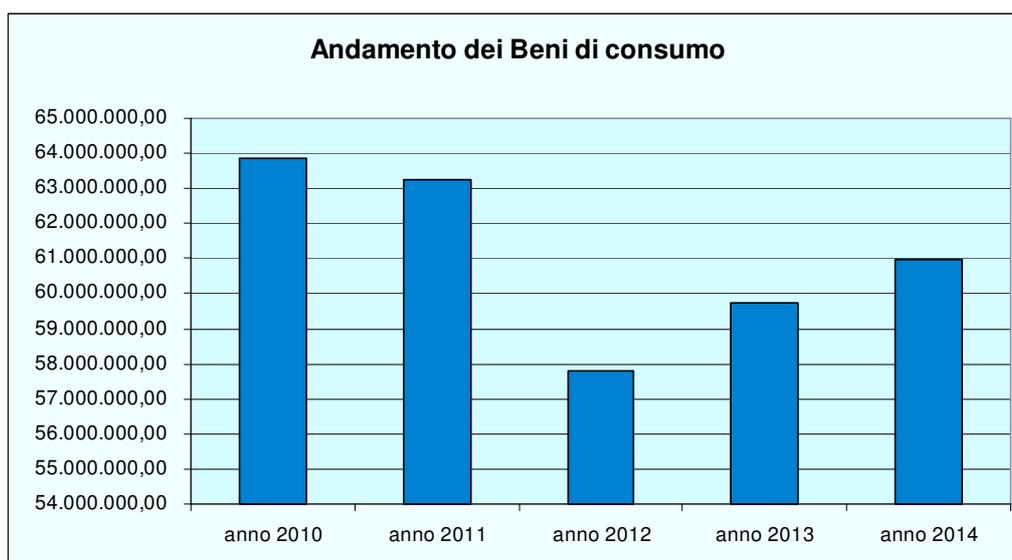


- La percentuale degli accessi seguiti da ricovero è in linea con la media delle altre Aziende Ospedaliere della Regione.
- Negli ultimi 3 anni i codici gialli aumentano del 4,6%, mentre i codici bianchi si riducono del 3,5%.
- Il PS Pediatrico viene utilizzato maggiormente nel fine settimana.
- La distribuzione degli accessi per genere è differente nelle fasce di età, le donne che accedono al PS Generale e Ortopedico sono più anziane. In PS Pediatrico la percentuale dei maschi è superiore.
- La quota di anziani che accedono al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è nettamente più alta rispetto alle altre Aziende.

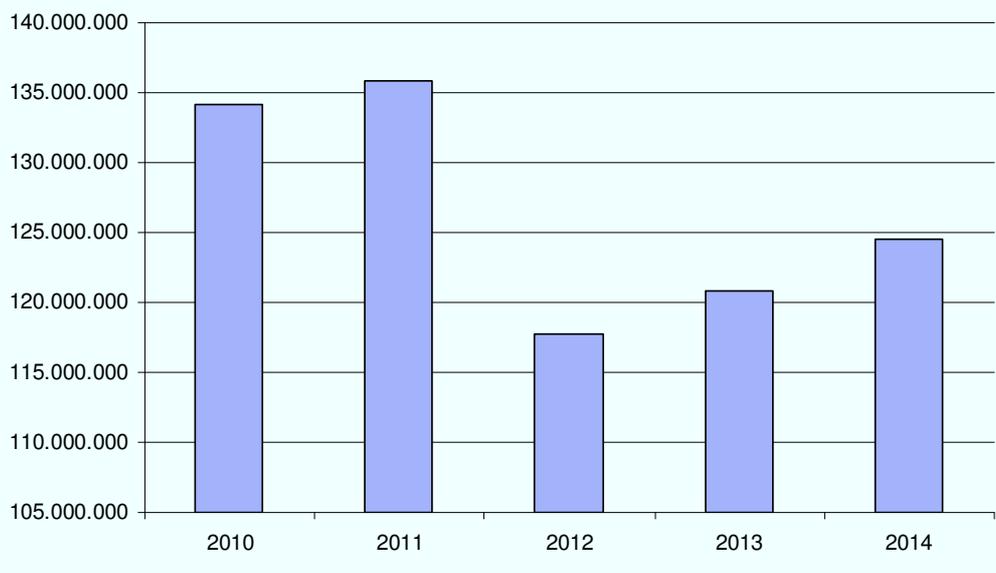


- I tempi di attesa e di permanenza in PS si sono allungati ma rimangono comunque in linea rispetto alla media regionale.
- A fronte dell'incremento del numero di accessi in PS, si riduce la quota dei casi gestiti in OBI ad evidenza di un più appropriato utilizzo del Servizio.
- I residenti in provincia di Ferrara costituiscono l'89% degli accessi in PS .

I beni di consumo hanno avuto una crescita dell'1,6 % rispetto al 2013; tale incremento è da considerarsi contenuto rispetto alla crescita della produzione e del numero di ricoveri rispetto all'anno precedente (3%).



Produzione Ricovero e DH negli anni (Tariffe vigenti)



La pianificazione strategica 2014

La definizione delle traiettorie strategiche dell'Azienda per l'anno 2014 è stata articolata secondo le Linee di Programmazione Regionali per l'anno 2014 e secondo le Linee strategiche aziendali.

Le Linee strategiche aziendali sono state definite in relazione alle esigenze di sviluppo specifiche del nuovo ospedale, ai rapporti con la committenza, alla situazione economico finanziaria generale e sono strettamente connesse alla Linee di Programmazione regionali stesse.

Le linee di programmazione regionali per le Aziende Sanitarie sono articolate nei diversi ambiti così riassumibili:

Equilibrio di Bilancio

Sicurezza delle cure/Gestione del rischio

Governo delle risorse umane

Governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Gestione delle tecnologie

Controlli Sanitari

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica e dei DM

Assistenza Specialistica ambulatoriale

Qualificazione e promozione dell'appropriatezza

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

Azioni di razionalizzazione in ambito ICT / flussi informativi

Qualità dell'assistenza

Assistenza Ospedaliera

Ricerca e Innovazione

Comunicazione / Equità e rispetto delle differenze

Trasparenza, prevenzione della corruzione

Le linee strategiche aziendali, sono state articolate nelle seguenti macro-aree:

Offerta sanitaria

dotazione annuale dei posti letto

sviluppo delle funzioni HUB

sviluppo per funzioni aziendali specifiche

accentramento nel nuovo Ospedale delle funzioni aziendali

offerta appropriata verso le case di cura private

ottimizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale

processi di integrazione (reti cliniche)

Percorsi gestionali

maggior capacità di governo della spesa

processi di approvvigionamento dei materiali

Appropriatezza

setting e prestazioni richieste per pazienti ricoverati

controllo della documentazione sanitaria

appropriatezza prescrittiva

Efficienza

*organizzazione dell'attività di sala operatoria
utilizzazione ottimale dei posti letto
gestione delle risorse umane
valutazione individuale*

Qualità / Outcome / Rischio

indicatori di performance:

- *revisione sistematica*
- *immissione regolare nel database aziendale,*
- *allineamento allo standard*

Progetto SICHER – infezioni del sito chirurgico

Integrazione con l'Università

integrazione tra le funzioni assistenziali, la didattica e la ricerca

Processo di Accredimento

*risoluzione delle criticità residue dopo le visite
sistematizzazione delle interfacce esterne*

Dalle macro-aree sono stati definiti gli obiettivi specifici sia sul versante Sanitario sia sul versante Tecnico, Amministrativo e di Staff.

Per il versante Sanitario, gli obiettivi specifici per le singole UUOO sono stati articolati all'interno dei seguenti ambiti:

- Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza
- Governo della prescrizione farmaceutica
- Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità
- Performance clinica
- Accredimento
- Sviluppo dell'Attività di Ricerca

Per i Dipartimenti Tecnico Amministrativi, le Direzioni Amministrative e gli Uffici di Staff sono stati formulati e concertati obiettivi che discendono direttamente dalle Linee strategiche Regionali e Aziendali e dall'impegno nel supporto e nel monitoraggio degli obiettivi dell'Area Sanitaria.

Le macro-aree individuate sono state le seguenti:

- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Governo della prescrizione farmaceutica
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Performance clinica
- Monitoraggio degli obiettivi, assegnati ai DAI, legati all'Area: Accredimento
- Aderenza alla Programmazione Regionale e Aziendale esplicitata nel Piano Azioni 2014 per quanto di competenza
- Aderenza alla Programmazione Aziendale 2014 - rispetto dei vincoli economici e di produzione
- Comunicazione e informazione sugli obiettivi regionali, aziendali e dipartimentali

- Attuazione della normativa in tema di prevenzione, corruzione e trasparenza per quanto di competenza
- Flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali
- Unificazione contrattualistica tra le due Aziende (OSP e USL)
- Riorganizzazione delle funzioni Omogenee Interaziendali del Dipartimento
- Efficienza ed Economicità
- Controllo informatico delle attività in concessione e gestione
- Sviluppo dei progetti di Area Vasta
- Descrizione specifica dei ruoli e delle responsabilità dei dirigenti nel settore Tecnico Amministrativo e di Staff

I traguardi predefiniti per le performance economiche e gestionali dell'Azienda per il 2014 sono stati studiati sulle evidenze che hanno costituito il quadro di esito complessivo del 2013, così caratterizzato:

- Forte ripresa della produzione rispetto al 2012, pur con meno posti letto, mantenendo un Tasso di Ospedalizzazione molto vicino al valore medio RER.
- Incremento dei Punti DRG, a fronte dell'ulteriore calo dei posti letto medi.
- Mantenimento di elevati livelli di complessità della casistica
- Miglioramento continuo di efficienza nell'utilizzo dei posti letto, riflettente un sensibile cambiamento organizzativo nella gestione dei reparti.
- Riduzione della percentuale dei ricoverati sugli accessi al PS a fronte dell'incremento del numero degli accessi.
- Stretto controllo dei beni di consumo, per i quali l'aumento è legato all'incremento sia del volume che della complessità della casistica e comunque in minor misura rispetto all'aumento della produzione.

Tali risultati sono stati ottenuti a fronte della riduzione dei posti letto, necessaria per contribuire all'allineamento alla media RER sia del Tasso di Ospedalizzazione che della Dotazione posti letto provinciali.

Inoltre il miglioramento dell'efficienza ha avuto un trend progressivo nel corso del 2013, delineando nell'ultimo trimestre dell'anno il risultato migliore.

Quest'ultimo costituisce il quadro di riferimento nella prosecuzione della performance ottimale anche per il 2014, in cui non si sono verificate variazioni sostanziali della dotazione dei posti letto.

<i>Principale ambito di intervento migliorativo</i>	<i>Risultati conseguiti</i>
Sviluppo/consolidamento delle reti cliniche	Diverse reti cliniche sono attive e sono stati concordati gli aspetti economici descritti nel patto di fornitura
Consolidamento dell'organizzazione delle sale operatorie e dei percorsi preoperatori	È stato elaborato il nuovo regolamento delle sale operatorie, è stato completato il progetto del centro unico di prenotazione per i percorsi preoperatori; la gestione e il controllo dell'attività operatoria sono garantiti dal sistema informatico Ormaweb, integrato nelle banche dati aziendali della SDO e della lista operatoria

Sviluppo delle piattaforme di DH/DS e ambulatoriali	È stata ultimata la realizzazione di tale progetto, che ha raggiunto la formalizzazione con l'evento dell'accreditamento. Sono stati definiti e accreditati i nuovi percorsi di DH e ambulatoriali, compresi i DSA.
Ottimizzazione delle risorse umane	Sono state pienamente applicate le direttive regionali e sono state effettuate ulteriori manovre di razionalizzazione per perseguire gli obiettivi di bilancio.
Processo di budget	Il processo di budget è stato condotto regolarmente sia sul versante sanitario che sul versante tecnico, amministrativo e di staff.
Ottimizzazione dei percorsi di approvvigionamento e di gestione delle scorte	È entrato a pieno regime il nuovo percorso informatizzato delle richieste di materiale in transito. È entrato nella fase sperimentale il progetto sull'informatizzazione delle richieste di beni in scorta e prescrizione informatizzata. Queste progettualità, una volta realizzate, costituiranno la massima espressione tecnologica della gestione e del controllo della spesa per beni.
Miglioramento dell'efficienza e della produttività	I principali indicatori di efficienza di utilizzo dei posti letto mostrano un continuo miglioramento evidenziato dal miglioramento dell'indice di turnover parallelamente all'incremento del volume di attività, a fronte il calo dei posti letto. La complessità è sempre superiore a quella data dalle altre AOSPU della RER. La produzione aumenta in particolare per l'utenza provinciale.
Contributo al recupero della mobilità passiva	Nel corso del 2014 si è delineato il trend di contenimento rispetto al 2013, per le discipline erogate esclusivamente dal S.Anna.
Incremento della mobilità attiva	Oltre al contributo sfidante negoziato a livello di Budget tra i DAI e la Direzione Strategica, era stato posto un obiettivo di forte incremento legato alla realizzazione di una innovazione organizzativa e logistica sul settore della riabilitazione e Neuro-riabilitazione: l'utilizzo di spazi e letti all'interno del S.Anna per funzione riabilitativa. Ulteriore progettualità era legata al trasferimento di parte del S.Giorgio all'interno del S.Anna. Queste progettualità non hanno raggiunto la fase di realizzazione effettiva nel 2014. A fronte di tale problematica diverse UUOO hanno ugualmente contribuito all'aumento della Mobilità attiva, anche se non sufficiente a compensare il mancato contributo della componente più sfidante dell'obiettivo, cioè quella legata alle suddette modifiche.

E' stato effettuato un monitoraggio costante rispetto agli obiettivi sopra descritti con particolare riferimento ai dati di consumo beni rapportati all'attività erogata.

Dovendo gestire obiettivi di sviluppo e di incremento della produttività ma in un contesto geografico diverso e in una fase di difficoltà economiche del sistema provinciale, la produzione è stata monitorata attraverso diverse modalità informative:

1. Produzione di report trimestrali, pubblicati nel sito intranet aziendale, evidenziando i principali indicatori di attività ed efficienza;
2. Produzione di report mensili, pubblicati sempre sul sito intranet aziendale, sull'andamento della produzione distinta per residenza, sulle variazioni principali a carico della composizione e complessità del "mix" (andamento dell'importo mediano per ricovero) e di report anche quindicinali sull'andamento dei presenti in ospedale (letti occupati) e sugli ammessi sia in ricovero ordinario che in DH, giorno per giorno.
3. Report e relazioni sintetiche mensili per la Direzione Strategica sugli ambiti suddetti, con riguardo al confronto tra la complessità della casistica rispetto a quella delle altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione.
4. Produzione di un report con indicatori specifici di attività di Sala operatoria, attraverso l'ausilio di un nuovo sistema informatico (OrmaWeb), reso disponibile per la Direzione Strategica e per un apposito Nucleo di Valutazione attività Chirurgica.

In un siffatto quadro va tenuto conto del forte controllo sul budget dei beni di consumo per verificare eventuali disallineamenti rispetto alla previsione e porre in atto azioni correttive.

Il controllo è stato effettuato attraverso:

1. Pubblicazione di report trimestrali (in linea con le direttive regionali in materia di monitoraggio dell'andamento dei costi) sul sito intranet aziendale
2. Adozione e applicazione di un sistema di controllo diretto (azione combinata tra Direttore Sanitario e Controllo di Gestione) sulle richieste di autorizzazione a spese fuori budget provenienti dalle UUOO e già valutate dai Direttori del DAI.

Grazie al contributo analitico e propositivo del Nucleo Aziendale dei Controlli, sono stati sviluppati diverse tipologie di controlli in merito all'appropriatezza dei percorsi del ricovero e, conseguentemente, dei regimi più adeguati all'erogazione delle prestazioni

Il grado di raggiungimento degli obiettivi relativi agli ambiti dell'Attività, Appropriatelyzza, Efficienza, Economicità, Governo della spesa farmaceutica può essere così sintetizzato:

Mobilità Attiva	<ul style="list-style-type: none"> • diverse UUOO hanno mostrato un incremento del potere di Attrazione sull'attività di Ricovero (Neurologia, Terapia intensiva Neonatale, Clinica Chirurgica, Reumatologia, Ostetricia Ginecologia, Fisiopatologia dell'Apparato Vascolare periferico, Pneumologia, Chirurgia Pediatrica) • Si è osservata una lieve crescita nella mobilità della specialistica ambulatoriale • per l'UO Unità Gravi Cerebrolesioni non si sono realizzate alcune condizioni logistico-tecnologiche necessarie per ottenere l'incremento del potere di attrazione previsto • Gli accordi di fornitura infraRER hanno penalizzato l'incremento di produzione di diverse UUOO di cui sopra, perché non considerate centri HUB
------------------------	--

Economicità	<ul style="list-style-type: none"> • Al netto di alcune situazioni in cui sussistono ancora margini di miglioramento, tutte le UUOO seguono correttamente le nuove procedure informatizzate di esecuzione degli ordini di beni in transito • l'incremento di spesa è sempre avvenuto in rapporto all'incremento di produzione e (per i beni in transito) sempre previa propedeutica autorizzazione della Direzione Sanitaria. • Non si rilevano inadempienze o in appropriatezze nel processo di richiesta di Dispositivi Medici • in alcune UUOO sono emerse situazioni di incrementi di spesa considerate inappropriate: è stato chiesto il rientro e l'applicazione di presidi efficaci sull'appropriatezza • alcune UUOO hanno presentato un tendenziale incremento della spesa per prodotti in scorta (medicazioni, sacche NPT, antimicrobici). • pur essendo in larga misura allineato all'andamento della produzione, l'incremento della spesa per beni impatta negativamente sul bilancio poiché il corrispondente incremento di produzione è relativo quasi esclusivamente alla casistica provinciale, rientrante nel patto di fornitura (blindato) con AUSL.
Appropriatezza e controlli sanitari (NAC)	<ul style="list-style-type: none"> • la percentuale di DH medici diagnostici è diminuita sensibilmente (dal 22 al 15%) grazie principalmente alle azioni correttive messe in atto direttamente dalle UUOO col supporto del Controller. • tutte le UUOO rispondono tempestivamente alla richiesta di motivazioni e approfondimenti rispetto alle criticità rilevate attraverso il controllo della documentazione sanitaria (appropriatezza dei ricoveri, compilazione della cartella clinica) • Si registra un incremento generalizzato dell'attività di DH-DS, in parte legati alle particolarità cliniche e assistenziali dell'utenza gestita attraverso tali setting.
Adempienze informative (Programma sale operatorie Ormaweb)	<ul style="list-style-type: none"> • Tutte le UUOO chirurgiche stanno utilizzando il nuovo programma informatico di gestione delle sale operatorie • La maggior parte delle UUOO che utilizzano il programma non completano l'immissione dei dati come da obiettivo. A tal proposito sono già state compiute azioni di approfondimento analitico del fenomeno che hanno evidenziato che l'inadempienza è almeno in parte non legata ad un insufficiente presidio, ma ad una necessità di ottimizzazione delle componenti formative sull'utilizzo dello strumento (peraltro già messe in atto).
Governo della Spesa Farmaceutica	<ul style="list-style-type: none"> • Stretto controllo, da parte della Farmacia, sull'appropriatezza della spesa dei prodotti in scorta • Sta per raggiungere la fase di avvio il progetto sull'informatizzazione delle richieste dei prodotti in scorta con indicatori relativi alla disponibilità effettiva rilevata, in relazione al budget concertato. • Si registrano criticità in merito all'utilizzo di antimicrobici e pur migliorando rispetto allo storico, gli indicatori specifici in tale ambito non si rivelano attualmente allineati ai traguardi concertati

	(es rapporto spesa Teicoplanina/Vancomicina o rapporto fluorochinoloni ev/os ecc). Tale condizione è già stata affrontata analiticamente dalla Farmacia in collaborazione con gli Infettivologi: la maggior parte delle prescrizioni erano legati a casi complessi e non svincolati dal presidio dell'appropriatezza.
--	---

Sul versante della Qualità dell'assistenza e della Performance clinica, va sottolineato che nel corso del 2014 si è concluso il processo di Accredimento del nuovo Ospedale. Tale processo è stato condotto con nuove modalità: in primis il fatto che è stato sviluppato un sistema di accreditamento anche "trasversale" e non solo settoriale, come ad esempio l'accREDITamento della piastra operatoria, della piastra ambulatoriale e della Direzione stessa.

Sul versante dell'integrazione con l'Università e la Ricerca sono stati descritti i piani dipartimentali di ricerca, nati dall'esigenza di implementare progetti di dipartimento e non solo di singola unità operativa. Ogni dipartimento, inoltre, ha elaborato un aggiornamento di un importante documento di integrazione tra Ospedale e Università istituito in seno al Comitato di Indirizzo.

Come garanzia di sviluppo dell'interfaccia tra Direzione e articolazioni aziendali è stata garantita l'interfaccia con i Direttori dei DAI, nonché le informazioni tempestive per i Dipartimenti sulla disponibilità di budget.

E' stato implementato e condiviso un progetto sull'ottimizzazione del controllo del percorso degli ordini nei reparti e lo snellimento delle relative procedure.

Le azioni di contenimento della spesa hanno dato esiti importanti sia sul fronte della gestione delle risorse umane che sul versante della spesa per beni di consumo con particolare riferimento ad alcune categorie di materiali

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

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

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

Lo stretto controllo sulla spesa per beni, attraverso le azioni di cui sopra, è avvenuto in una condizione di spinta verso la crescita e lo sviluppo delle attività del nuovo ospedale.

Il forte presidio sul trend della spesa per beni ha consentito di mantenere una coerente e giustificabile relazione tra quest'ultima e le variabili che si sono aggiunte nel corso dell'anno a caratterizzare l'andamento della produzione.

Con riferimento a quanto sopra descritto si è realizzato un incremento dei costi dei beni di consumo proporzionalmente inferiore a quello atteso in relazione all'incremento di produzione registrata in particolare per l'attività provinciale, coperta da contratto di fornitura "blindato".

In relazione al rilevante impatto economico dei costi di gestione del nuovo ospedale l'attenzione è stata rivolta principalmente sul governo dell'appropriatezza organizzativa e prescrittiva in relazione ai rapporti con l'Azienda committente sulle prestazioni erogate e sulla politica del farmaco.

Il miglioramento della capacità descrittiva dell'episodio di ricovero, favorita dall'esito dei controlli sanitari ha condotto all'ottimizzazione della qualità della codifica della SDO. Per questo motivo gli esiti dei controlli si rivelano in grado di produrre un riflesso diretto sulla valorizzazione della produzione sia nel versante incrementale sia verso la riduzione. Nel 2014 tutta l'attività condotta dal NAC ha prodotto un impatto sulla produzione da ricovero quantificato in un quadro complessivo positivo per oltre 200.000 euro.

Impatto economico delle verifiche condotte dal NAC nel corso dell'anno 2014

Tipo controllo	Freq	Esiti ¹	Valore pre ²	Valore post ³	Delta €
00 Qualità compilazione documentazione clinica ⁴	889				
01 DRG maldefiniti	179	130	€ 1.515.626,05	€ 1.395.049,83	-€ 120.576,42
02 DRG chirurgico con CC in DH	132	31	€ 239.925,93	€ 236.965,94	-€ 2.959,99
03 DRG chirurgico con CC in RO, 0-1 giorno	35	15	€ 123.886,34	€ 123.149,14	-€ 737,20
04 DRG con CC ordinari >1	389	157	€ 3.688.075,32	€ 3.744.681,73	€ 56.606,41
05 DRG medico con CC in DH >3 accessi	12	6	€ 24.037,02	€ 26.149,78	€ 2.112,76
06 DRG medico in DH senza procedure	28	28	€ 8.483,44	€ 19.622,82	€ 11.139,38
07 Drg potenzialmente inappropriati	938	72	€ 1.383.507,60	€ 1.541.107,68	€ 157.600,08
08 Ricoveri ripetuti 0-1	23	5	€ 71.682,73	€ 69.440,77	-€ 2.241,96
09 Onnicomprensività della tariffa	134	123	€ 50.044,04	€ 29.590,40	-€ 20.453,64
10 DRG 223 associato a MPR 81.83	8	3	€ 18.409,54	€ 16.658,70	-€ 1.750,84
16 Controlli appropriatezza clinica	269		€ 1.098.730,09	€ 1.139.171,27	€ 40.441,18
17 Altri controlli	2.769	937	€ 17.446.595,36	€ 17.616.004,30	€ 169.408,94
17.1 Casistica operatoria (Ormaweb vs SDO)	162	90			
17.2 Casistica selezionata attraverso DQE	206	157			
17.3 Controlli richiesti da UUUO (casistica di interesse)	191	40			
17.4 Audit STEMI / NSTEMI	21	1			
17.6 Qualità compilazione SDO (compresa casistica PNE)	1.751	616			
17.6 Altri controlli	438	33			
18 Codifica interventi sulla colonna vertebrale	89		€ 1.235.580,19	€ 1.181.686,11	-€ 73.894,08
Totale complessivo	5.005	1.507	€ 26.902.583,65	€ 27.119.278,27	€ 216.694,62

¹ Con "Esiti" si intende il numero di SDO modificate a seguito delle attività di controllo

² Valorizzazione dell'episodio di ricovero secondo le regole tariffarie vigenti, anteriormente alla data della variazione della SDO

³ Valorizzazione dell'episodio di ricovero secondo le regole tariffarie vigenti, successivamente alla data della variazione della SDO

⁴ Le 889 cartelle verificate in merito alla qualità della compilazione (00 Qualità compilazione documentazione clinica) non sono conteggiate nel numero complessivo di cartelle verificate, dal momento che si tratta di un controllo eseguito sempre in associazione ad altri.

In relazione a quanto sopra descritto sia relativamente agli obiettivi della componente sanitaria che della componente tecnico-amministrativa è stata effettuata una verifica finale. Tale verifica è stata possibile con la collaborazione di tutti i soggetti responsabili del monitoraggio per i relativi ambiti di competenza.

Per Direzioni Tecniche, Tecnico-Amministrative e Funzioni di Staff le informazioni raccolte sono state utilizzate ai fini dell'elaborazione dei documenti di rendicontazione Aziendale.

Per i Dipartimenti ad attività integrata, il monitoraggio effettuato in corso d'anno, ha permesso la correzione della maggior parte delle performance non in linea con gli obiettivi assegnati. In particolare, il livello di Responsabilizzazione dei vari attori coinvolti nella verifica ha portato ad avere poche situazioni di sofferenza e nella maggior parte dei casi giustificate.

Sono state quindi definite le Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati secondo le linee guida RER (in particolare sul Bilancio di Missione e Bilancio di Esercizio). Seguendo le nuove linee guida relative al ciclo della performance, i risultati conseguiti vengono sottoposti al giudizio dell'Organismo di Aziendale di Supporto all'OIV Regionale.

Verifica dell'applicazione delle Linee di Programmazione Regionali per il 2014

Grado di raggiungimento degli obiettivi economico finanziari

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

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

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

Pertanto la Regione ha provveduto nel 2014:

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

La condizione 2014 di Pareggio di bilancio determinato secondo le regole civilistiche avrebbe portato questa azienda a dover determinare un disavanzo 2014 preventivo pari a Euro 400 mila (*amm.ti netti ante 2010*).

Tuttavia questa azienda ha risentito ancora, nel 2014, delle ricadute (sia in termini di maggiori costi che in termini di riduzione dei posti letto) derivanti dalla messa in funzione del nuovo Polo Ospedaliero di Cona e dalla necessità di mantenere attiva parte della vecchia sede con oneri derivanti dalla contemporanea apertura, in quanto ancora non completato il processo di trasferimento e di destinazione di detta sede a funzioni sanitarie non più di pertinenza dell’ Azienda Ospedaliera

Questi oneri hanno fatto sì che l’Azienda stimasse un disavanzo 2014 di **11,980 milioni di Euro** come risulta dal Bilancio Preventivo adottato con delibera n. 42 del 28.02.2014.

Detto disavanzo superava l’obiettivo previsto dalla delibera di Giunta 217/2014 sopra rappresentato. Tuttavia poiché, l’Azienda ha in corso di realizzazione un “Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese” approvato dalla CTSS il 26.06.2013 per sviluppare ed estendere le azioni di razionalizzazione già intraprese, in sinergia con l’Azienda Usl di riferimento territoriale, al fine di recuperare la situazione di disequilibrio provinciale, la Regione con Delibera di Giunta 517/2014 approvava detto bilancio di previsione. La stessa delibera sollecitava l’azienda a potenziare e rafforzare le azioni di riorganizzazione, razionalizzazione e miglioramento dell’efficienza previste dal Piano citato, in grado di salvaguardare il mantenimento della qualità nell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza e garantire la sostenibilità economico finanziaria.

In fase di verifica a settembre dell'andamento della gestione aziendale di cui al punto 16 del dispositivo delle Delibera di Giunta 217/2014, si è evidenziato un importo complessivo di eccedenza di disavanzo (rispetto ai 400 mila € di cui sopra) pari a **12,579 mil. di €**.

Con Delibera di Giunta 1735/2014 la Regione, nel rideterminare il volume complessivo di risorse disponibili per il finanziamento del SSR per l'anno 2014, deliberava di ripartire agli Enti del SSR l'importo di € 114.527.072 sulla base dei fabbisogni rilevati in fase di preconsuntivo 2014, assegnando a questa azienda la somma corrispondente all'eccedenza rappresentata. Con lo stesso atto ripartiva l'importo di 59,386 milioni di € a copertura degli ammortamenti non sterilizzati ante 2010 (**€ 400.000** per questa Azienda) e € 46.988.281 sulla base dell' ammontare della rettifica dei contributi in conto esercizio relativa agli investimenti privi di fonti dedicate effettuati negli anni dal 2012 al 2014, normativamente a carico del 2015 (**€ 628.202** per questa Azienda).

Con nota prot. 29404 del 22.12.2014 il Direttore Generale rappresentava che , dalle evidenze emerse nel corso di un aggiornamento del preconsuntivo 2014, si evinceva la necessità di un contributo regionale di **2 milioni di €** principalmente per la minor produzione di prestazioni in mobilità rispetto all'andamento previsto. La Giunta Regionale ravvisava l'opportunità di confermare l'obiettivo economico finanziario del pareggio di bilancio, così come assegnato per l'anno 2014 a ciascuna azienda, riconoscendo l'eccedenze di spesa, e assegnando con delibera n. 2008 del 22 dicembre 2014, un ulteriore contributo dell'importo richiesto.

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

In applicazione del D.Lgs.118/2011 e delle indicazioni regionali in merito, si è provveduto come di seguito rappresentato.

- Ad assicurare la corretta contabilizzazione degli scambi di prestazioni e servizi infra aziendali e nei confronti della GSA, con compilazione di apposita matrice.
- Per la mobilità infraregionale l' Azienda si è allineata ai documenti riepilogativi inviati dal Servizio regionale Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali con nota prot. P.G./2015/202831 e prot. P.G./2015/195482 (per il sangue). Detti documenti tengono conto degli importi concordati nei contratti di fornitura con l'Azienda Usl Provinciale nonché con le Aziende Usl di Modena e della Romagna.
- Per la mobilità interregionale l'azienda ha fatto riferimento all'ultimo ritorno informativo sui dati 2014. I valori iscritti nel Bilancio 2014 dall'Azienda sono stati estratti dalla banca dati regionale. Inoltre l'azienda ha registrato a Bilancio le variazioni derivanti dal ritorno della mobilità Interregionale 2013 (contestazioni accolte) per un valore di 113 mila Euro (in parte riaddebitati alle aziende usl regionali in quanto riferiti a prestazione erogate a loro pazienti);
- I contributi in conto esercizio sono stati registrati in modo conforme alle indicazioni contenute nelle delibere di assegnazione e nei riepiloghi annuali predisposti a livello regionale.
- Sono stati utilizzati i coefficienti di ammortamento riportati nell'allegato 3 del D.Lgs. 118/2011
- Si è provveduto al corretto utilizzo degli schemi contabili del D.Lgs. 118 e dei modelli ministeriali CE ed SP.
- Nelle more della definizione di criteri nazionali di riferimento si è provveduto, come da indicazione regionale, a una valutazione attenta dei fondi rischi e oneri con relativo adeguamento. In particolare si è provveduto a effettuare ulteriore accantonamento per svalutazione crediti (sia da stranieri che da privati per complessivi **€ 500.000**) a fronte di possibile inesigibilità dei crediti più datati o di esito negativo dell'iscrizione a ruolo in corso di realizzazione. E' stato effettuato

accantonamento al fondo vertenze legali per **915.000 €** a seguito dell'analisi della cause civili pendenti in essere effettuato dall'Ufficio Legale aziendale. Si è provveduto anche all'accantonamento di **Euro 300.000** al fondo per manutenzioni cicliche. Con detto accantonamento si intende ripartire, in base al principio della competenza, il costo della manutenzione ordinaria che, sebbene effettuata dopo un certo numero di anni, si riferisce al lento e inevitabile logorio del bene avvenuto negli esercizi precedenti a quello in cui la manutenzione viene eseguita. Gli altri accantonamenti a fondi rischi e oneri sono dettagliatamente indicati in nota integrativa

- Si è provveduto a effettuare la rettifica dei contributi in conto esercizio per investimenti con le percentuali previste dal D.Lgs. 118/2011.

Misure adottate per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti e prospetto attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti e tempo medio dei pagamenti effettuati (d.l. 66/2014-art.41, comma 1 e s.m.i.)

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

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

I tempi di pagamento ai fornitori al 31.12.2014 sono risultati di 120 giorni dalla data di ricevimento delle fatture.

I tempi di pagamento ai fornitori al 31.12.2013 erano di 135 giorni dalla data di ricevimento delle fatture per tutte le tipologie di fornitura, ad eccezione dei servizi in appalto, disciplinati dal contratto di concessione e gestione del nuovo ospedale di Cona, che avevano tempi di pagamento di 210 giorni dalla data di ricevimento, quindi nel 2014 si rileva un ulteriore miglioramento.

L'importo di debiti scaduti e non pagati al 31.12.2014 ammonta a 21,670 milioni di Euro contro i 34.123 milioni di Euro al 31.12.2013. 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.

I tempi di pagamento dell'Azienda sono, però, ancora superiori a quelli medi regionali. Tuttavia l'Azienda ritiene che le rimesse regionali che verranno incassate nel 2015 a fronte dei contributi in conto esercizio 2014 in attesa di erogazione, consentiranno il raggiungimento di tempi di pagamento in linea con la media regionale. Cio' dovrebbe consentire l'ulteriore riduzione degli addebiti per interessi passivi che, come previsto dal Dlgs 231/2002 e ancor più in considerazione delle condizioni previste dalle modifiche apportate dal Dlgs 192/2012, decorrono automaticamente dopo 60 giorni dal ricevimento della fattura.

Misure adottate per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti

Dal 2004, con l'installazione di un sistema informativo integrato ERP, sono stati rivisti tutti i processi aziendali, sia sanitari che amministrativi, per l'ottimizzazione dei percorsi. In particolare, per quanto riguarda il ciclo passivo, per rendere più efficiente l'iter tra i diversi punti aziendali inseriti nel percorso amministrativo, dall'ordine di spesa, alla liquidazione della stessa, fino alla registrazione e pagamento della fattura, questa Azienda ha attivato anche il progetto di dematerializzazione delle fatture, per certi versi anticipando di molti anni il progetto nazionale sfociato nella fatturazione elettronica.

Le fatture passive che pervengono in azienda a mezzo posta ordinaria, posta elettronica (e dal 31.03.2015 anche le fatture elettroniche), vengono acquisite in immagine e protocollate in arrivo il giorno stesso del loro ricevimento (data certa). Nei giorni immediatamente successivi vengono registrate in contabilità, con immediata liquidazione, le fatture per le quali sia stata inserita nel sistema informativo aziendale da parte del servizio gestore della spesa, la verifica circa l'avvenuta prestazione da parte del fornitore. Le fatture che necessitano di autorizzazione specifica, invece, vengono inviate in immagine al servizio gestore che provvede, attraverso il sistema informativo (apposito work flow), ad inviare opportuna certificazione elettronica di regolarità della spesa.

Il processo impostato consente la velocizzazione della liquidazione delle fatture, l'azzeramento della circolazione dei documenti cartacei, nonché la possibilità per ogni settore di seguire costantemente l'iter procedimentale di ogni fattura passiva.

L'Azienda opera costantemente in regime di anticipazione di tesoreria nei limiti di legge, solo in tal modo garantisce sia il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalle disposizioni di legge per quanto riguarda le spese obbligatorie, che il pagamento ai fornitori di beni e servizi.

Armonizzazione dei sistemi contabili

Nel corso del 2014 la Direzione finanziaria aziendale è stata impegnata nel completamento del percorso di attuazione del Dlgs 118/2011, recependo l'ulteriore casistica applicativa e le indicazioni fornite dalla Regione, implementando e utilizzando correttamente il Piano dei conti regionale e collaborando con il controllo di gestione alla compilazione puntuale dei modelli ministeriali CE ed SP.

L'azienda, inoltre, ha avviato le attività per procedere alla realizzazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità, di cui alla Delibera di Giunta n. 865/2013, secondo le indicazioni regionali.

L'Azienda ha garantito la partecipazione ai gruppi di lavoro PAC regionali, il recepimento delle indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali perfezionate tempo per tempo, l'avvio delle analisi dei processi volte alla redazione e formalizzazione delle procedure amministrative-contabili che costituiranno il Manuale delle procedure aziendali e il perfezionamento dei sistemi di rilevazione e di controllo interno.

Nel corso del 2014 l'Azienda ha assicurato, nei bilanci aziendali e nelle rendicontazioni trimestrali, l'esatta contabilizzazione degli scambi con le altre aziende sanitarie regionali e nei confronti della GSA, necessaria per assicurare le quadrature contabili per la redazione del bilancio consolidato regionale.

L'Azienda ha sperimentato su richiesta regionale la piattaforma WEB in corso di implementazione per circolarizzare, verificare e quadrare le informazioni contabili degli scambi infrar.

Sicurezza delle cure

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. Il documento di riorganizzazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, in BOZZA, sarà discusso nell'ambito del Collegio di Direzione per l'approvazione.

E' stata condotta l'implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure del Ministero della Salute e della Regione Emilia – Romagna, con particolare riferimento a:

- Indicazioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie "P-204-AZ modalità di gestione in caso di allontanamento di un paziente dal reparto di degenza (08/04/2013)"
- Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica "P-005-AZ Gestione clinica dei farmaci (rev4, 02/12/2014)"
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie: nel 2013 è stata emessa la procedura "P-081-AZ Prevenzione gestione e segnalazione delle cadute di pazienti ricoverati in ospedale"
- Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità AB0: nel 2009 è stata emessa la "P-090-AZ procedura per la Trasfusione del sangue e degli Emocomponenti"

Nel 2014 è stato attivato il gruppo di lavoro per la stesura della procedura aziendale finalizzata al recepimento della Raccomandazione Ministeriale n° 14 - Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici.

Gestione del rischio infettivo

- È stato completato il processo di riorganizzazione aziendale in ottemperanza della DGR 318/2013, assicurando l'integrazione del governo del rischio infettivo in ambito assistenziale con le attività aziendali di gestione del rischio clinico - Delibera Azienda Ospedaliero Universitaria FE 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".
- È stato stilato il Piano per la gestione del rischio infettivo per il triennio 2014-2016. Stesura "I-121-AZ Modalità di accesso di animali da affezione (cani e gatti) nelle Strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (12/062014)", in ottemperanza alla DGR N° 2046/2013 "Approvazione della disciplina per l'accesso di animali d'affezione nelle strutture ospedaliere pubbliche e private in caso di paziente ricoverato"

Ruolo della Direzione delle Professioni

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

L'Azienda Ospedaliero Universitaria, 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 e 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.

È 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 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".

In collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e la Direzione Medica di Presidio, nell'anno 2014 è stata pubblicata la revisione n. 4 della P-005-AZ "Gestione

Clinica dei farmaci" rev 4 del 2/12/20124, nella quale sono trattate le modalità di effettuazione dei processi di ricognizione e riconciliazione.

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

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

Il processo identificativo è indispensabile, in riferimento alla universalità delle prestazioni erogabili da un'azienda sanitaria. L'allineamento delle informazioni relative al paziente risulta particolarmente necessario ai fini della sicurezza del paziente stesso e della tracciabilità degli interventi nei diversi punti della rete dei servizi.

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

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

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

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

E' iniziato il 19 giugno 2014 il percorso di identificazione del paziente attraverso il braccialetto identificativo informatizzato. Di seguito il programma di implementazione nelle Unità Operative aziendali, svoltosi nel periodo 19/6/2014 – 13/10/2014.

Blocco 2B3 dal 19/06/2014, Blocco 3B3 dal 19/06/2014, Blocco 1B3 dal 24/06/2014,
Blocco 1B1 dal 26/06/2014, Blocco 1C1 dal 01/07/2014, Blocco 2B1 dal 04/07/2014,
Blocco 2B2 dal 08/07/2014, Blocco 3B2 dal 10/07/2014, Blocco 1B2 dal 15/07/2014,
Blocco 3C3o dal 21/07/2014, Blocco 3C3u dal 21/07/2014, Blocco 2C3 dal 22/07/2014,
Blocco 1C3 dal 22/07/2014, Blocco 1C2 dal 23/07/2014, Blocco 2B0 dal 28/07/2014,
Blocco 3D1 dal 30/07/2014, Blocco 2D1 dal 31/07/2014, Blocco 2C1 dal 31/07/2014,
Blocco 2C2 dal 05/08/2014, UGC dal 07/08/2014, UMR dal 08/08/2014,
Piastra Operatoria – Blocco 9 dal 14/08/2014
Piastra Operatoria – Blocco 21-22 dal 18/08/2014
Blocco 3D2 dal 10/09/2014,
Emodinamica dal 13/10/2014,

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

Ruolo della Medicina Legale

Nel 2014 è proseguito il processo di integrazione col territorio per le specificità della Medicina Legale, sia sul versante del ruolo e dell'organizzazione del personale, sia sull'allocazione delle risorse. Inoltre è stato predisposto il trasferimento della struttura al nuovo Ospedale.

Il completamento del contributo informativo per il registro regionale dei sinistri è stato rimandato al 2015

Questa Azienda ha, dal 2008, istituito Il Comitato di Valutazione Sinistri (pur avendo fino al 2011 goduto di polizza assicurativa senza franchigia) ed un c.d. "procedimento di gestione

dei sinistri“ che sin dall’istituzione dell’Ufficio Legale (1998), ha costantemente interagito con la Medicina Legale, dall’istruttoria dei sinistri, alla costituzione in giudizio ed allo svolgimento del relativo procedimento civile.

Il governo delle risorse umane

Integrazione dei servizi generali

Il processo relativo all’integrazione a livello provinciale dei servizi tecnico-amministrativi è continuato anche nell’anno 2014 con le seguenti azioni specifiche:

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FARMACEUTICO

Il Dipartimento Farmaceutico, nel 2014 ha garantito:

- L’apporto tecnico e la partecipazione alla riduzione delle procedure di magazzino relativi al PAC (Percorsi Attuativi per la certificabilità) previsti dal D.Leg.vo 118/2011.
- Il Contribuito allo sviluppo delle progettualità del magazzino di Area Vasta.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI E LOGISTICA

E’ continuato nel 2014 il complesso progetto di omogeneizzazione di competenze contrattuali, al fine di creare un unico punto provinciale con unitaria e unica professionalità nella redazione dei contratti e nella gestione economica.

Sono state sviluppate analisi sulle specifiche attività e applicate modalità omogenee di lavoro per specifiche Aree, superando la duplicazione dei sistemi informativi. Inoltre è stato messo in atto un maggior collegamento procedurale sulle tematiche prima richiamate con Area Vasta e Intercenter.

IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ICT

E’ stata sviluppata, nel corso del 2014, la realizzazione di integrazioni delle procedure informatiche interaziendali.

E’ stato attuato un processo di progressione e miglioramento legato alla visione di Area Vasta che vede già adesso un forte supporto del Dipartimento nelle fasi progettuali e che deve sempre più integrarsi nella gestione aziendale, soprattutto con riferimento alla contrattualistica, nella quale la negoziazione congiunta può certamente aiutare molto nella ricerca delle modalità di razionalizzazione delle risorse.

La progettualità unitaria di questo Dipartimento è necessariamente collegata ad una logica regionale: nel corso dell’anno, seguendo specifiche linee di indirizzo, ha portato avanti i programmi ICT, rivolti verso la promozione o l’ulteriore sviluppo di progetti strategici, la riduzione del numero dei fornitori, l’uniformità e l’omogeneità dei flussi dei dati e gli approcci sempre più orientati alla qualificazione delle Aree Vaste.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE GESTIONALE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

Nell’anno 2014 è stata definita la configurazione di Uffici unificati con funzioni omogenee interaziendali, è inoltre continuata la revisione delle procedure e la residua unificazione dei prodotti software e il recupero di unità di personale attraverso il turn-over.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE GESTIONALE ATTIVITA’ TECNICO-PATRIMONIALE

Anche per questo Dipartimento nel 2014 è stata definita la configurazione ed il funzionamento di Uffici unificati e di funzioni omogenee interaziendali, la revisione delle procedure e il recupero, attraverso il turn-over, di unità di personale.

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE GESTIONALE INGEGNERIA CLINICA

Per questo Dipartimento nel 2014 è stata definita la configurazione ed il funzionamento di Uffici unificati e di funzioni omogenee interaziendali e la revisione delle procedure.

ATTIVAZIONE NUOVI SERVIZI INTERAZIENDALI

Sono stati istituiti il Servizio Legale Interaziendale e il Servizio Assicurativo Interaziendale con attivazione delle procedure per attribuire le relative responsabilità.

Con riferimento al Settore Sanitario nell'anno 2014 è stato approvato il progetto per l'attivazione della Rete Oncologica Provinciale ed è stato dato mandato ai responsabili delle Strutture Complesse di Urologia e Nefrologia Dialisi di predisporre lo specifico progetto.

Il Governo delle risorse Umane e spesa del personale

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha osservato una rigorosa gestione degli organici rispettando le limitazioni indicate dalla Regione Emilia-Romagna in particolare:

- rispetto del blocco totale del turn-over per il personale amministrativo, tecnico e professionale (ad eccezione di un Operatore Tecnico appartenente alle categorie protette assunto per rispettare le percentuali di legge e non incorrere in sanzioni);
- l'assegnazione di incarichi di strutture complesse è avvenuta esclusivamente per la Dirigenza Medica e solo per discipline per le quali è prevista una sola figura a livello provinciale in un'ottica di razionalizzazione ed integrazione;
- le assunzioni, sia a tempo indeterminato - limitatamente alle deroghe concesse – e determinato hanno interessato esclusivamente figure professionali (dirigenti medici, sanitari, professionali, sanitari e tecnici addetti all'assistenza) nel rispetto delle indicazioni contenute nella nota n. 81308 del 29.03.2013;
- assunzioni a tempo indeterminato a superamento di incarichi a tempo determinato, nel rispetto dei limiti della spesa relativa al personale dipendente e all'interno della percentuale del 25% del turn-over in particolare per figure dedicate all'assistenza diretta;

Inoltre è stata rispettata la previsione di spesa per il personale (inteso come dipendente e universitario convenzionato tenuto anche conto dei rimborsi dei comandi di dipendenti presso altre Aziende) e si è evidenziata un'ulteriore riduzione di spesa di € 350.000 rispetto alla previsione iniziale. Nell'anno 2014 il personale dipendente al 31.12 rispetto alla stessa data del 2013 è diminuito di 45 unità.

Personale a tempo determinato

Proseguimento delle assunzioni di personale a tempo determinato, al netto delle sostituzioni per lunghe assenze, straordinarie o emergenza, il rispetto dei limiti dell'invarianza della spesa esposta a bilancio consuntivo 2012.

Le linee di programmazione e finanziamento regionali, approvate con Delibera di Giunta n. 127/2014 e relativa nota applicativa PG 0049256 del 21/02/2014 confermano, anche per il 2014, l'adozione di misure di controllo e monitoraggio della spesa per la gestione del personale intraprese con i Piani Assunzione 2013.

Nel rispetto di tali indicazioni l'Azienda ha proseguito nella realizzazione del Piano di revisione richiesto dalla normativa di programmazione economica nazionale e regionale, attraverso l'impostazione di azioni e strategie incidenti sulle dinamiche del costo del lavoro.

Relativamente al costo del lavoro subordinato a tempo determinato, le indicazioni per il 2014 specificatamente prevedono:

“Le assunzioni di personale a tempo determinato, al netto delle sostituzioni per lunghe assenze, straordinarie o in emergenza, devono prevedere l'invarianza della spesa esposta a bilancio consuntivo 2012.

Il mancato raggiungimento di tale obiettivo porterà ad una rivisitazione del tetto di spesa complessiva per il personale dipendente”.

La programmazione 2012 assestava la spesa per assunzioni a tempo determinato in complessivi € 4.100.143,07

La spesa effettivamente sostenuta nel 2014 è stata di complessivi € 3.892.776,24

Il costo del lavoro a tempo determinato si è ridotto rispetto al 2012 per effetto di una politica aziendale orientata alla riduzione del lavoro precario di tipo subordinato e flessibile, coerentemente con le disposizioni finanziarie dal 2009 ad oggi oltreché per il rispetto delle più recenti norme in materia di gestione degli organici.

Attualmente i contratti di lavoro a tempo determinato presenti attengono a:

- sostituzioni di lunghe assenze ad esclusiva garanzia del fabbisogno ordinario necessario all'erogazione di prestazioni sanitarie (Infermieri – Tecnici di Radiologia – Fisioterapisti - Ostetriche - Dirigenti Medici - Farmacisti);
- temporanea copertura di posti vacanti, in attesa della conclusione delle procedure per la copertura a tempo indeterminato dei relativi posti in base al Piano Assunzioni per l'anno 2014.

Personale atipico

Proseguimento dell'azione di contenimento del ricorso a contratti di collaborazione professionale o altre forme di impiego flessibile con conseguente riduzione della relativa spesa rispetto all'importo iscritto in sede di stesura del bilancio consuntivo 2013

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara sta già perseguendo da alcuni anni una costante riduzione del ricorso al lavoro atipico che necessariamente deve però tener conto da un lato della conseguente compatibilità economica e dall'altra dei vincoli esistenti per la copertura di posti della dotazione organica.

Libera professione

Proseguimento sull'attuazione alle indicazioni delle Linee guida regionali e a fornire i dati richiesti nelle diverse fasi di monitoraggio individuati dalla Regione Emilia-Romagna.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha proseguito anche nell'anno 2014 a dare puntuale attuazione alle linee guida regionali attuative dell'art. 1 comma 4, della L. 120/2007 “Disposizioni in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria e altre norme in materia sanitaria” come modificato dal D.L. 158 del 13.09.2013 approvato dalla Giunta della RER con del. 113 del 2.08.2013. In particolare oltre al perfezionamento del collegamento in rete per la gestione dell'Attività Libero Professionale Intramuraria, sono state rinnovate le convenzioni per un ulteriore anno, per l'utilizzo del proprio studio professionale in via residuale in presenza di non disponibilità di spazi e attrezzature all'interno dell'Azienda per i quali si è proceduto a verificare la permanenza delle

condizioni per l'autorizzazione. In ogni caso è stato rispettato il principio dell'unicità dello spazio in ambito territoriale provinciale.

Sono stati garantiti i sistemi di monitoraggio dei volumi di attività in modo da assicurare che, complessivamente intesa, per Unità operativa o Specialità, l'attività istituzionale sia comunque prevalente rispetto a quella libero professionale. Inoltre sono stati regolarmente forniti i dati richiesti nelle diverse fasi, individuati dalla Regione.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Adesione a tutte le convenzioni che Intercent attiverà nel 2014 di interesse aziendale presenti sulla piattaforma e avvio dell'utilizzo del Mercato elettronico Intercent,

L'Azienda ha aderito alle convenzioni Intercent-ER di interesse aziendale, coerentemente alle Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 (delibera della Giunta n.217/2014); si è contribuito alla stesura della programmazione acquisti anno 2014 di Area Vasta Emilia Centrale, approvata con la delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara n.196 del 23.10.2014 e si è dato corso alla medesima effettuando acquisizioni anche tramite procedure telematiche.

Verifica e rimodulazione dei processi (procedure) e dei flussi gestionali di approvvigionamento nell'ottica di integrazione attraverso la formulazione di diagramma di flusso per l'evasione degli ordini a seguito di richiesta delle Unità Operative, unificazione della modulistica, unificazione tempistica di approvvigionamento con istruzioni operative unificate.

L'attività di approvvigionamento del Dipartimento interaziendale Acquisti e Logistica Economale è aderente alle indicazioni regionali sugli acquisti attraverso l'utilizzo degli strumenti informatici messi a disposizione dall'Agenzia Intercenter- Convenzioni e Mercato Elettronico- nonché degli strumenti Consip

E' stata garantita, nel corso del 2014, l'adesione a tutte le nuove convenzioni Intercent-er di interesse dell' Azienda Ospedaliero Universitaria.

Partecipazione attiva nella pianificazione triennale di Intercenter attraverso l'effettuazione di una programmazione di iniziative di gare all'interno dell'Area Vasta.

E' stata garantita la partecipazione attiva nella pianificazione triennale di Intercenter attraverso l'effettuazione di una programmazione di iniziative di gare all'interno dell'Area Vasta.

Rinnovo dell'adesione alla Convenzione INTERCENT-ER per l'acquisto dell'energia elettrica sul mercato libero

Si è rinnovata l'adesione alla Convenzione INTERCENT-ER per l'acquisto dell'energia elettrica sul mercato libero

Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici

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

- monitoraggi specifici per valutare gli scostamenti rispetto agli anni precedenti relativamente alla spesa ed al numero dei pazienti in trattamento con i biologici antiinfiammatori in campo reumatologico che nel 2013 erano già stati sottoposti ad audit clinici sui pazienti dei 3 anni precedenti con rilevazione di elevato grado di appropriatezza e adesione alle Linee guida terapeutiche Regionali;
- specifici audit clinici per la nuova triplice terapia per Epatite C che nel 2013 presentava un numero di pazienti troppo esiguo per eseguire un audit. L'audit del 2014 è stato preceduto da incontri con i clinici per analizzare i risultati di efficacia e sicurezza indirizzando l'impiego verso le molecole che presentavano il migliore rapporto. Dall'audit è poi stata rilevata appropriatezza prescrittiva ed allineamento a raccomandazione CRF;
- monitoraggi per i farmaci antineoplastici: è proseguito il monitoraggio con schede audit del format regionale, dell'adesione alle raccomandazioni regionali per:
 - **Pemetrexed in NSCLC**: sui pazienti trattati nel 2013, evidenziando una pratica clinica allineata rispetto alla maggior parte dei quesiti previsti nelle Raccomandazioni Grefo;
 - **Bevacizumab in NSCLC**: su tutti i pazienti trattati nel 2013, da cui si evince una buona adesione alle Raccomandazioni Grefo,
 - Bevacizumab e Cetuximab nel tumore del colon-retto sui pazienti trattati 2013 con una buona adesione alle Raccomandazioni Grefo.
 - Farmaci biologici per il trattamento del tumore renale metastatico o non operabile in tutte le linee di terapia effettuato su pz 2013 (nella verifica dell'anno precedente erano presenti alcune criticità) da cui si può rilevare l'allineamento alle Raccomandazioni Grefo;
- audit sull'impiego dei farmaci di II° linea per melanoma effettuato su pz trattati nel 2014, con allineamento alle Raccomandazioni Grefo;
- audit su Azacitidina nelle MDS effettuato su pz trattati nel 2014: con allineamento alle Raccomandazione Grefo;
- monitoraggio dell'impiego di Bortezomib per mieloma multiplo: dall'analisi dei dati di spesa in rapporto al totale RER si evince un'impiego percentualmente inferiore rispetto alla % rappresentata dalla popolazione pesata della provincia di Ferrara rispetto a RER, valore più basso rispetto alle altre province della Regione.

Oltre a ciò, naturalmente, in fase di erogazione dei farmaci soggetti a Piano Terapeutico e/o a Registro AIFA, i farmacisti verificano che il Centro Prescrittore, sia RER che Fuori-RER, sia un Centro specifico autorizzato e verificano la qualità e l'appropriatezza della compilazione, provvedendo a richieste di chiarimento/integrazione/modifica qualora vengano ravvisate delle anomalie. Provvedono inoltre all'informazione /diffusione di nuove modalità prescrittive.

Revisione dei Centri autorizzati

L'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'AUSL di Ferrara hanno già applicato la visione sovraziendale dei Centri autorizzati per l'epatite C e in molti altri ambiti, essendo presenti i Centri specialistici solo in Azienda Ospedaliero Universitaria. Infatti i Centri di riferimento per la prescrizione dei nuovi farmaci per epatite C, sia per la triplice terapia che per il Sofosbuvir e le successive molecole che verranno commercializzate, sono stati individuati di concerto tra le due Aziende presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria, ma è comunque stata creata una rete clinica con i colleghi gastroenterologi di AUSL per l'individuazione dei pazienti in possesso dei criteri di elezione al trattamento. Al termine di ogni gara che produca riduzioni di prezzo, il Dipartimento Farmaceutico effettua opportune comunicazioni agli utilizzatori di entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi evidenziando i costi anche in relazione alle categorie terapeutiche di riferimento, come è stato fatto con nota PG 851/2014. Procedo inoltre al monitoraggio ed invio di report alle Unità Operative coinvolte relativamente alle adesioni alle gare regionali come nel caso dell'impiego della tossina botulinica.

Inoltre il Dipartimento Farmaceutico invia informazioni ai prescrittori sui farmaci che sarebbero da evitare per migliorare la sicurezza dei pazienti soprattutto anziani (PG 25 613/2014).

Farmaci che richiedono registro e monitoraggio dei Piani Terapeutici

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

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto (sia generici sia biosimilari)

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

Sono proseguite le azioni di promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto che vedono il Dipartimento Farmaceutico impegnato in maniera trasversale sia nella farmaceutica convenzionata che in ospedale nell'ambito dell'erogazione diretta. Tali azioni, da anni attivate e sempre riviste e rimodulate, nel 2013 hanno visto Ferrara raggiungere nuovamente gli obiettivi regionali in materia. Anche nel 2014 sono quindi stati attribuiti specifici obiettivi sulla prescrizione di questi farmaci in erogazione diretta ai medici specialisti ospedalieri. E' inoltre stata puntualmente effettuata l'informazione alle Unità Operative circa le nuove scadenze di brevetto (circa 6 Comunicazioni).

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

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

OBIETTIVO 2014	PR	RN	FE	RA	RE	FO	RER	MO	BO	IM	PC	CS
% BREVETTO SCADUTO	87,8%	87,7%	87,2%	86,3%	86,2%	85,9%	85,9%	85,4%	85,4%	84,8%	83,8%	82,6%

Luglio 2014	PR	FE	RN	RA	BO	RER	RE	FO	ROM	MO	IM	PC	CS
LISTA DI TRASPARENZA	79,6%	79,3%	78,8%	78,0%	77,9%	77,8%	77,7%	77,7%	77,6%	77,1%	76,4%	76,1%	74,7%
GENERICO PURO	27,5%	29,5%	35,2%	31,0%	30,8%	31,5%	32,2%	30,2%	31,8%	35,6%	37,2%	27,9%	29,7%

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

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

Tasso di segnalazione



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

Per quanto riguarda la Vigilanza DM le situazioni importanti vengono di volta in volta discusse nelle riunioni della CPDM. Sono state mantenute al momento le procedure in essere nelle due aziende AUSL FE e Azienda Ospedaliero Universitaria FE. I referenti per la Vigilanza DM-Apparecchiature sono Ing. G. Pirini e Ing. I. Braggion per Azienda

Ospedaliero Universitaria FE e Ing. R. Calchera per AUSLFE. Per quanto riguarda i DM sono la Dott.ssa G. Pigozzi per Azienda Ospedaliero Universitaria FE e il Dott. D.Cantelli per AUSL FE, mentre per i DM-IVD sono rimaste la Dott.ssa E. Montanari per AUSL FE e Dott.ssa A. Riccifrabattista per Azienda Ospedaliero Universitaria FE.

Rischio clinico da farmaci

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

Governo dei Dispositivi Medici (D.M.)

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

La Commissione Provinciale Dispositivi CPDM, nel corso del 2014 si è riunita mensilmente Ha svolto una attenta analisi delle richieste di nuovi dispositivi medici attivando specifiche istruttorie atte a valutare l'efficacia e l'impatto sia economico che organizzativo a livello Aziendale dei nuovi DM.

Ha recepito i documenti di indirizzo regionali implementandone, dove possibile, l'applicazione nelle Unità Operative Aziendali (criteri per TPN, linee di indirizzo gas medicinali) e attivando specifici gruppi di lavoro tematici per indirizzare iniziative di miglioramento e di appropriatezza per le seguenti tipologie di DM oggetto di specifici obiettivi RER di contenimento della spesa:

Taglienti: un gruppo multidisciplinare dopo una attenta analisi del contesto normativo nazionale e regionale e avere sottolineato le necessità formative da parte degli operatori , ha effettuato una analisi del rischio nelle realtà sanitarie provinciali determinando l'impatto economico per l'adeguamento agli standard di sicurezza richiesti in merito alle tipologie di DM in uso.

Medicazioni avanzate: è stata elaborata una scheda di monitoraggio assistenziale e clinico per il trattamento delle ferite/lesioni acute e croniche con medicazioni avanzate e

sono state individuate Unità Operative critiche di entrambe le Aziende, sulla base di incremento di consumo e di spesa, che hanno testato questa scheda e i cui dati saranno raccolti fino a fine febbraio 2015 in un data base informatico e la cui analisi permetterà di evidenziare punti di criticità su cui intervenire.

Contestualmente è stata elaborata una unica Istruzione Operativa Interaziendale, sulla base delle linee di Indirizzo Regionali (documento del 2012), partendo dai vari documenti (procedure e Istruzioni Operative) delle due Aziende già esistenti, che si completerà nei primi mesi del 2015.

Guanti non chirurgici: è stato elaborato un documento dove sono state definite Aree specifiche nelle Aziende Provinciali per utilizzo delle diverse tipologie di guanti, determinando un possibile risparmio di circa il 22% (- € 60.000) e una riduzione, in linea con gli obiettivi RER, del 70% di consumo di guanti in lattice non sterili

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

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

L'aggiornamento di tali dati è essenziale per la correttezza dei flussi informativi dei DM verso la Regione e da questa verso il Ministero e costituisce un debito informativo necessario anche per accedere a fondi aggiuntivi per la Regione ed è quindi strettamente monitorata.

anno 2014	N° referenze movimentate dei CE collegati al DiMe- tutte	N° Referenze movimentate con n. BD/RNDM	N° referenze movimentate senza codice Repertorio/BD
FE AOU	Farmacia n. 2.489	Farmacia n. 2.467	Farmacia di cui n. 2 vuote e n. 20 non devono averlo
	Economato n. 2.084	Economato n. 1.876	Economato di cui n. 56 vuote e n. 152 non devono averlo

Per L'Azienda Ospedaliera Universitaria la percentuale delle anagrafiche con presenza CND è del 100%

Completezza e qualità dei flussi DIME

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

Si verificano inoltre, su di un campione di prodotti di specifiche classi CND, i DM i cui prezzi di acquisto si discostano di oltre il 50% tra il prezzo minimo e quello massimo inviato dalle Aziende Sanitarie, così da correggere, se del caso, eventuali dati errati.

Queste attività hanno migliorato i dati del flusso DIME relativamente ai consumi. Infatti, in rapporto al valore del flusso informativo dei Conti Economici (CE) per il Ministero della Salute, i controlli e le azioni correttive hanno portato i dati, da una copertura del CE con

flusso Dime del 2013 del 94,82% ad una copertura CE del 98,57% in Azienda Ospedaliera rispetto ad un dato Regionale 2014 del 98,5.

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

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

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

- Istituzione di Gruppi di Lavoro (GdL) relativi a Guanti, Taglienti, Medicazioni, Suture Meccaniche nella riunione della CDM del 28/02/2014;
 - GdL Medicazioni: il GdL ha effettuato un'analisi dei consumi e ha proposto uno strumento di rilevazione (modulo) per l'utilizzo delle medicazioni nei reparti. Il lancio dell'attività di rilevazione é stato effettuato il 10/12/2014 con una specifica riunione. E' prevista a breve l'analisi dei moduli compilati dai reparti. La fase successiva sarà l'individuazione delle opportune azioni correttive per migliorare l'area di appropriatezza delle diverse tipologie di medicazione.
 - GdL Taglienti: il problema é stato analizzato e il GdL ha proposto anche una simulazione di costo sorgente trasmesso dal coordinatore CPDM ai DG Azienda Ospedaliero Universitaria FE e AUSL FE con nota del 30/09/2014. Il 24/02/2015 al Collegio di Direzione AUSL FE è stata presentata nuovamente l'analisi effettuata e trasmessa il 30/09/2014.
 - GdL Guanti: il tema é stato affrontato in particolare nella riunione CPDM del 10/12/2014 nella quale si é discusso in particolare dei criteri di appropriatezza individuati e delle modalità da mettere in atto per limitare i consumi.
 - il GdL Suture meccaniche non ha svolto alcuna attività: era stato comunicato in CRDM che sarebbe partito un gruppo regionale dello stesso tipo di quello creato per la Chirurgia ad Ultrasuoni e Radiofrequenza. Analogo gruppo é in costituzione in AVEC.
- Per quanto riguarda i DM impiantabili attivi cardiologici è in programmazione Intercent-ER una gara su tali DM nel Masterplan non ancora pubblicato per gli anni 2015-2017.

Accreditamento delle farmacie ospedaliere

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, in collaborazione con il Servizio Politica del Farmaco e con alcuni Direttori di Farmacie ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, ha elaborato durante l'anno 2013 il documento dei Requisiti specifici per l'Accreditamento delle Strutture di Farmacia Ospedaliera che dovrà essere acquisito nelle singole Aziende sanitarie. Tale procedura consentirà a questi Servizi di accertare il reale possesso dei requisiti di qualità e di sicurezza necessari a garantire l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, relativamente al Servizio di Farmacia Ospedaliera, in Regione ha costituito il campo di sperimentazione dell'applicazione dei nuovi requisiti di Accreditamento.

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara sono già state realizzate da parte del Servizio tecnico e di Prevenzione e Protezione le attività propedeutiche alle autorizzazioni riguardanti gli aspetti logistici, strutturali e tecnologici preliminari all'avvio dell'accreditamento, in particolare rispetto ai laboratori di allestimento delle terapie antitumorali e ai locali di Erogazione Diretta. Il Servizio di Farmacia Ospedaliera ha

predisposto un Manuale Qualità di Unità Operativa, un Manuale Qualità di Dipartimento ed una serie di procedure, istruzioni operative e documenti a corredo e completamento dei Manuali stessi. Ha inoltre implementato un sistema di monitoraggio degli indicatori / standard di prodotto come richiesto dal documento regionale.

In seguito alla visita del 26 marzo sono state accreditate l'Unità Operativa Farmacia Ospedaliera ed il Dipartimento farmaceutico, prime strutture farmaceutiche della RER, precedendo quindi tutte le altre strutture farmaceutiche della Regione.

Il verbale della visita di accreditamento ha riportato una valutazione molto positiva con attestazione da parte della Regione delle capacità, competenza e professionalità dei professionisti del Dipartimento. La valutazione positiva è stata ottenuta sia nel superare le difficoltà ed i vincoli strutturali presenti, sia nel supportare i Dipartimenti clinici nell'uso appropriato e sicuro dei beni farmaceutici con riconoscimento alla Direzione del Dipartimento di capacità di analisi delle criticità, individuazione di indicatori, messa in campo di azioni correttive e piani di miglioramento pur nelle difficoltà generate dalle diversità di sedi e strumenti di lavoro. Tutto con attenzione all'efficienza ed efficacia sia verso la propria organizzazione che verso l'esterno.

Sono state riconosciute numerose eccellenze quali il Laboratorio di produzione galenica ed antiblastici interaziendale, l'attività di Erogazione Diretta di cui viene enfatizzata la capacità di verifica di appropriatezza prescrittiva, gestione del rischio per il paziente e delle interazioni farmacologiche anche tramite lo specifico software all'avanguardia sui temi clinici presente in Azienda Ospedaliero Universitaria. Viene evidenziata l'importanza dell'HUB regionale nell'ambito della gestione antidoti (la Farmacia è sede del centro di riferimento regionale) e vengono indicati elevati livelli qualitativi nel campo della farmacovigilanza, della sperimentazione applicata alla pratica clinica e della valutazione della sicurezza/efficacia (interazioni, aderenza alla terapia), nonché capacità di comunicazione con l'utenza e di analisi delle proprie attività e competenze.

Sono stati analizzati i vari aspetti farmaceutici presenti quali per la gestione dei farmaci ed altri beni sanitari le tematiche relative agli approvvigionamenti, alla gestione logistica dei beni sanitari, al monitoraggio dei consumi e dei costi, ai gas medicali.

Mentre, per quanto riguarda il governo clinico sono stati analizzati i parametri di qualità previsti nel documento regionale, nelle diverse aree di attività: galenica clinica, valutazione/informazione/appropriatezza sui farmaci e sui dispositivi medici, analisi di appropriatezza e audit clinici, didattica, sperimentazioni cliniche, farmaco-vigilanza, dispositivo-vigilanza, distribuzione diretta dei medicinali, ecc...

Parte integrante dell'accreditamento è relativa ai requisiti organizzativi che il responsabile della Farmacia ha mantenuto in linea con l'evoluzione del contesto clinico nel quale il Servizio opera, dalla formazione all'acquisizione e mantenimento della clinical competence.

Centralizzazione della distribuzione dei beni farmaceutici

Nel 2014, in seguito a nuove indicazioni regionali, il progetto di Area Vasta si è sviluppato nella direzione di progettazione di un magazzino unico provinciale che unitamente a quelli del S.Orsola e dell'AUSL di Bologna costituiscono 3 HUB del più ampio progetto di Area Vasta che gestirà in maniera integrata tutti gli aspetti tecnico-amministrativi. Per la definizione del progetto e la realizzazione della prima fase FE, sono state analizzate tutte le fasi di attività rapportandole, per definire le risorse necessarie, ai dati ed alle organizzazioni dei magazzini farmaceutici di AUSL BO e Azienda Ospedaliero Universitaria BO. Sono state definite anche le caratteristiche organizzative e tecnologiche. Attraverso l'individuazione dei costi cessanti comprensivi di personale, spazi, ecc è stato realizzato un quadro sinottico del risultato economico complessivo con specifici

approfondimenti sul personale, sulla revisione del sistema trasporti provinciale attuale e sulle ripercussioni sui Bilanci Aziendali nei prossimi anni. Sono quindi state individuate le attività successive da compiere per realizzare la centralizzazione secondo un preciso gantt.

Rete delle farmacie oncologiche

Nel 2013 è stato predisposto un progetto per realizzare il trasferimento delle attività di allestimento di farmaci oncologici dalle Unità Operative di Oncologia dei tre ospedali di AUSL (Argenta, Cento e Delta) centralizzandole sul Laboratorio produzione farmaci antitumorali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Nel corso del 2014 si è realizzata progressivamente la completa presa in carico, conclusasi con la centralizzazione degli allestimenti delle terapie oncologiche per l'ospedale del Delta presso il laboratorio centrale Unità farmaci antitumorali di Azienda Ospedaliero Universitaria, il 16 giugno 2014.

L'attività di controllo sui produttori pubblici e privati

Nel corso del 2014 l'attività di controllo sanitario è proseguita con gli obiettivi qualitativi e quantitativi definiti dal NRC e secondo il PAC 2014.

L'organizzazione del lavoro del NAC si modifica in base alle diverse tipologie di controllo da svolgere:

- le verifiche di **appropriatezza organizzativa** sono svolte da un componente del NAC attraverso una griglia di lettura concordata e condivisa che utilizza in parte i criteri del PRUO (protocollo di revisione dell'uso dell'ospedale) e, in parte, criteri ricavati dalla normativa vigente;
- le verifiche di **congruenza informativa** tra cartella clinica e SDO sono svolte dai componenti del NAC attraverso una griglia concordata e condivisa che guida alla ricerca di elementi oggettivi, presenti all'interno della cartella clinica, che possano giustificare la scelta delle diagnosi secondarie registrate; in caso di presunte anomalie nella compilazione della SDO, il componente del NAC sottopone al medico di Unità Operativa il caso e propone un eventuale intervento correttivo;
- le verifiche sulla qualità della **compilazione della documentazione clinica** (ex DGR 1706/2009) sono svolte dai componenti del NAC attraverso una scheda di rilevazione concordata e condivisa che analizza gli elementi ritenuti maggiormente critici: la gestione della terapia farmacologica e la gestione dei consensi. Tale valutazione integra e non sostituisce l'uso di griglie di valutazione della qualità della compilazione della cartella clinica in uso presso le diverse Unità Operative;
- le verifiche di **appropriatezza clinica** sono condotte da un team multi-professionale (NAC, Ufficio Dimissioni Ospedaliere, Direttore di Unità Operativa o suo delegato); il ricovero viene analizzato in relazione a: o appropriatezza organizzativa o aderenza ai criteri previsti dai protocolli assistenziali vigenti (presi a riferimento dai professionisti dell'Unità Operativa) per l'identificazione del setting assistenziale.

L'articolo 79 comma 1- septies della Legge n. 133/2008 prescrive il controllo del 10% delle cartelle dei dimessi nel periodo. Per l'anno 2014 sono state sottoposte a verifica 5.035 cartelle, pari al 14,88% dei dimessi.

La tavola seguente mostra la distribuzione per 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	278	16.0	206	5.4	142	3.2	173	0.6	179	3.6	978	2.3
DRG CHIRURGICO CON CC IN DH			124	3.3	18	0.4	12	0.0	132	2.6	286	0.7
DRG CHIRURGICO CON CC IN RO 0-1 GG			61	1.6	50	1.1	82	0.3	35	0.7	228	0.5
DRG CON CC ORDINARI >1			415	10.9	9	0.2	4.130	15.0	389	7.8	4.943	11.6
DRG MEDICO CON CC IN DH >3 ACCESSI			23	0.6	39	0.9	101	0.4	12	0.2	175	0.4
DRG MEDICO IN DH SENZA PROCEDURE	72	4.2	90	2.4	36	0.8	1	0.0	28	0.6	227	0.5
DRG POTENZIALMENTE INAPPROPRIATI	59	3.4	190	5.0	719	16.2	2.795	10.1	937	18.7	4.700	11.1
RICOVERI RIPETUTI 0-1	41	2.4			10	0.2	1	0.0	23	0.5	75	0.2
OMNICOMPRENSIVITÀ DELLA TARIFFA	435	25.1	69	1.8	26	0.6	5	0.0	133	2.7	668	1.6
DRG 223 ASSOCIATO A M.P.R. 81.83			1	0.0	27	0.6	9	0.0	8	0.2	45	0.1
DRG 233-234							9	0.0			9	0.0
DRG 544 E PROCEDURA 81.54							22	0.1			22	0.1
PROCEDURA 86.69							7	0.0			7	0.0
CONTROLLI DI APPROPRIATEZZA CLINICA	8	0.5	45	1.2			82	0.3	269	5.4	404	1.0
ALTRI CONTROLLI	841	48.5	2.590	67.9	3.361	75.7	20.109	73.0	2.769	55.3	29.670	69.8
CODIFICA INTERVENTI SULLA COLONNA									89	1.8	89	0.2
Totale	1.734	100.0	3.814	100.0	4.437	100.0	27.538	100.0	5.003	100.0	42.526	100.0

Per quanto riguarda la Specialistica ambulatoriale, dopo la negoziazione degli obiettivi di budget è stata introdotta una serie di interventi mirati al controllo della correttezza e completezza della compilazione della ricetta e alla corretta registrazione delle prestazioni richieste nel Day Service. I controlli effettuati direttamente su campioni di ricette SSN, hanno permesso di ridurre le criticità persistenti sulla completezza informativa dei flussi della Specialistica Ambulatoriale, contribuendo a ridurre la quota di prestazioni "scartate" dal flusso stesso, e favorendo un maggior presidio da parte dei clinici sulla registrazione completa e continua delle prestazioni erogate.

Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico

Piano investimenti e relative fonti di finanziamento

Il Piano Triennale degli investimenti (PTI) 2014-2016 è stato redatto, come da tempo richiesto dalla Regione, secondo le indicazioni e gli schemi, previsti dalla normativa vigente e regionali, nonché le indicazioni regionali.

L'Azienda vede un intervento finanziato nel programma regionale di investimenti relativo al completamento della Sala Server di Cona che è stato trasmesso alla Regione ed ammesso a finanziamento nel 2014. Si sta procedendo alla gara per l'assegnazione dei relativi lavori entro giugno 2015.

Il tema del Piano degli investimenti è stato gestito a livello locale (Azienda Ospedaliero Universitaria FE e AUSL FE) e a livello regionale nell'ambito GRTB. A questo scopo ci si riferisce in particolare alla nota interna al Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie relativa alla descrizione delle attività svolte nell'ambito dei progetti inerenti le tecnologie sanitarie e al documento Piano Investimenti Tecnologie Biomediche Regione Emilia-Romagna 2014-2016 - Contributo GRTB Masterplan Intercent-ER (2014).

Il PTI 2014-2016, si sviluppava come aggiornamento della precedente programmazione 2013-2015, aggiornando gli interventi già in corso di realizzazione o terminati e inserendo nuove necessità prevalentemente dettate da esigenze normative (sicurezza) e dagli interventi post sisma.

Nel 2014-2016 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara in sede preventiva presentava un piano di prosecuzione degli investimenti strutturali destinati a migliorare la sicurezza e consentire trasferimenti al nuovo ospedale e accorpamenti di attività volti alla

riduzione dei costi di esercizio dell'attività aziendale a tutti i livelli, sia sanitaria che amministrativa

A consuntivo il piano degli investimenti 2014 ha visto l'utilizzo delle sotto elencate fonti di finanziamento per gli investimenti brevemente descritti:

Mutui autorizzati dalla Giunta Regionale ai sensi di Legge

La somma di **€ 20.444**, relativa a residuo su mutui già contratti autorizzati dalla Giunta Regionale, è stata utilizzata per manutenzioni straordinarie e per il completamento del Polo di Cona.

Fondi progetti di ricerca regione università

La somma complessiva di **€ 119.220** per la realizzazione dei progetti di ricerca Regione Università è stata utilizzata per l'acquisto: di un elettrostimolatore (attrezzatura sanitaria) per € 19.500; di attrezzature informatiche (PC) per € 5.780; di software (integrazione con il sistema Prometeo e SW gestione braccialetto elettronico) per € 93.930.

Fondi 6° aggiornamento Programma Regionale Investimenti in Sanita'- D. Ass. Legs.va 263/2009 – intervento L23 “Acquisto attrezzature e arredi Nuovo Ospedale di Cona”

Finanziamento di € 7.000.000 assegnato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna n. 263 del 27/10/2009, finalizzato all'acquisizione di attrezzature e arredi. L'importo e' stato ammesso a finanziamento con Determinazione n. 363/2011 del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. La quota utilizzata nel 2014 è pari a **€ 303.829** per l'acquisizione di:

- attrezzature sanitarie € 71.443
- attrezzature informatiche - PC e stampanti € 134.400
- attrezzature non sanitarie –telefoni - € 13.318
- software per sviluppo attività (es. LIS, gestione farmaci, Sistema Sole, gestione spesa, ecc..) € 84.668

Fondi regionali per “Acquisto tecnologie sanitarie” Del. Ass. Legs.va 61/2011

Finanziamento di **€ 3.000.000** assegnato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna n. 61/2011, è finalizzato all'acquisizione di tecnologie sanitarie per il nuovo ospedale di Cona. L'importo e' stato ammesso a finanziamento con Determinazione n. 1000/2012 del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. La quota utilizzata nel 2014 è pari a **€ 542.843** interamente utilizzata per l'acquisto di attrezzature sanitarie:

- apparecchiature per la camera calda del Servizio di Medicina Nucleare del Nuovo Ospedale di Cona € 444.080
- aggiornamento sistema VEEG, attualmente in dotazione all'Unità Operativa di Pediatria Universitaria € 47.458
- attrezzature varie € 51.305

Fondi 9° aggiornamento Programma Regionale Investimenti in Sanita'

Finanziamento di **€ 5.200.000** assegnato con delibera dell'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna n. 80/2012 – intervento O.6, finalizzato all'acquisizione di attrezzature e arredi per il nuovo ospedale di Cona. La quota utilizzata nel 2014 e' di euro **657.737** per:

- attrezzature sanitarie –acquisto angiografo € 390.400 - acquisto accessori angiografo € 158.600 – acquisto sistema motorizzato per ortopedia € 48.023 –

acquisto sistema motorizzato per UO Maxillo Facciale € 26.458 – riscatto risonanza magnetica € 11.808

- arredi sanitari vari – € 22.447

Contributi in conto esercizio

Il piano investimenti 2014 è finanziato per **€ 544.509** con contributi in conto esercizio. Detta somma è stata destinata a interventi di manutenzione straordinaria su immobili.

Fondi sisma 2012 – rimborso assicurativo

Gli interventi conseguenti agli eventi sismici (già rimborsati dall'assicurazione aziendale) sono stati realizzati per **€ 392.199**. Si tratta di manutenzioni straordinarie sul vecchio nosocomio per il risanamento della ciminiera della Centrale Termica.

Alienazione patrimonio immobiliare diverso

E' stato utilizzato per interventi sul nuovo ospedale il complessivo importo di **€ 57.337** derivante dall'alienazione di immobili di proprietà: edificio via Boschetto "S. Giorgio" – edificio "Varano" Scuola Infermieri Via Carlo Mayr- appartamenti – parte Arcispedale S. ANNA Ferrara.

Altri contributi (offerte, contributi diversi e donazioni)

Gli altri contributi a finanziamento del piano investimenti 2014 ammontano a **€ 151.789**, utilizzati per :

- attrezzature sanitarie € 65.531;
- arredi € 11.469
- attrezzature informatiche 6.470
- software € 1.757
- manutenzioni agli immobili (tra cui un intervento su SPDC Cona finanziato con contributo dell'Azienda Usl di Ferrara) € 66.472

Delibera RER 475/2013 – completamento sala server CONA – intervento M19 € 1.044.592,44

Il contributo è stato utilizzato nel 2014 per **€ 2.791** per l' affidamento dell'incarico professionale per aggiornamento e riedizione del progetto definitivo per la realizzazione della Sala Server.

Del. Ass. Legs.va 120/2013 – intervento AP 49 "Potenziamento Diagnostica per immagini e radioterapia" € 1.080.000

Contributo utilizzato nel 2014 per **€ 485.560** per l'acquisto dell'apparecchiatura SPECT-CT per Medicina Nucleare.

Gestione del Patrimonio immobiliare e tecnologico

In merito ai costi di manutenzione ordinaria, a seguito del trasferimento a Cona dell'attività sanitaria, gli stessi sono stati rideterminati sia per Cona che per le restanti strutture dell'Azienda tramite la compilazione delle relative tabelle regionali.

Relativamente ai nuovi interventi avviati nel 2014, la progettazione preliminare e, ove possibile, anche la progettazione definitiva, viene svolta da personale interno all'Azienda. Stessa condizione per le attività di Coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, e per gli incarichi di Direzione lavori, collaudo e certificazione di regolare

esecuzione, fatti salvi casi in cui la tipologia di intervento richieda un profilo professionale specialistico non presente in organico.

Relativamente agli investimenti e alla gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico, si è provveduto alla gestione, sostituzione ed acquisizione delle tecnologie biomediche (nuove o in sostituzione di altre obsolete o dismesse).

L'oggetto dell'attività dell'Ingegneria Clinica non riguarda solo le apparecchiature biomediche, ma anche il SaMD quale ad esempio il PACS. In relazione a tale tematica ci si riferisce alle attività compiute anche in relazione alle recenti prescrizioni del Garante della Privacy.

Per quanto concerne gli investimenti e gli importi sono riportati nella tabella che segue:

ID	Importo CON IVA	Finanziamento
IDF.1	€ 2.400.019,60	Regionale
IDF.2	€ 3.000.000,00	Regionale
IDF.3	€ 5.200.000,00	Regionale
IDF.4	€ 1.080.000,00	Nazionale / Regionale AP49
IDF.5	€ 4.000.000,00	Nazionale / Regionale AP50
	€ 15.680.019,60	

Gestione, sostituzione ed acquisizione delle tecnologie biomediche

La Direzione Medica ha partecipato, unitamente all'Ingegneria Clinica ed alla Fisica Medica, alla messa a punto dei Programmi di ammodernamento e di sviluppo della dotazione strumentale e tecnologica aziendale, al fine di svilupparne le potenzialità sotto il profilo della qualità tecnico-scientifica e della performance operativa.

La Diagnostica per Immagini

Apparecchiature di diagnostica per immagini e Radioterapia

Le Apparecchiature Biomediche si riferiscono usualmente a tre aree diverse:

1. Apparecchiature di Diagnostica per Immagini e Radioterapia;
2. Apparecchiature di Diagnostica di laboratorio;
3. Apparecchiature di Terapia ed Esplorazione Funzionale e Riabilitazione.

Per ognuna di esse sono previste le seguenti principali fattispecie:

1. Apparecchiature trasferite (T) o da trasferire (DT);
2. Apparecchiature di nuova acquisizione (A) o con investimento pianificato (AP) ;
3. Apparecchiature aggiornate in corrispondenza al trasferimento (AG).
4. Apparecchiature di proprietà della Concessionaria ProgEste già installate (PR)
5. Apparecchiature da dismettere (FU)

Le apparecchiature di Diagnostica per Immagini sono quasi interamente costituite da apparecchiature ad installazione permanente e sono rappresentate dalla tabella seguente:

ID	SEDE	Tipo apparecchiatura	Locale Cona	Marca	Modello	Stato	Fin	Note
1	Radiologia	TAC GE 64 BANCHI	T.4.18	G.E.	CT HiSpeed FX/i PLUS	T / AG	IDF.4	SW ASIR riduzione Dose
2	Pronto Soccorso	TAC GE 64 BANCHI	T.9.8	G.E.	CT HiSpeed ZX/I	T / AG	IDF.4	SW ASIR riduzione Dose
3	Pronto Soccorso	ORTOPANTOMO GRAFO	T.9.13	Ing. Burgatti	Rotograph 230	T		
4	Pronto Soccorso	TELECOMANDA TO SIEMENS	T.9.10	SIEMENS	ICONOS R200 e Vertex TOP	T		
5	Radiologia	TELECOMANDA TO SIEMENS	T.5.24	SIEMENS	ICONOS R200	T		
6	Radiologia	TROCOGRAFO	T.5.10	SIEMENS	Multix Top	T		
7	Radiologia	TROCOGRAFO	T.5.8	SIEMENS	Multix Top	T		
8	Pronto Soccorso	TROCOGRAFO	T.9.13	SIEMENS	Multix Top	T		
9	Pronto Soccorso	POLIFUNZIONALE	T.9.19	SIEMENS	Aristos FX Plus	A		
10	Radiologia	POLIFUNZIONALE	T.5.X	SIEMENS	Aristos FX Plus	T		
11	Radiologia	Risonanza PHILIPS	T.4.34	PHILIPS	ACHIEVA 1.5T NOVA DUAL	T		
12	Radiologia	Risonanza GE	T.4.38	G.E.	SIGNA ECHOSPEED 1,5 HDX 1.5T	T		
13	Senologia	Mammografo digitale	T.2.13	G.E.	Senographe DS	T		
14	Senologia	Mammotome	T.2.12	FISHER IMAGING EUROPE	MammoTest System-FT240 Select	T		
15	Radioterapia	Acceleratore lineare	T.14.29	Varian	CLINAC DHX-S	DT		Dotato di IGRT
16	Radioterapia	Acceleratore lineare		Varian	CLINAC 2100 C/D	FU		
17	Radioterapia	Acceleratore lineare	T.14.34	Elekta	Versa HD	A	IDF.3	Gara terminata
18	Radioterapia	TAC	T.14.X	Philips	Brilliance Big Bore	A	IDF.3	Gara terminata
19	Radioterapia	Simulatore	T.15.15	Varian	Acuity c	FU		
20	Radioterapia	Brachiterapia	T.14.28	NUCLITAL	Microselectron HDR	DT		
21	Sale Operatorie	IORT	3.24.16	SORDINA	LIAC	T		

ID	SEDE	Tipo apparecchiatura	Locale Cona	Marca	Modello	Stato	Fin	Note
22	Emodinamica	Angiografo	2.15.1	SIEMENS	Artis Zee Floor	T / AG	Aziendale	Aggiornato da AXIOM ARTIS dFC / a Artis Zee
22	Emodinamica	Angiografo	2.15.3	SIEMENS	Artis Zee Floor	A	IDF.3	
23	Elettrofisiologia	Angiografo cardiologico portatile	2.15.2	Moonray	Moonray	A	REG	
24	Radiologia Interventiva	Angiografo Monoplano	T.11.9	PHILIPS	Integriss Allura Xper FD20	T / AG	IDF.2	Aggiornato da Integriss Allura Monoplano / a Xper FD20
25	Medicina Nucleare	Gamma Camera		SIEMENS	E-CAM	FU		
26	Medicina Nucleare	CT SPECT	T.01.10	SIEMENS	Symbia-T2	T		
27	Medicina Nucleare	CT SPECT	T.02.30	SIEMENS	Intevo Excel	A	IDF.4	
28	Medicina Nucleare	PET-CT	T.01.13	SIEMENS	Biograph mCT	A	Leasing	
29	Radiologia	TAC "Dual Energy"	T.4.21			AP	IDF.5	Gara da avviare
30	Radiologia Interventiva	Angiografo Biplano	T.11.11			AP	IDF.5	Gara da avviare
31	Radiologia	Tomografo a Risonanza Magnetica Nucleare 3.0T	T.11.11			AP	IDF.5	Gara da avviare

Apparecchiature di diagnostica per immagini e Radioterapia aggiornate in corrispondenza al trasferimento

Per due delle apparecchiature elencate nella tabella è stato previsto l'aggiornamento alla nuova versione: in particolare per l'Angiografo Monoplano Philips Integriss Allura (24) della Radiologia Interventiva che è passato alla nuova versione digitale Xper FD20; l'aggiornamento è stato effettuato tramite apposito finanziamento nel piano di aggiornamento tecnologico recentemente approvato dalla Regione. L'altra apparecchiatura aggiornata è l'Angiografo Cardiologico Siemens Axiom Artis dFC della Cardiologia (22) che è passato alla nuova versione Artis Zee Floor con un finanziamento aziendale.

Tra le tecnologie aggiornate subito dopo il trasferimento figura il PACS Carestream che è stato aggiornato nell'ambito del contratto di manutenzione evolutiva e portato alla stessa

versione di quello dell'Azienda USL (v11) dopo il trasferimento a Cona. Attualmente il sistema RIS-PACS è gestito dal Gruppo Interaziendale di Gestione dei Sistemi RIS-PACS. L'aggiornamento ha previsto anche l'intera sostituzione dei monitor di visualizzazione per renderli identici a quelli in uso presso l'ospedale di Lagosanto (Barco).

Apparecchiature di diagnostica per immagini e Radioterapia di nuova acquisizione o la cui acquisizione é pianificata negli investimenti

Le apparecchiature di questa area di nuova acquisizione sono:

- la diagnostica radiologica digitale polifunzionale Siemens Aristos FX Plus acquisita in leasing e già installata presso il locale T.9.19 a supporto del PS dove era previsto il trasferimento di analogia apparecchiatura (9) che è stata trasferita e installata nel Blocco 5 all'interno della Radiologia;
- la SPECT-CT Siemens Innova Excel acquisita con apposito finanziamento Nazionale (AP49) e recentemente collaudata e installata in Medicina Nucleare;
- la CT-PET Siemens Biograph mCT acquisita con un leasing e installata in Medicina Nucleare;
- l'angiografo Siemens Artis Zee Floor acquisito con un finanziamento regionale e installato in Emodinamica;
- l'angiografo portatile SIMAD Moonray acquisito con finanziamento regionale e installato in Elettrofisiologia;
- l'acceleratore lineare Elekta Versa HD acquisito con finanziamento regionale e in fase di installazione presso la radioterapia;
- la TAC Philips Brilliance Big Bore acquisita con finanziamento regionale e in fase di installazione presso la radioterapia;
- la TAC "Dual Energy" é stata pianificata come investimenti e ha finanziamento nazionale AP50 (importo stimato 1 Mln € compreso IVA);
- l'Angiografo Biplano per le Neuroscienze e a supporto della radiologia interventiva é stato pianificato come investimenti e ha finanziamento nazionale AP50 (importo stimato 1,2 Mln € compresi IVA).

La Diagnostica di Laboratorio

La Diagnostica di Laboratorio interamente ubicata al Blocco 33 é ormai a regime e inizialmente è stata predisposta con la parte di arredi e cappe chimiche e a flusso laminare, mentre le altre apparecchiature sono state trasferite e sono state fornite nell'ambito dei nuovi service.

In particolare le predisposizioni realizzate inizialmente a nuovo presso la palazzina Blocco 33 per quanto riguarda le apparecchiature sono state le seguenti (installate e collaudate):

- 22 Cappe chimiche complete di motore;
- 16 armadi aspirati sottopiano cappa chimica per contenimento infiammabili;
- Cappe per dissezioni campioni in formalina;
- cabine di sicurezza biologica in classe II a flusso laminare;
- cabine di sicurezza per la manipolazione di sostanze citotossiche;
- armadi frigoriferi +4 °C 5.000 lt;
- armadi congelatori -30°C 2/3.000 lt.

Le apparecchiature afferenti a questa area sono in gran parte fornite nell'ambito di gare di service.

Da segnalare in particolare l'aggiornamento della linea completamente automatizzata di chimica clinica e immunometria, realizzata con sistemi COBAS C6000 forniti dalla ditta

Roche, ora in fase di sostituzione con sistemi Beckman aggiudicati nella recente gara di Area Vasta, e Sistema Ematologico Sysmex 402N fornita dalla ditta DASIT, anch'esso in sostituzione in seguito ad una gara di Area Vasta.

Le apparecchiature di Terapia ed Esplorazione Funzionale e Riabilitazione

Le apparecchiature afferenti a questa area sono quasi interamente costituite da apparecchiature "trasportabili" o comunque non ad "installazione permanente". Esse costituiscono mediamente circa il 65-70% dell'intero installato di apparecchiature biomediche.

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

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara le azioni sono state rivolte a:

- ottimizzare la gestione dei rifiuti sanitari ed, in particolare, ridurre la produzione di rifiuti sanitari a rischio infettivo per giornata di degenza;
- ottimizzare la gestione dei reflui provenienti dalle apparecchiature di analisi attraverso la loro separazione in scarichi idrici, rifiuti non pericolosi e rifiuti pericolosi;
- garantire il flusso delle informazioni sull'applicazione delle politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale nel Servizio Sanitario Regionale, utilizzando l'apposito programma informatico AEM-CUP 2000 e assicurando la trasmissione di informazioni validate e complete nei tempi previsti; per:
 - rifiuti
 - energia
 - mobilità
 - rendicontazione dell'attività relativa alle politiche energetiche ed ambientali nel Bilancio di Missione per rifiuti, green clearing, energia, mobilità.

L'uso razionale dell'energia

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

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

Inoltre sono state effettuate le seguenti azioni:

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

- promuovere in ogni occasione possibile il dialogo con il Concessionario teso a promuovere tutte le iniziative e gli interventi volti al monitoraggio dei consumi e al risparmio energetico.

Nel contempo si è proseguito nel:

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

Azioni in ambito ICT

Costante allineamento fra le iniziative di livello interaziendale, di Area Vasta e regionale al fine di facilitare il raggiungimento dei suddetti obiettivi metodologici.

In linea generale nel corso del 2014 il Dipartimento ICT (DICT) ha proseguito la propria collaborazione con il Servizio Innovazione e Sviluppo ICT della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e con il Gruppo ICT, per contribuire alla realizzazione del piano pluriennale 2015-2017 di modernizzazione, di innovazione e sviluppo e alla rendicontazione dei progetti ICT affidati alla società CUP2000 S.p.A.

Adozioni di soluzioni applicative progressivamente uniformi a livello di Area Vasta ed a livello regionale per quanto riguarda:

- Gestione Risorse Umane

Il Dipartimento ICT ha preso parte ai lavori del tavolo di lavoro regionale costituito dal Gruppo ICT e coordinato dall'Ing. Rombini per la definizione del piano strategico pluriennale di realizzazione e diffusione del nuovo GRU in ambito regionale a seguito dell'aggiudicazione della gara europea per l'individuazione del fornitore.

- Area Amministrativa sistemi contabili

Il Dipartimento ICT ha contribuito ai lavori del tavolo regionale coordinato dalla Dott.ssa Musconi per l'individuazione delle caratteristiche funzionali e tecnologiche di un software unico di contabilità e magazzino e la conseguente stima economica dei costi per la sua realizzazione.

- Area Amministrativa logistica

Il DICT ha completato il portale AVEN per la codifica centralizzata degli articoli di magazzino farmaceutico ed economico per le tre principali macro classi merceologiche dei medicinali, dei dispositivi medici e dei prodotti economici. È stata inoltre completata la progettazione dei web service per l'allineamento con le anagrafi dei sistemi gestionali aziendali per la logistica.

- Sistemi gestionali di laboratorio

In collaborazione con i fornitori che si sono aggiudicati le forniture di area vasta per gli strumenti diagnostici e il sistema informatico, sono iniziate l'installazione e la configurazione della nuova strumentazione di laboratorio e l'integrazione con il middleware del LIS.

- Sistemi gestionali di laboratorio e officine trasfusionali
Il DICT è in attesa dell'espletamento della gara regionale per l'individuazione di un software gestionale unico regionale per la gestione delle officine trasfusionali che nel corso del 2014 ha subito un rinvio temporale.

- Sistemi gestionali di Anatomia Patologica
In attesa del completamento della prima fase del progetto di migrazione che vede coinvolte le Aziende Sanitarie dell'Area metropolitana bolognese, il DICT in collaborazione con il Dipartimento Acquisti ha perfezionato l'adesione alla convenzione di area vasta.

Governo delle tecnologie hw e sw che supportano tutti i processi aziendali amministrativi e sanitari

Nel corso del 2014 il Dipartimento ICT in collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie e Farmaceutico ha proseguito le attività di diffusione dello strumento della ricetta dematerializzata per la prescrizione farmaceutica. A fine 2014 risultano attivati circa il 70% dei medici MMG e tutte le farmacie private e comunali del territorio provinciale con un volume complessivo di ricette dematerializzate erogate pari a circa 684.000 (circa il 37% dei volumi complessivi). Tale situazione si colloca in linea con il valore medio regionale.

Parallelamente si è lavorato anche alla predisposizione del sistema di gestione della ricetta dematerializzata per la gestione dell'attività di specialistica ambulatoriale. In tal senso sono stati adeguati i sistemi prescrittivi in uso presso gli ambulatori specialistici territoriali ed ospedalieri ed i sistemi CUP e di Accettazione per il recupero e la prenotazione delle medesime. Nel corso del 2014 presso l'Ospedale di Cento sono stati resi operativi quattro medici ospedalieri per una prima sperimentazione. Tale stato di avanzamento è avvenuto secondo le tempistiche di attivazione, in linea con quanto definito dalla Direzione Generale dell'Assessorato Regionale con nota n. prot. 507281 del 22-12-2014.

Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Nel 2014 le Aziende USL e Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno perseguito la propria attività di promozione e attivazione del FSE ai propri assistiti. In particolare nel corso dell'anno sono state organizzate sedute specifiche di attivazione del fascicolo presso gli uffici del Dipartimento ICT. In tali occasioni sono stati attivati circa 5.800 fascicoli.

Inoltre a fine anno con l'attivazione del nuovo software per la gestione della Specialistica Ambulatoriale, è stata introdotta un'ulteriore modalità di distribuzione delle credenziali del FSE contestuale alla visita del paziente in ambulatorio.

A fine 2014 i FSE attivati in provincia di Ferrara erano circa 18.000, pari al 5,1% della popolazione assistita. A questi vanno aggiunti ulteriori 6.477 utenti, ovvero un ulteriore 1,8%, per i quali il percorso di attivazione è in corso di completamento.

Diffusione del servizio di consegna online dei referti di laboratorio, radiologia e specialistica ambulatoriale in ottemperanza alle indicazioni del DPCM 8/8/2013.

Il Servizio di consegna on line dei referti di laboratorio e di radiologia tramite FSE è a regime. Qualora l'assistito abbia attivato il proprio fascicolo e ne abbia fatto esplicita richiesta in fase di prenotazione o accettazione, può ricevere il proprio referto on line, senza più bisogno di ritirarne anche la copia cartacea.

Inoltre per i pazienti non residenti in regione, che non possono quindi richiedere il fascicolo, è stato predisposto un portale specifico per la consegna dei referti. Tale servizio può essere utilizzato anche in farmacia.

Per il tramite di queste due nuove modalità di distribuzione on line dei referti, nel corso del 2014 sono stati consegnati complessivamente circa 53.000 referti.

Offerta di prestazioni prenotabili online

Nel corso del 2014 le Aziende Usl e Ospedaliero Universitaria di Ferrara hanno ulteriormente dettagliato e completato la propria offerta di prestazioni di Laboratorio analisi, Radiologia e Specialistica ambulatoriale prenotabili on line per il tramite del Servizio regionale Cup Web.

Pertanto nel corso del 2014 mediante lo strumento del Cup web sono state effettuate circa n.2327 operazioni di prenotazione on line.

Avvio del percorso di unificazione dei sistemi di gestione delle Anagrafi Assistiti delle Aziende sanitarie con il sistema di Anagrafe Assistiti regionale

Nel corso del 2014 sono proseguiti i lavori di scelta di un software unico regionale per la gestione dell'Anagrafe Assistiti, che è stato individuato in quello utilizzato dalla Regione Veneto. Inoltre, poiché tale software sarà acquisito mediante la soluzione del riuso, si è reso necessario motivare opportunamente tale scelta mediante una valutazione comparativa tecnico – economica e costruire un percorso amministrativo per la scelta del fornitore a cui affidarne la manutenzione.

Sistema informativo regionale

Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Controllo sulla qualità delle informazioni inserite nella SDO da parte del Nucleo Aziendale dei Controlli (NAC) secondo le indicazioni contenute nel Piano annuale dei Controlli (PAC). .

Anche per il 2014 è stato elaborato il report specifico sulle SDO controllate e regolarmente inviato in Regione, previa condivisione con l'Azienda Committente.

Il Dipartimento ICT ha proseguito con regolarità le attività di supporto e di manutenzione dei software gestionali di area ospedaliera per consentire l'alimentazione del flusso informativo regionale delle SDO.

Su richiesta della Programmazione e Controllo di Gestione, il DICT ha acquistato un apposito modulo di elaborazione delle SDO denominato "DQE".

Installato nel mese di luglio 2014 il nuovo software permette di verificare la conformità del processo di compilazione e codifica della SDO effettuando controlli:

- sulla validità dei valori riportati in specifici campi,
- sulla coerenza logica dei valori di variabili clinicamente correlate,

- sulla presunta mancanza di informazioni (quale, ad esempio, interventi chirurgici probabilmente eseguiti per uno specifico problema di salute o diagnosi correlate a interventi chirurgici registrati). I dati riassuntivi, estrapolati dal software e raggruppati in relazione al possibile impatto che le correzioni potrebbero avere sulla banca dati aziendale, sono riportati nella tabella seguente:

Classe d'impatto	Freq
Durata di degenza più bassa dell'atteso	58
Errore di codifica che non influenza l'attribuzione al DRG	969
Impatto indeterminato sul DRG	4.412
Modifica nel DRG attribuito e riduzione del peso relativo maggiore o uguale al 10%	504
Modifica nel DRG attribuito e riduzione del peso relativo minore del 10%	29
Modifica nel DRG attribuito ed incremento del peso relativo maggiore o uguale al 10%	414
Modifica nel DRG attribuito ed incremento del peso relativo minore del 10%	55
Nessun edit (nessun intervento proposto)	27.404
Totale complessivo	33.845

Sistemi di monitoraggio e verifica delle prescrizioni ASA.

Nel corso del II semestre il Dipartimento ICT ha proseguito con regolarità le attività di supporto e di manutenzione dei software gestionali di area specialistica territoriale e ospedaliera per consentire l'alimentazione del flusso informativo regionale dell'attività specialistica ambulatoriale (ASA) anche per la componente di contributo degli erogatori privati accreditati. In particolare va segnalata la messa in produzione a fine anno di un nuovo software gestionale per l'attività specialistica ambulatoriale realizzato per migliorare la completezza del dato relativo all'attività erogata.

Adesione a sistemi nazionali per la valutazione delle performance in sanità

L'argomento è stato trattato nella sezione relativa alle strategie aziendali

Assistenza farmaceutica - targatura delle confezioni di medicinali in distribuzione diretta

Nel corso del 2014 i sistemi informatici impiegati in azienda per il monitoraggio dell'assistenza farmaceutica convenzionata e DPC per conto sono stati adeguati al fine di rendere tracciabile l'informazione relativa alla "targatura" dei farmaci.

Privacy – Legge 196/2003

Aggiornamento del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari

E' stato presentato il seguente progetto interaziendale da parte degli Uffici Privacy, DICT e Dipartimento Ingegneria Clinica articolato nei seguenti punti:

1. adeguamento delle nomine dei Responsabili e degli Incaricati, in un'ottica interdipartimentale, mediante la stipula di un accordo preliminare tra i due Titolari che consenta la nomina reciproca a Responsabile esterno del trattamento e l'impegno alla comunicazione dei dati.

2. Predisposizione di modulistica comune nelle parti fondamentali di carattere generale (informativa, consenso e nomine). Il consenso deve essere esteso anche alla comunicazione dei dati nei sistemi dipartimentali.
3. Previsione di un consenso autonomo e specifico al trattamento dei dati mediante dossier sanitario (in linea con le disposizioni normative). Quanto al Dossier Sanitario, sono previsti degli interventi di adeguamento sul Patient Organizer (SAP) ai fini della tracciabilità degli accessi, soprattutto per i casi estemporanei (forzatura con motivazione).
4. Quanto agli applicativi dipartimentali, per il tipo di dati/informazioni presenti, l'utilizzo non richiede l'adozione di norme comportamentali stringenti come per l'accesso al fascicolo e al dossier sanitario. Si prevede una maggiore responsabilizzazione dell'utilizzatore attraverso idonei accorgimenti quali informativa / alert/ indicazioni più stringenti sull'uso di password. Per la Radiologia occorre una revisione degli attuali accessi ai dipartimentali per renderli coerenti con i livelli sovraordinati.
5. Rivedere le modalità di accesso da parte di Uffici amministrativi / legali con riferimento ai dati contenuti nel dossier sanitario (principio di necessità).

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Nel corso del 2014, le due Aziende Sanitarie hanno mantenuto elevata, in ambito provinciale, l'attenzione sul tema della Specialistica Ambulatoriale, con l'obiettivo di modulare l'offerta sulla base del fabbisogno della popolazione di riferimento e della valutazione di appropriatezza di prescrizione e di erogazione, tenendo conto della necessità di rispettare i tempi di attesa, focalizzando l'attenzione sulle prestazioni critiche.

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

Si è considerato il contesto generale relativo alla produzione specialistica ambulatoriale nella Regione, con evidenza di una riduzione dell'attività in regime istituzionale pari al 2% nel confronto 2013/2012 (da 61.895.896 prestazioni nel 2012 a 60.562.975 nel 2013), considerando complessivamente visite e prestazioni strumentali. Di queste, solo una quota pari all'8% è oggetto di monitoraggio del tempo di attesa da parte della Regione.

Target prioritario del Tavolo Interaziendale è stato rappresentato dalle prestazioni specialistiche ambulatoriali definite "critiche" dalla Regione, ovvero sottoposte al monitoraggio periodico del tempo di attesa nell'ambito del sistema MAPS.

Il criterio che ha guidato le azioni concordate e definite con il Patto di Fornitura è stato rappresentato dal confronto del tempo di attesa medio provinciale rispetto al tempo di attesa medio regionale, alla luce dell'indice di consumo.

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

- Modifica dell'organizzazione dell'offerta CUP, rendendo vincolante sulle agende di prenotazione il rispetto della classe di priorità.
- Revisione delle agende CUP, con distinzione nell'ambito dell'offerta delle disponibilità per prima visita e per visita di controllo (45% prima visita – 55% controlli). Questo per limitare il fenomeno diffuso dell'occupazione inappropriata di posti di prima visita da parte di visite di controllo, con inevitabile effetto negativo sul tempo di attesa.

Parallelamente è stato pressoché completato il percorso di informatizzazione della quota di prestazioni specialistiche funzionali a garantire i percorsi di presa in carico in ambito specialistico, di secondo livello, con criteri di accesso in autogestione.

- Incremento dell'offerta, concordato al Tavolo Interaziendale, per rinforzare l'offerta CUP delle prestazioni critiche per le quali l'indice di consumo provinciale risulta inferiore a quello medio regionale. Tale criterio ha guidato anche la definizione del Piano Straordinario di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, avviato, in via sperimentale, nel periodo dall'8 novembre 2104 al 7 febbraio 2015.

In particolare, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha potenziato l'offerta, mediante attivazione di agende di garanzia, per le prestazioni di visita specialistica urologica, visita ortopedica, visita cardiologica – holter – test da sforzo, visita dermatologica, visita neurologica – elettromiografia, visita gastroenterologica, visita endocrinologica, ecocolordoppler e prestazioni di ecografia addome/collo.

Per quanto riguarda l'area della Diagnostica per Immagini (TAC, RMN), gli interventi sono stati prevalentemente orientati all'appropriatezza, secondo quanto definito dalla delibera regionale DGR 704, con rimodulazione dei volumi offerti su TAC/RMN.

Percorso nascita

La Direzione Medica ha svolto un ruolo attivo, d'intesa con le Associazioni femminili e del Volontariato, nell'ambito del Tavolo Salute Donna, attivato da parte del Comune di Ferrara.

Contrasto alla violenza

L'Azienda Ospedaliero Universitaria, unitamente all'Azienda USL, alla Provincia, al Comune di Ferrara, alle Forze dell'Ordine, è presente, e parte attiva fondamentale, ai Tavoli istituzionali, attivati e coordinati dalla Prefettura di Ferrara per la definizione dei Protocolli per il contrasto alla violenza di genere e contro i minori e per l'accoglienza e la presa in carico delle vittime ed il trattamento degli autori di violenza.

Sotto il profilo operativo è stata adottata la Procedura aziendale specifica.

Assistenza Ospedaliera

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

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

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

Day-hospital

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

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

Centrali Operative – 118

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

Particolare impegno è stato posto nella messa a punto della proceduralizzazione del PEIMAF aziendale, avente ovvie implicazioni anche a livello interaziendale e di Area Vasta, sviluppando anche percorsi formativi dedicati.

Centralizzazione emergenze

Per quanto riguarda i percorsi in emergenza di centralizzazione relativamente alle funzioni di Cardiologia/Emodinamica, Chirurgia ed Ortopedia/Traumatologia, nell'ambito della Provincia di Ferrara gli stessi sono stati già definiti ed oggetto di proceduralizzazione operativa avendo come riferimento l'HUB rappresentato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria.

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

Servizi intermedi

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

Obiettivi connessi al Piano Sangue

La fase progettuale prevista per AVEC risulta, allo stato attuale, ad un buon grado d'avanzamento. Sussiste l'esigenza di poter disporre di un documento di sintesi che compendi i diversi livelli di integrazione necessari soprattutto nell'area bolognese, fermo restando l'impegno assicurato sia delle Aziende sanitarie ferraresi che di quelle di Modena per valutare sotto il profilo operativo gli elementi di maggiore criticità (sistema trasporti, integrazione del personale, sistemi informatici, ecc...)

In particolare l'Azienda ha partecipato attivamente al Gruppo di Lavoro Regionale finalizzato alla realizzazione dell'Officina Unica Trasfusionale di Area Vasta (AVEC).

Punti nascita

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

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

UTIC

Proseguimento delle azioni di integrazione con l'Azienda Territoriale che, attraverso anche la strategia della rete clinica, hanno permesso la centralizzazione del trattamento dell'IMA. Il risultato è da considerarsi ampiamente conseguito attraverso il Laboratorio unico provinciale di Emodinamica.

Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche

Anche per l'anno 2014 sono stati regolati i rapporti con le Aziende AUSL della RER attraverso l'elaborazione di accordi di fornitura secondo le Linee di programmazione regionali. Tutti gli accordi definiti tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e le AUSL, hanno seguito il principio di base secondo il quale non devono essere stipulati solo per esigenze di quadratura dei bilanci, ma per garantire la centralità della scelta del cittadino in merito all'efficienza e qualità delle prestazioni erogate. Questo principio ha caratterizzato in modo coerente e uniforme tutti gli accordi effettuati. Sono stati concordati i tetti storici di produzione erogata per le funzioni relative a discipline ad ampia diffusione, mentre non sono stati introdotti tetti per nessuna delle attività erogate appartenenti a discipline a bassa diffusione per le quali l'Azienda Ospedaliero Universitaria costituisce centro di eccellenza o HUB regionale. L'appropriatezza dei ricoveri è stata garantita dai controlli che i NAC delle Aziende possono effettuare sulla documentazione sanitaria secondo la normativa regionale di riferimento. Il quadro economico consuntivo prodotto con l'applicazione degli accordi per il 2014 è stato il seguente:

AUSL	Presenza di Accordo	Importo definitivo 2014 della produzione riconosciuta (€)
101-PIACENZA	SI	70.433
102-PARMA	NO	45.162
103-REGGIO EMILIA	NO	143.752
104-MODENA	SI	918.213
105-BOLOGNA	SI	2.565.653
106-IMOLA	NO	145.346
114-ROMAGNA	SI	2.519.621
Totale		6.408.179

Per le Aziende Usl di Piacenza e Bologna, l'applicazione dell'accordo concluso ha determinato il riconoscimento dell'intera produzione di Degenze e DH, mentre per le Aziende Usl di Modena e Ravenna, l'accordo ha determinato l'abbattimento del valore economico della produzione (da € 1.130.399 a € 918.213 per Modena e da € 2.847.270 a € 2.519.621 per Ravenna).

La ricaduta complessiva dell'applicazione degli accordi infrareregionali (esclusa Ausl di Ferrara) è pari a € 539.835.

Promozione della salute, prevenzione delle malattie

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

- Realizzazione dei programmi di promozione della salute per favorire stili di vita salutari, (es. fumo, movimento, alimentazione) facilitando il coordinamento delle diverse azioni e intervenendo nei progetti di comunità e in quelli realizzati in contesti scolastici e sanitari;

- Organizzazione di tutte le azioni necessarie per rispondere alle eventuali emergenze infettive anche sulla base degli specifici piani regionali, in particolare: “Piano sorveglianza sanitaria e controllo West Nile, Chikungunya, Dengue, Altri Arbovirus (16/06/2014)”;
- Implementazione del calendario vaccinale regionale prevedendo nuovi modelli organizzativi con il coinvolgimento dei Dipartimenti di Sanità Pubblica e delle Cure Primarie e azioni che favoriscano l’adesione delle persone con fattori/condizioni di rischio, offrendo loro le vaccinazioni previste; collaborazione per promuovere l’offerta delle vaccinazioni in ospedale per operatori (es. morbillo, varicella) e pazienti target (es. rosolia – donne in età fertile, es. pneumococco – pazienti con fattori di rischio specifici)
- Implementazione dei sistemi informativi e sistemi di sorveglianza (anagrafe vaccinale, SMI-sistema di segnalazione informatizzato delle malattie infettive e diffuse, DIP, Passi, HBSC, Okkio, ProSa, registri tumori) e partecipare alla valutazione di performance con gli indicatori definiti a livello interregionale
- implementazione e mantenimento sistema di sorveglianza informatizzato SMI delle malattie infettive e diffuse.

Area dell’ASSR

Ricerca & Innovazione

A Dicembre 2014 si è concluso il Master Universitario di II livello della durata biennale, partito a Febbraio 2013, “Scuola di Ricerca ed Epidemiologica” dello IUSS dei professionisti individuati dall’Ufficio Ricerca Innovazione.

Nel corso dell’anno 2015 è continuato il coinvolgimento diretto di questi professionisti nell’attività di coordinamento di un corso per “referenti della ricerca” partito nel dicembre del 2013, al quale prendono parte due professionisti per DAI, indicati da ciascun Dipartimento ad Attività Integrata.

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

Nell’anno 2014 l’Ufficio Ricerca Innovazione ha proseguito l’attività di supporto alla definizione dei progetti di ricerca in merito al Programma di ricerca Regione-Università (PrRU), del Bando ministeriale Ricerca Finalizzata e dei progetti del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) e dell’Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC).

L’Ufficio, inoltre, ha continuato a svolgere le attività di gestione amministrativa contabile e di helpdesk per i progetti già finanziati.

Nel corso dell’anno 2014, anche grazie all’apporto consulenziale di una ditta esterna, si è proceduto all’attività di “matching” fra i bandi europei in fase di pubblicazione e le idee progettuali aziendali.

Si è proseguito con il supporto alla gestione complessiva dei progetti europei in essere. Sono stati realizzati incontri formativi/informativi inerenti a specifici programmi di particolare interesse per l’Azienda. E’ stato fornito supporto alla creazione di partneriati internazionali, requisito fondamentale per poter partecipare ai bandi UE.

L'Ufficio Ricerca, al di là della progettazione europea, ha fornito anche supporto amministrativo in merito a proposte progettuali riferite a bandi sostenuti da fondazioni internazionali.

Valutazione delle tecnologie sanitarie innovative

Il Dipartimento Interaziendale Gestionale Ingegneria Clinica ha già collaborato in passato e collabora tuttora con l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione (ORI) istituito presso l'Agenzia Regionale Sanitaria e Socio Sanitaria. E' stato in passato coinvolto in iniziative di HTA su tecnologie già installate (Robot Chirurgico) piuttosto che su confronti volti a verificare gli ambiti di appropriatezza di tecnologie innovative quali l'IGRT e l'IMRT in Radioterapia.

Tutte le maggiori tecnologie diagnostiche e terapeutiche oggetto di piani di investimento finanziati con fondi regionali e/o ministeriali e/o di acquisizione con fondi aziendali sono e saranno sottoposte per approvazione ai competenti organi regionali con i quali peraltro il Dipartimento collabora attivamente.

L'attività di valutazione delle tecnologie emergenti viene svolta prioritariamente all'interno del gruppo regionale GRTB. A questo scopo ci si riferisce in particolare alla nota interna al Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie relativa alla descrizione delle attività svolte nell'ambito dei progetti inerenti le tecnologie sanitarie.

Più nel dettaglio si segnalano le attività svolte di cui ai seguenti riferimenti:

- Nota interna al Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie relativa alla descrizione delle attività svolte nell'ambito dei progetti inerenti le tecnologie sanitarie.
- Nota a firma congiunta del Responsabile del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e del Coordinatore del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche prot. PG/2015/7130 del 09/01/2015 relativa alla "Richiesta di acquisizione Risonanza Magnetica 3T per Arcispedale a Cona (FE)" - Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara
- Nota a firma congiunta del Responsabile del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e del Coordinatore del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche prot. PG/2015/1390 del 05/01/2015 relativa alla "Richiesta acquisizione della TC/simulatore e nuovo acceleratore lineare" - Azienda Ospedaliero Universitaria Parma
- Nota a firma congiunta del Responsabile del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e del Coordinatore del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche prot. PG/2014/405934 del 31/10/2014 relativa alla "Richiesta di valutazione progetto di introduzione tecnologia innovativa" - Azienda Ospedaliero Universitaria Modena
- Nota a firma congiunta del Responsabile del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e del Coordinatore del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche prot. PG/2015/1389 del 05/01/2015 relativa all'Acquisizione di Tomotherapy necessaria al trasferimento della Radioterapia del vecchio Ospedale S.Anna a Ferrara al nuovo Arcispedale a Cona (FE)" - Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara
- Nota a firma congiunta del Responsabile del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie e del Coordinatore del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche prot. PG/2015/7120 del 09/01/2015 relativa alla "Richiesta di acquisizione Risonanze Magnetiche 1.5T e 3T per Ospedale Bellaria" - AUSL Bologna

Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti

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

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

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

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

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

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

1) Studio 1 (livello aziendale) - "Sperimentazione di priority setting" sui 200 items della Check List proposta da Agenas.

2) Studio 2 (livello aziendale) - "Sperimentazione di rilevazione" sui 130 items della Check List che non sono requisiti di accreditamento nel nostro sistema regionale.

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

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

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

Health Equity Audit (HEA)

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

Osservatorio su equità e rispetto delle differenze

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

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

Entrambe le esperienze di cui sopra sono state riportate a livello Regionale rispettivamente durante la Riunione di coordinamento dei referenti aziendali 'Equità & Diversità' del 20/1/15 e durante il workshop di supporto metodologico all'Health Equity Audit 2014-15, organizzato dall'Agenzia Sanitaria e Sociale.

Miglioramento della qualità della comunicazione nella relazione di cura

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

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

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

L'elemento conoscitivo basilare è il fatto che ogni forma di contatto tra personale e utente necessita di chiarezza e semplicità, dai colloqui ai documenti che l'azienda elabora, che devono essere scritti tenendo presenti le esigenze di chi è colui che ne usufruisce, siano essi consensi informati, opuscoli informativi o altro.

Su questa linea è importante realizzare anche il Bilancio di Missione in una versione più sintetica e chiara resa tale anche grazie a chi è conoscitore delle necessità e dei linguaggi della popolazione a cui è rivolto, come le Associazioni di volontariato e il Comitato consultivo misto.

Formazione e tecnica del teach back

La realizzazione dei corsi di formazione al personale

Nel 2014 nasce una nuova idea di fare sistema tra la componente sanitaria e quella amministrativa e di coinvolgere nella formazione tutto il personale aziendale. Alla base di questa scelta vi è la consapevolezza che un linguaggio chiaro favorisca l'integrazione tra le persone che lavorano per uno scopo comune e che l'intera Azienda parli lo stesso linguaggio e abbia la stessa capacità di relazionarsi anche tra professionisti oltre che con l'utente.

Sono state svolte **15 edizioni** del corso rivolte a tutte le professionalità aziendali:

Calendario delle edizioni svolte nel 2014	
1. febbraio	Corso di Recupero rivolto alle Professioni sanitarie (<i>Cardiologia, Ortopedia, Neonatologia, Pronto Soccorso, Astanteria, Chirurgia d'urgenza, Ambulatorio, Doppler, Farmacia</i>)
2. febbraio	Professioni sanitarie (day hospital, day surgery e ambulatori)
3. marzo	Servizio Tecnico, Economale e ICT
4. marzo	Uffici amministrativi (Direzione Amministrative di Presidio, Segreteria Direzione Generale, Centro Servizi)
5. aprile	Uffici amministrativi (Direzione Amministrative di Presidio, Segreteria Direzione Generale, Centro Servizi)
6. maggio	Uffici amministrativi (Direzione Umane)
7. maggio	Professioni sanitarie (Direzione delle Professioni, Direzione Medica, Farmacia, Controllo di Gestione)
8. giugno	Uffici amministrativi
9. settembre	Professioni sanitarie (day hospital, day surgery e ambulatori)
10. ottobre	Dipartimento Risorse Umane
11. novembre	Dipartimento Tecnico/Economale e ICT
12. novembre	Dipartimento Chirurgico Specialistico
13. novembre	Dipartimento Chirurgico Specialistico
14. dicembre	Dipartimenti Amministrativi
15. dicembre	Dipartimento Chirurgico Specialistico e personale sanitario

- **348 partecipanti** (*afferenti alle varie professionalità e unità operative*)
- dati dell'indagine di gradimento svolta al termine dei corsi dall'unità organizzativa formazione e aggiornamento che mettono in evidenza quanto segue: (*scala likert utilizzata da 1 a 5*)

VALUTAZIONE COMPLESSIVA	
DOMANDE	MEDIA
09. Gradimento complessivo del corso	4,62
10. Adeguatezza della durata del corso: breve 8% - adeguato 84% - lungo 7%	
11. Ciò che ha appreso è in concreto applicabile sul lavoro nel breve – medio termine	4,46
Totale domanda 9 e 11	4,54

La valutazione di impatto della formazione

Nel 2014 con il **Dipartimento Chirurgico Specialistico** è stata fatta una valutazione per sperimentare l'impatto della formazione svolta che ha riguardato tutto il personale (compresi gli specializzandi).

Il Dipartimento Chirurgico Specialistico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cona (Ferrara) è costituito dalle seguenti unità operative: Oculistica, Chirurgia Maxillo-Facciale, Otorinolaringoiatria, Chirurgia Plastica e Odontoiatria.

Per valutare e misurare l'impatto gli strumenti utilizzati sono stati due tipologie di questionari di valutazione, somministrati prima e dopo il corso al personale, con obiettivi specifici.

Lo scopo della prima somministrazione era di valutare rispettivamente:

- il livello di conoscenza del tema "Health Literacy",
- la percezione delle proprie modalità di comunicazione in termini di chiarezza,
- il grado di comprensione e ricordo da parte degli utenti dopo il colloquio clinico.

Lo strumento utilizzato con i professionisti "*Capiamoci*" è stato creato prendendo spunto dalla versione utilizzata all'Azienda Usl di Reggio Emilia, per poter effettuare comparazioni tra i dati delle due Aziende. La prima somministrazione del questionario al personale del

Dipartimento Chirurgico Specialistico è avvenuta prima dell'inizio dei corsi di formazione svolti nei mesi di novembre e dicembre 2014.

Dopo la prima somministrazione del questionario, sono stati rivisti i documenti del dipartimento chirurgico specialistico comprese le informative e i consensi informati.

La seconda somministrazione del questionario al personale coinvolto è avvenuta nei primi mesi del 2015. Sono inoltre state condotte analisi delle telefonate che pervengono ai reparti del dipartimento chirurgico specialistico per monitorare la tipologia di domande che vengono rivolte al personale sanitario da parte dei pazienti e familiari ed è stato fatto compilare un questionario che ha coinvolto i pazienti ricoverati nell'arco di un mese nel Dipartimento.

Revisione documentale

La revisione dei materiali scritti aziendali

Durante il 2014 è proseguita l'attività di revisione dei documenti aziendali (tot. 53 documenti conclusi) che vengono consegnati al paziente seguendo le linee guida della dr.ssa Rima Rudd.

Orientamento e accessibilità

Gruppi di lavoro misti per il miglioramento dell'orientamento e dell'accessibilità dell'Ospedale di Cona

Dagli incontri avuti presso la residenza municipale negli anni precedenti era stato costituito il gruppo interistituzionale "*Barriere architettoniche Ospedale di Cona*" istituito da: referenti delle Associazioni dei rappresentanti delle persone disabili, operatori dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Anna di Ferrara, componenti del Criba.

Il Criba (*Centro di Informazione per il Benessere Ambientale*) ha svolto un lavoro di analisi e sopralluoghi per individuare tutte le criticità e numerosi suggerimenti aventi lo scopo di stimolare soluzioni che il Servizio tecnico (*da piccole e semplici opere da realizzarsi fino ad opere più complesse per le quali è stato richiesto un impegno progettuale/economico alla Regione Emilia-Romagna*).

Nel 2014 è proseguita l'attività del gruppo "*bagni e ambulatori*" costituito in seguito al trasferimento dell'Ospedale da Ferrara a Cona durante gli incontri tra la Provincia di Ferrara, il Comune di Ferrara, la Direzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, il Comitato Consultivo Misto, il Forum provinciale sulla disabilità, il Comitato ferrarese area disabili e il Centro H per condividere il livello di orientamento e accessibilità della struttura.

Progetto di orientamento informatizzato

E' stato realizzato il locator vale a dire il servizio di localizzazione informatizzata dei reparti e dei servizi all'interno del S. Anna a Cona, denominato "*DOVE DEVE ANDARE?*" e presente nella pagina principale del sito dell'ospedale www.ospfe.it. Uno strumento che permette di cercare per "reparto o servizio" o per "nome del medico", individuando con precisione la posizione all'interno della mappa. Per raggiungere la sede desiderata è sufficiente selezionare la voce d'interesse, visualizzare l'ingresso (con parcheggio consigliato) e calcolare il percorso.

Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni (D.Lgs. 33/2013) e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione (L. 190/2012 e D.Lgs. 39/2013)

Attuazione della normativa in tema di prevenzione, corruzione e trasparenza per quanto di competenza

1. Premessa

Nell'ambito delle azioni e delle misure di attuazione delle strategie di prevenzione e contrasto del fenomeno corruttivo, la L. 190/2012 prevede diversi strumenti, fra i quali l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.), adempimenti di trasparenza, codice di comportamento, rotazione del personale, obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, formazione in tema di anticorruzione.

L'assetto normativo in materia di prevenzione della corruzione è complesso e articolato e comprende anche i decreti attuativi di cui alla L. 190/2012, in particolare il D.Lgs 33/2013 in materia di trasparenza, il D.Lgs 39/2013 in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi e il Codice di comportamento approvato con D.P.R. 62/2013.

Sulla base delle indicazioni di cui al Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.), predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato dalla CIVIT (ora A.N.A.C.) con delibera n. 72/2013, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, in data 30.01.2014, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2013-2016 e i documenti parte integrante, ovvero il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2014-2016 il Codice di comportamento e il Piano della Performance (P.P.) 2013-2016 (Delibera n. 10 del 30/1/2014).

Il P.T.P.C. è ispirato ai principi di modularità e progressività, in relazione ad una corretta applicazione degli obblighi normativi cogenti. E' un documento di natura programmatica, per comprendere l'esposizione al rischio corruzione da parte dell'Amministrazione e adottare le necessarie misure di contrasto, attraverso l'implementazione di azioni atte a eliminare o ridurre sensibilmente il rischio stesso.

2. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e la rete dei Referenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è individuato nella persona del Dirigente della struttura semplice Segreteria Generale Avv. Barbara Paltrinieri, la quale è stata contestualmente nominata anche Responsabile della trasparenza (Deliberazione n. 89 del 27.5.2013).

L'opportunità di designare referenti del Responsabile anticorruzione è prevista dalla Circolare n.1 2013 del D.F.P., poi ripresa sia nel Piano Nazionale Anticorruzione sia nell'allegato n. 1 al Piano stesso.

A tale proposito, si è ritenuto di individuare un gruppo di lavoro permanente a supporto del Responsabile della prevenzione della corruzione nelle attività di informazione e raccordo con le strutture aziendali, composto dai:

- Direttori dei Dipartimenti Interaziendali Gestionali
- Dirigenti responsabili delle Strutture Complesse Tecnico Amministrative
- Dirigenti responsabili delle Strutture Complesse/Semplici di Staff
- Direttori delle Direzioni Tecniche (Medica, delle Professioni, Farmacia) o loro delegati.

Il gruppo è uno strumento dinamico e non rigido, può riunirsi anche in forma ristretta per argomenti di competenza specifica, ed essere integrato con altri dirigenti su proposta di ciascun componente del gruppo di lavoro medesimo.

Tutti i Dirigenti responsabili/Direttori/Referenti, così come individuati nel P.T.P.C. e nell'assetto organizzativo aziendale, sono tenuti a:

1. Realizzare, nei tempi di validità del Piano, le proposte e le soluzioni finalizzate alla gestione e riduzione del rischio corruzione, concordando con il responsabile per la prevenzione della corruzione le soluzioni innovative e l'attuazione di nuove procedure;
2. Provvedere al periodico monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti e alla tempestiva eliminazione delle anomalie.
3. Informare il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'avvenuto monitoraggio, delle eventuali anomalie registrate riscontrate, nonché delle eventuali sanzioni irrogate, e adottare le azioni necessarie per eliminare tali anomalie oppure proporre le azioni correttive ove non rientrino nella competenza esclusiva e tassativa dirigenziale.
4. Garantire, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge n.241/1990 e s.i.m., e rendere accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti ed ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.
5. Rappresentare al Responsabile della prevenzione della corruzione una relazione, anche in forma di incontro, sulle attività realizzate e ai risultati in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel Piano;

3. Attività intraprese nel 2014

Nell'elaborazione e adozione di azioni, misure e documenti in tema di prevenzione della corruzione, nel corso del 2014, ha assunto un ruolo importante il tavolo "Trasparenza ed Anticorruzione" dell'AVEC (Area Vasta Emilia Centrale), costituitosi a far data dal 13 dicembre 2013. Il Tavolo è stato attivato su impulso dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie delle province di Ferrara e Bologna, in considerazione del notevole impatto delle novità normative nazionali (e delle delibere ANAC conseguenti) in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza e della difficile gestione da parte delle singole Aziende. La finalità di tale Tavolo permanente è quella di assicurare, pur nel rispetto delle autonomie delle Aziende, il coordinamento delle attività e lo scambio di esperienze e di informazioni utili a favorire il confronto tra i Responsabili della Prevenzione Corruzione e della Trasparenza, condividere l'interpretazione delle normative e fornire indicazioni più puntuali su vari temi quali ad es. le modalità di formalizzazione e aggiornamento dei Piani, il monitoraggio delle azioni previste nei Piani la promozione di attività informativa e formativa. Il Tavolo AVEC si è riunito a cadenza circa mensile, approfondendo, di volta in volta, specifiche tematiche ed ha consentito l'attivazione di un canale di confronto con la Regione Emilia-Romagna che si è fatta carico di trasferire all'ANAC le istanze di chiarimento e di approfondimento su aspetti normativi di non facile interpretazione.

Data la presenza a livello provinciale di due aziende sanitarie, si è ritenuto opportuno istituire una Cabina di regia provinciale per l'armonizzazione delle funzioni di trasparenza e di prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell'Azienda USL di Ferrara, con la quale è stata altresì individuata la Rete dei Referenti del RPC sopra menzionata.

Nel mese di giugno 2014 è stata inoltre costituita ad opera della Regione Emilia-Romagna la rete dei RPC delle aziende del SSR, al fine di coordinare l'attività dei RPC, di mantenere i contatti tra gli stessi e il RPC nominato dalla Giunta Regionale.

Il Responsabile RER anche in considerazione delle competenze svolte in ambito nazionale riguardo all'attività della Conferenza Stato regioni e province Autonome e ai rapporti tra questa e gli altri organismi (ex CIVIT, DFP, AGENAS), ha attivato un collegamento tra l'attività nazionale e il livello regionale e quella propria del settore sanitario al fine di rappresentare in maniera coordinata e organica agli organismi

nazionali competenti le questioni di rilevanza del settore sanitario al fine di meglio garantire uniformità di interpretazioni delle norme in vista delle soluzioni degli innumerevoli problemi applicativi.

La possibilità di poter segnalare alla direzione del Responsabile RER eventuali questioni in modo che le stesse possano essere poste all'attenzione degli organismi aziendali preposti ha gettato le basi per un'applicazione condivisa della normativa unitamente al fatto di far sì che tutti gli enti del SSR potessero usufruire dei medesimi percorsi formativi.

3.1. La gestione dei rischi

La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C., rappresenta il mezzo per attuare la *gestione del rischio di corruzione*, con ciò intendendosi l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Amministrazione con riferimento al rischio di corruzione.

Le fasi principali da seguire nella gestione del rischio sono:

- la mappatura dei processi attuati dall'amministrazione
- la valutazione del rischio per ciascun processo
- il trattamento del rischio

3.1.1. Metodologia per l'analisi del rischio e la pianificazione delle misure di contrasto

Nel corso del 2014, per l'attuazione del PTPC, si è tenuto conto delle caratteristiche peculiari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, costituite sia dalla descrizione dei processi che dall'identificazione dei responsabili, in relazione all'organigramma aziendale e al funzionigramma delle Unità Operative interessate alla valutazione dei rischi, comprendendo ovviamente le quattro macroaree di legge. Ciò ha permesso una prima descrizione di diversi processi/attività a rischio e l'esame e previsione di misure di contrasto che si sono rivelate, allo stato, efficaci. Nel 2014 le operazioni di valutazione e ponderazione del rischio si sono svolte secondo le tecniche proposte dall'allegato 5 del P.N.A., che hanno però evidenziato alcune criticità relative agli indicatori utilizzati per la valutazione, che, prevedendo soltanto l'applicazione di formule numeriche, possono portare ad una sovrastima/sottostima della rischiosità dei processi, come meglio si dirà in seguito. Il percorso di valutazione e gestione del rischio ha visto il necessario coinvolgimento dei dirigenti e del personale delle strutture interessate, tramite interviste che hanno avuto ad oggetto dati tratti dall'esperienza e eventuali precedenti giudiziari o disciplinari, ed hanno fornito utili elementi di valutazione. Ciò ha reso il modello di gestione del rischio in grado di essere calato nei singoli processi con la successiva individuazione per ciascuno di rischi specifici e relative misure. E' evidente che tale modello deve presentare caratteristiche 13 di dinamicità, tali da consentire il suo adattamento all'emergere di nuovi processi e/o rischi da gestire. Nel corso del 2014 sono proseguite le acquisizioni delle dichiarazioni ex d.lgs. n.39/2013, secondo le modalità e le linee interpretative specificate nel precedente PTPC. Conseguentemente, il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale, ha richiesto le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità per i nuovi incarichi attribuiti di struttura complessa e semplice, mentre con nota P.G. 29578 del 3.12.2013, a firma del RPC, si è proceduto a richiedere la compilazione della "comunicazione obbligatoria di assenza di cause di incompatibilità" a tutti i Direttori dei Dipartimenti ad attività Integrata, ai Direttori di Struttura Complessa, ai Dirigenti responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, ai Direttori dei Dipartimenti Interaziendali gestionali tecnico amministrativi e ai Dirigenti responsabili di struttura complessa/Semplice tecnico amministrativa e di staff. Le dichiarazioni in argomento sono state pubblicate sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione Dirigenti, così come prevedono le

disposizioni normative. Si osserva, tuttavia, che l'ambito e i limiti di applicabilità delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità sono stati oggetto della recente Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario", la quale precisa che le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario. Ciò rende necessaria una rivalutazione dei comportamenti sinora tenuti con riferimento a questo obbligo.

Una prima mappatura dei processi si è svolta attraverso l'invio e la compilazione da parte dei dirigenti responsabili delle strutture aziendali di una "scheda di monitoraggio processi" (allegato 1 al PTPC 2013- 2016). La ricognizione, in questa prima fase, ha riguardato le aree già considerate "a rischio" dalla legge n. 190/2012, procedendo alla individuazione dei processi all'interno di ciascuna area. Per tutte le altre aree di attività, il monitoraggio ha riguardato quei processi/provvedimenti le cui caratteristiche rientrano nelle lettere C) e D) dell'Allegato 2 al P.N.A. Nella "scheda di monitoraggio processi" sono state chieste le seguenti informazioni: a) tipo di processo; b) oggetto (breve riassunto dell'attività); c) norme primarie o secondarie interne che regolano l'attività; d) nome e riferimenti del Responsabile del procedimento; e) indicazione se il processo è discrezionale, vincolato o parzialmente vincolato; f) se è rivolto all'esterno o all'interno; g) se, per il processo rivolto all'esterno, l'attività comporta vantaggi economici o meno per beneficiari specifici; h) se l'attività rientra in una delle macro aree di cui all'art. 1, co. 16 della l.190/2012; i) se l'attività è stata oggetto di segnalazioni/indagini/procedimenti avanti all'Autorità Giudiziaria negli ultimi 3 anni. La rilevazione delle informazioni e dei dati su cui basare la valutazione e l'analisi dei rischi ha richiesto diverse riunioni di brainstorming e operative con i dirigenti e personale delle strutture delle aree interessate. D'altra parte lo stesso P.N.A., nell'allegato 1, al riguardo afferma: «L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza. Per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi è consigliata la costituzione di gruppi di lavoro, al fine di far emergere gli aspetti salienti a seguito del confronto (...)» Per la valutazione dei rischi ci si è attenuti agli indicatori di cui alla "Tabella di valutazione del rischio" allegata al PNA (Allegato 5), che suggerisce una pluralità di domande per la valutazione delle rischiosità dei processi che deve essere effettuata attraverso l'analisi di due dimensioni, ovvero la probabilità e l'impatto. Il valore della probabilità va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione della probabilità" (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità del processo valore economica, frazionabilità del processo controlli); il valore dell'impatto va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione dell'impatto" (impatto organizzativo, impatto economico, impatto reputazionale, impatto organizzativo economico sull'immagine). La valutazione complessiva del rischio è data dal valore probabilità per valore impatto. I risultati sono stati poi riportati in un diagramma su scala numerica rappresentata a pag. 15 del PTPC.

Una volta valutato il rischio di corruzione che grava sui processi, nell'ambito di gruppi di lavoro ristretti in materia di gare e contratti, nonché in materia di personale e concorsi, con il coordinamento generale del RPC, si è cercato di far emergere ed identificare i possibili rischi di corruzione da inserire nel "registro dei rischi". L'attività si è svolta tramite colloqui/interviste con i referenti/dirigenti responsabili, con il supporto della lista esemplificativa di possibili rischi di cui all'Allegato n. 3 del PNA, dalla quale sono stati tratti alcuni eventi ritenuti rischiosi in base alle specificità dell'Azienda, dei processi esaminati e dell'organizzazione delle strutture aziendali interessate.

Infine, sempre insieme ai referenti/dirigenti responsabili di taluni processi a medio rischio, il Responsabile della prevenzione corruzione ha individuato le misure potenzialmente idonee a ridurre la probabilità delle conseguenze degli eventi rischiosi, consistenti ad esempio nell'introduzione o implementazione di attività organizzative interne (sempre esplicitate nel PTPC).

3.2 Misure di contrasto di carattere generale e trasversale

Con nota P.G. 12622 del 27/5/2014 il RPC ha avviato un primo monitoraggio in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel P.T.P.C., i cui riscontri sono stati tenuti in considerazione per affinare, modificare o sostituire gli strumenti di prevenzione corruzione in sede di aggiornamento annuale del P.T.P.C., avvenuto con deliberazione n. del

3.2.1. La Trasparenza

Le misure di trasparenza sono indicate nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità che

costituisce un allegato parte integrante del P.T.P.C. (approvato con Delibera n. 10 del 30/1/2014), ed è stato redatto sulla base delle Linee guida C.I.V.I.T. (ora A.N.A.C.), in particolare delle delibere n. 50/2013 e n. 2/2012.

Tale documento contiene anche l'individuazione di obiettivi di trasparenza, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze. Al riguardo si precisa che nella scheda di valutazione della performance individuale è presente un richiamo esplicito alle norme sulla trasparenza e anticorruzione.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nella legge n.190/2012 e nel D.Lgs n. 33/2013, nonché delle delibera CIVIT n. 50/2013 che nell'Allegato 1 prevede l'elenco degli obblighi di pubblicazione. A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs n. 33/2013 è stata creata la sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente", articolata in sotto-sezioni di primo e secondo livello, corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare, come indicato nell'allegato A del d.lgs. n. 33/2013 e nell'allegato 1 alla delibera n. 50/2013.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione, che svolge le funzioni di responsabile della Trasparenza, con nota P.G. 9770 del 18/4/2014 ha avviato un primo monitoraggio in ordine all'adempimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione del sito web aziendale "Amministrazione Trasparente", volto a verificare la progressiva implementazione delle informazioni/dati oggetto di pubblicazione, la completezza e l'aggiornamento degli stessi.

3.2.2. Monitoraggio tempi procedurali

Il Responsabile della prevenzione corruzione e della trasparenza ha effettuato la rilevazione dei tempi procedurali relativi ai seguenti semestri: 1.11.2013 / 30.04.2014 e 1.05.2014 / 31.10.2014 i cui risultati sono stati pubblicati nel sito web aziendale. La verifica è stata svolta mediante comunicazioni/dichiarazioni di ciascun responsabile del procedimento in ordine ai procedimenti di competenza. Per quanto riguarda i procedimenti i cui tempi di conclusione non sono stati rispettati, si rappresenta che sono state fornite adeguate motivazioni dalle quali si evince che il mancato rispetto dei tempi di conclusione non è riconducibile a responsabilità e/o inerzia dei Responsabili del procedimento.

3.2.3. Il Codice di comportamento

Con delibera n. 10/2014 è stato adottato il Codice di Comportamento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, secondo le indicazioni di cui alla legge n. 190/2013 e in osservanza delle Linee Guida della Delibera CIVIT (ora ANAC) n. 75/2013.

A fronte delle specificità dell'Azienda, sono state inserite integrazioni rispetto al Codice di comportamento di cui al DPR n. 62/2013, riguardo ad esempio al comportamento in servizio e all'attività libero professionale intramuraria della dirigenza.

Con riferimento all'art. 6 del DPR 62/2013, "comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse", come declinato nel codice di amministrazione, si è ritenuto opportuno, in sede di prima applicazione del Codice di comportamento e per un primo monitoraggio, acquisire la dichiarazione sull'esistenza di potenziali conflitti d'interesse da parte dei Dirigenti medici e sanitari responsabili di Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali, nonché dei Dirigenti dell'area Professionale, Tecnica ed Amministrativa titolari di incarico a qualsiasi titolo.

A tale fine, con nota P.G. 3821 del 17/2/2014 a firma del RPC, è stata richiesta ai Direttori dei Dipartimenti ad attività Integrata, ai Direttori di Struttura Complessa, ai Dirigenti responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, ai Direttori dei Dipartimenti Interaziendali gestionali tecnico amministrativi e ai Dirigenti responsabili di struttura complessa/Semplice tecnico amministrativa e di staff, la compilazione del modulo relativo alla comunicazione obbligatoria degli interessi finanziari e dei conflitti di interessi/dichiarazione di assenza di condanne penali per delitti contro la pubblica amministrazione. Nel P.T.P.C. è stata inoltre disciplinata la materia degli "incarichi retribuiti", con la previsione delle ipotesi di attività incompatibile, di incarichi che richiedono la previa autorizzazione e di quelli soggetti alla semplice comunicazione. Infatti, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente, del funzionario o comunque del dipendente può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi. Anche per gli incarichi che non necessitano più di autorizzazione, è prevista la comunicazione preventiva alla Direzione Giuridica ed Economica delle Risorse Umane, al fine di consentire all'Amministrazione ogni necessaria valutazione di competenza in ordine all'opportunità dello svolgimento dell'incarico, che lo stesso non interferisca con le esigenze di servizio, che non crei nocimento all'immagine dell'Azienda, che non costituisca in alcun modo attività concorrenziale con quella istituzionale, che dallo stesso non scaturisca conflitto di interessi, anche potenziale. Il dipendente, inoltre, è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti; in questi casi, l'amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - valuta tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunica al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza.

Nel corso del 2014 sono stati chiesti al R.P.C. alcuni pareri/valutazioni da parte della Direzione Giuridica ed Economica delle Risorse Umane in ordine al rilascio o meno di autorizzazione allo svolgimento di attività extra istituzionale.

Dalle informazioni assunte dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari è emerso che nel corso del 2014 non sono stati attivati procedimenti disciplinari collegati a violazioni del Codice di comportamento.

3.2.4. La formazione.

La Legge n. 190/2012 e il P.N.A. conferiscono alla formazione una importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione.

Il personale destinatario della formazione in materia di anticorruzione nel corso del 2014 è stato individuato, come indicato nel P.T.P.C., sulla base dei seguenti criteri:

- a) l'afferenza diretta all'attività individuata come a potenziale rischio di fenomeni corruttivi;
- b) la rilevanza del ruolo gerarchico/funzionale del dipendente nell'area o Unità Operative prescelta, nell'ambito delle quali si è individuato il procedimento o l'attività a rischio.

Si precisa che l'Azienda ha aderito alle indicazioni regionali in previsione di un "Piano formativo regionale", che garantisca uniformità di approccio alle problematiche in esame, prevedendo, in sintesi, 3 fasi di formazione: 1. formazione di carattere "tecnico" per i RPC e loro collaboratori; 2. Formazione di carattere "specifico" rivolta ai dipendenti che il P.T.P.C. ha individuato come lavoratori a rischio; 3. Formazione di carattere "generale" rivolta a tutti i dipendenti delle Aziende del SSR.

Il Responsabile Azienda Ospedaliero Universitaria FE e i referenti/dirigenti delle aree c.d. a rischio hanno partecipato al percorso formativo organizzato dalla Regione Emilia Romagna nelle giornate del 14 e 24 gennaio 2014, con oggetto: *"La legge 190/2012: disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"*

In data 6.03.2014, si è svolto un incontro organizzato dall'AOU FE e dall'AUSL di Ferrara sul tema "Il Provvedimento Amministrativo ed il suo ruolo centrale nella moderna P.A.", a supporto delle materie della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità condotto dal Prof. Franco Pellizzer (Ordinario di Diritto Amministrativo presso l'Università di Ferrara).

Hanno partecipato diversi dipendenti dell'Azienda.

In data 16.09.2014 le Aziende sanitarie appartenenti all'AVEC hanno organizzato un incontro sul tema "Trasparenza e protezione dei dati personali in ambito sanitario Analisi e approfondimento degli obblighi di pubblicazione in internet in conformità al codice privacy e alle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali".

Il R.P.C. aziendale e un collaboratore del suo staff hanno partecipato nelle giornate del 4 e 5 giugno 2014 ad un seminario di FormezPa presso la Provincia dal titolo: "Anticorruzione: aspetti specifici e misure trasversali nell'Ente Locale"

Il 6.11.2014 si è svolta, inoltre, la "Giornata della Trasparenza", organizzata dalle due aziende sanitarie della Provincia di Ferrara.

Infine, nelle giornate del 4 e 11 dicembre 2014 è stata svolta attività formativa rivolta ai Direttori di Struttura Complessa/Semplice dipartimentale, ai coordinatori e alle posizioni organizzative sul tema "Corruzione e illegalità nelle amministrazioni sanitarie. Rapporti di lavoro e nuove misure di prevenzione e repressione. Legge 6 novembre 2012, n. 190" – Docente: Prof. Avv. Sandro Mainardi – Ordinario di diritto del Lavoro dell'Università degli Studi di Bologna.

4. Altre iniziative

4.1. Comandi per aggiornamento sponsorizzati e/o parzialmente sponsorizzati

Con riferimento a manifestazioni/convegni/congressi organizzati direttamente o indirettamente da Aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari, ai quali i medici partecipano interamente o parzialmente sponsorizzati dalle stesse, al fine di monitorare il fenomeno senza limitazione alcuna alla libertà di aggiornamento del dirigente medico e sanitario, nel 2014 è stata modificata la relativa modulistica. Il nuovo modulo per la richiesta di comando per partecipazione ad iniziative di aggiornamento, prevede che il dirigente medico/sanitario debba barrare le opzioni "iniziativa totalmente sponsorizzata", "iniziativa parzialmente sponsorizzata" o "iniziativa non sponsorizzata".

Ciò consentirà di effettuare verifiche in occasione della eventuale partecipazione di dirigenti medici a commissioni per l'aggiudicazione di servizi o forniture, con particolare

riferimento alla sussistenza di potenziali conflitti di interesse, con la conseguente adozione di misure di riduzione dei possibili rischi.

4.2 Rapporti con gli informatori scientifici del farmaco

Pur in assenza di normativa regionale, l'Azienda ha riconosciuto l'importanza di una disciplina delle attività degli informatori scientifici e delle modalità di accesso da parte degli stessi all'interno delle Unità Operative.

A tale fine, nel 2014, come anticipato nel P.T.P.C., è stato adottato e diffuso un Regolamento che disciplina le modalità di accesso degli informatori scientifici del farmaco presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

4.3. Inconferibilità ed incompatibilità ai sensi del D.lgs 39/2013

Nel corso del 2014 sono proseguite le acquisizioni delle dichiarazioni ex d.lgs. n.39/2013, secondo le modalità e le linee interpretative specificate nel PTPC 2013-2016. Conseguentemente, il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale, ha richiesto le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità per i nuovi incarichi attribuiti di struttura complessa e semplice, mentre con nota P.G. 29578 del 3.12.2013, a firma del RPC, si è proceduto a richiedere la compilazione della "comunicazione obbligatoria di assenza di cause di incompatibilità" a tutti i Direttori dei Dipartimenti ad attività Integrata, ai Direttori di Struttura Complessa, ai Dirigenti responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, ai Direttori dei Dipartimenti Interaziendali gestionali tecnico amministrativi e ai Dirigenti responsabili di struttura complessa/Semplice tecnico amministrativa e di staff. Le dichiarazioni in argomento sono state pubblicate sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", sotto sezione Dirigenti, così come prevedono le disposizioni normative.

4.4. Rotazione degli incarichi

A tale riguardo si rappresenta che nel P.T.P.C. si è dato conto dei limiti oggettivi all'effettiva rotazione degli incarichi derivanti dalle peculiarità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara nonché di alcuni criteri, contemperamenti ed indicazioni previsti in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.7.2013, che si ritiene di tenere in considerazione anche in previsione delle implementazioni annuali del Piano stesso e che sinteticamente si riepilogano:

- "In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta";
- "l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne";
- "ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel P.T.P.C. con adeguata motivazione";
- "l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni. In quest'ottica, la Conferenza Unificata Stato-Regioni, si impegna a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli enti interessati, finalizzate all'attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti nelle diverse amministrazioni".

Si evidenzia comunque che è stata assicurata nelle strutture a valenza interaziendale una rotazione di personale AUSL che svolge funzioni anche per Azienda Ospedaliero Universitaria. Le Aziende sanitarie sono in attesa di ricevere le indicazioni della Regione

Emilia Romagna per organizzare l'attività in maniera coordinata e congiunta, tenendo conto delle particolari specificità delle professionalità dirigenziali in ambito sanitario.

4.5. Il c.d. whistleblowing e il sistema di segnalazioni di condotte illecite

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha predisposto e pubblicato sulla sezione del sito "Amministrazione Trasparente", sotto sezione "Altri contenuti – corruzione", le "Disposizioni operative in tema di segnalazioni di condotte illecite" (c.d. Whistleblower).

Così come raccomandato nel P.N.A., è stata attivata sul sito web aziendale una pagina che prevede la compilazione *on line* di un modulo di segnalazione attraverso misure di riservatezza a tutela del soggetto che effettua la segnalazione.

4.6. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. Pantouflage)

La legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'art. 53 del D.lgs 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. La norma si riferisce a quei dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione, i quali non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

A tale riguardo è stata elaborata con la collaborazione della Direzione del Personale una dicitura da inserire nelle lettere di dimissione. Appare utile e necessario rappresentare che tale azione risulta particolarmente complessa anche per la genericità della formulazione dell'obbligo e che necessita quindi di ulteriori valutazioni e approfondimenti in ordine alla legittimazione dell'Azienda ad imporre tale obbligo a soggetti non più legati da alcun vincolo contrattuale e alla capacità della stessa di effettuare delle verifiche.

5. La Relazione del RPC prevista dall'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 e dal P.N.A.

L'articolo 1, comma 14 della Legge 190/2012 prevede che il RPC, entro il 15 dicembre di ciascun anno, predisponga e pubblichi nella sezione Amministrazione Trasparente, sotto sezione Altri contenuti – corruzione una relazione recante i risultati dell'attività svolta.

ANAC, con comunicazione del 12 dicembre 2014, ha pubblicato la scheda standard che i Responsabili della prevenzione della corruzione sono stati chiamati a compilare per la predisposizione della Relazione prevista dall'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione (paragrafo 3.1.1., p.30) sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dai Piani triennali di prevenzione della corruzione.

Su disposizione dell'Autorità, la Relazione è stata pubblicata esclusivamente sul sito istituzionale entro il 31 dicembre 2014 e successivamente allegata all'aggiornamento del PTPC.

6. La verifica dell'OIV delle Aziende ed Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2014.

La delibera ANAC n. 148 del 03/12/2014 ha individuato gli obblighi di pubblicazione oggetto di attestazione e relative modalità di rilevazione.

Per lo svolgimento delle verifiche sull'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza da parte dell'Azienda è stata utilizzata la "Griglia di rilevazione al 31 dicembre 2014", contenuta nell'Allegato 1 alla delibera citata.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha predisposto la griglia di rilevazione, che è stata successivamente oggetto di verifica da parte dell'OIV e ad esito della quale lo stesso ha rilasciato il documento di attestazione.

La griglia, il documento di attestazione e la relazione di sintesi dell'OIV sono pubblicati nella sezione amministrazione trasparente (<http://www.ospfe.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/attestazioni-oiv-o-struttura-analoga/adempimenti-31-dicembre-2014>).

Verifica degli obiettivi strategici aziendali e delle relative azioni

Offerta sanitaria

Sviluppo della dotazione delle risorse in relazione al rapporto tra la struttura e il bacino di Utenza attraverso la definizione della dotazione annuale dei posti letto

Il processo di redistribuzione dei posti letto per la popolazione di riferimento è stato condotto sempre in relazione ai rapporti di collaborazione/integrazione con l'AUSL. Alla fine del 2014 la dotazione dei posti letto, distinta per Disciplina era così articolata:

Dipartimenti	DH	ORD
Chirurgico		
CHIRURGIA GENERALE	2	16
CLINICA CHIRURGICA	2	16
CHIRURGIA URGENZA	0	12
CHIRURGIA VASCOLARE	2	12
UROLOGIA	4	16
Totale dipartimento	10	72
Chirurgico Specialistico		
CHIR. MAXILLO-FACCIALE	1	5
CHIRURGIA PLASTICA	2	5
OCULISTICA	0	6
OTORINOLARINGOIATRIA	4	15
Totale dipartimento	7	31
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
Totale dipartimento	7	105
Neuroscienze/Riabilitazione		
NEUROCHIRURGIA	1	16
NEUROLOGIA	1	18
CLINICA NEUROLOGICA	1	6
MEDICINA RIABILITATIVA	5	30
UGC	5	40
Totale dipartimento	13	110
Accrescimento e Riproduzione		
CHIRURGIA PEDIATRICA	4	8
OSTETRICIA	2	22
GINECOLOGIA	7	8
PEDIATRIA + ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	6	20
NEONATOLOGIA E TIN	0	16
Totale dipartimento	19	74
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
Totale dipartimento	8	164
Medico Specialistico		
EMATOLOGIA	4	16
DIABETOLOGIA E MAL.METABOL.	0	0
ENDOCRINOLOGIA	3	6
NEFROLOGIA	1	16
DERMATOLOGIA	1	0
ONCOLOGIA CLINICA	10	20

REUMATOLOGIA	1	10
Totale dipartimento	20	68
TOTALE AZIENDA	84	624
TER.RADIOMETABOLICA		2
ALP (letti non attivi)		40

Sviluppo delle funzioni HUB e definizione degli accordi contrattuali con le altre AUSL della RER attraverso l'incremento dell'attività specifica assicurando la copertura delle relative spese per beni di consumo

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

Funzione HUB/eccellenza	Produzione 2014 (importi)	Costi del Personale	Spesa per beni	Note sulle risorse e sulle tecnologie
Unità Gravi cerebrolesioni	5.508.115	2.551.416	266.017	Durante il periodo estivo è stata effettuata una riduzione di 10 posti letto per la realizzazione a basso impatto economico del piano ferie estive aziendale.
Genetica	4.578.043	1.655.686	568.486	Nel corso dell'anno sono stati effettuati aggiornamenti tariffari ed è ancora in una fase di valutazione strategica l'acquisto di nuove tecnologie per il sequenziamento
TIN	3.497.667	2.309.675	181.475	
Neurochirurgia	4.771.872	2.097.676	505.252	
Chirurgia Maxillo facciale	1.078.277	791.447	171.856	
Chirurgia Pediatrica	2.201.150	1.496.950	81.669	
Talassemie	497.208	491.329	71.129	In questo settore la RER eroga un finanziamento specifico di 1.500.000 ripartito al 50% tra Azienda Ospedaliero Universitaria e AUSL
ORL (Protesi cocleari)	4.473.213 (di cui 729.000 euro per 27 protesi cocleari)	3.505.399	969.617 (di cui 600.000 per protesi cocleari)	
Ematologia (trapianti di midollo)	9.114.145 (di cui 1.830.000 euro, per 29 trapianti)	2.447.511	2.974.155	Il numero complessivo dei trapianti di midollo eseguiti è relativamente elevato ma rispetto al 2013 la casistica è prevalentemente ferrarese. Nel 2013 si era verificato un sensibile incremento dei pazienti dal Veneto ma interpretato come eccezionale rispetto al trend.

Nuove prospettive di sviluppo per funzioni aziendali specifiche

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

- Complessivamente sono stati eseguiti 803 interventi di cui:
 - 107 aorto-iliaci
 - 241 sui TSA
 - 261 a livello periferico
 - 59 amputazioni
 - 135 di altri tipi
- Sono state effettuate 82 dimissioni per pazienti fuori residenti fuori provincia (22 in più rispetto al 2013).

La Cardiologia ha consolidato il ruolo di centro HUB provinciale, in particolare per la funzione di emodinamica, di aritmologia e di elettrofisiologia. Infatti, nel corso del 2014, con la chiusura dell'emodinamica dell'Ospedale del Delta, questa funzione si è concentrata a Cona. La definizione dei criteri per la condivisione dei costi con la Committenza rientra nel quadro complessivo dei costi e dei ricavi delle reti cliniche territoriali.

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

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

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

Complessivamente sono stati eseguite:

50 Trombectomie per stroke ischemico

30 Embolizzazioni di aneurismi cerebrali

10 Embolizzazioni di vario genere (fistole, mav, preoperatorie)

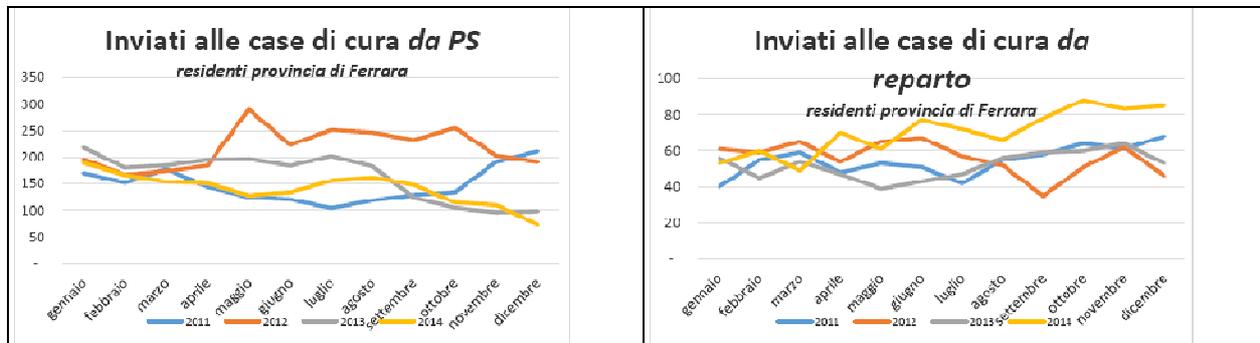
Accentramento nel nuovo Ospedale delle funzioni aziendali.

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

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

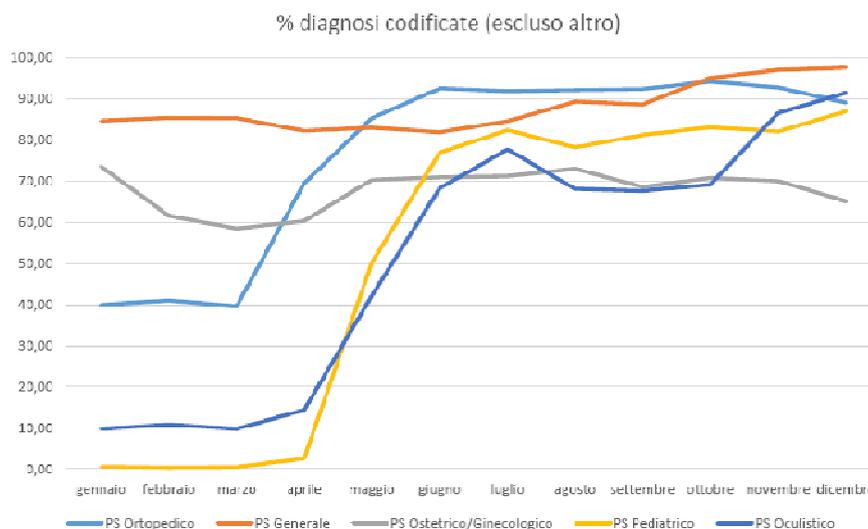
Il numero di pazienti inviati alle case di cura nel 2014 è diminuito complessivamente passando dai 2.590 del 2013 ai 2.528 del 2014. Il numero medio giornaliero è passato dai

7,1 del 2013 ai 6,9 del 2014. Ma soprattutto sono diminuiti gli invii dal PS e sono aumentati gli invii dai reparti ad evidenza del maggiore presidio sui criteri di scelta decisionale per l'invio. Si è osservata la maggior tendenza a privilegiare l'esigenza di gestione del paziente in post-acuzie.



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

- Snellimento e velocizzazione dei processi di tariffazione-pagamento ticket per i pazienti in PS**
 Il raggiungimento dell'obiettivo era vincolato all'introduzione di un nuovo percorso principalmente caratterizzato dalla procedura di calcolo automatico del ticket e ai relativi tempi tecnici. Nel 2014 il processo innovativo non è andato oltre la fase di studio di fattibilità e di costi da sostenere. E' stato elaborato il foglio informativo sui criteri di esenzione per l'utenza.
- Sviluppo/completamento dello strumento informatico di informazione diagnostica in PS**
 La circolare n.2 (PG.2015.0089864 del 12/02/2015) della Regione Emilia Romagna ha reso il campo relativo (nel flusso di PS) obbligatorio/scartante a partire dal 1/1/2016. Da quella data tutti gli accessi con diagnosi non valorizzata verranno scartati. Nel corso del 2014, in previsione di questa modifica, sono state riviste e completate le liste delle diagnosi a disposizione degli ambulatori di PS e rese disponibili in SAP da maggio. Nel 2013 la percentuale di diagnosi codificate, per l'intera Funzione di PS, si aggirava attorno al 53%, a dicembre 2014 è stato raggiunto nel complesso l'86%.



Nel corso del 2014 si è ulteriormente migliorato l'applicativo informatico a supporto dell'attività del Pronto Soccorso, sia secondo le indicazioni dettate dalla Regione per la gestione del flusso informativo, sia perseguendo il miglioramento continuo degli strumenti informatici a disposizione dei clinici. E' stata ottimizzata la gestione dei trasporti tra Pronto Soccorso e Radiologia, permettendo di gestire in maniera più dettagliata ed efficace le richieste di trasporto.

- **Miglioramento degli strumenti di controllo della produzione, in linea con processi di snellimento delle procedure di tariffazione, in particolare sui percorsi di Day Service**

Nel corso dell'anno è stata formalizzata e applicata la procedura aziendale di utilizzazione del percorso di Day Service in parallelo alla definizione anche della procedura per il DH. Entrambe sono state valutate anche nell'ambito del processo di Accreditamento. La gestione dei DSA non ha ancora superato tutte le criticità di percorso e di tariffazione. Questo è in larga parte legato alla componente data da particolari DSA di tipo 2 prevalentemente nel settore oncologico, poiché essendo aperti in parallelo a DH vengono chiusi a fine anno.

- **Sviluppo della piattaforma ambulatoriale in relazione all'espansione dei bacini di utenza e alla conversione dei DH-DS a forme di assistenza ambulatoriale**

Il volume di attività nella Specialistica ambulatoriale si è consolidato rispetto al 2013, in particolare per alcune discipline come la Genetica molecolare per la quale l'Azienda riveste il ruolo di centro HUB regionale.

Nel corso del 2014, è stato definito, in collaborazione con il Dipartimento ICT, lo sviluppo del progetto di integrazione SAP/CupISES, necessario per rendere più efficiente il processo di gestione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate nell'ambito di percorsi ambulatoriali complessi (PAC/DSA).

Tale strumento apporta un consistente contributo al progetto aziendale di informatizzazione della Specialistica Ambulatoriale, consentendo in particolare una puntuale rendicontazione quali/quantitativa delle attività erogate all'interno dei percorsi ambulatoriali complessi, con possibilità di monitoraggio degli indicatori di attività (quali ad esempio, durata media DSA, frequenza degli accessi DSA...).

Il progetto vedrà la sua piena realizzazione e implementazione nel corso del triennio 2015-2017.

Nel 2014 si è realizzato un ulteriore incremento dell'offerta specialistica ambulatoriale strutturata in percorsi ambulatoriali complessi (PAC/DSA), consentendo il trasferimento di una quota significativa di attività dal regime di ricovero, in particolare di day hospital, ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale, mantenendo tuttavia i contesti organizzativi di riferimento per la presa in carico del paziente e garantendo sicurezza e qualità della pratica clinica, nonché l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati.

In tale ottica, sono stati progettati due nuovi percorsi di Day Service Ambulatoriale. Il primo dedicato al follow up dei pazienti nefrotrapiantati, per i quali la Unità Operativa di Nefrologia della nostra Azienda rappresenta il centro di riferimento provinciale, in collegamento con il centro trapianti di Bologna e i centri extra regionali di Verona e di Pisa.

Inoltre sono stati strutturati specifici DSA finalizzati al trattamento terapeutico e al follow up di pazienti affetti da malattie reumatiche riconosciute, i quali richiedono, in quanto tali, la somministrazione di terapia specifica e di valutazioni periodiche programmate degli effetti della terapia (secondo quanto previsto dalla DGR 2101/2013).

I nuovi DSA troveranno effettiva implementazione nel corso del 2015, rispondendo all'esigenza di trasferire quota dell'attività a oggi erogata in regime di Day Hospital al livello di Assistenza Specialistica Ambulatoriale, favorendo comunque al paziente l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati.

Processi di integrazione: Prosecuzione dell'attività di sviluppo della rete clinica interaziendale, già avviata nel 2013

Nel corso del 2014 è stato consolidato/sviluppato, sia in termini organizzativi che economici (accordi e allocazioni dei costi), il sistema integrato delle reti cliniche con l'Azienda Territoriale. In particolare i settori sui quali le due aziende hanno maggiormente lavorato sono stati:

Cardiologia,
Neurologia interventistica (Stroke Unit)
Radiologia Interventistica
Pediatria/Neonatologia
Nefrologia
Urologia
Diabetologia
Oncologia

Percorsi gestionali

Creazione dei magazzini di reparto

La realizzazione di una funzionalità informatica per la gestione dei magazzini di reparto è strettamente correlata con la realizzazione della prescrizione farmaceutica informatizzata. La compilazione del foglio unico di terapia si svolge scegliendo i principi attivi dei farmaci e i prodotti commerciali da un set di medicinali che rappresentano la disponibilità in

magazzino di reparto e/o di farmacia, a seconda dei casi, con conseguente possibilità di reintegro delle scorte.

Prescrizione farmaceutica informatizzata

In merito a questo aspetto è stata completata la fase di progettazione e di realizzazione della funzione di prescrizione informatizzata della terapia farmacologica per il paziente ricoverato. E' in fase di programmazione l'attività di formazione e di adozione di tale strumento da parte del Dipartimento Medico e del Dipartimento Chirurgico. Tale obiettivo è stato perseguito in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio e con la Direzione delle Professioni.

Percorso informatizzato delle richieste di materiali in transito

E' stato completato lo sviluppo di una funzione specifica di workflow autorizzativo, che consente alle singole unità operative di inserire le richieste di approvvigionamento di materiale in transito su regolare contratto attivo e con verifica immediata e contestuale della disponibilità di budget.

Processi di feedback immediato sugli ordini in scorta e transito e valutazione tecnica sull'introduzione di un periodismo ristretto delle richieste di beni.

In caso di superamento del tetto di spesa il processo viene sospeso ed è richiesta la presa visione da parte del Direttore di Unità Operativa che diventa l'unico profilo autorizzato a forzare comunque l'ordine, a seguito di adeguata motivazione scritta. Ogni operazione di questo tipo rimane comunque tracciata nei singoli passaggi.

Il servizio di farmacia ha partecipato attivamente a tutta la fase di progettazione e di sviluppo delle nuove funzioni gestionali di cui ai punti:

- Creazione dei magazzini di reparto,
- Prescrizione farmaceutica informatizzata,
- Percorso informatizzato delle richieste di materiali in transito

Formulazione di ipotesi di progettazione del progressivo decentramento della codifica della SDO

Per il 2014, la Direzione Strategica ha ritenuto opportuno non implementare questa progettualità. Si è mantenuta la linea gestionale attuale, cioè attraverso un Servizio centrale preposto alla codifica della SDO. Si riprenderà tale tematica in un momento più strategico anche alla luce della futura introduzione della nuova versione del sistema di classificazione delle diagnosi (ICD10).

Appropriatezza

Ottimizzazione dell'appropriatezza organizzativa in relazione all'offerta erogabile mediante il consolidamento dei setting assistenziali ottimali e delle prestazioni richieste per pazienti ricoverati

Sono stati definiti obiettivi specifici sull'ottimizzazione dei percorsi e delle richieste di consulenze per i pazienti ricoverati. Nello specifico sono state elaborate alcune

raccomandazioni aziendali per l'appropriatezza delle richieste di esami per ricoverati ed è stato prodotto un documento di intesa per la appropriata gestione dei percorsi dal Pronto Soccorso verso i Reparti, nelle situazioni di crisi da iperafflusso, concordato con i Dipartimenti dell'Emergenza e delle Medicine Specialistiche. I risultati dei lavori congiunti interdipartimentali sono stati approvati nel Collegio di Direzione.

Abbattimento globale del DH-DS eccetto le situazioni "non convertibili ad altro setting (tendenza all'adozione della logica "Out-Patients or In-Patients"), in accordo con l'Azienda Committente.

Nel corso del 2014 sono stati concertati obiettivi sull'appropriatezza dei setting con riferimento alla scelta del DH solo nei casi in cui non era possibile un setting alternativo (DH in narcosi, DH terapeutici, DH con prescrizioni di farmaci ad alto costo rimborsati al 50%) o comunque situazioni che, in accordo con la Direzione medica di Presidio, non avevano ancora disponibile un setting alternativo in termini di organizzazione delle risorse umane dedicate o in termini di adeguatezza specifica per i locali da adibire ad attività ambulatoriale (es chirurgia ambulatoriale). Il quadro numerico generale non mostra il calo dei DH complessivo ma in essi si può notare come sia calata la componente medica (in assoluto la meno appropriata) e sia aumentata la componente chirurgica.

REGIME DI RICOVERO: Day Hospital

	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2013	RES. PROV. FE - GEN.- DIC. 2014	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2013	RES. EXTRA FE - GEN.- DIC. 2014	TOTALE - GEN.- DIC. 2013	TOTALE - GEN.- DIC. 2014
N. DIMISS.	7,029.00	7,298.00	2,019.00	1,941.00	9,048.00	9,239.00
PESO-DRG MEDIO	0.92	0.93	0.90	0.92	0.92	0.93
N. DH MEDICI < 4 ACCESSI	556.00	650.00	111.00	125.00	667.00	775.00
N. DIM. DRG CHIRURGICI	3,060.00	3,269.00	566.00	746.00	3,646.00	4,015.00
N. DIM. DRG MEDICI	3,969.00	4,029.00	1,433.00	1,195.00	5,402.00	5,224.00
N. DIM. CON DRG MEDICO SENZA PROCEDURA	106.00	21.00	20.00	5.00	126.00	26.00
% DH MEDICI < 4 ACCESSI	7.91	8.91	5.50	6.44	7.37	8.39
% DIM. CHIR.	43.53	44.79	29.02	38.43	40.30	43.46
% RES. AZ. USI 109-FE	-	-	-	-	77.69	79.05
N. MEDIO DIAGNOSI	2.20	2.09	2.82	2.48	2.34	2.17
IMPORTO TARIFFE 2013 PER INTRAREG. E TARIFFE 2014 PER EXTRAREG.	12,609,396.96	13,019,183.55	3,330,367.47	3,248,325.33	15,939,764.43	16,267,508.88

Ottimizzazione delle risorse umane: valutazione tecnica sullo spostamento dal DH verso altri setting

Nella tematica del setting per il paziente chirurgico la Direzione Medica ha consolidato il percorso di preparazione preoperatoria presso il CUNICO occupandosi della gestione e delle implementazioni organizzative che si sono rese necessarie (gestione degli spazi ambulatoriali, orari di attività, chiusure, valutazione ed autorizzazione delle prestazioni rientranti nella preparazione preoperatoria,).

La Direzione Medica è componente del Nucleo di Valutazione della Piastra Operatoria con funzione di coordinamento. Il Nucleo ha svolto un'attività di raccolta, monitoraggio e valutazione degli indicatori previsti dal Regolamento con implementazione di azioni di informazione e di correzione in incontri specifici o assembleari.

Sono state inoltre analizzate le criticità rilevate dall'Unità di Programmazione operando azioni di approfondimento e gestione.

Azioni correttive sui percorsi e sulla documentazione in base agli esiti del processo di controllo della documentazione sanitaria

Le azioni compiute dal Nucleo Aziendale dei Controlli in questi settori sono descritte in sintesi nei capitoli successivi.

Ottimizzazione del rapporto spesa per prestazioni/ricavi da degenza

Nel corso del 2014 la richiesta di prestazioni di laboratorio si è sensibilmente ridotta, sia come numero sia come importi. Questo fenomeno si è verificato in una condizione di aumento della produzione, principalmente come numero di dimissioni. L'attività di ricovero, però, presenta anche livelli di complessità (misurata come importo mediano) superiore alle altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione. La performance ottenuta è da attribuirsi a obiettivi di budget specifici, concordati soprattutto coi dipartimenti medici, alla forte sensibilizzazione esercitata in primis dalla Direzione Sanitaria, e all'ausilio di un progetto di ricerca sul miglioramento dell'appropriatezza nella prescrizione degli esami laboratoristici, anche con l'aiuto informatico.

Ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e governo della spesa farmaceutica in linea con le Direttive Regionali (razionalizzazione della prescrizione dei farmaci ad alto costo della Nutrizione parenterale, degli Antibiotici, degli Inibitori di pompa, delle Statine, degli Anti-ipertensivi, degli Antidepressivi).

Anche nel 2014, al fine di perseguire un miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di governo complessivo della spesa sono stati attribuiti specifici obiettivi alle Unità Operative su aree individuate come oggetto di miglioramento. In particolare sono stati assegnati specifici obiettivi relativi alla prescrizione di antibiotici, somministrati in regime di ricovero, favorendo la prescrizione di vancomicina vs teicoplanina, riduzione del consumo di chinolonici e prescrizione con consulenza infettivologica (stewardship antibiotica) degli antibiotici ed antimicotici di ultima generazione ad alto costo. Gli obiettivi sono stati complessivamente raggiunti e si è anche avuta una riduzione della spesa di antibiotici di circa il 14,7%. Anche gli obiettivi di riduzione del consumo di sacche NPT, raggiunti nella quasi totalità delle Unità Operative, nell'ottica di ridurre il ricorso alla nutrizione parenterale favorendo quella enterale, hanno portato ad una riduzione della spesa di circa il 14%.

Nel corso del 2014 sono stati sottoposti a stretto monitoraggio gli andamenti di consumo e di spesa dei farmaci innovativi di alto costo inviando un report mensile alle Unità Operative e ai Centri specialistici Aziendali

In linea con le indicazioni regionali e con il governo complessivo provinciale della farmaceutica, sono anche stati assegnati obiettivi di governo dell'appropriatezza prescrittiva nell'importante fase di interfaccia tra ospedale e territorio rappresentata dalle prescrizioni in dimissione da ricovero e da visita specialistica nell'area cardiovascolare (prescrizione di statine a brevetto scaduto, rapporto prescrittivo ace/sartani, riduzione di sartani, ecc) e nella prescrizione di biosimilari nei pazienti naive consolidando quanto fatto negli anni passati. Il monitoraggio è stato effettuato attraverso le prescrizioni rilevate in fase di erogazione diretta, che si conferma un importante strumento di governo e monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva dei medici specialisti nella fase di interfaccia con i medici prescrittori territoriali e quindi un'area di possibile induzione prescrittiva. Quest'anno è stato inoltre introdotto uno specifico obiettivo collegato alla riduzione della prescrizione di antibiotici in dimissione.

Gli obiettivi assegnati sono stati sostanzialmente raggiunti. In pochi casi si è rilevato il mancato raggiungimento, che è comunque stato adeguatamente motivato da parte dei clinici.

Efficienza

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

- ***Genesi e adozione di nuovi indicatori con l'ausilio del nuovo strumento informatico Ormaweb***
- ***Consolidamento del sistema CUNICO (gestione degli accertamenti preoperatori)***

Nel corso del 2014 è stato completamente implementato il percorso del paziente chirurgico, dall'inserimento in lista di attesa fino all'esecuzione dell'intervento chirurgico e alla dimissione. Parallelamente al processo organizzativo, è stato sviluppato lo strumento informatico a supporto del sistema, agendo in maniera coordinata tra ICT, Direzione Medica e clinici.

Tutta la gestione dei dati del paziente e il governo del percorso avviene informaticamente: il chirurgo ha la possibilità di inserire il paziente in lista di attesa informatizzata a seguito della sua valutazione (ambulatorio, consulenza in altra Unità Operativa ecc...), indicando gli esami necessari da effettuare per la preparazione all'intervento. Il CUNICO (centro unico di prenotazione), sulla base delle priorità indicate dal chirurgo, chiama i pazienti da preparare, prenotando gli esami possibilmente nella stessa giornata (prenotazione esami su applicativo informatico). Una volta preparato il paziente all'intervento, il chirurgo può inserire in programmazione operatoria settimanale e poi giornaliera il paziente da operare, utilizzando l'applicativo informatico Orma Web. Inoltre, viene automaticamente inviata a tutti i soggetti interessati una mail contenente la programmazione operatoria.

La programmazione è così trasparente e analizzabile da tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura/monitoraggio.

Gli obiettivi e le relative azioni in questo ambito nascono dai risultati ottenuti nel 2013, anno in cui si è registrato un aumento dell'efficienza grazie allo sviluppo di questo nuovo strumento informatico, all'implementazione di nuovi sistemi organizzativi sull'attività operatoria e soprattutto sull'utilizzazione dei posti letto. La Direzione delle Professioni ha contribuito all'effettuazione delle seguenti azioni:

ORMAWEB:

1. Totale diffusione e adozione di Ormaweb da parte di tutta la rete professionale: chiara definizione degli ambiti di responsabilità di compilazione dello strumento.
2. Applicazione del nuovo modello organizzativo della Piastra operatoria con partecipazione diretta al governo delle sale operatorie per la parte di competenza professionale di gestione delle risorse umane e di gestione dell'organizzazione.
3. Utilizzo da parte degli organi di governo della Piastra operatoria (unità di programmazione e nucleo di valutazione) di ormaweb come strumento di gestione e controllo della performance dell'attività chirurgica.
4. Orientamento all'utilizzo del Panel Indicatori di performance di Piastra operatoria definito.
5. Elaborazioni dati specifici di attività su richiesta della Direzione Generale aziendale.

CONSOLIDAMENTO CUNICO:

1. Selezione ed evidenza delle Unità Operative chirurgiche non ancora inserite nel processo centralizzato e forte sensibilizzazione e collaborazione all'avvio dell'iter chirurgico, con la centralizzazione del percorso del paziente chirurgico e del processo peri-operatorio per tutte le Unità Operative chirurgiche che ancora non avevano aderito.
2. Allocazione definitiva di risorse umane dedicate al CUNICO, attività infermieristiche correlate alla preparazione del paziente chirurgico: pianificazione esami pre-operatori e visita anestesiologicala pre-operatoria, pianificazione di ulteriori accertamenti e pianificazione visita cardiologica

PANEL INDICATORI DI CONTROLLO ATTIVITA' DI PIASTRA OPERATORIA

Programma operatorio settimanale		
Indicatore	Metodo	Standard
Adeguatezza organizzativa (NON fattibilità dei programmi inviati)	N° di programmi settimanali di Unità Operativa non "fattibili" in 1 mese/ N° totale di programmi settimanali inviati dalla Unità Operativa	$\leq 1\%$
Adesione al programma operatorio settimanale	N° interventi modificati/ N° totale interventi inseriti nel programma settimanale	$\leq 25\%$
Adeguatezza temporale (Invio del programma settimanale entro le 14 del giovedì)	N° di programmi operatori dipartimentali settimanali inviati entro le ore 14 del giovedì \ N° Totale programmi operatori dipartimentali settimanali	100%
Completezza dei singoli programmi operatori dipartimentali settimanali	N° di programmi operatori dipartimentali completi/ N° totale di programmi operatori dipartimentali	100%
Stato della preparazione preoperatoria dei pazienti inseriti nel programma settimanale	N° pazienti PRONTI in programma operatorio settimanale di Unità Operativa / N° totale pazienti in programma operatorio settimanale di Unità Operativa	$\geq 90\%$

Programma operatorio Giornaliero		
Indicatore	Metodo	Standard
Adeguatezza organizzativa (NON fattibilità dei programmi inviati)	N° di programmi giornalieri di Unità Operativa non "fattibili" in 1 mese/ N° totale di programmi giornalieri inviati dalla Unità Operativa	$\leq 1\%$
Adesione al programma operatorio giornaliero	N° interventi modificati / N° totale interventi inseriti nel programma giornaliero	$\leq 10\% *$
Adeguatezza temporale (Invio del programma settimanale entro le 13 del giorno precedente)	N° di programmi operatori dipartimentali settimanali inviati entro le ore 13 del giorno precedente \ N° Totale programmi operatori di Unità Operativa giornalieri	$\geq 95\%$
Stato della preparazione preoperatoria dei pazienti inseriti nel programma giornaliero	N° pazienti PRONTI in programma operatorio giornaliero di Unità Operativa / N° totale pazienti in programma operatorio giornaliero di Unità Operativa	100%
<p>*Sono esclusi dal calcolo gli interventi rinviati per problematiche relative al paziente non governabili dall'Unità Operativa (es. paziente non presentato, controindicazione intervenuta) Descrizione: corrispondenza tra interventi presenti nel programma giornaliero ed interventi eseguiti nel giorno di interesse. Non sono considerate come modifiche le sostituzioni di interventi della stessa tipologia (es. neoplasia con neoplasia) e/o di pari orario di durata.</p>		

La valutazione sarà effettuata con cadenza settimanale e prenderà in esame l'analisi dell'attività per piastra e per blocco.

Puntualità dell'attività di sala operatoria		
Indicatore	Metodo	Standard
Arrivo primo paziente (in ogni Blocco) entro le 7.45	N° Blocchi Operatori con arrivo del primo paziente entro le 7.45 / N° Totale Blocchi Operatori	100%
Arrivo di tutti i primi pazienti di ogni seduta entro le 8.15	N° Totale dei primi pazienti arrivati entro le 8.15 / N° Totale primi pazienti attesi (primi pazienti in ogni seduta operatoria) entro le 8.15	
Inizio sedute operatorie entro le ore 9.15	N° sedute operatorie iniziate entro le 9.15 / N° totale di sedute operatorie mattutine (calcolo per Piastra e per Blocco)	100%
Tempo di "SALA VUnità OperativaTA"	N° di interventi con tempi di cambio entro 30 minuti/N° totale di cambi (calcolo per Piastra e per Blocco)	100%
Prolungamento seduta operatoria	N° di sedute operatorie di Unità Operativa con prolungamento oltre l'orario assegnato / N° totale di sedute assegnate all' Unità Operativa	15% al mese Le Unità Operative che hanno dati di sfioramento superiori al 15% devono ridurre del 50% al mese l'entità dello sfioramento e comunque devono raggiungere il 15% entro 3 mesi. Nella assegnazione di sale operatorie aggiuntive saranno tenuti in considerazione i livelli di performance.

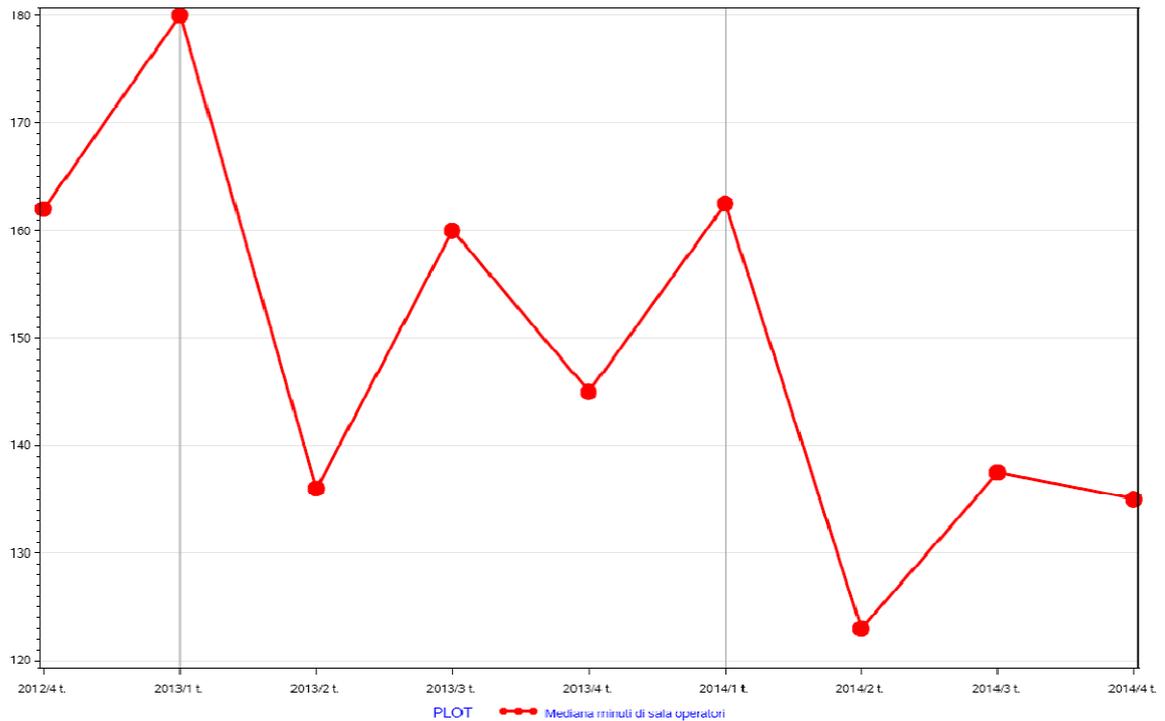
La Valutazione sarà effettuata con cadenza settimanale e prenderà in esame l'analisi dell'attività per piastra e per blocco.

Le tabelle e le figure seguenti mostrano esempi di tipologie di monitoraggio effettuato col sistema Ormaweb, estratte dal report periodico prodotto dalla Programmazione e Controllo di Gestione

Variabile	N. casi totale variabile	% casi con variabile 'errata'
Diagnosi diverse SDO/Ormaweb	4789	28.6
Data/ora Fine Anestesia assente	3579	21.4
Data/ora Inizio Anestesia assente	3520	21.1
Interventi diversi SDO/Ormaweb	3288	19.7
N. scheda dimiss. assente (Ord. o Day surgery)	2013	12.0
Data/ora Inizio Intervento assente	838	5.0
Data/ora Fine Intervento assente	676	4.0
Atto Chirurgico assente	372	2.2
Sigla Utente assente	372	2.2
Data/ora Uscita Paziente assente	346	2.1
Interv. princ. assente	276	1.7
Data/ora Entrata Paziente assente	257	1.5
Primi Chirurghi assente	218	1.3
Diagnosi principale Ormaweb assente	153	0.9
Identificativo Blocco assente	99	0.6
Codice Blocco assente	99	0.6
ID Reparto assente	99	0.6
ID Sala assente	99	0.6
Codice Sala assente	99	0.6
Elezione/Urgenza assente	98	0.6
Regime di ricovero diverso SDO/Ormaweb	61	0.4
Età	45	0.3
Regime Ricovero ormaweb assente	14	0.1
N. progressivo diverso SDO/Ormaweb	11	0.1
Data interv. diversa da data inizio intervento	3	0.0

DRG	Peso-DRG	Indicatore	Anno/trimestre									
			2012/4 t	2013/1 t	2013/2 t	2013/3 t	2013/4 t	2014/1 t	2014/2 t	2014/3 t	2014/4 t	Totale periodo
001 C-Craniotomia, età > 17 anni con CC	4.180	a) - N. interventi	13	20	10	22	17	12	11	10	10	125
		b) - Totale minuti di sala operatoria	3.112	7.073	3.938	5.911	5.493	2.966	3.589	3.465	3.130	38.677
		c) - Media aritmetica minuti di sala operatoria	239	354	394	269	323	247	326	347	313	309
		d) - Valore mediano minuti di sala operatoria	145	316	323	232	325	239	290	243	300	294
002 C-Craniotomia, età > 17 anni senza CC	3.174	a) - N. interventi	16	26	27	29	20	29	20	29	39	235
		b) - Totale minuti di sala operatoria	4.817	8.317	7.704	7.842	5.825	11.639	7.355	6.486	10.913	70.898
		e) - Media aritmetica minuti di sala operatoria	301	320	285	270	291	401	368	224	280	302
		d) - Valore mediano minuti di sala operatoria	338	300	300	240	311	360	400	235	290	308
039 C-Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	0.483	a) - N. interventi	23	18	49	30	52	52	33	17	23	297
		b) - Totale minuti di sala operatoria	1.390	1.003	2.318	1.990	2.994	2.595	1.899	1.076	1.488	16.753
		c) - Media aritmetica minuti di sala operatoria	60	56	47	66	58	50	58	63	65	56
		d) - Valore mediano minuti di sala operatoria	48	45	45	58	49	41	45	58	60	48

Azienda Osped. Univ. di Ferrara – Programmazione e Controllo di Gestione – Unità di Statistica Sanitaria
GRAF. 3.1 – MEDIANA MINUTI DI SALA OPERATORIA PER DRG CON INDICE DI CORRELAZIONE DI PEARSON < -0.6 RISPETTO AL PERIODO REGIME DI RICOVERO ORDINARIO - PER TRIMESTRE E ANNO - Periodo: 1/ottobre/2012-31/dicembre/2014
 Indice di correlazione=-0.674 DRG=258 C-Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC



Azienda Osped. Univ. di Ferrara - Unità di Statistica Sanitaria
Tav. 3 - DISTRIBUZIONE N. INTERVENTI E ORE DI SALA OPERATORIA PER REPARTO
 Esclusi sabati, domeniche e festivi - Periodo: 1/gennaio/2014-31/dicembre/2014

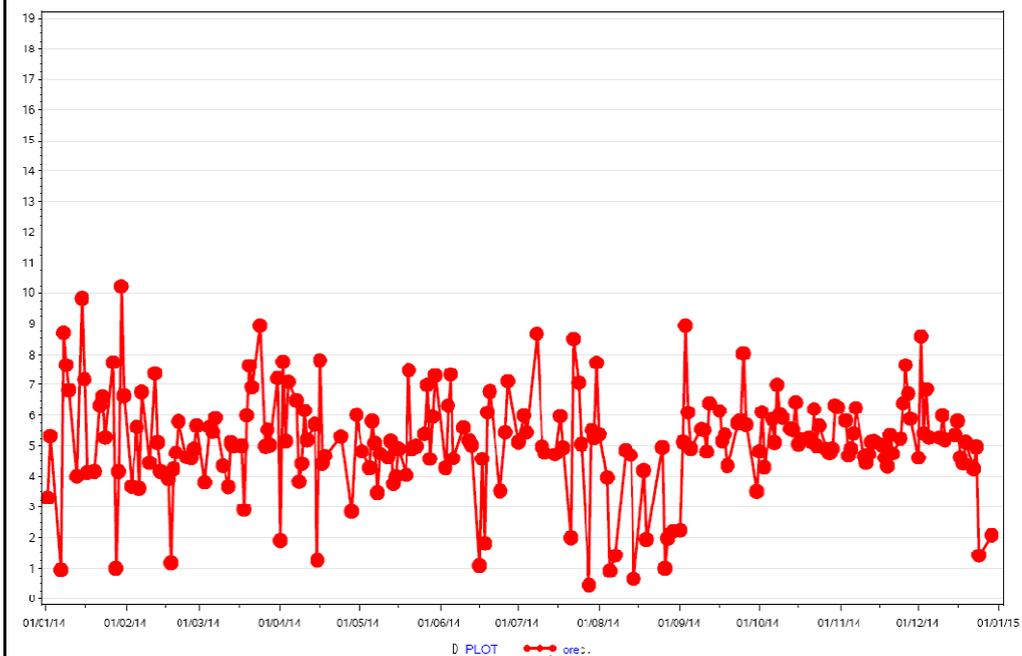
Regime di ricovero=Ordinario

Regime di ricovero Ordinario

Descrizione Reparto	N. interv.	N. medio interv. per giorno	N. ore sala operatoria	N. medio ore sala operatoria per giorno
2B2 - CLINICA CHIRURGICA	796	3.2	2508.3	10.0
3B2 - CHIRURGIA VASCOLARE	700	2.0	2349.3	9.4
2B0 - ORTOPEDIA	1089	4.4	2184.0	8.7
1B2 - O.R.L.	1080	4.3	2044.6	8.2
2C2 - NEUROCHIRURGIA	536	2.1	2044.3	8.2
3B2 - UROLOGIA	835	3.3	1515.8	6.1
2B2 - CHIRURGIA D'URGENZA	539	2.2	1470.0	5.9
2B2 - CHIRURGIA GENERALE	523	2.1	1409.6	5.6
1B2 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	331	1.3	793.3	3.2
2B2 - GINECOLOGIA	204	0.8	630.0	2.5
2B2 - CHIRURGIA TORACICA	203	0.8	629.9	2.5
2C1 - OSTETRICIA	504	2.0	629.8	2.5
3D1 - CHIRURGIA PEDIATRICA	427	1.7	595.4	2.4
1B2 - OCULISTICA	381	1.5	453.0	1.8
3C3 - UOARU - CVC	645	2.6	363.2	1.5
1B2 - CHIRURGIA PLASTICA	200	0.8	329.0	1.3
3E2 - DAY SURGERY GINECOLOGIA	138	0.6	101.0	0.4
2B2 - CHIRURGIA PLASTICA	33	0.1	67.2	0.3
3C3 - UOARU - CVLD - TA	78	0.3	53.7	0.2
3C3 - UOARO - CVC	54	0.2	40.1	0.2
3D1 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	25	0.1	17.3	0.1

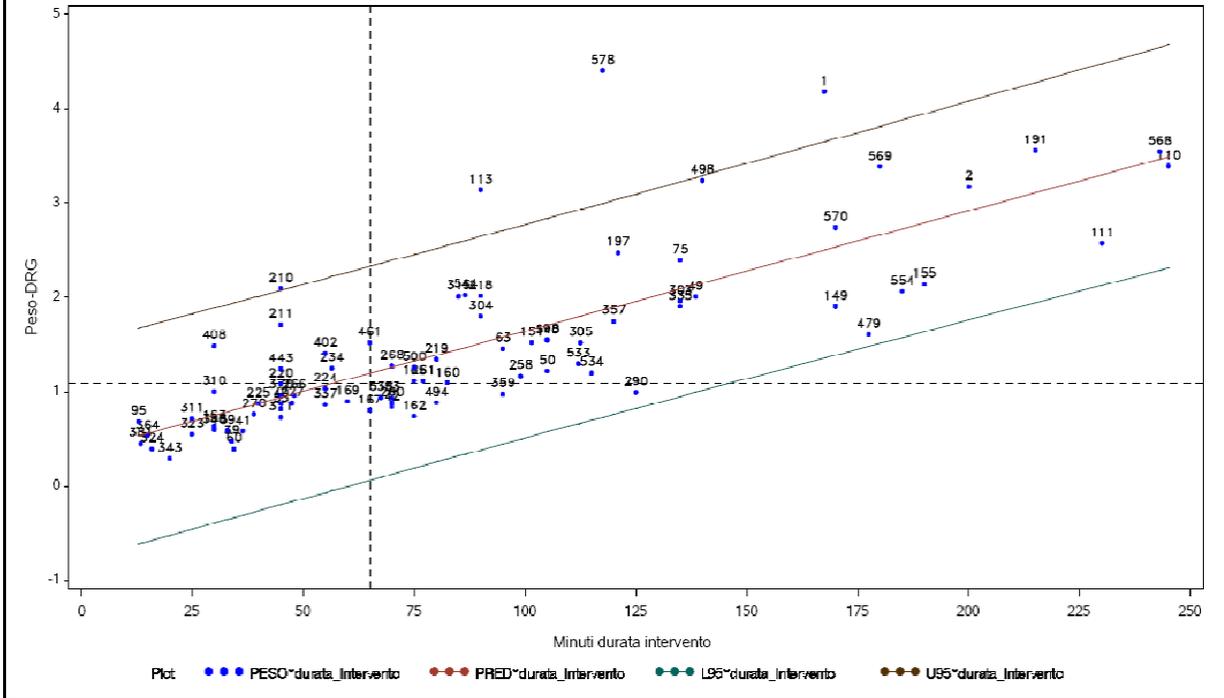
GRAF. 2.3 - Ore di utilizzo della sala operatoria per blocco e numero di sala
 Per odo: 1/gennaio/2014-31/dicembre/2014 - Esclusi sabati, domeniche e festivi

Descrizione Blocco=RI OCCO 21-22 Sala=SAI A 1



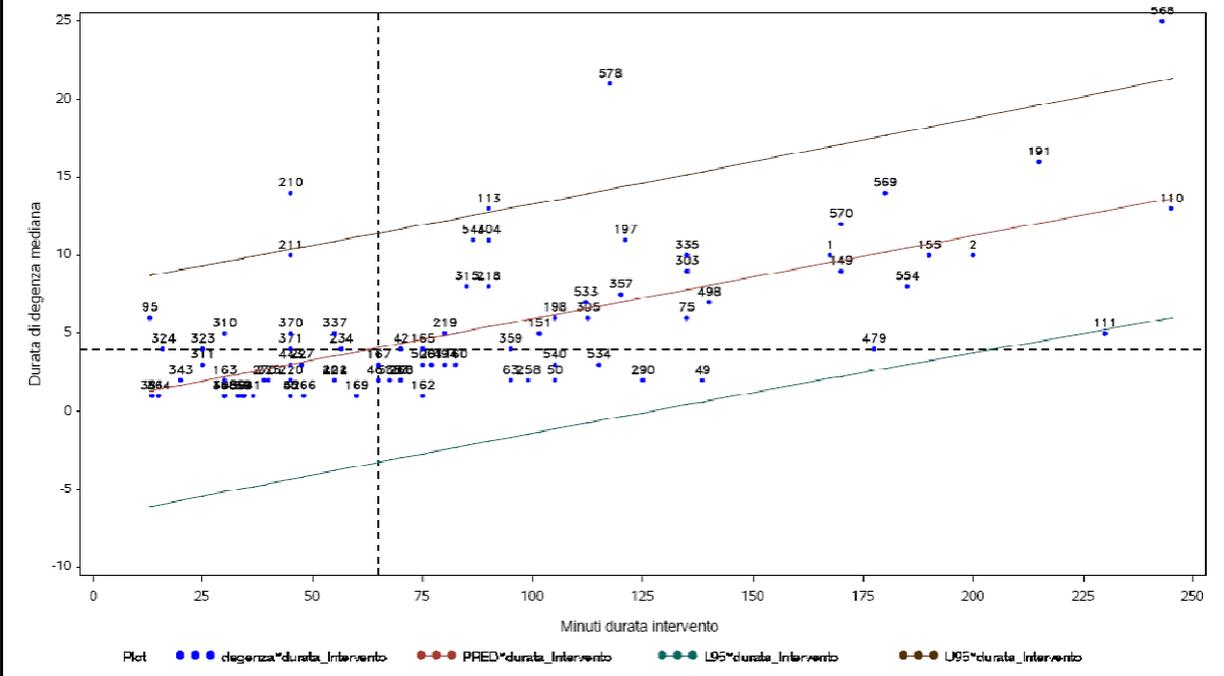
Tav. 7 - Regressione lineare tra Tempo durata intervento (minuti) e Peso-DRG
Regime di ricovero ordinario - 1/gennaio/2014-31/dicembre/2014

Tav. 7 - Regressione lineare tra Tempo durata intervento (minuti) e Peso-DRG
Regime di ricovero ordinario - 1/gennaio/2014-31/dicembre/2014



Tav. 7 - Regressione lineare tra Tempo durata intervento (minuti) e Durata di degenza mediana
Regime di ricovero ordinario - 1/gennaio/2014-31/dicembre/2014

Tav. 7 - Regressione lineare tra Tempo durata intervento (minuti) e Durata di degenza mediana
Regime di ricovero ordinario - 1/gennaio/2014-31/dicembre/2014



Nel 2014 è stata informatizzata anche la lettera di dimissione: quest'ultima, tramite SOLE, se il paziente ha espresso il suo consenso, arriva al medico di famiglia che assiste il paziente.

La completa gestione informatica del percorso consente di controllare l'efficacia e l'appropriatezza dello stesso, monitorando ed agendo in maniera puntuale su tempi di attesa e indicatori di attività di sala operatoria

Il processo di riorganizzazione del sistema di verbalizzazione degli interventi chirurgici attraverso il software "Ormaweb", ha permesso una verifica di concordanza tra le informazioni registrate sulla scheda di dimissione ospedaliera ed il registro operatorio aziendale. La verifica ha comportato la revisione e la correzione di 99 schede di dimissione, aggiornate sulla base delle informazioni relative all'atto chirurgico eseguito e registrato su *Ormaweb*. Per ulteriori 81 schede, sottoposte a verifica, non è stato eseguito alcun intervento correttivo perché:

- il codice procedura presente in banca dati - corrispondente al codice procedura registrato su Ormaweb - non ha la capacità di attribuire il caso ad un DRG di tipo chirurgico, anche se la procedura è stata eseguita in Sala Operatoria (ad esempio in caso di posizionamento di CVC);
- il codice identificativo univoco presente sul referto operatorio è errato, generalmente riferito ad altro episodio di ricovero (è il caso di pazienti con un primo episodio di ricovero vero in regime diurno ed uno successivo in regime ordinario; in alcuni casi nel verbale operatorio è stato utilizzato il codice a barre del ricovero diurno ma l'intervento è stato eseguito all'interno del ricovero ordinario, o viceversa);
- il codice registrato sul verbale operatorio è errato.

Consolidamento dei risultati ottenuti nel 2013 sull'utilizzazione dei posti letto attraverso il mantenimento del Tasso di Occupazione vicino al 90 % e degli indici di rotazione e di turnover e ulteriore miglioramento ove tecnicamente possibile

I livelli di efficienza sull'utilizzo dei posti letto sono molto cambiati rispetto al 2011 (prima del trasloco) e si mantengono a valori sensibilmente superiori (sempre rispetto al 2011)

	RICOVERI	GIORNI DI ATTIVITA'	POSTI LETTO MEDI	GIORNATE	TASSO DI OCCUP.	INDICE DI ROTAZIONE	TURN OVER
Gennaio-Dicembre							
2011	25,441	365	724.1	208,011	78.7	35.1	2.2
2012	22,511	366	652.3	186,823	78.3	34.5	2.3
2013	22,781	365	610.0	192,251	86.3	37.3	1.3
2014	23,216	365	598.6	194,024	88.8	38.8	1.1

In particolare a fronte di un progressivo calo dei posti letto medi si osserva un progressivo incremento del numero di dimissioni e delle giornate di degenza.

Adeguamento dei casi di giornate di degenza eccessive rispetto alla media delle altre AOSPU della RER:

- **Ottimizzazione dell'Indice Comparativo di Performance**
- **Ottimizzazione dell'Indice di Case Mix**

L'indice comparativo di performance si è mantenuto costante rispetto al 2013 ma ha consolidato la sua posizione nel confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione:

Azienda Di Ricovero	ICP 2013	ICP 2014
Azienda Ospedaliero Universitaria PARMA	1,06	1,05
Azienda Ospedaliero Universitaria REGGIO EMILIA	1,10	1,10
Azienda Ospedaliero Universitaria MODENA	1,09	1,15
Azienda Ospedaliero Universitaria BOLOGNA	1,04	1,04
Azienda Ospedaliero Universitaria FERRARA	1,09	1,09
I.O.R.	0,97	1,04

Per quanto riguarda l'ICM, i dati complessivi mostrano la costanza dei valori a confronto con l'anno precedente e con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione

Azienda di ricovero	ICM 2013	ICM 2014
Azienda Ospedaliero Universitaria PARMA	1,1	1,1
Azienda Ospedaliero Universitaria REGGIO EMILIA	1,1	1,1
Azienda Ospedaliero Universitaria MODENA	1,1	1,1
Azienda Ospedaliero Universitaria BOLOGNA	1,1	1,1
Azienda Ospedaliero Universitaria FERRARA	1,1	1,1
I.O.R.	1,0	1,0

Ottimizzazione dei processi di fornitura dei materiali richiesti dalle Unità Operative, attraverso il governo delle richieste che dovranno essere proporzionate rispetto al consumo medio mensile favorendo l'evoluzione verso un sistema più equilibrato di richiesta in rapporto alla giacenza.

Durante il 2014 sono state condotte due progettualità specifiche sul miglioramento della gestione degli ordini dei beni di consumo ed è stata posta la traccia progettuale e programmatoria del miglioramento della gestione delle giacenze (magazzino di reparto, prescrizione informatizzata). Le prime due sono:

- informatizzazione delle richieste di prodotti in transito
- ulteriore informatizzazione delle richieste dei prodotti in scorta con visualizzazione delle quantità richiedibili previste

Il comune denominatore di entrambi i sistemi è la possibilità (per i professionisti) di poter:

- governare direttamente le risorse messe a budget (farmaci presidi ecc)
- seguire le procedure di richiesta dei materiali in modo più semplice e burocratizzato
- interagire con maggiore facilità con i livelli gerarchici della decisione sulla gestione di situazioni caratterizzate dallo sfioramento del budget predefinito

Il Dipartimento interaziendale Attività Tecniche Patrimoniali ha proseguito l'azione di monitoraggio periodico dei consumi delle varie utenze (energia elettrica, calore, acqua,..) e dei costi delle manutenzioni, e per effetto della stagione termica 2014 particolarmente favorevole, si è ottenuto un notevole risparmio rispetto ai costi previsti ad inizio anno 2014.

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

- ***Piano della performance***
- ***Ciclo della performance***
- ***Valutazione individuale***

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

Ottimizzazione del Processo di budget tenendo conto delle linee guida RER specificamente redatte, collegandolo alla valutazione individuale:

- ***Istituzione del Comitato di Budget***
- ***Applicazione del regolamento attuale eventualmente aggiornato in base alle linee guida RER***

Durante il 2014 sono state ripristinate in Azienda le fasi istituzionali del processo di budget, dopo il biennio 2012-13 in reso tecnicamente difficile l'adozione di un percorso "standard" di definizione degli obiettivi soprattutto sul versante economico. Non è stato istituito il comitato di Budget, ma tutta la fase programmatoria, della definizione degli

obiettivi e della loro condivisione sono state approvate in Collegio di Direzione e monitorate nell'ambito della supervisione del Nucleo di Valutazione. Il percorso di budget è stato articolato sostanzialmente in linea col regolamento di budget indicato dalla Regione.

Adozione di misure atte a generare il risparmio energetico e la produzione autonoma di energia attraverso lo sviluppo della ricerca ed innovazione tecnologica specifica

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

Qualità /Outcome/Rischio

Ridefinizione della Dimensione organizzativa descritta dal percorso nei settori tecnico amministrativi

Il Dipartimento interaziendale Attività Tecniche Patrimoniali ha proseguito nel suo percorso di riorganizzazione interna a seguito dell'unificazione dei due Servizi Tecnici dell'Azienda USL e della Azienda Ospedaliero Universitaria; sono state correttamente distribuite all'interno delle nuove Unità Operative del Dipartimento Interaziendale sia le risorse tecniche sia le risorse amministrative.

Con il processo di accreditamento del Dipartimento Farmaceutico sono state consolidate e ulteriormente definite le attività dei diversi ruoli presenti nell'organizzazione specificandone gli ambiti di autonomia e responsabilità.

La futura implementazione di una logistica provinciale unificata dei magazzini farmaceutici ed economici ha costituito l'occasione per effettuare la revisione dell'organizzazione del Dipartimento Farmaceutico che tenga conto di tale prospettiva futura; è stato quindi presentato un progetto di riorganizzazione che tiene conto del nuovo assetto

Processi di allocazione delle risorse e beni nella gestione dei servizi esternalizzati

È stata garantita l'ottimizzazione della gestione dei servizi esternalizzati, attraverso il controllo delle richieste e il governo dei processi di acquisto di beni e servizi.

Si è aderito alle convenzioni Intercent-ER di interesse aziendale, coerentemente alle linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 (delibera della Giunta n.217/2014); si è contribuito alla stesura della programmazione acquisti anno 2014 di Area Vasta Emilia Centrale, approvata con la delibera del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara n.196 del 23.10.2014 e si è dato corso alla medesima effettuando acquisizioni anche tramite procedure telematiche.

Ridefinizione o descrizione dei ruoli e delle responsabilità specifiche

Nel corso dell'anno 2014 è stato definito il Regolamento di Funzionamento del Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali e sono state individuate le nuove Posizioni Organizzative all'interno delle varie Unità Operative/Uffici.

Nel 2014 è stata ridefinita l'organizzazione della Direzione delle Professioni; tale processo si è concluso con la relativa formalizzazione nel 2015.

Sono state fornite le informazioni relative alle responsabilità e ruoli dei direttori delle varie strutture tecnico-amministrative e di staff. La descrizione delle responsabilità dei dirigenti è stata inserita tra gli obiettivi assegnati al settore tecnico, tecnico amministrativo e di staff.

Analisi dei percorsi dei ricoveri finalizzata all'ottimizzazione dei livelli di qualità organizzativa e delle risorse impiegate, con il consolidamento dell'attività del Nucleo Aziendale dei Controlli sanitari

Sono stati sottoposti a verifica sull'appropriatezza organizzativa 1.332 episodi di ricovero selezionati secondo vari criteri:

- selezione campionaria secondo le indicazioni della DGR 1890/2009;
- appropriatezza di setting motivata direttamente dalla Unità Operative.

Nelle tabelle seguenti (la prima per i ricoveri ordinari e la seconda per i ricoveri diurni) le risultanze del controllo, distinte per regime di ricovero:

	Appropriato	Non appropriato	Parzialmente appropriato	Totale
CARDIOLOGIA	2			2
CHIRURGIA D'URGENZA	7		1	8
CHIRURGIA GENERALE	11		3	14
CHIRURGIA PEDIATRICA	6	5		11
CHIRURGIA PLASTICA	1			1
CHIRURGIA TORACICA	1	2		3
CHIRURGIA VASCOLARE	2	1	1	4
CLINICA CHIRURGICA	7		1	8
CLINICA MEDICA	10		1	11
CLINICA NEUROLOGICA			1	1
DIABETOLOGIA	2		3	5
ENDOCRINOLOGIA	42	1		43
FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	14			14
GASTROENTEROLOGIA	3		2	5
GERIATRIA-ORTOGERIATRIA	20	1	5	26
GINECOLOGIA	9	2	3	14
MALATTIE INFETTIVE	4	1	3	8
MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	2			2
MAXILLO-FACCIALE	13	1	4	18
MEDICINA D'URGENZA	47			47
MIO I	1			1
MIO II	25	1	4	30
MIU	17		4	21
NEFROLOGIA	2	3	6	11
NEUROCHIRURGIA	1		3	4
NEUROLOGIA	12		8	20
NIDO	2			2
O.R.L.	49		5	54
OCULISTICA	36		7	43
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	9	5		14
ONCOLOGIA	6			6
ORTOPEDIA	22		6	28
OSTETRICIA	22	2	3	27
PEDIATRIA	17	12	2	31
PNEUMOLOGIA	7			7
REUMATOLOGIA	53	1	2	56
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE E PEDIATRICA	8	3		11
UROLOGIA	7	1	2	10
RICOVERI DIURNI "TRASFORMATI" IN PAC (DSA)	8	4		12
Totale complessivo ricoveri ordinari	507	46	80	633

	Appropriato	Non appropriato	Parzialmente appropriato	Totale
DH CHIRURGIA PEDIATRICA	5	3		8
DH CHIRURGIA VASCOLARE	1			1
DH CLINICA CHIRURGICA		1		1
DH DERMATOLOGIA	2			2
DH ENDOCRINOLOGIA	254			254
DH GASTROENTEROLOGIA		1		1
DH GINECOLOGIA	2	12		14
DH INTERNISTICO	1		1	2
DH MALATTIE INFETTIVE		1		1
DH MALATTIE INFETTIVE UNIVERSITARIA	2			2
DH MAXILLO-FACCIALE	1	2		3
DH NEUROLOGIA	2			2
DH O.R.L.		1		1
DH ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1			1
DH ONCOLOGIA	10	2		12
DH ORTOPEDIA	1	2		3
DH OSTETRICIA		1		1
DH PEDIATRIA	178	1		179
DH PNEUMOLOGIA	192			192
DH UMR		2		2
DH UROLOGIA	6	11		17
Totale complessivo ricoveri diurni	261	4	1	266

Nel confronto con l'anno precedente spiccano alcune variazioni significative nel numero di ricoveri giudicati inappropriati all'interno della produzione di alcune Unità Operative:

- Endocrinologia: le verifiche condotte l'anno precedente davano evidenza di 13 ricoveri *inappropriati*, 1 *parzialmente appropriato* e 3 *appropriati* su un totale di 17 cartelle esaminate; le verifiche condotte sulla produzione 2014 danno evidenza di 1 solo ricovero giudicato *non appropriato* e 42 ricoveri giudicati *appropriati*;
- Medicina Interna Ospedaliera II: le verifiche condotte l'anno precedente davano evidenza di 9 ricoveri *inappropriati*, 10 *parzialmente appropriati* e 38 *appropriati* su un totale di 58 cartelle esaminate; le verifiche condotte sulla produzione 2014 danno evidenza di 1 solo ricovero giudicato *non appropriato*, 4 giudicati *parzialmente appropriati* e 25 giudicati *appropriati*;
- Reumatologia: le verifiche condotte l'anno precedente davano evidenza di 49 ricoveri *inappropriati*, 12 *parzialmente appropriati* e 9 *appropriati* su un totale di 70 cartelle esaminate; le verifiche condotte sulla produzione 2014 danno evidenza di 1 solo ricovero giudicato *non appropriato*, 2 giudicati *parzialmente appropriati* e 55 giudicati *appropriati*;

Tali variazioni sono strettamente collegate alla scelta di attivare un programma di verifica in stretta collaborazione con il personale medico del reparto, condizione che ha permesso di estendere l'analisi anche ai criteri di appropriatezza clinica. In merito alle condizioni di inappropriata organizzativa, anche parziale, è opportuno specificare che:

- le Unità Operative che accolgono pazienti in regime di urgenza, generalmente provenienti dai diversi servizi di Pronto Soccorso, hanno un limitato controllo del

fenomeno, in relazione al fatto che il ricovero stesso è frequentemente disposto da professionista esterno alla Unità Operative;

- il giudizio di non appropriatezza (anche parziale) identifica frequentemente pazienti gestibili in altro regime assistenziale, in particolare OBI o LPA; in questi pazienti, le condizioni cliniche all'ingresso (frequentemente disposto dal Pronto Soccorso) permettono di giustificare le prime 36-48 ore di degenza nella maggioranza dei casi; i giorni successivi alla risoluzione del quadro acuto invece, risultano caratterizzati da prestazioni assistenziali infermieristiche o di base che giustificerebbero il trasferimento del paziente ad una struttura a bassa intensità assistenziale, liberando così il posto letto nel reparto per acuti.

Sicurezza

Nel corso del 2014 la Direzione Medica, unitamente alla Struttura Semplice Dipartimentale di Igiene e Qualità dei Servizi Ambientali, è stata particolarmente impegnata nel percorso di messa in sicurezza della rete idrica aziendale dal rischio di contaminazione da Legionella presso la nuova sede ospedaliera di Cona, nella vecchia sede ospedaliera di Corso Giovecca in città, e presso la Struttura decentrata di Riabilitazione.

Il tema della sicurezza è trattato anche nella sezione della verifica degli obiettivi legati alle Linee di Programmazione Regionali

Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e Audit Clinico

La progettazione di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali.

E' stato utilizzato lo strumento dell'Audit Clinico come verifica sull'implementazione di un percorso assistenziale; questo assicura al team clinico-assistenziale che il percorso si sta applicando come previsto e che sta raggiungendo gli obiettivi che sono stati definiti.

Durante l'anno 2014 si è concluso l'Audit relativo al Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale "Carcinoma del Polmone" partito nell'anno 2012. I risultati dell'Audit hanno dimostrato una buona aderenza dei professionisti al PDTA, anche in considerazione del periodo esaminato, che si riferisce al primo anno di attività.

Particolarmente significativo il numero elevato di pazienti inseriti nel Percorso e l'assenza di pazienti usciti per motivi non clinici. Questi dati testimoniano il valore del PDTA, in grado di offrire una risposta efficace al problema di salute mediante il coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti nella gestione del tumore polmonare, e nel contempo di far sentire il paziente al centro di un sistema che ruota intorno a lui, che si fa carico dei suoi bisogni, fornendo risposte adeguate e coordinate. Nessun paziente ha, infatti, abbandonato spontaneamente il PDTA, a testimonianza della percezione di un servizio di elevata qualità.

A Gennaio 2014 il PDTA "Ictus" è stato condiviso e revisionato dai professionisti delle due Aziende ferraresi divenendo interaziendale e a maggio 2014 si è conclusa la formazione del terzo percorso "Carcinoma della mammella"; per entrambi è prevista l'implementazione e l'avvio di audit nel corso del 2015.

Inoltre, nel mese di Ottobre 2014 sono partiti il PDTA "Infarto Miocardico Acuto (IMA) e "Carcinoma del colon", che verrà successivamente esteso al colon-retto.

A differenza delle edizioni precedenti tali percorsi sono stati coordinati da facilitatori interni, che avevano già partecipato alla costruzione di altri percorsi, supportati dalla supervisione

a distanza di un metodologo esperto, che durante il percorso valuta la qualità degli elaborati e invia feed back; tali percorsi si concluderanno a maggio 2015.

Lo staff "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione" si è impegnato nell'ulteriore sviluppo del Sistema Qualità, perseguendo questi obiettivi:

- Portare il controllo statistico dei processi clinici ai professionisti.
- Revisionare la qualità scientifica e metodologica degli indicatori di Performance (in collaborazione con l'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale).
- Rendere sistematica l'attività di audit clinico.
- Consolidare i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali, insieme all'Azienda Usl.
- Sperimentare nuove forme di ascolto degli utenti.

Sistemi di monitoraggio della performance aziendale

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è coinvolta in sistemi regionali e nazionali di valutazione delle performance.

I principali sistemi di monitoraggio della performance clinico-organizzativa sono il database aziendale degli indicatori, le reportistiche sugli "Indicatori di attività" dell'Agenda Sanitaria e Sociale Regionale – Area Governo Clinico, il Programma Nazionale Esiti (PNE), il sistema di valutazione "Network Regioni" progettato Laboratorio Management e Sanità (Scuola S. Anna di Pisa), cui la regione Emilia Romagna ha aderito nel 2014.

La nostra Azienda ha assunto, dal 2001 in poi, il "Sussidio per l'autovalutazione e l'accreditamento 4" dell'Agenda Sanitaria Regionale come linea guida per la costruzione del sistema di misurazione e monitoraggio delle caratteristiche di qualità. Coerentemente a quanto enunciato nelle pag. 4 - 7 di tale documento, nel 2001 è iniziata la costruzione di un sistema aziendale di indicatori di performance clinica. Per diffondere a livello aziendale una cultura "valutativa" sulla qualità tecnico-organizzativa sono state svolte sin dall'inizio attività di formazione. Nel 2001 è stata richiesta a tutte le Unità Operative la formulazione di indicatori di performance clinica relativi ad eccellenze cliniche o ad attività preminenti svolte; nel 2002 è iniziata la raccolta dei dati, e nella fase successiva (2003) sono stati definiti gli standard di riferimento. Quando il volume di dati stava diventando importante, si è proceduto con l'informatizzazione degli indicatori e dei dati rilevati in un database con superficie web, nel 2008 si è reso necessario un upgrade al sistema per poter agganciare i dati al Sistema Qualità, integrando gli indicatori previsti dai requisiti specifici di Accreditamento Regionale. Ogni indicatore è messo in relazione ad un prodotto / processo specifico del Dipartimento ad Attività Integrata (DAI) o dell'Unità Operativa. Gli indicatori sono collegati nei propri contenuti alle procedure. Ad oggi, il sistema di raccolta dati è divenuto una fonte preziosa sia a livello di Unità Operativa, sia dipartimentale, sia aziendale, permettendo una rapida verifica dell'attuale posizionamento rispetto allo standard di riferimento. Nel Database Aziendale vengono monitorati circa 750 indicatori, sia di processo che di outcome; esso è accessibile da qualsiasi Personal Computer collegato ad internet e contiene i metadati ed i dati degli indicatori di performance (standard di prodotto) di tutte le Unità Operative dell'Azienda.

Per ogni indicatore sono previste specifiche autorizzazioni di immissione e convalida. Le funzioni aziendali centrali invece possiedono accesso di sola lettura. Per favorire la massima trasparenza interna all'azienda ogni utilizzatore del sistema è abilitato a vedere dati e metadati di tutte le articolazioni aziendali.

Il controllo statistico sugli eventuali scostamenti viene effettuato sia a livello di Unità Operativa e DAI, che a livello aziendale, ed i risultati entrano nel processo del riesame della direzione - assegnazione obiettivi - verifica. Il processo di assegnazione degli obiettivi quindi riguarda variabili di costo, di produzione e di qualità.

Ogni anno l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale – Area Governo Clinico invia alle Direzioni Aziendali dei Presidi Sanitari un report sugli “Indicatori di attività”; il documento propone per ciascun indicatore il confronto tra le diverse Aziende sanitarie della Regione. I dati si riferiscono all'anno precedente a quello di pubblicazione e sono derivati per la quasi totalità dai flussi correnti (Scheda di Dimissione Ospedaliera, Registro di Mortalità).

I settori esaminati sono relativi all'attività specifica delle Commissioni regionali cardiologica e cardiocirurgia, oncologica e ortopedica e del gruppo di lavoro di monitoraggio del trauma grave.

Nell'ambito della valutazione comparativa degli esiti sanitari la nostra Azienda utilizza le informazioni che rende disponibili il Programma Nazionale Esiti (PNE) affidato all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas) dal Ministero della salute. PNE definisce strumenti e metodi di misura per la valutazione empirica degli esiti, stimati sia a livello di struttura ospedaliera sia a livello di area di residenza.

Gli indicatori considerati sono costruiti sulla base di protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con una chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni etc.); quando non sono disponibili o misurabili in modo valido esiti diretti di salute, PNE utilizza esiti intermedi o esiti surrogati, che possono essere costituiti, ad esempio, da processi, procedure, tempi. Nel mese di Novembre 2014, la nostra Azienda è stata invitata da Agenas ad attivare processi di verifica della qualità dei dati registrati sul PNE, e precisamente i dati relativi a situazioni cliniche che indicavano la necessità di un taglio cesareo. L'indicatore “Proporzione con parti con taglio cesareo primario,” pur presentando una “percentuale grezza” in linea con i valori regionali e nazionali, raggiungeva una “percentuale aggiustata” non aderente alla realtà, che faceva pensare ad un comportamento opportunistico di codifica da parte della nostra Azienda. I risultati PNE sono stati discussi con i Professionisti in Collegio di Direzione ed è quindi stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per analizzare la documentazione clinica dei casi in studio e identificare i possibili fattori che potevano determinare un “sovra-aggiustamento” delle percentuali grezze.

L'attività di revisione ha evidenziato che:

- il tasso di parti cesarei primari della Azienda Ospedaliero Universitaria FE era in linea con i valori regionali e nazionali;
- non trattandosi di un problema clinico, la causa dello scostamento segnalato era da ricercare nel processo di diagnosi-trascrizione-codifica-data entry, in particolare per le “malposizioni del feto”.

Sono state immediatamente eseguite le correzioni concordate ed è stato predisposto un “vademecum” con le indicazioni per la codifica delle condizioni di mal posizionamento più frequenti.

Nel 2001 la Regione Toscana, ha affidato al gruppo di ricerca della Scuola Superiore Sant'Anna l'incarico di predisporre un progetto per un sistema di valutazione e valorizzazione della performance delle aziende sanitarie toscane. (decreto n.7425 del 18/12/2001). La Regione Emilia Romagna partecipa al progetto dall'anno 2014. Il sistema “bersaglio” fornisce un quadro di sintesi dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie, utile alla valutazione della performance conseguita, ma anche alla valorizzazione dei risultati ottenuti. Le dimensioni di valutazione che compongono il sistema sono relative a: *livelli di salute della popolazione, capacità di perseguire gli orientamenti del sistema regionale, socio sanitaria* (di qualità, di appropriatezza, di efficienza e di capacità di governo della domanda e di risposta del sistema sanitario per le attività dell'ospedale, del territorio e della prevenzione), *esterna* (data all'attività aziendale dai cittadini come utenti, compresa l'efficacia dei processi di comunicazione esterna), *interna* (il livello di soddisfazione del personale delle aziende sanitarie), *efficienza operativa e della*

performance economico finanziaria (capacità aziendale di perseguire le tre condizioni di equilibrio della dinamica economico finanziaria - reddituale monetario, finanziario e patrimoniale).

Il sistema di valutazione permette il confronto a livello regionale e aziendale. Le performance delle varie dimensioni sono riassunte in 60 indicatori di sintesi, rappresentati in forma grafica tramite un "bersaglio", con cinque fasce di valutazione a seconda della performance conseguita: al centro i punti di forza, corrispondenti alle fasce verdi, mentre nelle aree rosse e arancioni sono indicati i punti di debolezza.

Integrazione con l'Università

Nel 2014 è stato realizzato un documento di descrizione e di analisi sull'integrazione tra le funzioni assistenziali e tecniche, la didattica e la ricerca e sul contributo dell'Università all'erogazione delle prestazioni sanitarie all'utenza da parte dell'Azienda. Il prodotto finale, elaborato in seno al Comitato di Indirizzo, è stato presentato al Collegio di Direzione. L'aggiornamento dell'elaborato, da parte degli attori coinvolti, è stato anche condiviso come obiettivo per i DAI per il 2014. Vista la rilevanza strategica dell'argomento, viene allegato l'intero documento elaborato.

Processo di Accreditamento

Nei primi due mesi dell'anno 2014 sono stati visitati dai Team regionali di valutazione gli ultimi 2 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) ed il Laboratorio Unico Provinciale. In Marzo sono stati sottoposti a valutazione l'Unità Operativa Fisica Medica ed il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale con la seguente calendarizzazione:

- 21-22 Gennaio: valutazione del settore di neuroscienze del DAI Neuroscienze Riabilitazione + Piastra ambulatoriale
- 17-18 Febbraio: Laboratorio Unico Provinciale
- 18-19 Febbraio: DAI Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio
- 27-28 Febbraio: Unità di Raccolta Sangue Avis Provinciale di Ferrara
- 24 Marzo: Unità Operativa Fisica Medica e Anello S. Anna Corso Giovecca, Genetica Medica
- 26 Marzo: Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (relativamente al Servizio di Farmacia Ospedaliera)
- 27 marzo 2014 valutazione del settore della Riabilitazione del DAI Neuroscienze Riabilitazione

Tale percorso aziendale si è concluso nella giornata del 7 Maggio, in cui l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ed il Team regionale dei Valutatori hanno condiviso la valutazione del sistema qualità aziendale della struttura sanitaria nel suo complesso.

L'8 Maggio si è tenuto il Convegno Nazionale "L'accREDITamento come strumento di lettura di nuovi Modelli Organizzativi" che ha visto la partecipazione dei Professionisti aziendali, dell'Assessore Politiche per la Salute, del Presidente Provincia di Ferrara, del Rettore Università degli Studi di Ferrara, del Presidente Comitato di Indirizzo, del Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale e del Responsabile Funzione AccREDITamento in Agenzia, del Team Leader dei Valutatori regionali, oltre ad ospiti internazionali.

Infatti, fra l'8.5.2013 ed il 27.3.2014 si sono svolte ben 17 visite di verifica, che hanno impegnato 83 valutatori regionali (fra cui 13 teamleader), per un totale di circa 1.260 ore di verifica e 11.619 requisiti verificati, dapprima in autovalutazione, poi da parte dei team regionali.

Oltre alle dimensioni quantitativamente significative, il percorso ha implicato anche aspetti innovativi nei contenuti e nella metodologia:

(1) D'accordo con l'Agenzia Regionale si sono coinvolti nella valutazione, già dall'inizio, anche i livelli aziendali, e non solo i singoli dipartimenti. Quindi, per la prima volta un'azienda intera si è sottoposta alla valutazione tramite le visite di verifica, in linea con i nuovi principi nazionali dell'accordo Stato-Regioni del Dicembre 2012; l'Agenzia ha dato riscontro di ciò con la nota 277148 del 28/7/2014.

(2) L'Azienda nel suo insieme ha reagito immediatamente a eventuali criticità rilevate in visita, presentando le azioni correttive ai valutatori di quelle successive; la Regione dà atto di questo approccio sistemico al miglioramento con nota 410802 del 4/11/2014 e 420821 del 10/11/2014, tant'è vero che l'atto di accreditamento sopraccitato non contiene prescrizioni sostanziali, ma solo una di forma.

(3) Sono stati sottoposti a verifica due Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, applicando la nuova checklist regionale per il PDTA "Ca. polmone" (insieme al DAI Medicine Specialistiche 12-13/11/2013) ed il PDTA "Ictus" (insieme al DAI Neuroscienze 21-22/1/2014).

(4) L'Ufficio Formazione della nostra Azienda è stato il primo fra le aziende pubbliche dell'Emilia-Romagna a superare una verifica non sperimentale sui nuovi requisiti per i provider della formazione (nota 180048 del 17/7/2013).

(5) E' stato sottoposto, con successo, a verifica sperimentale il Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, applicando i nuovi requisiti specifici (nota 136092 del 18/4/2014 e 234312 del 12/6/2014).

(6) All'interno del processo di accreditamento del "Sistema Sangue" provinciale, è stato affrontato il set di requisiti innovativi per i servizi trasfusionali; l'iter si è concluso positivamente, come viene confermato dalle determinazioni 19066 e 19209 del 23/12/2014.

(7) Sono state sottoposte a valutazione due "piattaforme" trasversali con visite apposite:

- a. le sale operatorie (in data 28-29/5/2013)
- b. la piastra ambulatoriale (in data 21-22/1/2014)

(8) Oltre al Dipartimento Farmaceutico, sono andati in verifica, per la prima volta, altri due dipartimenti interaziendali:

- a. Ingegneria Clinica, con la Fisica Sanitaria (24/3/2014)
- b. Laboratorio Unico Provinciale (17-18/2/2014).

Anche nella sede del Convegno del 8.5.2014 sono stati confermati i principi fondanti del Sistema qualità della nostra azienda:

- i dati sono la "materia prima" del processo pianificazione e valutazione,
- si usa il modello dell'accreditamento per il governo degli assetti organizzativi,
- nella cornice del SQ aziendale, le osservazioni emerse da visite di verifica diventano obiettivi annuali per le strutture interessate.

L'Azienda, a conclusione delle visite regionali di accreditamento, ha proposto all'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale un progetto di "Sperimentazione organizzativa sugli Indicatori Clinici - revisione completa" per la rilevazione di indicatori di comprovata valenza scientifica che andranno a sostituire quelli attuali richiesti dai requisiti specifici di Accreditamento. La scelta degli indicatori dipenderà da una serie di criteri che gli indicatori dovranno soddisfare per essere definiti di "buona qualità". Il risultato finale sarà un set di indicatori altamente esplicativi e metodologicamente robusti. La rappresentazione grafica attraverso carte di controllo sarà uno dei prodotti finali per la standardizzazione del processo di valutazione delle performance della nostra azienda.

Rispetto a questo tema, l'Ufficio Accreditamento Qualità e l'Unità Organizzativa Formazione e Aggiornamento hanno elaborato, dopo l'estate, un percorso di formazione-azione "Revisione sistematica degli indicatori di performance clinica monitorati nel Database Aziendale", accreditato ECM, che prevede il coinvolgimento di tutti i Dipartimenti

ad Attività Integrata e delle Unità Operative ad essi afferenti, attraverso riunioni plenarie con il Dipartimento ed incontri personalizzati con le singole Unità Operative.

L'ordine temporale del coinvolgimento dei Dipartimenti rispecchierà il calendario delle Visite Regionali; ad Ottobre 2014 è iniziato il percorso del DAI "Riproduzione Accrescimento", da Gennaio si è continuato con il DAI "Emergenza" e nella primavera 2015 è la volta del DAI "Medico".

Nei primi mesi del 2014 il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) "Ictus" è stato condiviso e revisionato dai professionisti delle due Aziende ferraresi divenendo interaziendale.

A fine Marzo il Responsabile Qualità Aziendale ha predisposto un report per l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale per evidenziare le azioni correttive e di miglioramento avviate sia a livello aziendale sia dai Dipartimenti ad Attività Integrata in seguito alle criticità trasversali e alle osservazioni segnalate dai Team regionali di valutazione. Le criticità rilevate per DAI ed Unità Operative sono inoltre confluite tra gli obiettivi di Budget 2014.

Nel mese di Luglio l'Agenzia ha ritenuto superata la quasi totalità delle criticità emerse e rispetto alle azioni ancora in corso e da completare entro la fine dell'anno, l'Azienda ha inviato rendicontazioni puntuali nei mesi di Luglio, di Ottobre, Novembre e Dicembre 2014, relativi in particolare alla convalida dei processi del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale come richiesto dai requisiti CNS, ai controlli di qualità esterni del Laboratorio di Endocrinologia e all'implementazione di un sistema di Incident Reporting per la terapia antitumorale in Oncoematologia.

L'unica azione di miglioramento la cui conclusione è prevista per il 2015 è la rimodulazione dei letti telemetrati in Cardiologia.

A Settembre è iniziato il percorso di accreditamento Jacie del Centro Trapianti di Ferrara, che vedrà impegnate le Unità Operative di Ematologia e del Servizio di Immunoematologia e Trasfusionale fino alla visita degli Ispettori prevista per Marzo 2016.

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

Per quanto riguarda il Dipartimento Farmaceutico e il Servizio di Farmacia Ospedaliera, nella visita del 26 marzo sono stati analizzati i vari aspetti farmaceutici presenti nei requisiti specifici nel documento regionale, che è stato quindi sperimentato sul campo prima della sua approvazione, in particolare la gestione dei farmaci e altri beni sanitari, le tematiche relative agli approvvigionamenti, alla gestione logistica dei beni sanitari, al monitoraggio dei consumi e dei costi, ai gas medicali.

Mentre, per quanto riguarda il governo clinico, sono stati analizzati i parametri di qualità previsti nel documento regionale nelle diverse aree di attività: galenica clinica, valutazione/informazione/appropriatezza sui farmaci e sui dispositivi medici, analisi di appropriatezza e audit clinici, didattica, sperimentazioni cliniche, farmaco-vigilanza, dispositivo-vigilanza, distribuzione diretta dei medicinali, ecc...

Parte integrante dell'accREDITAMENTO che è stata valutata sono i requisiti organizzativi che il responsabile della Farmacia ha mantenuto in linea con l'evoluzione del contesto clinico nel quale il Servizio opera, dalla formazione all'acquisizione e mantenimento della clinical competence.

Il Servizio di Farmacia Ospedaliera ed il Dipartimento Farmaceutico di Ferrara sono state le prime strutture farmaceutiche della RER ad essere accreditate, precedendo quindi tutte le altre strutture farmaceutiche della Regione.

Il verbale della visita di accREDITAMENTO ha riportato una valutazione positiva con riconoscimento da parte del team di verifica di eccellenze quali il Laboratorio di produzione

galenica ed antiblastici interaziendale, l'attività di Erogazione Diretta realizzata come strumento di verifica di appropriatezza prescrittiva, di gestione del rischio per il paziente, nonché la presenza dell'HUB regionale nell'ambito della gestione antidoti per il quale la Farmacia dell'Azienda è sede del centro di riferimento regionale. Sono stati riconosciuti anche elevati livelli qualitativi nel campo della farmacovigilanza, della sperimentazione applicata alla pratica clinica e della valutazione della sicurezza/efficacia (interazioni, aderenza alla terapia), nonché capacità di comunicazione con l'utenza e di analisi delle proprie attività e competenze.

La Direzione Medica di Presidio ha collaborato con l'Ufficio Accreditamento e con i Dipartimenti coordinando e collaborando all'elaborazione delle procedure a valenza trasversale aziendale ed interaziendale nell'ambito del processo di accreditamento dipartimentale. L'impegno ha comportato in alcuni casi anche delle revisioni, ridefinizioni ed aggiornamenti organizzativi delle attività dipartimentali.