

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



università di ferrara

DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



anno 2011

bilancio di missione
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

Presentazione del Direttore Generale

1 Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

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

1.2 Il sistema delle relazioni con l'Università

- 1.2.1 Corsi di laurea attivati e disattivati nell'anno 2011
- 1.2.2 Ricercatori e Professori universitari assunti e cessati
- 1.2.3 Ricercatori e professori da reclutare sulla base delle procedure già deliberate

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

1.4 Osservazioni epidemiologiche

1.5 Accordo di fornitura

2 Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

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

2.2 Impatto sul contesto territoriale

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

2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza

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

2.5. Assetto organizzativo

- 2.5.1 L'organizzazione aziendale

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.1 Dignità della persona

- 3.1.1 Miglioramento della relazione operatore assistito
- 3.1.2 Le reti per le cure palliative e la terapia del dolore: l'ospedale territorio senza dolore

3.2 Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure

- 3.2.1 Sicurezza delle cure e gestione del rischio
- 3.2.2 Accesso e continuità assistenziale per gli utenti del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare.
- 3.2.3 Miglioramento della presa in carico di pazienti fragili. La continuità ospedale-territorio
- 3.2.4 Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti e della diffusione del fascicolo sanitario elettronico dell'assistito
- 3.2.5 Rete delle farmacie oncologiche
- 3.2.6 Appropriatelyzza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio
- 3.2.7 Prescrizione dei farmaci con brevetto scaduto
- 3.2.8 Monitoraggio dei dispositivi medici
- 3.2.9 Mantenimento e sviluppo delle attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera
- 3.2.10 Proseguimento dell'implementazione del programma Stroke Care

3.2.11 Proseguimento dell'implementazione del l'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia.

3.2.12 Diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche

3.2.13 Monitoraggio dei pazienti con fratture di femore

3.2.14 Donazione di organi tessuti e cellule e identificazione dei potenziali donatori

3.2.15 I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali del carcinoma del polmone e dell'ictus

3.3 Valorizzazione ed empowerment degli operatori

3.3.1 Implementazione e sviluppo delle attività di emergenza-urgenza secondo le indicazioni regionali

3.3.2 Accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento

3.3.3 Integrazioni interaziendali per le attività sanitarie

3.3.4 Integrazioni interaziendali per le attività tecnico-amministrative

3.4 Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio

3.4.1 Gestione delle differenze per garantire equità

3.4.2 Campagne informative di prevenzione

3.5 Sostenibilità, monitoraggio e regolazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari

3.5.1 Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie

3.5.2 Mantenimento del patrimonio informativo sanitario, socio-sanitario e sociale

3.5.3 Le politiche d'acquisto di beni e servizi

3.5.4 Progetti ICT e Sistema informativo regionale

3.5.5 **ISviluppo e ottimizzazione dei processi di integrazione organizzativa**

3.5.6 L'accreditamento istituzionale

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

4.1 La "carta di identità" del personale

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

4.2.1 Il Collegio di Direzione e le funzioni di staff.

4.2.2 Il processo di Budget

4.2.3 Il processo di Accreditemento

4.2.4 I programmi interaziendali

4.3 Gestione del rischio e sicurezza

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

4.4.1 La ridefinizione dei nuovi quadri di responsabilità

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

4.5.1. Procedure di valutazione

4.6 Sistema informativo del personale

4.7 Formazione

4.7.1 Formazione aziendale e crediti ECM

4.7.2 Accreditemento eventi formativi

4.7.3 Budget della formazione aziendale

4.7.4 Attività di docenza e tutorato

4.7.5 Biblioteca digitale di scienze della salute

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

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

4.8.2 Azioni promosse per i dipendenti

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

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

5.1.1 Accoglienza informativa e supporto all'utenza

5.1.2 Accoglienza informativa rispettosa delle differenze per garantire equità

5.1.3. La funzionalità della Mediazione Interculturale

5.1.4 Gestione delle criticità e delle relazioni con il pubblico

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

5.2.1 Gestione dell'identità e dell'immagine aziendale verso l'esterno

5.3 Gli strumenti per la comunicazione interna aziendale

5.3.1 Sito intranet

5.3.2 Newsletter

5.3.3 Rassegna stampa

6. Governo della Ricerca ed Innovazione

6.1 Azioni dell'infrastruttura locale ed integrazione dei sottosistemi aziendali

6.2 Capacità di attrazione di risorse finanziarie

6.3 Sviluppo della cultura relativa alla ricerca sanitaria

6.4 Facilitazione dell'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo della informazione scientifica

6.5 Incentivazione dello sviluppo di collaborazioni con altre istituzioni

6.6 Mappatura dei progetti multidisciplinari.

6.7 Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

6.8 Coinvolgimento del Comitato Etico in decisioni aziendali

6.9 Regole di trasparenza verso finanziatori pubblici e privati

6.10 Ricerca e Didattica

6.10.1 Ricerca

6.10.2 Didattica

7. Il bilancio di genere

7.1 Premessa

7.2 Genere e salute, il contesto demografico della provincia: la storia sanitaria dei dimessi nel 2010

7.3 Il cliente interno: i dipendenti dell'Azienda

8. Nuovo Ospedale di Cona

8.1 La programmazione delle sedi

8.2 La programmazione ospedaliera

8.3 Il nuovo ospedale di Cona

8.4 Progetto relativo all'area dell'attuale S. Anna

Conclusioni del Direttore Generale

Parere del Comitato di indirizzo

Presentazione del Direttore Generale

L'elaborazione del Bilancio di Missione del 2011 mostra alcune differenze nella struttura del documento di rendicontazione. Pur rispettando le linee guida regionali sulla articolazione e impostazione dei contenuti, il prodotto finale presenta una minor "dispersione" degli argomenti affrontati in più capitoli. Ad alcuni ambiti di particolare rilievo, come i rapporti con l'Università e la gestione del rischio e della sicurezza, sono stati attribuiti spazi più concentrati.

Il documento presenta, inoltre, una maggior schematicità nella descrizione degli argomenti, rispetto alle annate precedenti, allo scopo di poter mettere maggiormente in evidenza, attraverso dati e tabelle che descrivono trend e indicatori, la quantificazione più adeguata possibile dei risultati ottenuti, sulla base di obiettivi aziendali e regionali.

Seguendo la logica della rendicontazione narrata, che parte dalla documentazione oggettiva di risultati raggiunti e di azioni compiute nell'anno di riferimento, per mantenere un livello di "dinamicità" del documento, vengono solo accennate, o rimandate a pubblicazioni precedenti, le tematiche che descrivono ambiti, situazioni, aspetti strutturali dell'azienda che non hanno presentato cambiamenti rispetto allo storico. Questa caratteristica sarà mantenuta anche nei Bilanci di Missione degli anni prossimi, con la progressiva adozione di un criterio di periodicità delle informazioni che non si modificano significativamente con ritmicità annuale.

Tali modifiche, sono state introdotte senza rinunciare, all'obiettivo, ancor più sfidante, di non diminuire, anzi di contribuire sempre ad agevolare l'accessibilità alla lettura da parte degli stakeholder.

Nella raccolta ed organizzazione delle informazioni, secondo le linee guida regionali per la redazione del documento, si è sempre cercato di garantire oltre l'accessibilità, anche la trasparenza, sulle varie tematiche affrontate. Come nelle edizioni precedenti, viene ribadita l'essenza del Bilancio di Missione, intesa come la descrizione a consuntivo dell'azione istituzionale dell'Azienda, esponendo, nei vari ambiti, i risultati ottenuti, in grado di affiancare la rendicontazione economica costituita dal Bilancio di Esercizio.

Nel primo capitolo, dedicato al contesto di riferimento in cui opera l'Azienda, viene descritta la rete integrata dell'offerta regionale, intesa come il ruolo complessivo che l'Azienda svolge nel contesto della rete regionale e provinciale.

La seconda sezione del Bilancio di Missione continua ad essere una componente fondamentale ed articolata in ampie tematiche:

- La sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale;
- L'impatto sul contesto territoriale;
- Il contributo alla copertura dei livelli essenziali di assistenza, analizzato negli ambiti distrettuali, ambulatoriali, farmaceutici, e ospedalieri;
- La qualità dell'assistenza con la descrizione dei principali indicatori frutto di un processo di condizione e analisi di un gruppo di lavoro regionale e successivamente adottati dalla Regione stessa come strumenti di misurazione degli esiti.

Nel capitolo terzo vengono descritti i risultati ottenuti in relazione ad obiettivi aziendali specifici.

Nel capitolo quarto, vengono aggiornati annualmente gli aspetti qualitativi e quantitativi sul personale dipendente.

Nel quinto capitolo vengono illustrati i sistemi aziendali relazionali e gli strumenti della comunicazione.

Il capitolo sesto è dedicato alla ricerca e innovazione, in cui vengono descritte le azioni della struttura locale specifica, l'Ufficio Ricerca e Innovazione verso lo sviluppo e consolidamento di tale settore, e la ricerca e didattica in collaborazione con l'Università.

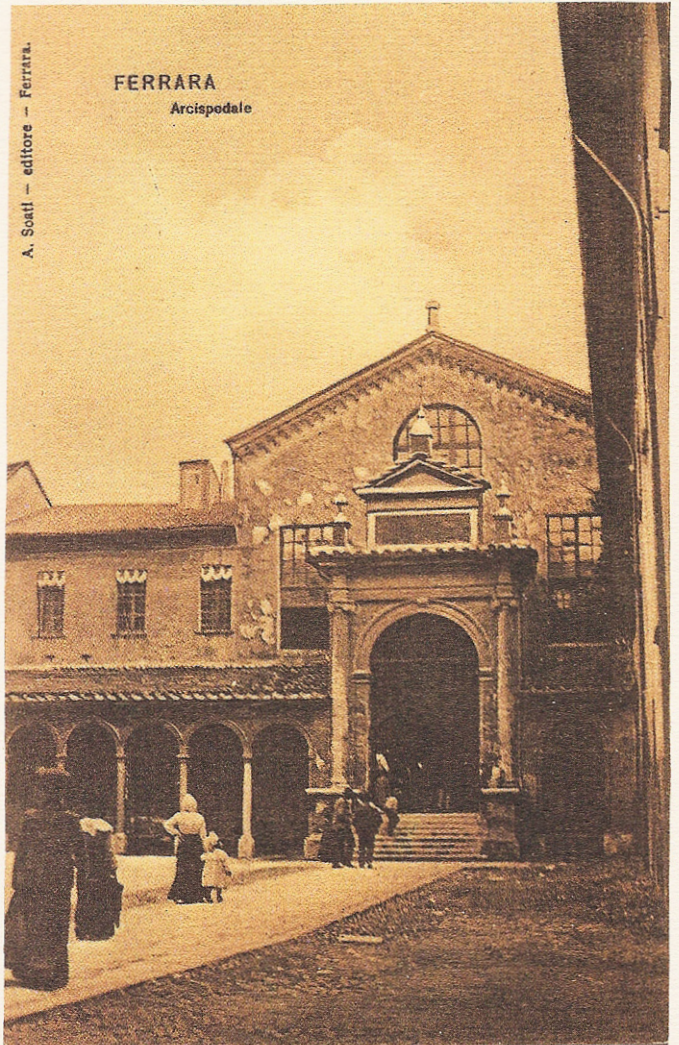
Il capitolo settimo è dedicato, come ormai consuetudine alle informazioni relative al Genere.

Anche questa edizione del Bilancio di Missione dedica un capitolo specifico al nuovo Ospedale di Cona, con le considerazioni sulle attività svolte nel 2011.

Dott. Gabriele Rinaldi

A. Sottli - editore - Ferrara.

FERRARA
Arcispedale



Ex Arcispedale S. Anna - Il portale di ingresso alla Sala Alta.

A destra l'ala ospedaliera adiacente a Palazzo Roverella, poi demolita per aprire via Boldini

1 Contesto di riferimento

1.1 Quadro normativo e istituzionale

L'Azienda deve adeguare la sua attività ad un ampio e articolato panorama di norme e disposizioni provenienti da fonti che possono essere Nazionali, Regionali oppure a livello di Enti Locali, riportate nei paragrafi seguenti, con separata indicazione delle integrazioni normative introdotte nell'anno 2010.

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

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

1.1.1 Quadro normativo nazionale di base

Vengono riportate di seguito le basi normative nazionali di riferimento.

- D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", e successive modifiche e integrazioni".
- D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30.11.1998 n. 419 e successive modifiche e integrazioni".
- D. Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 "Disciplina dei rapporti tra S.S.N. e Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30.11.1998, n. 419".
- Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" Il D.P.C.M. definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria includendo l'area dell'integrazione socio-sanitaria nella quale sono evidenziate anche le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale.
- Piano Nazionale della Prevenzione del rischio cardiovascolare, delle complicanze del diabete, dei tumori, del rischio infettivo tramite vaccinazioni e degli incidenti.
- Legge 23 dicembre 2005 n. 266 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" .
- D. L. 7 ottobre 2008 n. 154 "Disposizioni urgenti per il contenimento della spesa sanitaria e in materia di regolazioni contabili con le autonomie locali", convertito in legge, con modificazioni dall'art. 1 comma 1 L. 4 dicembre 2008, n. 189.
- Legge 5 maggio 2009 n.42 "Delega al Governo

in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione".

- D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" diretto a:
 - conseguire una migliore organizzazione del lavoro;
 - assicurare il progressivo miglioramento della qualità delle prestazioni erogate al pubblico;
 - ottenere adeguati livelli di produttività del lavoro pubblico e favorire il riconoscimento di meriti e demeriti dei dirigenti pubblici e del personale;
 - misurazione, valutazione e trasparenza della performance.
- Legge 15 marzo 2010, n.38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".
- Intesa Stato Regioni del 29 aprile 2010 sul Piano Nazionale della prevenzione 2010-2012.
- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso di nascita e per la riduzione del taglio cesareo".
- Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore".

1.1.2 Quadro normativo regionale di base

- L. R. 25 febbraio 2000 n. 11 "Modifiche della L. R. 12 maggio 1994 n. 19 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale si avvale dei seguenti principi:
 - la centralità del cittadino;
 - il perseguimento della efficienza allocativa delle risorse;
 - la distinzione funzionale tra la responsabilità di committenza e la responsabilità di produzione;
 - lo sviluppo della partecipazione degli Enti locali al processo di individuazione, di selezione e di attuazione degli obiettivi;
 - la partecipazione delle organizzazioni sociali e degli operatori sanitari al processo di programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale;
 - la valorizzazione delle risorse umane.
- L.R. 23 dicembre 2004 n. 29 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale": Viene ridefinita la sa-

nità dell'Emilia-Romagna in un'ottica federalista. Sono rafforzate: le competenze degli Enti locali in materia di programmazione sanitaria, verifica e controllo, il rapporto della Regione con l'Università nel campo dell'assistenza, della ricerca e della didattica. La legge ridefinisce il Collegio di direzione come organo dell'Azienda, al pari del Direttore Generale e del Collegio sindacale, il riconoscimento della funzione di ricerca come parte integrante della mission del S.S.R.

- D.G.R. 23 febbraio 2004 n. 327 "Applicazione della L.R. n. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti".
- D.G.R. 30 dicembre 2004 n. 2708 "Programma per la Ricerca e l'Innovazione nel Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna in cui vengono definiti Ambiti e obiettivi generali del PRI-ER.
- D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 213 "Introduzione del bilancio di missione nel servizio sanitario regionale".
- D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 297 "Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004 n. 29".
- D.G.R. 14 febbraio 2005 n. 318 "Disciplina delle Aziende ospedaliero-universitarie ai sensi dell'articolo 9, comma 6, della legge regionale 23 dicembre 2004 n. 29 recante Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale".
- D.G.R. 30 gennaio 2006 n. 86 "Direttiva alle Aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale".
- D.G.R. 6 novembre 2006 n. 1532 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa".
- D.G.R. 15 novembre 2006 n. 1546 "Approvazione del protocollo d'intesa sulla formazione specialistica dei laureati in medicina e Chirurgia".
- D.G.R. n. 73 del 29 gennaio 2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, integrazione alla d.g.r. n. 1532 del 06.11.06".
- D.G.R. n. 946 del 25 giugno 2007: "Adozione del prontuario terapeutico regionale ai sensi della dgr 1540/2006".
- D.G.R. Assemblea Legislativa del 14 novembre 2007 n. 141 "Approvazione del piano energetico regionale (Proposta della G.R. in data 10 gennaio 2007, n. 6)".
- D.G.R. 16 novembre 2007 n. 1720 "Approvazione linee di indirizzo per l'organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con ictus - programma stroke care".
- D.G.R. 10 dicembre 2007 n. 1921 "Linee guida alle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna per il controllo del dolore in travaglio di parto".
- D.G.R. 20 dicembre 2007 n. 2002 "Direttiva alle aziende sanitarie per il rispetto dell'adempimento relativo alla sostituzione della modulistica 'debuvo' per la specialistica ambulatoriale di cui alla dgr 2035/2006".
- D.G.R. 20 dicembre 2007 n. 2011 "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della L.R. 29/2004"
- L.R. 21 dicembre 2007 n. 28 "Disposizioni per l'acquisizione di beni e servizi".
- D.G.R. 27 dicembre 2007 n. 2175 "Provvedimenti attuativi del comma 796, lettera o), dell'art. 1 della legge 27 dicembre 2006 n° 296 - rete laboratoristica regionale".
- D.G.R. 27 dicembre 2007 n. 2313 "Piano dei conti delle aziende sanitarie. adeguamento al d.m. 13.11.2007, e all'art. 51 della l.r. 23-12-2004, n. 27".
- D.G.R. 18 febbraio 2008 n. 200 "Revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria dell'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale. attuazione dell' art. 8 comma 5 della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29"
- D.G.R. 3 marzo 2008 n. 249 "Assegnazione di finanziamenti alle aziende sanitarie per il sostegno delle attività di interesse regionale sugli screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero, mammella, del colon-retto e dei registri tumori di popolazione".
- D.G.R. 27 marzo 2008 n. 374 "Revisione del programma 'Assistenza odontoiatrica nella Regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004".
- D.G.R. 21 aprile 2008 n. 533 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita".
- D.G.R. 11 giugno n. 883 "Approvazione dei piani aziendali in materia di attività libero professionale intramuraria redatti dalle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna ai sensi della L. 120/07 e della D.G.R. di Giunta n. 200 del 2008".
- D.G.R. 29 settembre 2008 n. 1523 "Disposizione del sistema regionale dei dispositivi medici".
- D.G.R. 1155/2009 "Gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna".
- D.G.R. 27 dicembre 2010 n. 2071 "Approvazione del Piano regionale della Prevenzione per il trien-

1.1.3 Quadro istituzionale locale di base

- Accordo Attuativo Locale: La Regione Emilia Romagna, le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia e Parma sottoscrivono un Protocollo di Intesa individuando nella integrazione le modalità idonea per realizzare il concorso delle rispettive autonomie. Viene descritto in sintesi nel capitolo 3.
- Piani per la salute: Le tematiche di fondo individuate a livello provinciale sono la sicurezza alimentare, la sicurezza sul lavoro e quella stradale. In queste attività è prevista la collaborazione interaziendale tra AUSL e Azienda Ospedaliera Universitaria.
- Piani di zona: individuano le problematiche sociali che caratterizzano un territorio e come queste possano essere affrontate.
- Accordo di fornitura con l’Azienda USL: definisce la committenza della AUSL verso la Azienda Ospedaliera Universitaria in relazione alle esigenze della popolazione.
- Piano delle azioni - Obiettivi dati dalla Regione alle Aziende: definisce gli obiettivi che la Regione assegna alle aziende, in relazione a vincoli economici, appropriatezza delle prestazioni, esigenze di sviluppo e innovazione e ricerca, e le azioni da compiere per raggiungere i target predefiniti.
- Piano programmatico triennale: definisce le linee

1.1.4 Integrazioni normative cronologiche

Vengono di seguito riportati i principali aggiornamenti normativi introdotti nella sanità nazionale e regionale nel corso dell’anno 2011

- D.G.R. 28 marzo 2011 n. 389 “Prestazioni di Pronto soccorso assoggettate a compartecipazione della spesa da parte degli utenti-modifiche ed integrazioni alla deliberazione n. 1035/2009”.
- D.Lgs 6 maggio 2011 n. 68 “Disposizioni in materia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogno standard nel settore sanitario”.
- D. Lgs 23 giugno 2011 n.118 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n.42”.
- D.G.R. 30 maggio 2011 n.732 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l’anno 2011”.
- D.G.R 27 giugno 2011 n. 925 “Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012”.
- Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2011 in materia di Livelli Essenziali di Assistenza.
- Intesa Stato-Regioni sul riparto del Fondo sanitario 2011.

1.2 Il sistema delle relazioni con l’Università

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

1.2.1 Corsi di laurea attivati e disattivati nell’anno 2011

CORSI ATTIVATI IN BASE ALLA NUOVA RIFORMA UNIVERSITARIA (D.M. 270/04)		
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE TRIENNALI	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea in SCIENZE MOTORIE	Classe L-22 – scienze delle attività motorie e sportive	1° anno
Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI A CICLO UNICO	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea magistrale in MEDICINA E CHIRURGIA	Classe LM-41 – medicina e chirurgia	1° e 2° anno
- Laurea magistrale in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA	Classe LM-46 – odontoiatria e protesi dentaria	1° e 2° anno
Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI (biennali)	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea magistrale in SCIENZE E TECNICHE DELL’ATTIVITÀ MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA	Classe LM-67 – scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate	1° anno

CORSI ORGANIZZATI IN BASE ALLA RIFORMA UNIVERSITARIA - D.M. 270/04- CORSI IN FASE DI DISATTIVAZIONE		
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE TRIENNALI	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea in SCIENZE MOTORIE	Classe L-22 – scienze delle attività motorie e sportive	2° anno
Denominazione dei corsi di studio delle lauree MAGISTRALI (biennali)	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea magistrale in SCIENZE E TECNICHE DELL'ATTIVITÀ MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA	Classe LM-67 – scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate	2° anno
CORSI ATTIVATI IN BASE ALLA PRECEDENTE RIFORMA UNIVERSITARIA (D.M. 509/99)		
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE DI PRIMO LIVELLO	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea in SCIENZE MOTORIE	Classe 33 delle lauree in scienze delle attività motorie e sportive	3° anno - 1° e 2° disattivati
- Laurea in INFERMIERISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Infermiere)	Classe 1/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in OSTETRICIA (abilitante alla professione sanitaria di Ostetrica/o)	Classe 1/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in FISIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista)	Classe 2/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in LOGOPEDIA (abilitante alla professione sanitaria di Logopedista)	Classe 2/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in ORTOTTICA ED ASSISTENZA OFTALMOLOGICA (abilitante alla professione sanitaria di Ortottista ed assistente di oftalmologia)	Classe 2/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica)	Classe 2/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO (abilitante alla professione sanitaria di Educatore professionale sanitario)	Classe 2/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie della riabilitazione	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in TECNICHE AUDIOMETRICHE (abilitante alla professione sanitaria di Audiometrista)	Classe 3/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche - area tecnico-diagnostica	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di laboratorio biomedico)	Classe 3/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche - area tecnico-diagnostica	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di radiologia medica)	Classe 3/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche - area tecnico-diagnostica	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in TECNICHE AUDIOPROTESICHE (abilitante alla professione sanitaria di Audioprotesista)	Classe 3/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche - area tecnico-assistenziale	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in IGIENE DENTALE (abilitante alla professione sanitaria di Igienista dentale)	Classe 3/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche - area tecnico-assistenziale	1° - 2° - 3° anno
- Laurea in DIETISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Dietista)	Classe 3/SNT delle lauree nelle professioni sanitarie tecniche - area tecnico-assistenziale	1° - 2° - 3° anno
Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE SPECIALISTICHE A CICLO UNICO	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea specialistica in MEDICINA E CHIRURGIA	Classe 46/S delle lauree specialistiche in medicina e chirurgia	3° - 4° - 5° - 6° anno 1° e 2° disattivati
- Laurea specialistica in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA	Classe 52/S delle lauree specialistiche in odontoiatria e protesi dentaria	3° - 4° - 5° - anno 1° e 2° disattivati

Denominazione dei corsi di studio delle LAUREE SPECIALISTICHE (biennali)	Classe di corso di studio	a.a. 2010/11
- Laurea specialistica in SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	Classe SNT-SPEC/01 delle lauree specialistiche in scienze infermieristiche e ostetriche	1° e 2° anno
- Laurea specialistica in SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE	Classe SNT-SPEC/02 delle lauree specialistiche in scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione	1° e 2° anno
- Laurea specialistica in SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICO-DIAGNOSTICHE	Classe SNT-SPEC/03 delle lauree specialistiche in scienze delle professioni sanitarie tecniche (area tecnico-diagnostica)	1° e 2° anno

1.2.2 Ricercatori e Professori universitari assunti e cessati

Nell'anno 2011 sono stati convenzionati: 1 Professore Ordinario; 1 Professore Associato; 2 Ricercatori.
Nell'anno 2010 sono cessati 3 Professori Ordinari, 1 Professore Associato, 1 Ricercatore e 1 Assistente.

Sono da reclutare nel 2012 in base a procedure già deliberate 3 ricercatori, di cui 2 a tempo determinato.

Tabella 1.1 - Ricercatori e Professori assunti e convenzionati dal 2008

Tipologia	2008	2009	2010	2011
Professori Ordinari	1	0	2	1
Professori Associati	0	0	3	1
Ricercatori	5	3	1	2

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 1.2 - Ricercatori e Professori convenzionati cessati dal 2008

Tipologia	2008	2009	2010	2011
Professori Ordinari	0	5	5	3
Professori Associati	0	2	2	1
Ricercatori	0	0	2	1

Fonte: Università degli studi di Ferrara

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

Tabella 1.3 - Ricercatori e Professori da reclutare nel 2012 in base a procedure già deliberate

Professori Ordinari	0
Professori Associati	0
Ricercatori	3

Fonte: Università degli studi di Ferrara

1.3 La rete integrata dell'offerta regionale

L'Azienda è dotata di tutte le alte specialità mediche ad eccezione di: cardiocirurgia, trapianti d'organo, grandi ustionati, unità spinale, neuropsichiatria infantile².

L'indice di dipendenza della struttura dalla popolazione, che esprime la capacità di attrazione dell'ospedale e, al tempo stesso, il grado di utilizzazione delle sue risorse da parte di sottogruppi di popolazione residente nel territorio sul quale opera, evidenzia che per i ricoveri circa l'80% dell'attività è rivolta a persone che risiedono nella Provincia di Ferrara, con una netta prevalenza di soggetti residenti nel distretto centro-nord, dove ha sede l'Azienda (costantemente circa il 58%).

La percentuale di pazienti provenienti da altri distretti della provincia ha, però, avuto un tendenziale incremento nel corso degli anni.

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

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

	Residenti				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2011	58,0	23,2	5,5	13,3	100
2010	58,4	21,9	6,0	13,7	100
2009	57,5	21,4	6,4	14,8	100
2008	58,3	20,7	6,2	14,8	100

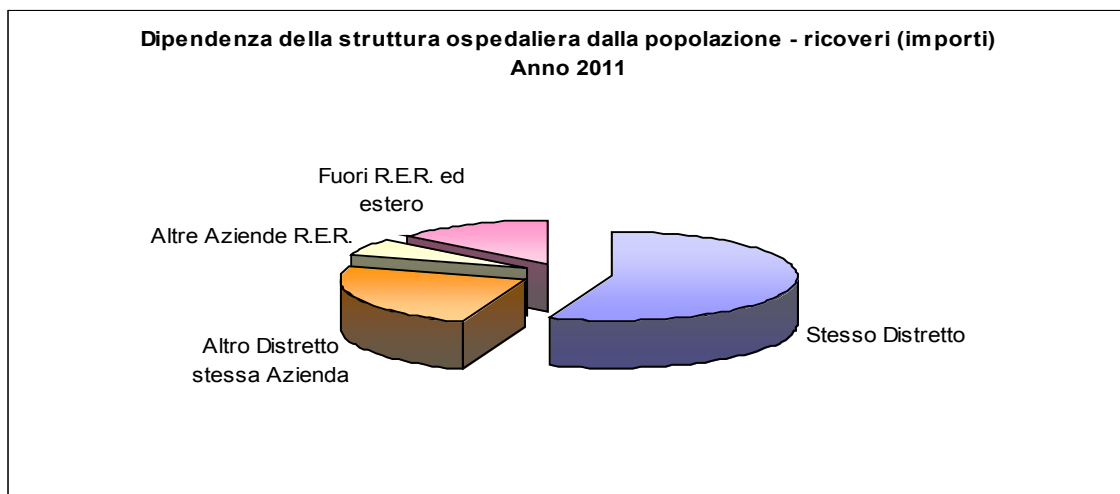
Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

La lettura del fenomeno in termini economici (tabella 1.5) riproduce sostanzialmente il medesimo quadro, anche a confronto con l'anno precedente con un maggior peso dei ricoveri che provengono da altre regioni e da altre provincie dell'Emilia Romagna.

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

	Residenti				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2011	55,5	24,4	6,1	14,0	100
2010	55,4	22,5	6,8	15,4	100
2009	55,2	22,4	6,8	15,7	100
2008	56,5	21,0	6,7	15,8	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.



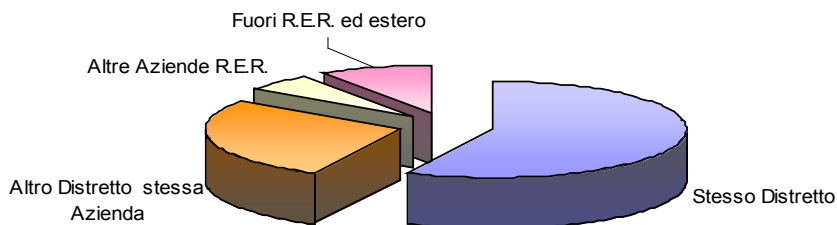
L'indicatore medesimo per l'attività ambulatoriale, descrive la stessa distribuzione della popolazione.

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

	Popolazione residente				TOTALE
	Stesso Distretto	Altro Distretto stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2011	57,3	27,5	5,6	9,6	100
2010	60,0	24,5	5,7	9,8	100
2009	61,2	23,5	5,7	9,5	100
2008	60,6	22,8	6,0	10,5	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

**Dipendenza della struttura ospedaliera dalla popolazione - attività ambulatoriale
(tutte le specialità, importi) Anno 2011**



Se si escludono le prestazioni di laboratorio, la percentuale degli importi derivanti da prestazioni rese a residenti di altre regioni si è riportata ai livelli del 2009.

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

	Popolazione residente				TOTALE
	Azienda USL	Azienda Ospedaliera di Ferrara	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2011	61,3	27,6	4,3	6,8	100
2010	62,0	27,7	4,0	6,3	100
2009	61,9	26,9	4,3	6,9	100
2008	60,9	25,8	5,0	8,3	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

Spostando l'attenzione sull'indice di dipendenza della popolazione dalla struttura, ossia sull'orientamento della popolazione residente nella Provincia di Ferrara rispetto alla scelta delle strutture in cui ricoverarsi o ricevere prestazioni ambulatoriali, si osserva che l'Azienda copre oltre il 44% della domanda di ricovero di tutta la provincia e poco più del 42% della specialistica ambulatoriale, mantenendo nell'ultimo triennio un andamento pressoché costante.

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

	Azienda USL		Azienda Ospedaliera di Ferrara	Totale	Altre Aziende R.E.R.		Aziende fuori R.E.R.	Totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2011	29,3	6,6	44,2	80,1	7,5	3	9,3	100
2010	29,7	6,6	44,2	80,5	7,6	2,9	9,1	100
2009	30,4	6,3	44,0	80,7	7,5	2,8	9,0	100
2008	30,5	6,0	43,7	80,3	7,3	3,1	9,3	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

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

	Azienda USL		Azienda Ospedaliera di Ferrara	Totale	Altre Aziende R.E.R.		Aziende fuori R.E.R.	Totale
	Pubblico	Privato			Pubblico	Privato		
2011	26,9	5,6	47,3	79,8	8,3	3,8	8,2	100
2010	28,4	5,5	45,7	79,7	8,3	3,7	8,3	100
2009	28,5	5,2	46,5	80,2	8,3	3,2	8,3	100
2008	27,6	4,7	46,7	79	8,3	4,2	8,5	100

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Dipendenza della popolazione ferrarese rispetto alle strutture di ricovero (regime ordinario e day hospital, importi) Anno 2011

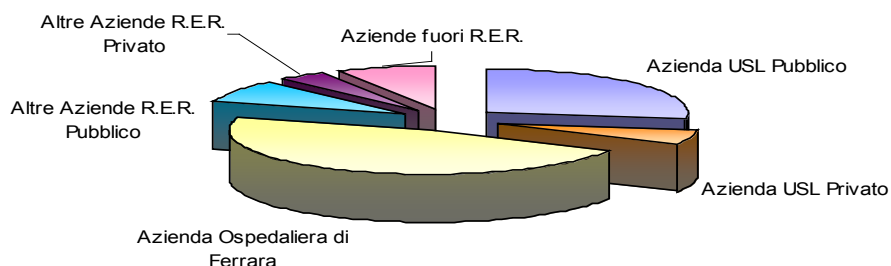
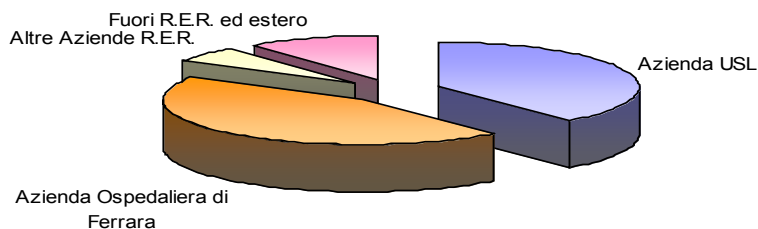


Tabella 1.10 – Indice di dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera (attività ambulatoriale, importi)

	Popolazione residente				TOTALE
	Azienda USL	Azienda Ospedaliera di Ferrara	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
2011	38,5	44,9	6,2	10,5	100
2010	40,7	42,5	6,6	10,2	100
2009	41,3	43,1	5,7	9,9	100
2008	42,3	42,9	5,2	9,9	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna.

Dipendenza della popolazione dalla struttura ospedaliera (attività ambulatoriale, importi) Anno 2011



In sintesi, il ruolo complessivo che l'Azienda svolge nel contesto della rete regionale e provinciale può essere colto dall'analisi congiunta della mobilità attiva e passiva della popolazione, distinta in base al livello specialistico delle funzioni assistenziali.

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

- 351 residenti della Provincia di Ferrara sono stati trattati in altre provincie/regioni per patologie riferibili a discipline di alta specializzazione non presenti nelle strutture provinciali (cardiologia, trapianti, grandi ustionati, unità spinale). L'80% dei casi è stato gestito nell'ambito della rete regionale. Il valore complessivo di tale "mobilità passiva", supera di poco i 5.000.000 di euro;

Tabella 1.11 - Saldo mobilità discipline mancanti

Disciplina di dimiss,	N, dim, passiva	Importo passiva	N, dim, Attiva S,Anna	Importo Attiva S,Anna	N, dim, Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n, dim,	Saldo importo
007 - CARDIOCHIRURGIA	233,00	3.614.539,10	0,00	0,00	0,00	0,00	-233,00	3.614.539,10
048 - NEFROLOGIA TRAPIANTI	38,00	567.729,09	0,00	0,00	0,00	0,00	38,00	567.729,09
047 - GRANDI USTIONATI	12,00	402.739,62	0,00	0,00	0,00	0,00	12,00	402.739,62
028 - UNITA' SPINALE	4,00	161.857,75	0,00	0,00	0,00	0,00	4,00	161.857,75
006 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATR,	9,00	138.726,25	0,00	0,00	0,00	0,00	9,00	138.726,25
033 - NEUROPSICHIATRIA INFANT,	49,00	120.957,45	0,00	0,00	0,00	0,00	49,00	120.957,45
076 - NEUROCHIRURGIA PEDIATR,	6,00	43.353,36	0,00	0,00	0,00	0,00	6,00	43.353,36
totale	351,00	5.049.902,62	0,00	0,00	0,00	0,00	351,00	5.049.902,62

- per il complesso delle specialità medio - alte, rispetto alle quali l'Azienda costituisce hub regionale o centro di riferimento per l'intera provincia, il bilancio della mobilità è positivo anche per il 2011, sia dal punto di vista numerico (saldo di 980 ricoveri), sia dal punto di vista economico (saldo di 10.000.000 di euro). Per la quasi totalità si tratta di pazienti che provengono da altre Regioni.

Tabella 1.12 - saldo mobilità discipline di riferimento regionale o provinciale

Disciplina di dimiss,	N, dim, passiva	Importo passiva	N, dim, Attiva S,Anna	Importo Attiva S,Anna	N, dim, Attiva AUSL 109- FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n, dim,	Saldo importo
ONCOLOGIA RADIOTERAPIA	652,00	1.993.481,57	146,00	678.848,67	0,00	0,00	-506,00	-1.314.632,90
034 - OCULISTICA	415,00	613.340,48	328,00	494.300,61	0,00	0,00	-87,00	-119.039,87
068 - PNEUMOLOGIA	90,00	333.212,48	63,00	276.437,20	0,00	0,00	-27,00	-56.775,28
029 - NEFROLOGIA	49,00	188.561,94	43,00	166.591,96	0,00	0,00	-6,00	-21.969,98
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	84,00	543.569,71	141,00	561.808,89	0,00	0,00	57,00	18.239,18
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	59,00	203.119,07	102,00	278.670,25	0,00	0,00	43,00	75.551,18
030 - NEUROCHIRURGIA	160,00	999.390,83	192,00	1.103.018,64	0,00	0,00	32,00	103.627,81
012 - CHIRURGIA PLASTICA	85,00	319.750,72	164,00	424.266,10	0,00	0,00	79,00	104.515,38
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	83,00	315.408,13	153,00	538.200,54	0,00	0,00	70,00	222.792,41
032 - NEUROLOGIA	138,00	351.776,46	263,00	722.444,66	0,00	0,00	125,00	370.668,20
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	98,00	223.042,79	446,00	648.986,75	0,00	0,00	348,00	425.943,96
038 - OTORINOLARINGOI ATRIA	409,00	802.849,65	287,00	1.276.982,29	0,00	0,00	-122,00	474.132,64
019 - MAL,ENDOCRINE/D IABETOLOG,	66,00	62.553,68	256,00	699.392,42	0,00	0,00	190,00	636.838,74
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT,	13,00	105.120,62	81,00	807.893,88	0,00	0,00	68,00	702.773,26
071 - REUMATOLOGIA	25,00	70.209,06	400,00	955.168,13	0,00	0,00	375,00	884.959,07
018 - EMATOLOGIA	59,00	413.086,82	170,00	1.886.078,23	0,00	0,00	111,00	1.472.991,41
075 - NEURO- RIABILITAZIONE	8,00	121.689,76	364,00	6.727.046,98	0,00	0,00	356,00	6.605.357,22
ALTRE SPECIALITA'	213,00	726.732,66	89,00	175.076,95	0,00	0,00	-124,00	-551.655,71
Totale	2.706,00	8.386.896,43	3.688,00	18.421.213,15	0,00	0,00	982,00	10.034.316,72

- per le discipline a larga diffusione, presenti nelle strutture sia dell' AUSL che dell' Azienda, si registra un saldo negativo di 998 casi, ai quali corrispondono 13.000.000 euro. Il saldo negativo ha interessato particolarmente la chirurgia generale e l'ortopedia.

Tabella 1.13 - saldo mobilità discipline a larga diffusione

Disciplina di dimiss,	N, dim, passiva	Importo passiva	N, dim, Attiva S,Anna	Importo Attiva S,Anna	N, dim, Attiva AUSL 109-FE	importo Attiva AUSL 109-FE	Saldo n, dim,	Saldo importo
009 - CHIRURGIA GENERALE	2.320,00	7.909.932,93	511,00	1.589.248,22	584,00	1.617.953,08	-1.225,00	-4.702.731,63
013 - CHIRURGIA TORACICA	43,00	325.602,53	0,00	0,00	0,00	0,00	-43,00	-325.602,53
056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	565,00	4.366.922,71	135,00	687.471,29	3,00	25.601,69	-427,00	-3.653.849,73
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.108,00	7.184.557,27	228,00	1.107.957,36	576,00	2.975.055,55	-1.304,00	-3.101.544,36
008 - CARDIOLOGIA	535,00	3.154.079,35	138,00	851.988,81	207,00	773.925,86	-190,00	-1.528.164,68
043 - UROLOGIA	496,00	1.289.701,11	152,00	403.733,85	194,00	404.513,44	-150,00	-481.453,82
049 - TERAPIA INTENSIVA	56,00	706.276,97	9,00	149.254,26	9,00	126.035,01	-38,00	-430.987,70
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.236,00	2.161.762,20	565,00	917.239,48	617,00	896.218,06	-54,00	-348.304,66
057 - FISIOPATOL, RIPROD, UMANA	79,00	150.324,98	0,00	0,00	0,00	0,00	-79,00	-150.324,98
021 - GERIATRIA	68,00	208.003,99	32,00	90.426,44	27,00	61.172,22	-9,00	-56.405,33
058 - GASTROENTEROLOGIA	99,00	235.417,90	74,00	145.188,51	19,00	48.457,00	-6,00	-41.772,39
060 - LUNGODEGENTI	127,00	819.489,81	6,00	69.795,13	89,00	713.326,98	-32,00	-36.367,70
050 - UNITA' CORONARICA	22,00	139.197,49	22,00	152.268,96	14,00	30.801,85	14,00	43.873,32
039 - PEDIATRIA	367,00	664.635,98	668,00	627.026,49	75,00	118.461,34	376,00	80.851,85
031 - NIDO	351,00	193.854,96	181,00	183.554,47	289,00	99.408,28	119,00	89.107,79
026 - MEDICINA GENERALE E ALTRE DISCIPLINE MEDICHE	849,00	2.077.729,73	252,00	871.510,72	822,00	2.218.193,91	225,00	1.011.974,90
Totale	9.321,00	31.587.489,91	2.973,00	7.846.663,99	3.525,00	10.109.124,27	-2.823,00	-13.631.701,65

1.4 Osservazioni epidemiologiche

Dal punto di vista demografico ed epidemiologico la Provincia di Ferrara si caratterizza per alcune caratteristiche generali così riassumibili:

- l'età avanzata della popolazione;
- l'alta prevalenza di pazienti talassemici;
- la frequenza di patologie neoplastiche;
- la frequenza di malattie dell'apparato respiratorio e la mortalità associata;
- la significativa frequenza di incidenti stradali con elevata incidenza di eventi mortali.

Senza approfondire l'analisi sugli stili di vita, sulle condizioni ambientali, sul quadro socio demografico e sullo stato di salute dei ferraresi (temi sviluppati in modo analitico nell'ambito del Bilancio di Missione dell'Azienda USL), qui ci si sofferma sulle risposte che l'Azienda Ospedaliera fornisce per far fronte ai bisogni di salute della popolazione provinciale e/o regionale, che si caratterizzano per la scarsa frequenza e la complessità organizzativa richiesta.

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

Neuroriabilitazione delle cerebrolesioni acquisite (GRACER)

L'Azienda Ospedaliera è l'unico centro regionale HUB per la riabilitazione delle gravi cerebro lesioni acquisite (GCA).

L'Unità Gravi Cerebrolesioni dell'Azienda coordina la rete assistenziale regionale, composta da strutture riabilitative ospedaliere che hanno il compito di realizzare progetti riabilitativi intensivi, di diverso grado di complessità, e da strutture riabilitative territoriali che hanno il compito di rispondere alle necessità del paziente con GCA e della sua famiglia dopo il reinserimento in ambiente extra-ospedaliero e a conclusione del periodo di riabilitazione intensiva.

Lo sviluppo e la gestione clinica della rete GRACER è affidata ad un gruppo di coordinamento regionale presieduto dal Centro Hub dell'Azienda

La rete GRACER è raccordata con il sistema regionale di assistenza ai traumi, con la rete dell'assistenza distrettuale territoriale e con la rete dei servizi sociali. Con la disciplina di neuroriabilitazione nel 2011 sono stati ricoverati 364 pazienti provenienti da altre Province/Regioni. Ha inoltre soddisfatto la quasi totalità della domanda della Provincia di Ferrara. Il saldo eco-

nomico a livello provinciale è stato pari a 6,605 milioni di euro.

Neuroscienze

Afferiscono alle neuroscienze la neurochirurgia, la neuroradiologia, la neurologia.

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

Nel 2011 l'attività di ricovero delle UO di neurologia e neurochirurgia ha comportato, sul bilancio provinciale, un saldo positivo di mobilità di 157 dimessi, equivalenti ad un valore di circa 400.000 euro.

Genetica

Il Centro di Ferrara è unico HUB della Regione Emilia Romagna per la genetica medica.

E' inoltre, assieme alle Aziende Ospedaliere Universitarie di Bologna, Modena e Parma, hub regionale per la genetica molecolare ed è centro spoke per la citogenetica.

L'attività diagnostica, si mantiene a livelli significativamente elevati anche nel 2011 (circa 4 milioni di euro).

Il registro IMER

L'Unità Operativa svolge la funzione di coordinamento del Registro delle Malformazioni congenite dell'Emilia-Romagna (Registro IMER).

Dall'analisi IMER emerge che la patologia cromosomica rappresenta il 17,1% (131/765) della casistica totale. E' rilevante l'impatto della diagnostica prenatale collegata ad un'età materna avanzata in continuo aumento (fonte CedAP: 29,7% delle madri pari o superiori a 35 anni).

In questo contesto i Registri delle Malformazioni Congenite (RMC) rappresentano un utile strumento per la valutazione, la sorveglianza e la prevenzione del fenomeno e la programmazione degli interventi. Essi permettono di integrare i dati rilevati sul territorio di competenza con altri sistemi di registrazione delle malattie congenite, dando vita a network nazionali ed internazionali che, attraverso la condivisione delle banche dati, permettono di effettuare studi epidemiologici su larga scala.

Tabella 1.14 - Casistica dei registri regionali IMER

Registri	Casi totali	Casi diagnosticati prenatalmente
Anencefalia	937	896 (96%)
Spina bifida	1664	1192 (72%)
Trasposizione delle grandi arterie	1015	359 (35%)
Cuore sn ipolasico	739	514 (70%)
Gastroschisi	828	710 (86%)
Agenesia renale	339	291 (86%)
Trisomia 21	6415	3300 (51%)

Terapia intensiva neonatale e del primo anno di vita

La TIN dell'Ospedale S. Anna è uno dei 7 centri hub della Regione (AO di Parma, di Modena e di Bologna, AO di Reggio Emilia, Ospedale degli Infermi dell'AUSL di Rimini e Ospedale Bufalini dell'Azienda Usl di Cesena). L'Unità Operativa serve il bacino d'utenza provinciale e collabora alla copertura della domanda delle Province e delle Regioni limitrofe.

Malattie rare

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

1.5 Accordo di fornitura

Anche l'accordo del 2011 si riferisce ai principi e agli adempimenti contenuti della delibera regionale n. 426/2000 recante "Linee guida e criteri per la definizione degli accordi e la stipula dei contratti, ai sensi del D.Lgs 502/92, così come modificato da D.Lgs 229/99 e dalle leggi regionali 34/99 e 29/05.

Nell'anno 2010, in linea con l'obiettivo del riallineamento graduale del tasso standardizzato di ospedalizzazione provinciale a quello regionale, si è realizzato l'obiettivo di riduzione dei ricoveri, per entrambe le Aziende, già previsto nel precedente accordo, secondo le tipologie definite e identificate a maggior rischio di inappropriatezza.

Per l'anno 2011, il numero dei ricoveri (ordinari – DH – Day Surgery) complessivamente richiesti su residenti provinciali è stato il medesimo dell'anno 2010 (circa 31.000).

Sulla tipologia dei ricoveri l'Azienda Ospedaliera si è impegnata ad erogare una produzione differenziata verso prestazioni di alta specialità, così come richiesto dal proprio ruolo di Hub, nell'ambito di un progetto di revisione e riorganizzazione dei ricoveri nelle diverse

discipline specialistiche all'interno della rete ospedaliera provinciale secondo il modello regionale degli Hub e Spoke.

L'importo concordato per l'anno 2011 è stato di €113.494.000.

Detta cifra ha tenuto conto delle indicazioni fornite dalla RER che prevedono il finanziamento di un importo aggiuntivo rispetto al valore della produzione effettivamente resa nella misura del 6% del valore della produzione 2009, come da indicazioni regionali.

Per l'anno 2011 il budget della attività specialistica ha assunto un valore economico complessivo di €24.100.000 – al netto dei tickets – comprendente una quota di €700.000 per la copertura della deospedalizzazione. È stato concertato un volume complessivo di 842.068 prestazioni specialistiche ambulatoriali commissionate dalla Azienda USL; l'Azienda Ospedaliera si impegna a produrre prestazioni prenotabili a CUP, superando la gestione delle stesse attraverso il proprio "Centro Servizi ambulatoriali". L'attivazione del nuovo "CUP UNICO PROVINCIALE" deve consentire, infatti secondo le indicazioni regionali, che alcune prestazioni risultino prenotabili da parte di tutti i prescrittori (prime visite e controlli), e altre solo da specialisti di Branca (percorsi complessi e DSA). Tale incremento della prenotabilità costituisce elemento di positivo riscontro riguardo la riduzione dei tempi di attesa, da un lato, e di garanzia di equa modalità di accesso ai percorsi di presa in carico, dall'altro.

Per i farmaci in mobilità è stato previsto un importo di spesa pari a quello consuntivato al 31/12/2010.

È stato comunque concertato l'intero importo risultante a consuntivo 2011 dei farmaci somministrati.

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

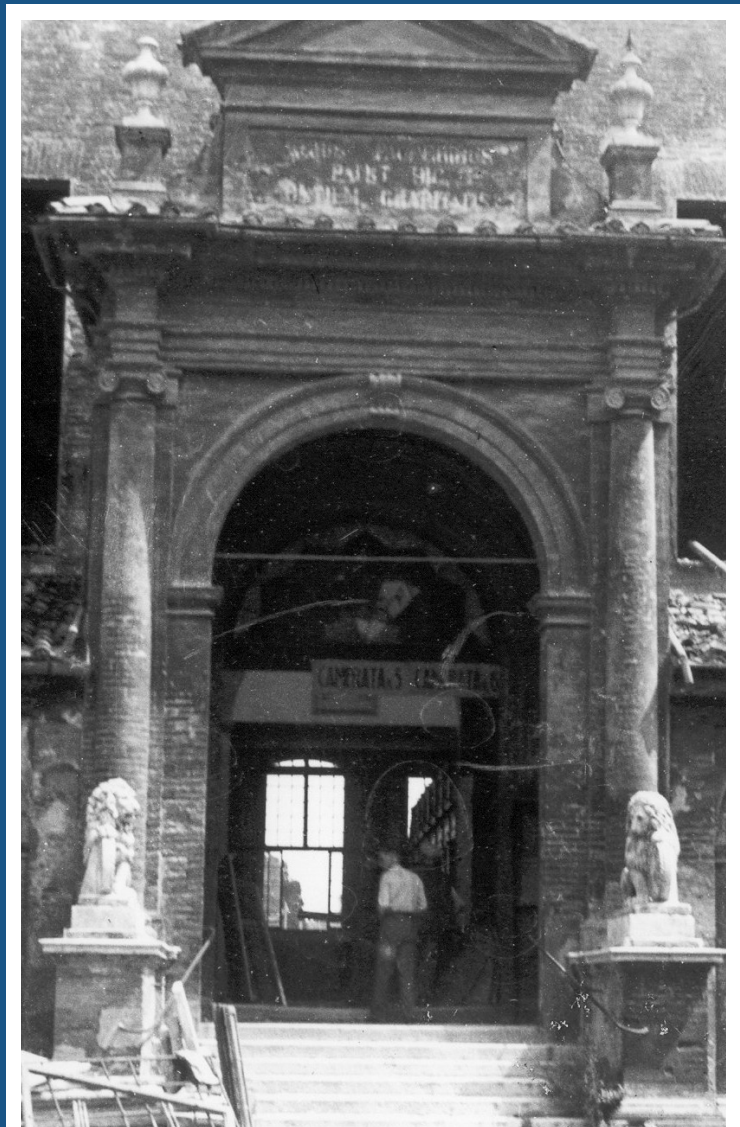
In particolare, al fine del contenimento dei costi dei farmaci in fascia H, si è convenuto di:

- procedere ad una concertazione di budget congiunta nel caso di Dipartimenti, Programmi e Coordinamenti interaziendali;
- monitorare congiuntamente, con cadenza mensile,

sia l'andamento dei consumi, sia l'appropriatezza prescrittiva;

- procedere congiuntamente alla tempestiva adozione di interventi correttivi, qualora si registrassero andamenti difformi dalle previsioni.

Si è convenuto, infine, di prevedere l'autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale per i trattamenti ad alto costo e di malattie rare che prevedono l'uso di farmaci di fascia H.



Ex Arcispedale S. Anna - I Leoni in una collocazione inconsueta: originariamente posti sull'ingresso vicino alla Chiesa di San Carlo, furono spostati durante i lavori di ampliamento della facciata su Corso Giovecca

2 Profilo aziendale

2.1 Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

2.1.1 Sostenibilità economica

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

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

Risultato Netto di Esercizio

ANNO 2009	-3.129.293
ANNO 2010	-2.990.988
ANNO 2011	-2.413.275

Fonte aziendale

La Delibera Regionale 440/2012 avente ad oggetto "Provvedimenti in ordine alla spesa sanitaria regionale anno 2011 e per la predisposizione dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie" autorizza le aziende alle quali sono state riconosciute eccedenze di spesa (tra le quali questa azienda ospedaliera) a considerare raggiunto l'obiettivo nella modalità definita a livello nazionale per il 2011, che prevede la copertura finanziaria degli ammortamenti non sterilizzati anno 2011 dei beni ad utilità pluriennale entrati in produzione nei soli anni 2010 e 2011.

Il risultato d'esercizio dell'anno 2011 si assesta su una perdita di Euro 2.413.275 che è inferiore all'obiettivo nazionale, calcolato come sopra descritto.

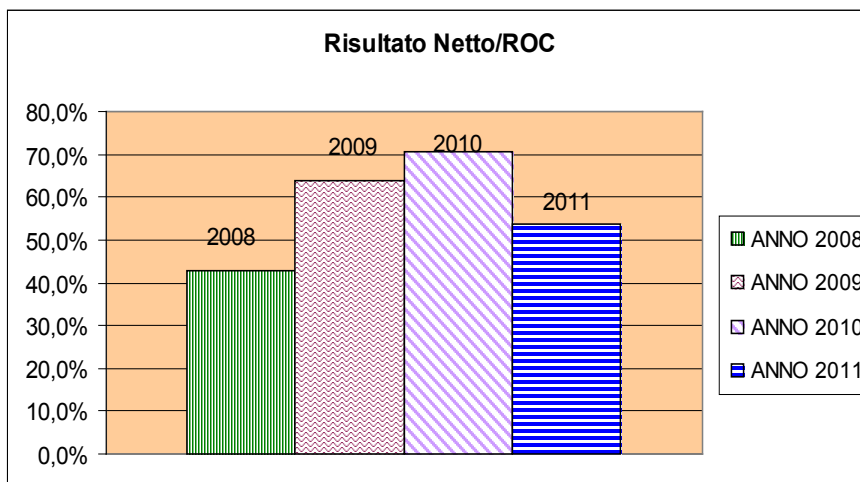
Infatti, tenendo conto dei dati effettivi anno 2011, detto obiettivo sarebbe pari a Euro 2.413.706 milioni di Euro (ammortamenti totali € 7.062.131,35 – sterilizzazione totale € 4.354.441,88 - amm.ti sorgenti netti anni 2010-2011 € 293.983 = € 2.413.706,47), e il risultato d'esercizio risulta quindi in linea con l'obiettivo deliberato e assegnato dalla Regione.

Anche negli anni 2009 e 2010 l'obiettivo regionale assegnato era stato rispettato.

Incidenza dei risultati della gestione caratteristica e non caratteristica sul risultato netto (fonte:riclassificato regionale)

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
Risultato Operativo Caratteristico	-895	-1.993	-2.108	-1.294
Risultato Netto	-2.099	-3.129	-2.991	-2.413
Risultato Netto/ROC * 100	42,6%	63,7%	70,5%	53,6%

Fonte aziendale



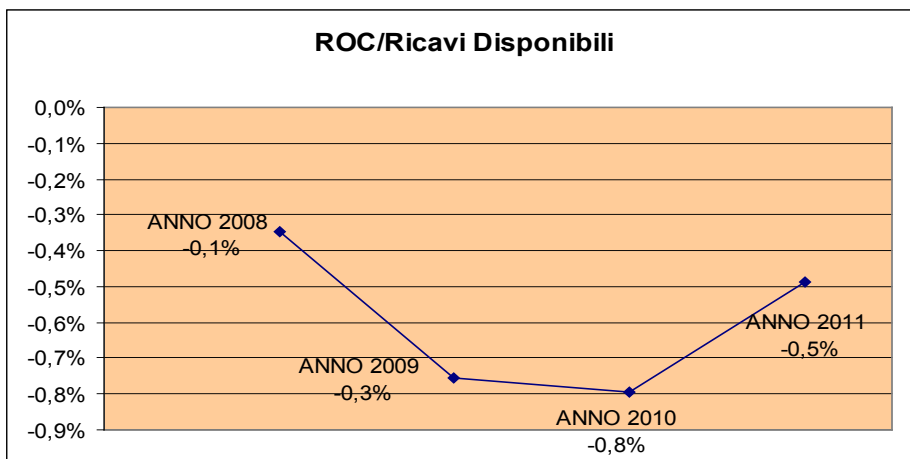
L'indicatore analizza il contributo della gestione caratteristica al risultato d'esercizio nonché in quale misura il risultato sia influenzato da operazioni atipiche od occasionali. La gestione non caratteristica riguarda la gestione finanziaria, la gestione straordinaria, la gestione atipica e gli oneri fiscali.

Nel 2011 diminuisce il disavanzo della gestione caratteristica, contro una sostanziale invarianza di quello della gestione non caratteristica. Il disavanzo è generato in parti quasi uguali dalle due gestioni.

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

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
Risultato Operativo Caratteristico	-895	-1.993	-2.108	-1.294
Ricavi Disponibili	257.058	263.710	265.703	265.952
ROC/RICAVI DISP	-0,3%	-0,8%	-0,8%	-0,5%

Fonte regionale

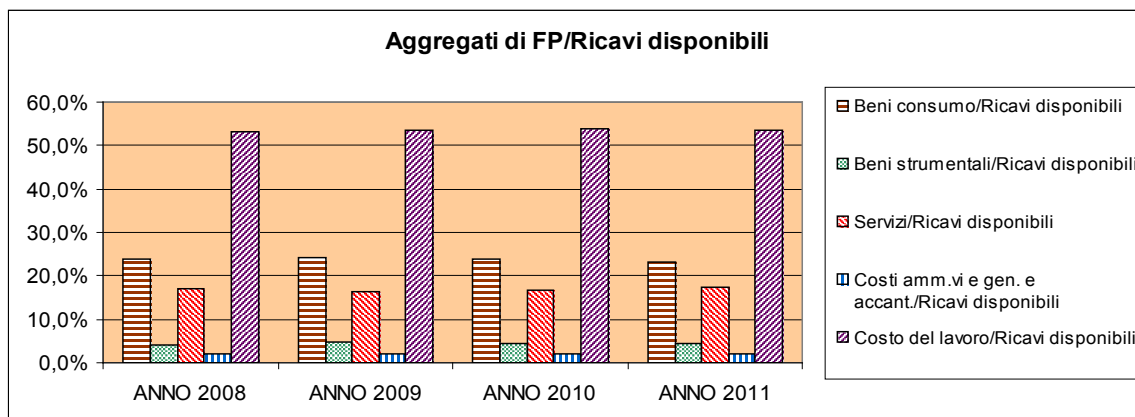


L'indice calcolato dall'Azienda migliora rispetto agli anni 2009 e 2010. In particolare nel 2011, rispetto al 2010, a fronte di ricavi disponibili sostanzialmente invariati diminuisce la perdita derivante dalla gestione caratteristica. L'indice aziendale è migliore della performance media regionale che nel 2011 è pari a -1,18%.

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

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
Beni consumo/Ricavi disponibili	23,8%	24,3%	23,8%	23,2%
Beni strumentali/Ricavi disponibili	4,1%	4,7%	4,6%	4,4%
Servizi/Ricavi disponibili	16,9%	16,4%	16,6%	17,3%
Costi amm.vi e gen. e accant./Ricavi disponibili	2,2%	2,0%	2,1%	1,9%
Costo del lavoro/Ricavi disponibili	53,3%	53,4%	53,8%	53,6%

Fonte regionale



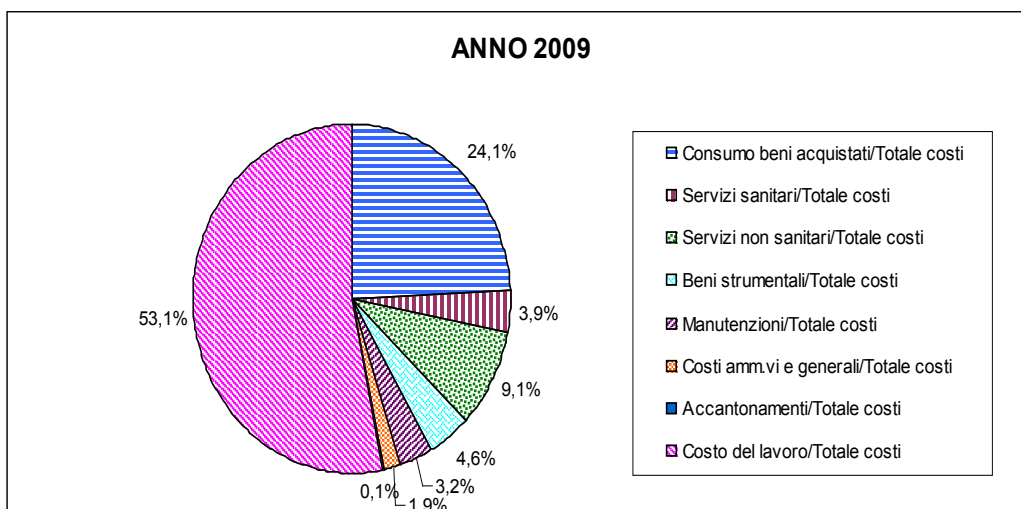
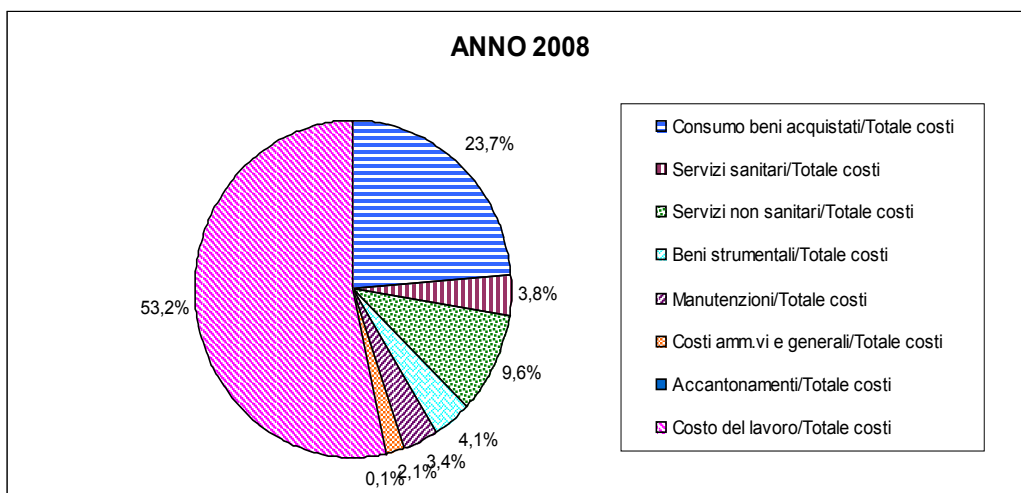
Come evidenziato dal grafico la voce che incide maggiormente sui ricavi è il costo del lavoro, che risulta in leggero calo rispetto al 2010 pur rimanendo superiore alla media regionale che è pari al 52%.

Varia l'incidenza dei servizi sui ricavi disponibili (da 16,6% a 17,3%) per effetto dell'avvio del nuovo Polo di Cona che nel 2011 ha determinato una ricaduta sui servizi di Euro 3.040.000.

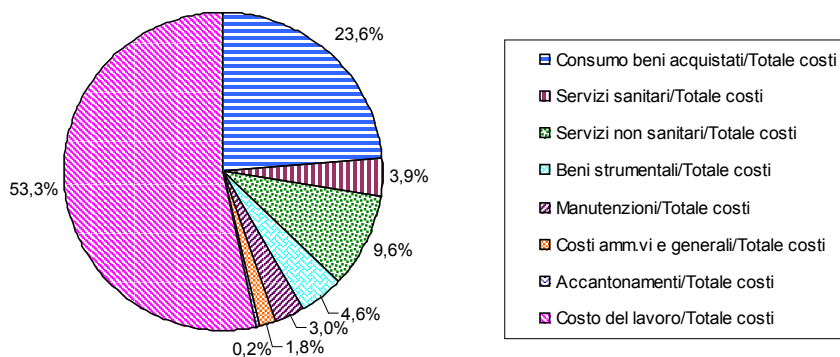
Composizione percentuale dei costi di esercizio annuali (fonte:riclassificato regionale)

	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
TOTALE COSTI	257.953	265.703	267.811	267.246
Consumo beni acquistati/Totale costi	23,7%	24,1%	23,6%	23,1%
Servizi sanitari/Totale costi	3,8%	3,9%	3,9%	3,8%
Servizi non sanitari/Totale costi	9,6%	9,1%	9,6%	10,1%
Beni strumentali/Totale costi	4,1%	4,6%	4,6%	4,4%
Manutenzioni/Totale costi	3,4%	3,2%	3,0%	3,3%
Costi amm.vi e generali/Totale costi	2,1%	1,9%	1,8%	1,6%
Accantonamenti/Totale costi	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%
Costo del lavoro/Totale costi	53,2%	53,1%	53,3%	53,4%

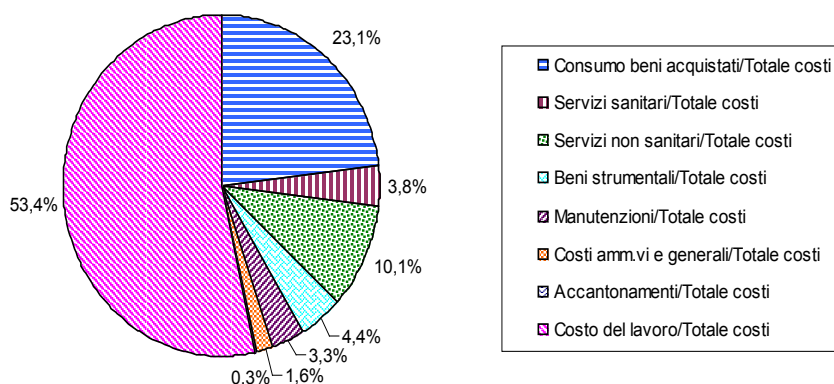
Fonte regionale



ANNO 2010



ANNO 2011



Nel 2008 aumenta il costo dei servizi non sanitari per l'adeguamento Istat dei prezzi di alcuni servizi appaltati e l'incremento dei prezzi dell'energia elettrica; mentre nel 2009 si registra un calo dell'incidenza degli stessi legato principalmente a politiche di risparmio energetico e alla nuova regolamentazione di accesso alla mensa aziendale. Nel 2010 il dato è stabile.

Nel 2011 aumenta l'incidenza sia dei servizi non sanitari che delle manutenzioni per gli effetti dell'avvio del Nuovo Polo Ospedaliero di Cona.

2.1.2 Sostenibilità finanziaria

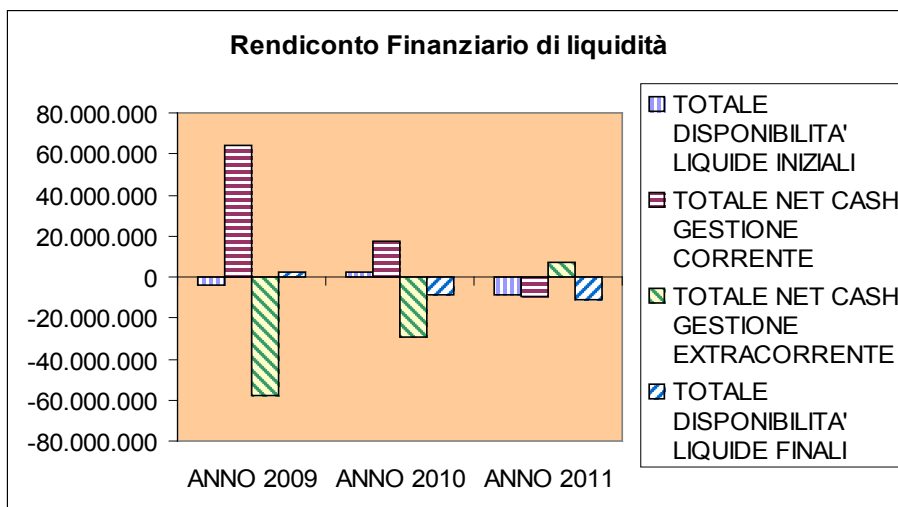
Rendiconto finanziario di liquidità

SCHEMA DI RENDICONTO DI LIQUIDITA' DEL BILANCIO D'ESERCIZIO 2009-2010-2011 (FONTI - IMPIEGHI)				
DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI		ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
a)	Cassa	25.416	32.351	32.351
b)	+ Istituto Tesoriere	12.460	2.107.646	12.460
c)	+ c/c postale	24.836	5.829	49.155
d)	- debiti vs Istituto Tesoriere	-3.925.001		-9.134.148
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE INIZIALI		-3.862.289	2.145.826	-9.033.357
GESTIONE CORRENTE				
a)	Risultato economico dell'esercizio	-3.129.293	-2.990.988	-2.413.275
b)	+ ammortamenti	7.598.331	7.438.114	7.062.131
c)	- quota utilizzo contributi in c/capitale	-4.495.921	-4.445.550	-4.352.932
d)	+ accantonamenti al "Premio operosità medici SUMAI"			
e)	+ accantonamenti per rischi e oneri	876.410	-950.388	-359.928
f)	+/- minusvalenze da svalutazioni contabili e plusvalenze da rivalutazioni contabili			
g)	+/- minusvalenze da cessione e plusvalenze da cessione			
h)	+/- altri costi non monetari e altri ricavi non monetari	-1.190	798	2.767
i)	+/- sopravvenienze e insussistenze			
j)	- incrementi di immobilizzazioni per lavori interni			
k)	+/- variazione scorte	747.196	-2.604.302	-4.222.548
l)	+/- variazione crediti "non finanziari"	-9.437.933	15.665.194	1.957.379
m)	+/- variazione ratei e risconti attivi	-32.281	1.387.673	-36.266
n)	+/- variazione debiti "non finanziari"	70.265.400	6.885.991	-17.163.533
o)	+/- variazione ratei e risconti passivi	1.519.644	-2.593.671	1.741.938
TOTALE NET CASH GESTIONE CORRENTE		63.910.363	17.792.871	-9.339.171
GESTIONE EXTRACORRENTE				
1)	FONTI per disinvestimenti			

		ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
	a) di immobilizzazioni immateriali e materiali		281.327	
	b) di immobilizzazioni finanziarie e varie	116.604		
2)	FONTI per nuovi finanziamenti			
	a) da mutui			
	b) da contributi in c/c capitale		9.822.075	37.000.000
	c) da altri finanziamenti diretti		84.351	31.733
TOTALE FONTI		116.604	10.187.753	37.031.733
1)	IMPIEGHI per nuovi investimenti			
	a) in immobilizzazioni immateriali e materiali	-53.310.222	-35.188.685	-26.107.710
	b) in immobilizzazioni finanziarie e varie			-1.000
2)	IMPIEGHI per rimborsi di finanziamenti			
	a) da mutui	-4.708.630	-3.971.122	-4.031.579
	b) da altri finanziamenti diretti			
TOTALE IMPIEGHI		-58.018.852	-39.159.807	-30.140.289
TOTALE NET CASH GESTIONE EXTRACORRENTE		-57.902.248	-28.972.054	6.891.444
CONTRIBUTI				
Contributi per ripiano perdite				
DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI				
a)	Cassa	32.351	39.176	26.864
b)	+ Istituto Tesoriere	2.107.646	12.460	4.984
c)	+ c/c postale	5.829	49.155	25.363
d)	- debiti verso Istituto Tesoriere		-9.134.148	-11.538.295
TOTALE DISPONIBILITA' LIQUIDE FINALI		2.145.826	-9.033.357	-11.481.084
QUADRATURA: Cassa I.+Net Cash G.C.+Net Cash G.E.+Contrib - Cassa F.		0	0	0

Fonte aziendale

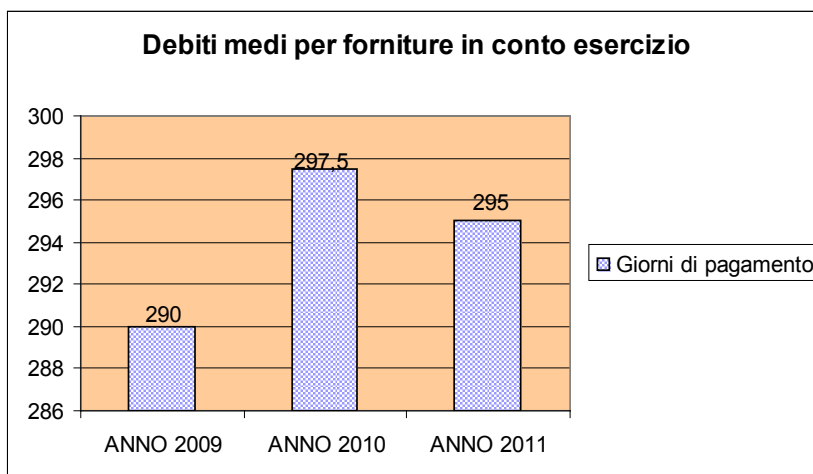
Le disponibilità liquide sono negative sia in apertura che in chiusura di esercizio e sono sostanzialmente da attribuire alla anticipazione di Tesoreria alla quale l'Azienda ricorre sistematicamente per far fronte ai pagamenti. Il Net Cash di gestione corrente è fortemente negativo perché risente della riduzione dei debiti verso fornitori avvenuta nel 2011. Il Net cash della gestione extracorrente è positivo per l'assegnazione di contributi regionali in conto capitale per la realizzazione del Nuovo Nosocomio.



Debiti medi per forniture in conto esercizio.

	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
Giorni di pagamento	290	297,5	295

Fonte aziendale



Con delibera 2163 del 27.12.2010 la Regione ha stabilito l'anticipazione mensile di cassa a titolo di Fondo Sanitario Regionale 2011: la rimessa mensile è stata confermata a Euro 20.211.240,00 in continuità con l'esercizio 2010.

Con delibera di Giunta regionale n. 529 dell'18.04.2011 sono state ripartite le risorse finanziarie a saldo della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario per il 2010 nonché quelle derivanti dalla regolazione della cassa 2010 anticipata all'azienda Usl di Rimini per la Valmarecchia, per un importo complessivo per cassa all'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara di Euro 9.109.995, da erogarsi nei mesi di maggio e giugno 2011.

Con delibera di Giunta Regionale 384 del 28 marzo 2011 è stato concesso un finanziamento di Euro 30.000.0000 con vincolo di destinazione al completamento del Polo di Cona, da erogarsi sulla base dei

certificati di pagamento maturati nel 2010 e nel 2011. Nel 2011 la Regione ha provveduto all'erogazione integrale di detta somma che in parte ha reintegrato le risorse di cassa corrente (circa 11 milioni di Euro) che erano state utilizzate nei mesi precedenti per la corresponsione dei sal maturati e scaduti.

Le rimesse citate hanno permesso a questa azienda di procedere nel mese di maggio al pagamento ai fornitori delle fatture emesse fino al luglio 2010, pertanto con un ritardo di 285 gg rispetto al ricevimento delle fatture. Con Delibera n. 1384 del 26.07.2011 la Giunta Regionale ha disposto l'adeguamento dell'entità dell'anticipazione mensile di cassa per il 2011 che ha comportato per questa azienda la riduzione della rimessa mensile da Euro 20.211.240,00 a Euro 17.993.589,00, questo nella considerazione che fosse venuta meno la necessità di un sostegno finanziario all'azienda per la realizzazione del nuovo nosocomio, stante la conces-

sione del contributo in conto capitale di cui alla Delibera di Giunta 384/2011.

L'ulteriore intervento straordinario regionale di cassa del 2011 è quello relativo alla Delibera di Giunta Regionale 1623 del 07.11.2011 che ha erogato a favore dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Euro 1.770.544,09.

Tutti i provvedimenti citati, nonché l'accordo di rientro stipulato con l'azienda Usi di Ferrara che ha determinato la corresponsione a questa Azienda di 5 milioni di Euro per i primi tre trimestri e di 3,5 milioni di Euro per l'ultimo, hanno consentito il pagamento ai fornitori nell'anno 2011 delle fatture emesse fino al marzo 2011, chiudendo l'esercizio con tempi di pagamento di circa 165 giorni dalla scadenza. Sono, inoltre, state concluse alcune importanti transazioni con i fornitori per la definizione o l'abbuono degli interessi passivi.

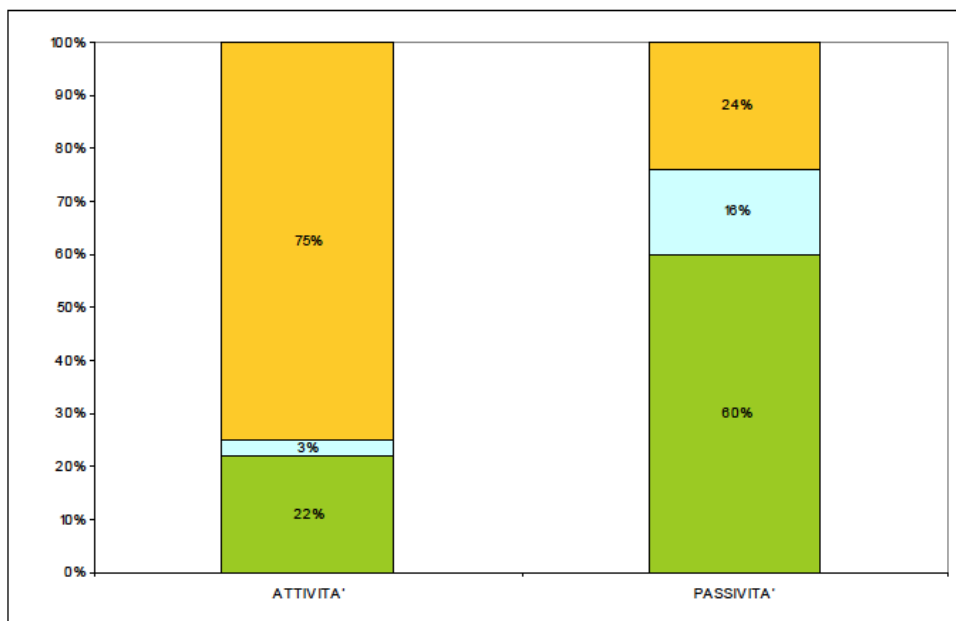
2.1.3 Sostenibilità patrimoniale

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

Stato Patrimoniale riclassificato in chiave finanziaria.
Anno 2010

	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquid. immediate e differite	22%	60%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	16%	Finanziamenti a m/l termine
Immobilizzazioni	75%	24%	Patrimonio Netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

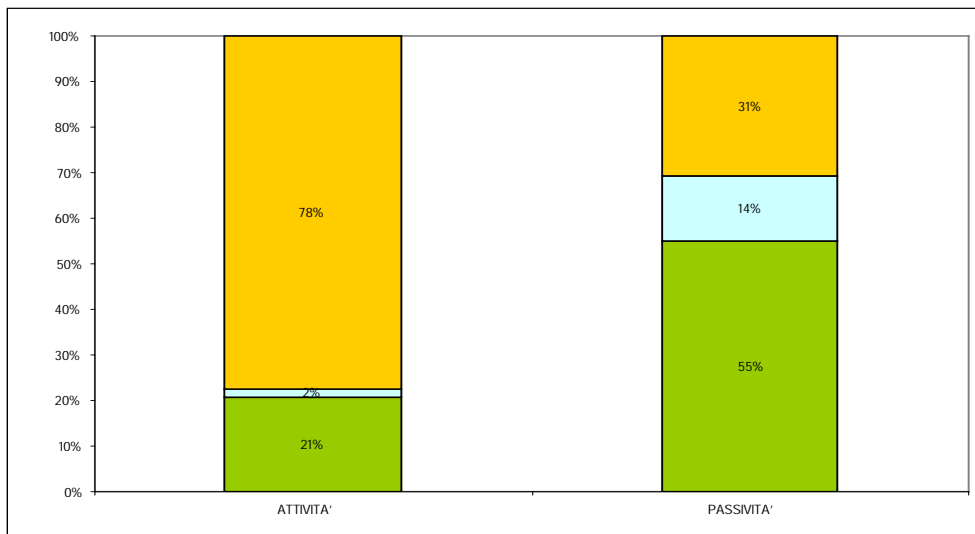
Fonte regionale



Anno 2011

	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquid. immediate e differite	21%	55%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	14%	Finanziamenti a m/l termine
Immobilizzazioni	78%	31%	Patrimonio Netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

Fonte regionale



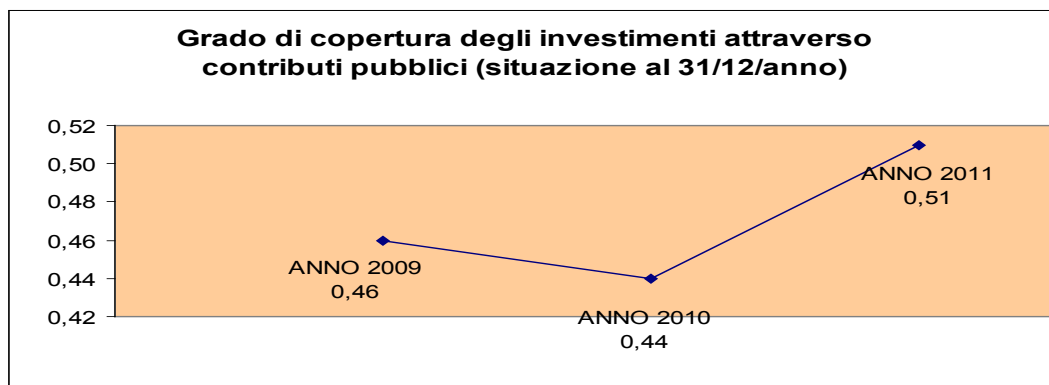
La riclassificazione dello stato patrimoniale consente la valutazione della solidità patrimoniale aziendale.

Nell'anno 2011 aumentano le immobilizzazioni per effetto dell'incremento di quelle in corso per la costruzione del Nuovo Ospedale di Cona e per l'acquisto di nuove attrezzature sanitarie. Si evidenzia, negli anni, un preoccupante indebitamento a breve termine che ha subito un calo nel 2011 (dal 60 al 55%) per la diminuzione dei debiti verso i fornitori. Detto indebitamento a breve, però, risente dell'anticipazione corrisposta dalla Regione per far fronte ai pagamenti dei SAL del Nuovo Polo in attesa dei ricavi per le dismissioni patrimoniali (72 mil di Euro). Considerando detta anticipazione come un debito a M/L termine, i finanziamenti a breve scenderebbero al 37% e quelli a M/L passerebbero al 32%.

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

	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011
CONTRIBUTI C/CAPITALE/ INV. IMM. MAT. NETTE	0,46	0,44	0,51

Fonte aziendale



L'incremento nel 2011 del grado di copertura degli investimenti attraverso contributi pubblici deriva dalle maggiori assegnazioni regionali di contributi in conto capitale finalizzati la nuovo nosocomio.

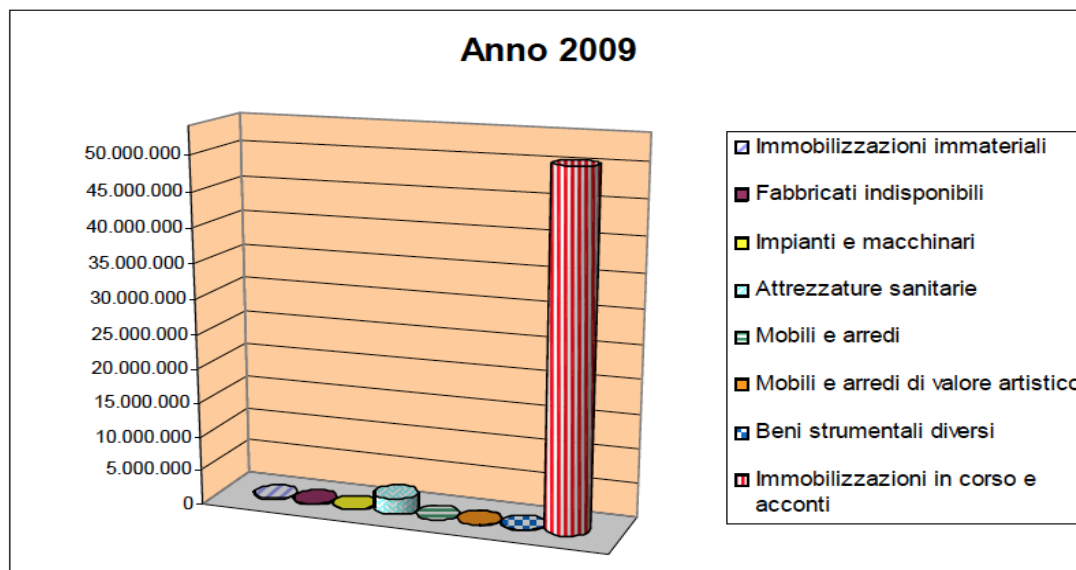
Valore assoluto nuovi investimenti:

	2009	2010	2011
Immobilizzazioni immateriali	186.404	151.611	409.617
Fabbricati indisponibili	105.885	4.676	1.044
Impianti e macchinari	16.830		
Attrezzature sanitarie	2.365.306	851.961	1.965.185
Mobili e arredi	21.006	1.332.498	4.582.369
Mobili e arredi di valore artistico	15.493		
Beni strumentali diversi	99.087	206.716	701.072
Immobilizzazioni in corso e acconti	50.525.642	32.722.110	18.458.330
Totale nuovi investimenti imm.	53.335.653	35.269.572	26.117.617
Totale investimenti lordi imm.	366.198.316	399.500.446	424.445.705
NUOVI INVESTIMENTI IMM./ TOT. INV. LORDI	0,15	0,10	0,06

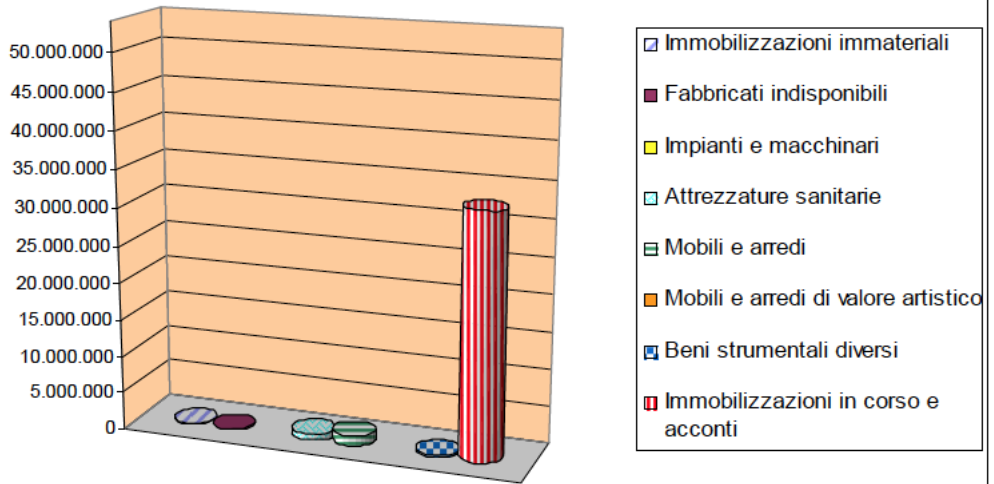
Fonte aziendale



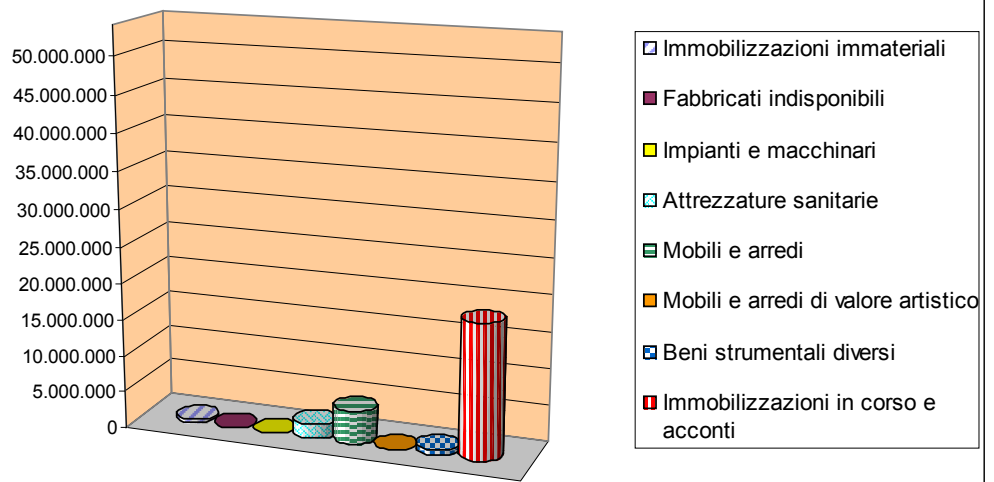
I nuovi investimenti si mantengono elevati nel triennio per effetto degli stati d'avanzamento dell'erigendo Polo di Cona. Detti stati d'avanzamento, tuttavia, hanno subito un calo di importo nell'anno 2011, in quanto trattasi ormai di lavori di rifinitura a completamento del nosocomio la cui apertura era prevista nel 2011 (ma è slittata nel 2012 per problemi di autorizzazioni sanitarie).



Anno 2010



Anno 2011



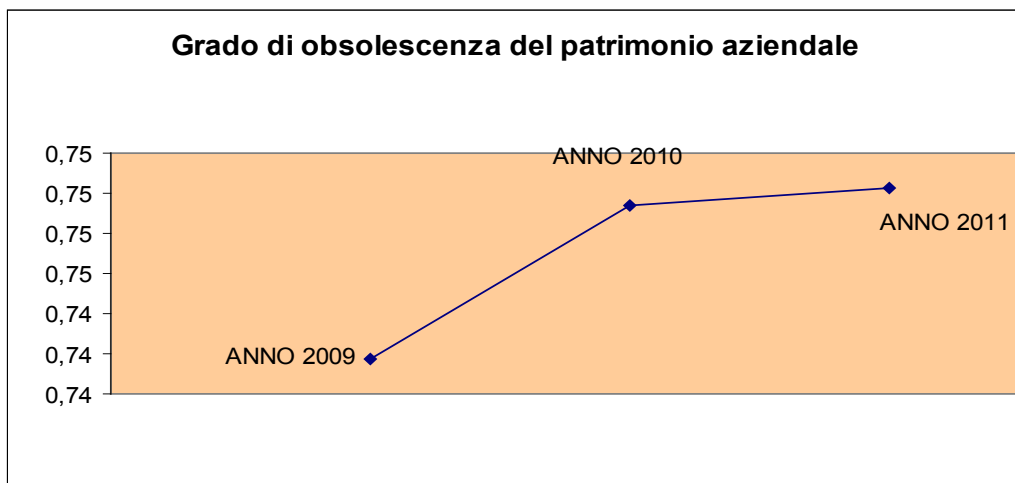
Grado di obsolescenza del patrimonio aziendale

Vengono confrontati i nuovi investimenti realizzati nell'anno sul totale dei complessivi. Indica la propensione aziendale a nuovi investimenti.

Il valore di questo indicatore è sostanzialmente stabile nel triennio; va letto in correlazione con l'indicatore precedente ed è fortemente influenzato anch'esso dall'investimento in corso nella costruzione del nuovo ospedale.

	2009	2010	2011
Immobilizzazioni immateriali	843.492	641.082	788.077
Terreni			
Fabbricati	54.779.015	52.215.587	50.446.451
Impianti e macchinari	15.220.855	14.450.698	13.680.542
Attrezzature sanitarie	12.817.771	10.629.526	9.810.999
Mobili e arredi	699.940	1.884.428	6.323.636
Beni strumentali diversi	2.690.165	2.453.013	2.729.602
Immobilizzazioni in corso e acconti	184.579.993	217.107.468	234.648.074
Totale Immobilizzazioni immateriali e materiali al netto fondi amm.to	271.631.231	299.381.802	318.427.380
Totale investimenti lordi imm.	366.198.316	399.500.446	424.445.705
VALORE RESIDUO/TOTALE INVESTIMENTI LORDI	0,74	0,75	0,75

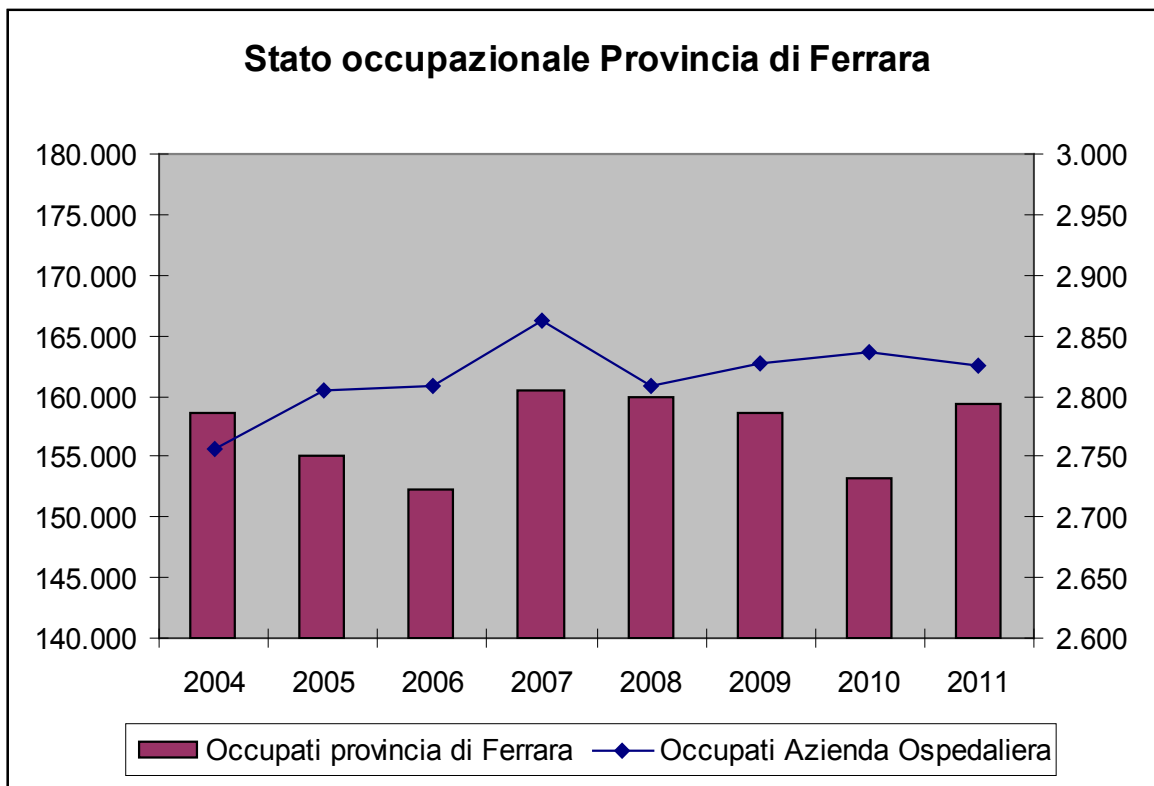
Fonte regionale



2.2 Impatto sul contesto territoriale

2.2.1 Impatto economico.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara contribuisce allo stato occupazionale della provincia con un numero di lavoratori che, al 31.12.2011, risulta pari a 2.826, di cui 2.570 dipendenti ospedalieri (a tempo determinato o indeterminato), 114 incarichi libero-professionali e borse di studio e 142 dipendenti universitari convenzionati. Nella figura sottostante viene riportato il dato occupazionale dell'Azienda a confronto con l'occupazione della Provincia di Ferrara. Come si osserva, il contributo dell'Ospedale all'occupazione è in netta controtendenza rispetto all'andamento provinciale nel 2010, mentre nell'2011 la forbice si restringe grazie all'aumento dell'occupazione provinciale. (dati 2004-2011 desunti dai dati ISTAT elaborati dalla RER).



Fonte: elaborazione interna su dati Istat e dati aziendali

N. di dipendenti dell'Azienda / totale occupati nell'ambito territoriale			
	2011	2010	2009
%	1,7737%	1,8507%	1,7830%

Fonte: elaborazione interna su dati Istat e dati aziendali

Dall'analisi delle tavole seguenti si osservano:

- un significativo decremento degli universitari;
- una riduzione, nel triennio, dei dipendenti residenti nel comune di Ferrara;
- un aumento dei dipendenti stranieri;
- un significativo incremento dei dipendenti occupati in categorie protette

Unità di personale totale e suddiviso per rapporto di dipendenza			
	2011	2010	2009
N. dipendenti SSR	2570	2551	2529
Universitari	142	147	166
Altro personale (incarichi libero professionali, Co.Co.Co., assegnisti, borsisti)	114	138	132

N. di dipendenti dell'Azienda residenti nell'ambito territoriale			
	N. dipendenti azienda	N. dipendenti residenti nel Comune di FE	%
2011	2720	2421	89,26%
2010	2698	2405	89,14%
2009	2695	2495	92,58%

N. totale di lavoratori stranieri*			
	2011	2010	2009
Lavoratori stranieri	39	34	31
intra Unione Europea	18	16	21
extra Unione Europea	21	18	10

*per stranieri di intende nati all'estero

Numero dipendenti occupati nell'ambito di categorie protette			
	2011	2010	2009
n. totale	65	54	53

Fonte aziendale

Tabella 2.1 - Costo del personale dipendente (Con oneri sociali - escluso IRAP).

ANNO 2011	€ 129.014.012
ANNO 2010	€ 128.431.252
ANNO 2009	€ 125.776.945

Fonte aziendale

Tabella 2.2 - Spesa personale universitario convenzionato

ANNO 2011	€ 5.447.653
ANNO 2010	€ 5.758.393
ANNO 2009	€ 5.901.743

Fonte aziendale

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

Tabella 2.3 - Emolumenti corrisposti dall'Università a ricercatori/docenti universitari in convenzione nell'anno 2011 (importi lordi comprensivi di oneri a carico ente)

Tipologia	Importi
Docenti	€ 4.901.015
Ricercatori	€ 3.195.307
Assistenti	€ 42.587
Totale	€ 8.138.909

Fonte aziendale

Acquisti di Beni e Servizi

I costi sostenuti dall'Azienda per acquisto di beni e servizi da imprese produttive con sede nella provincia di Ferrara, ammontano per il 2011 ad Euro 10.755.702, mentre quelli per acquisto di beni e servizi da imprese produttive con sede legale nella regione (escluso Ferrara) ad Euro 40.705.643.

2.2.2 Impatto sociale

Gestione dei rapporti con le associazioni di volontariato convenzionate

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara considera il contributo delle Associazioni di Volontariato fondamentale per lo svolgimento delle attività di collaborazione con le Unità Operative e per facilitare i rapporti degli utenti con l'Arcispedale S. Anna. Per favorire la creazione e il consolidamento di tale collaborazione, l'Azienda propone alle Associazioni di Volontariato che operano nell'ambito sociale/sanitario la sottoscrizione di convenzioni, mediante autocandidatura o partecipazione a bando. In entrambi i casi le Associazioni presentano un progetto di attività coerente con le necessità espresse dalle Unità Operative.

Le attività per favorire il convenzionamento delle associazioni di volontariato sono proseguite nel corso del 2011 e si è proceduto al convenzionamento di quattro nuove Associazioni:

- "Nati prima" che ha lo scopo di aiutare e sostenere i genitori dei bambini prematuri durante e dopo la permanenza in reparto;
- "C'è vita e vita" che operano nell'U.O. di Neonatologia per rispondere alle esigenze peculiari delle famiglie con neonati pre-termine;
- AGPC, che svolge attività di supporto a bambini diabetici e loro familiari, convenzionata per il biennio 2011/2012;
- AISM, che svolge attività di supporto informativo e psicologico presso l'U.O. di Neurologia.

Le Associazioni convenzionate svolgono diverse attività di supporto e facilitazione per i pazienti e i loro familiari: clown terapia, supporto psicologico, compagnia, conversazione, lettura, facilitazione del rapporto medico-paziente e informazione.

L'Azienda mette a disposizione delle Associazioni di Volontariato che svolgono attività socio/sanitarie a supporto del cittadino e della comunità locale appositi spazi all'interno del S. Anna, da allestire per la promozione di campagne informative o di raccolta fondi, così da consentire loro di farsi conoscere sul territorio, promuovere la cultura del volontariato e della solidarietà, trovare nuovi volontari e reperire risorse utili al proprio sostentamento.

Lasciti e donazioni

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

I lasciti e donazioni ricevuti dai cittadini nel corso dell'anno 2011 sono stati 137 per un valore di Euro 50.960, mentre le donazioni e contributi ricevuti da Fondazioni di origine bancaria e da altri soggetti sono stati 33 per un valore di euro 219.356.

2.2.3 Impatto culturale

Evoluzione dell'ospedale S. Anna nella città di Ferrara

L'Arcispedale S. Anna di Ferrara è alla vigilia di una trasformazione epocale: con la costruzione del nuovo ospedale di Cona, il suo ruolo di "ospedale per la città dentro la città" muterà completamente nell'organizzazione, nella distribuzione delle funzioni, nel rapporto con i cittadini e con i malati dando nuova percezione di sé come monumento e divenendo uno dei poli centrali di riqualificazione e recupero della grande area del centro storico.

Un mandato impegnativo, moderno e stimolante, in risposta ad una città che vuole rinnovarsi rispettando la memoria del passato: in un'ottica di reinterpretazione globale dell'istituto ospedaliero, infatti, è importante capire le sue vicissitudini, ed è questa la motivazione che ha spinto la Direzione Generale dell'Azienda ad iniziare un percorso di ricerca storica, che potesse aiutare a comprendere l'adattamento progressivo della struttura e dell'organizzazione al mutare delle condizioni sociali ed economiche della città.

Nel corso del 2010 è stato implementato un progetto sullo studio dell'evoluzione funzionale e architettonica dell'ospedale, in relazione ai cambiamenti storici e culturali che hanno caratterizzato la città di Ferrara. Il progetto è stato gestito in seno alla direzione generale e coordinato da un pool di esperti essenzialmente composto da: un medico con conoscenze approfondite sulla storia del S. Anna, la responsabile della biblioteca aziendale e professionisti del servizio tecnico; è stata inoltre istituita una borsa di studio, vinta da una laureata in architettura con competenze specifiche in materia. Questo progetto si è concretizzato in un convegno dal titolo "De Humanitate Sanctae Annae: persone e fatti dell'Arcispedale dagli albori a oggi", organizzato con la collaborazione della Società Medico Chirurgica di Ferrara tenutosi nel febbraio 2011. Durante il convegno attraverso una serie di letture è stata raccontata

l'opera del beato Giovanni Tavelli da Tossignano primo fondatore dell'ospedale e dei medici illuminati tra Umanesimo e Rinascimento. Si sono inoltre ripercorse le tappe dell'erigendo nuovo ospedale e dei suoi statuti fino ad arrivare all'evoluzione architettonica dagli inizi del 900 fino agli anni '70. Nel corso del convegno è stato anche trattato il ruolo dell'ospedale nelle due guerre mondiali ed è stata approfondita la figura del professor Angelo Baserga e dell'immenso patrimonio umano e culturale che ha lasciato alla comunità. Il convegno si è concluso illustrando lo sviluppo futuro presso il nuovo ospedale di Cona, ultima tappa del lungo percorso

dell'ospedale San'Anna.

In seguito al convegno è stata fondata l'associazione culturale "De Humanitate Sanctae Annae", che si propone di affrontare la storia delle vicende sanitarie della nostra città e del suo territorio, consapevole della ricchezza di luoghi, persone e fatti che potevano (e dovevano) essere raccontati. Nell'ambito di questa associazione, e con il contributo delle istituzioni locali è stato realizzato un progetto finalizzato alla creazione di un sistema integrato multimediale del patrimonio culturale della salute e della medicina nella provincia di Ferrara.

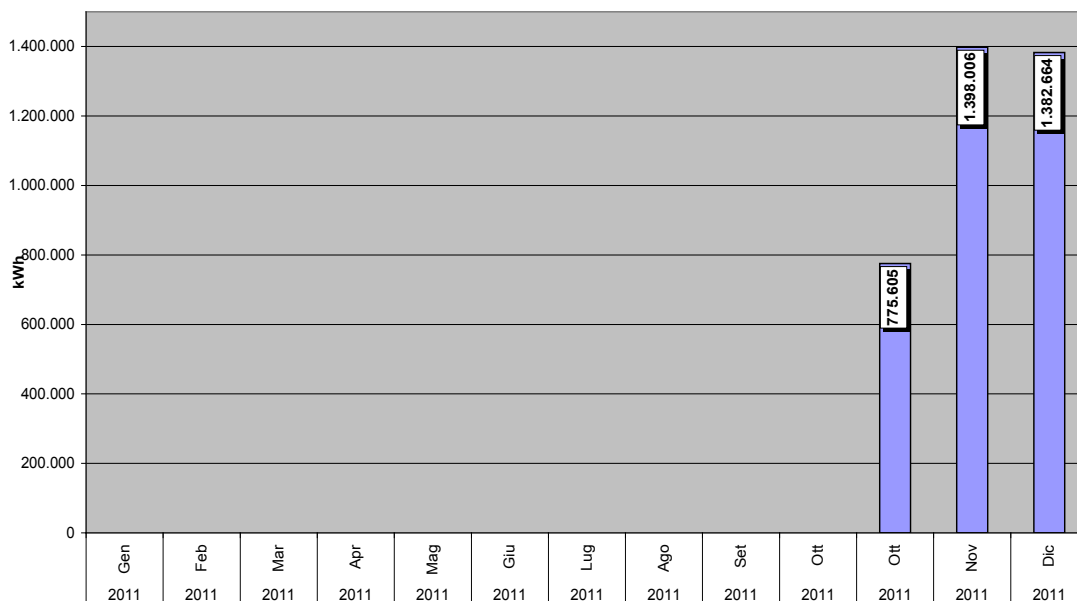
2.2.4 Impatto ambientale

Monitoraggio quali-quantitativo dei consumi di energia elettrica e termica

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

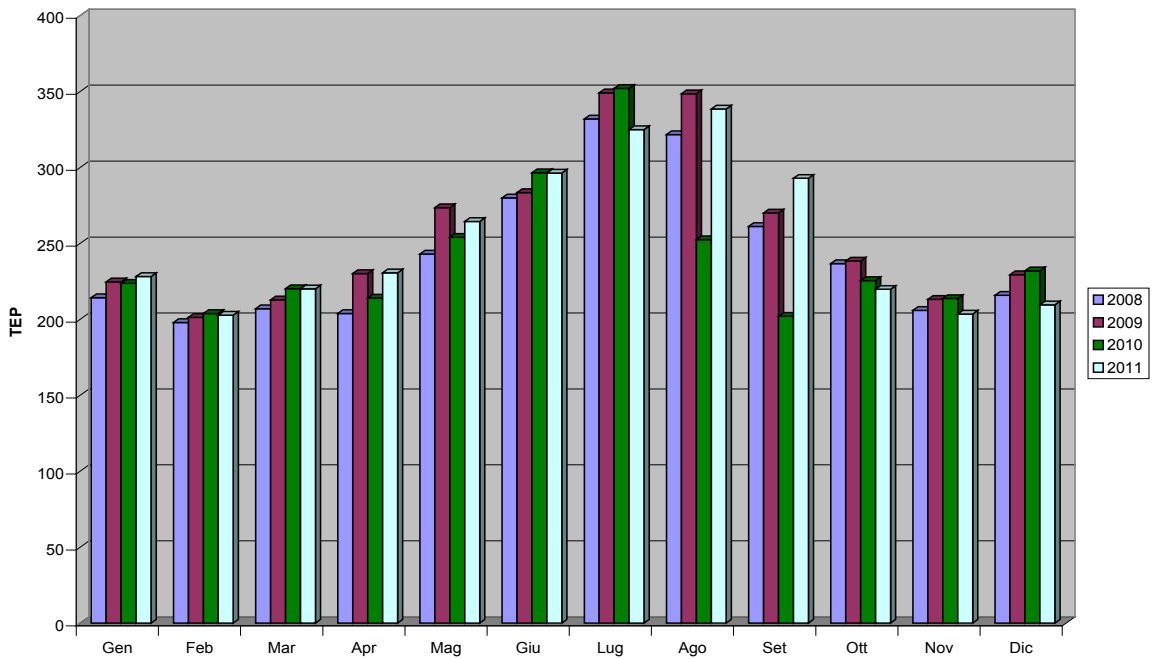
Anche l'utenza del nuovo Ospedale di Cona viene monitorata e di seguito si riporta l'istogramma con i consumi registrati negli ultimi tre mesi dell'anno.

Figura 2.1 - Consumi elettrici Ospedale di Cona:



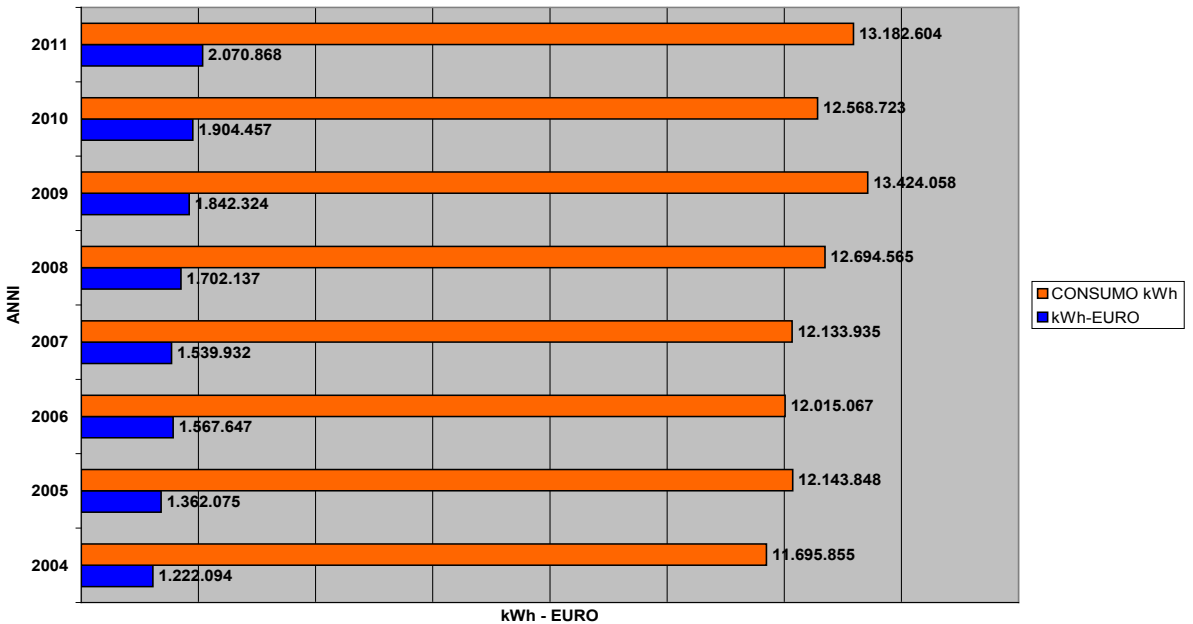
Fonte aziendale

Figura 2.2 - Consumi elettrici mensili confronto anni 2008-2011



Fonte aziendale

Figura 2.3 - Spesa annua per consumo di energia elettrica



Fonte aziendale

Interventi per lo sviluppo della produzione e dell'utilizzo di energia derivante da fonti rinnovabili, da cogenerazione e da sistemi tecnologici innovativi

Nell'ambito della produzione/utilizzo di energia da fonti rinnovabili o assimilate particolare importanza ha assunto il progetto cogenerazione, produzione fotovoltaica e da solare termico presso il nuovo ospedale di Cona che attualmente è in fase di revisione da parte della Ditta concessionaria (PROG.ESTE). Tale progetto, una volta realizzato, consentirà un risparmio della spesa per l'acquisto di energia elettrica stimato intorno a Euro 150.000 all'anno e non comporterà per l'Azienda nessun esborso per la realizzazione delle opere, onere che verrà sostenuto interamente dal Concessionario.

Le caratteristiche fondamentali degli impianti in esame sono di seguito riportate:

COGENERATORE:

- potenza elettrica: kW 1100
- potenza termica: kW 1150
- produzione annua prevista di energia elettrica: kWh 8.931.000
- riduzione emissioni in atmosfera (CO2 evitata): >1500 tonn/anno

FOTOVOLTAICO:

- numero moduli: 88
- potenza di picco complessiva: kW 15,4
- produzione annua prevista di energia elettrica: kWh 17.382
- riduzione emissioni in atmosfera (CO2 evitata): kg 15.439

SOLARE TERMICO:

- numero moduli: 50
- superficie totale: mq. 125
- potenza installata: kWt 90 ca.

Per quanto riguarda l'Arcispedale S. Anna le azioni aziendali intraprese sono state:

1. rifasamento degli impianti;
2. utilizzo corpi illuminanti ad elevata resa e basso consumo;
3. regolazione automatica tempi di accensione e spegnimento impianti di illuminazione aree comuni, in particolare nel c. d. anello dell'edificio storico;
4. utilizzo di caldaie ad elevato rendimento;

Per quanto riguarda invece il ricorso ad energie da fonti rinnovabili i brevi tempi di permanenza dell'ospedale presso le strutture del S. Anna non consentono di dimensionare correttamente gli impianti in funzione del

loro utilizzo futuro e, conseguentemente, di eseguire una corretta analisi economico-finanziaria.

Pertanto si è ritenuto più consono demandare le suddette valutazioni alle fasi di progettazione delle opere di ristrutturazione del complesso edilizio successive al trasloco a Cona.

Campagna di sensibilizzazione per l'uso razionale dell'energia

Continuano le iniziative di informazione e sensibilizzazione attraverso interventi di sensibilizzazione periodica tramite la Newsletter aziendale, l'istituzione di un apposito indirizzo di posta elettronica e di un'apposita sezione all'interno del sito intranet aziendale ove sono reperibili:

- dati quali quantitativi sui consumi energetici dell'Azienda;
- monitoraggio periodico dei consumi elettrici;
- suggerimenti per il risparmio energetico.

Nel corso dell'anno 2011 si sono tenuti quattro interventi di sensibilizzazione al risparmio energetico nell'ambito dei corsi che vengono normalmente svolti per il personale neoassunto.

Anche nel corso del 2011 è stata garantita la partecipazione dell'Energy Manager ai lavori del Gruppo Regionale Energia e l'inoltro, nei tempi previsti, delle risposte alle richieste regionali di dati relativi alla gestione ambientale.

Gestione ambientale

"Progetto Sensibilizzazione allo sviluppo sostenibile"

Le iniziative divulgative e i corsi sullo sviluppo sostenibile in sanità hanno l'obiettivo di:

- Diffondere la comprensione delle dinamiche dello sviluppo;
- Divulgare le attuali conoscenze scientifiche sul clima e il cambiamento climatico;
- Presentare le possibili azioni di sistema (es. il "protocollo di Kyoto"), le possibili soluzioni tecnologiche (es. energie rinnovabili) e le scelte individuali (es. abitudini di consumo) per lo sviluppo sostenibile;
- Presentare il Programma regionale: linee di progetto, azioni avviate, risultati raggiunti;
- Esaminare i comportamenti individuali e favorire l'adozione di quelli virtuosi;
- Presentare le azioni avviate dall'Azienda sui principali temi di sostenibilità ambientale: gestione ambientale, gestione dei rifiuti, mobilità sostenibile, acquisti verdi, uso razionale dell'energia;
- Attivare una casella di posta elettronica per migliorare la comunicazione con i dipendenti.

Nel 2011 non sono stati organizzati corsi specificamente dedicati, ma il tema della gestione appropriata dei rifiuti e dell'impegno nella raccolta differenziata è stato inserito in tutti i corsi effettuati sui diversi temi affrontati, quale elemento di valore a completamento dei temi affrontati.

Progetto a minore impatto

La gestione dei processi che hanno impatti sull'ambiente ha l'obiettivo di:

- garantire la conformità alla normativa ambientale;
- governare i processi (es. gestione dei rifiuti, autorizzazione degli scarichi);
- ridurre gli impatti ambientali (es. riduzione dei consumi energetici);
- applicare l'ottica del miglioramento continuo dei processi.

“Lo sviluppo sostenibile è lo sviluppo in grado di soddisfare i bisogni della generazione presente, senza compromettere la possibilità che le generazioni future riescano a soddisfare i propri”.

Per il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna significa un'evoluzione del sistema il più possibile rispettosa dell'ambiente, che riduca al minimo gli impatti delle attività sanitarie sull'ambiente e quindi sulla salute. Per questo motivo, con DGR 686/2007 e s.m.i., è stato avviato nel 2007 il Programma regionale “Il SSR per uno sviluppo sostenibile” che si articola in due progetti fra loro coordinati:

- qualificazione dei consumi energetici ed innovazione tecnologica
- miglioramento continuo del processo di gestione ambientale, in particolare in materia di trattamento dei rifiuti sanitari con riduzione delle quantità prodotte,

sviluppati da due gruppi di lavoro permanenti, “Gruppo regionale energia” e “Gruppo regionale gestione ambientale”.

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

“A minore impatto” è il Progetto di gestione ambientale e sviluppo sostenibile che l'Azienda ha avviato in maniera strutturata a partire dal 2007. Le linee di azione sono rivolte alla gestione di rifiuti e scarichi, energia, acqua, mobilità e acquisti (GPP, Green Public Procurement), per ridurre l'impatto in termini di Kg di CO2 eq prodotti. Sono state individuate specifiche azioni di intervento: garantire conformità alla normativa vigente; migliorare la sicurezza dei processi; misurare e ridurre gli impatti ambientali, in particolare la quantità e la

pericolosità delle sostanze impiegate e dei rifiuti prodotti; razionalizzare consumi e risorse; sensibilizzare e motivare i dipendenti, anche attraverso interventi di informazione - formazione - addestramento; sviluppare consenso e valorizzare l'immagine, rafforzando le relazioni con la comunità, gli stakeholders e shareholders.

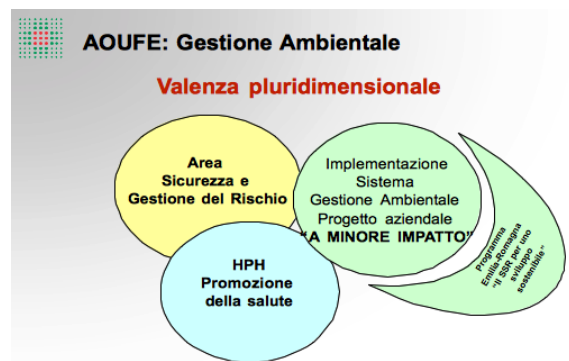
Progetto di miglioramento continuo della gestione dei rifiuti sanitari

Nel corso del 2011 l'Azienda è stata fortemente impegnata nella preparazione per l'attivazione dello Stabilimento ospedaliero “Nuovo S. Anna-Cona”; questa fase ha rappresentato un'occasione per rivedere e migliorare la conoscenza dei percorsi clinico-assistenziali e dei relativi processi produttivi, finalizzati al miglioramento anche dell'aspetto relativo alla gestione dei rifiuti.

Gli obiettivi per la gestione dei rifiuti sanitari sono riassunti nella DGR 1155/2009:

- governo del processo di gestione dei rifiuti (controllo della quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti per la relativa gestione);
- riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti prodotti;
- aumento della quota di rifiuti destinati al recupero di materia ed energia

In Azienda, la gestione dei rifiuti sanitari nel corso degli ultimi 5 anni ha assunto valenza pluridimensionale: si inserisce nell'ambito dell'Area “Sicurezza e Gestione del Rischio”, è parte integrante della politica aziendale di tutela ambientale definita nel Progetto aziendale “A MINORE IMPATTO, implementazione di un Sistema Gestione Ambientale”, e rappresenta uno dei temi fondamentali sostenuti dall'Azienda nell'ambito della Rete “HPH” degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che promuovono la salute.



A partire dal 2005, applicando il modello fondamentale per il miglioramento continuo PDCA, sono stati avviati specifici Progetti di intervento relativi alla gestione dei rifiuti sanitari, finalizzati al mantenimento del livello di

prestazione e al suo costante miglioramento attraverso lo sviluppo della capacità di valutare la realtà presente e le tendenze di miglioramento implementate e ancora in atto.

Sono stati identificati e seguenti obiettivi di miglioramento:

- conformità alla normativa vigente;
- miglioramento della sicurezza del processo di gestione dei rifiuti sanitari (per operatori aziendali, operatori ditte appaltatrici del servizio, pazienti, visitatori e comunità)
- diminuzione dell'utilizzo di sostanze pericolose e della produzione di rifiuti pericolosi
- incremento della raccolta differenziata e dei rifiuti inviati a recupero
- sorveglianza della produzione e dei costi (Osservatorio aziendale sulla gestione dei rifiuti), con restituzione di feedback e rinforzo delle relazioni con gli stakeholder e shareholders
- marketing e comunicazione sociale sul tema dei rifiuti nei confronti di operatori sanitari, pazienti, visitatori e comunità.

La dichiarazione degli annuali obiettivi di miglioramento, lo sviluppo degli specifici progetti e delle strategie di intervento è garantita dalla Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali, integrata dal Gruppo Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile (GGA-SS) dell'Azienda, istituito con Delibera n. 250/2008 quale strumento organizzativo per elaborare le proprie procedure gestionali sulla base delle linee guida regionali e delle priorità aziendali. Il GGA-SS AOUFE, coordinato dal Responsabile Igiene Ospedaliera- Risk Management in qualità di Referente aziendale Gestione Ambientale, è composto dai rappresentanti di tutte le Direzioni/Strutture ritenute determinanti (Prevenzione Protezione, Direzione Attività Tecniche, Direzione Attività Economiche, Mobility Manager e Energy Manager). A seconda delle specifiche necessità, il Gruppo si avvale inoltre del supporto di esperti di altre Direzioni/Servizi coinvolti nella gestione dei rifiuti per i diversi aspetti (Fisica Medica, Ingegneria Clinica, Direzione Affari Giuridici e Attività Amministrative di Presidio, Ufficio Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione, Direzione delle Professioni, ICT, Farmacia).

In via generale, gli elementi chiave della strategia mul-

timodale di intervento sono stati e sono rappresentati da:

- Identificazione e mappatura di attività, sostanze e prodotti impiegati
- Periodica analisi e riprogettazione dei percorsi aziendali di gestione dei rifiuti sanitari (sostegno raccolta differenziata e recupero; miglioramento gestione dei rifiuti pericolosi, interventi strutturali ed impiantistici di sicurezza)
- Aggiornamento del patrimonio documentale (procedure, istruzioni operative, moduli, documenti), disponibile ad ogni operatore nel sito intranet aziendale
- Controlli di qualità e risultato
- Attivazione dell'Osservatorio aziendale per il monitoraggio della produzione e dei costi di gestione dei rifiuti.

La strategia multimodale di intervento: punti di forza

ALLEANZA: Uno dei principali punti di forza del programma di miglioramento è rappresentato dalla garanzia di rapporti di collaborazione stabili con il Gruppo Gestione Ambientale attraverso la costruzione di un clima relazionale favorevole. Il riconoscimento formale di tale collaborazione ne rafforza l'efficacia.

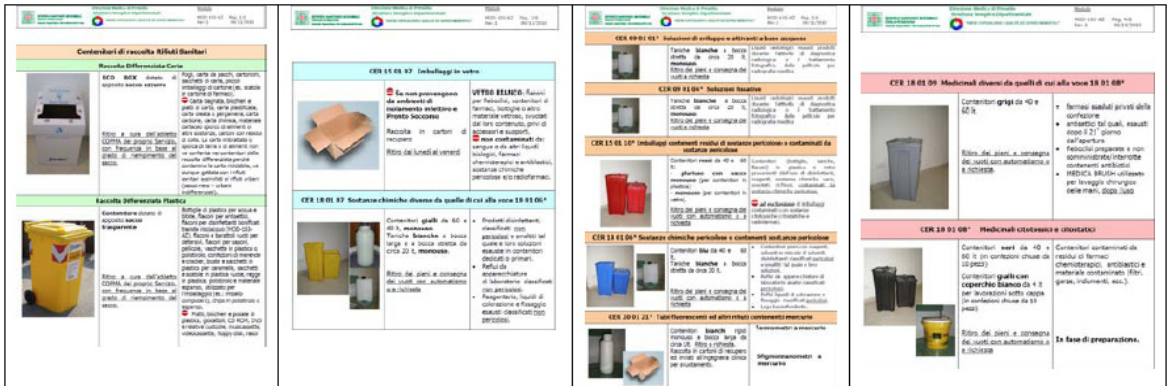
Inoltre, con la partecipazione dal 2002 al Gruppo Rifiuti Sanitari RER e dal 2007 al Gruppo Gestione Ambientale RER, viene garantita una costante attività di collaborazione alla conoscenza e al miglioramento della pratica, grazie al confronto con le altre aziende sanitarie e il benchmarking delle best practices. Nel 2009, il Responsabile Struttura Dipartimentale di Igiene ha partecipato alla revisione delle L.G. regionali sulla gestione dei rifiuti sanitari e degli scarichi, deliberate dalla Giunta regionale (Del. n. 1155/2009) e alla loro diffusione in regione.

PATRIMONIO DOCUMENTALE: Un ulteriore punto di forza è dato dalla costruzione di un patrimonio documentale, inserito nel sito intranet aziendale, disponibile ad ogni operatore e oggetto degli interventi informativi-formativi e di addestramento rivolti agli stessi operatori. Tale patrimonio, elaborato e prodotto dalla Struttura Semplice Dip.le di Igiene Ospedaliera e Q.S.A., è costituito dalla "Procedura per la gestione dei rifiuti sanitari", in cui si individuano le 5 tipologie di rifiuti descritte dal DPR 254/2003, così rappresentate:

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

E' strategica la scelta di utilizzare il codice-colore per l'identificazione delle diverse tipologie di rifiuto, colore che identifica anche le specifiche Istruzioni Operative redatte per ciascuna tipologia di rifiuto, a sostegno della corretta modalità di selezione e raccolta da parte dei produttori iniziali. In particolare, l'Istruzione Operativa per la gestione dei rifiuti provenienti da pazienti sottoposti a procedure di Medicina Nucleare è stata il riferimento per la stesura di uno specifico capitolo all'interno delle Linee Guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle

Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, deliberate con DGR 1155/2009. Inoltre sono stati prodotti, ad integrazione e rinforzo di Procedura e Istruzioni, 4 Moduli specifici: tra questi una guida corredata da immagini fotografiche (POSTER) di tutte le tipologie dei contenitori disponibili in Azienda per la raccolta dei rifiuti e specifiche indicazioni; un Poster mirato alla raccolta dei rifiuti assimilati agli urbani a raccolta indifferenziata; un modulo specifico per raccogliere e diffondere le novità relative alla gestione dei rifiuti, il Bollettino aziendale "INFO-Rifiuti".



Particolare attenzione è stata prestata alla presentazione della Campagna aziendale di sostegno e approfondimento sulla raccolta differenziata e il recupero ("Se separi vivi! LO SAPEVATE CHE..."). Sono stati inoltre realizzati due strumenti per la registrazione dei dati di produzione e costo relativi alla gestione delle diverse tipologie di rifiuti sanitari (Osservatorio Aziendale Rifiuti Sanitari, dati storici e dati anno corrente).

PIANO DI CONTROLLO: La verifica sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari all'interno dell'Azienda, è affidata al personale della Struttura Dipartimentale di Igiene Ospedaliera e Qualità dei Servizi Ambientali. Tale verifica è rivolta sia ai produttori iniziali (UU.OO./ Servizi aziendali) che alle Ditte appaltatrici del servizio. E' basata sui criteri per la corretta gestione dei rifiuti sanitari definiti nella Procedura e nelle Istruzioni operative e Moduli correlati ed è svolta attraverso modalità operative strutturate di:

- ispezione mediante osservazione diretta;
- compilazione delle Schede di controllo;
- analisi e interventi correttivi delle non conformità, immediata e differita;
- apprendimento dall'errore, fino alla stesura di istruzioni operative dedicate per presidiare aspetti rivelatisi particolarmente critici.

Il Piano di controllo si sviluppa su multipli di circa 40 giorni di rilevazione durante i quali vengono effettuate le verifiche su tutta l'Azienda.

E' inoltre attivo un numero telefonico per fornire consulenza in tempo reale alle Unità Operative aziendali sul tema della gestione dei rifiuti.

INDICATORI: Sono stati definiti indicatori per il monitoraggio generale e di ambiti particolari dell'attività complessiva di gestione dei rifiuti:

- Presenza di procedure/istruzioni operative/moduli/documenti relativi alla gestione dei rifiuti aggiornati - Standard di riferimento = revisione ogni 3 anni
- Attività di informazione - formazione – addestramento - Standard di riferimento per formazione = 1 corso /anno (formazione BASE)
- Monitoraggio della produzione dei rifiuti e dei costi di gestione (trend per codice CER). Fonte di rilevazione: "Osservatorio Aziendale Rifiuti Sanitari – dati anno corrente" (report dati) - Standard di riferimento = Frequenza semestrale
- (Kg di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo anno in corso - Kg di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo anno precedente) - Standard di riferimento ≤ 0
- (Kg di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo/giornate di degenza anno in corso - Kg di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo anno/giornate di degenza anno precedente) - Standard di riferimento ≤ 0
- (Kg di rifiuti a raccolta differenziata anno in corso - Kg di rifiuti a raccolta differenziata anno precedente)

dente) - Standard di riferimento ≥ 0

Azioni

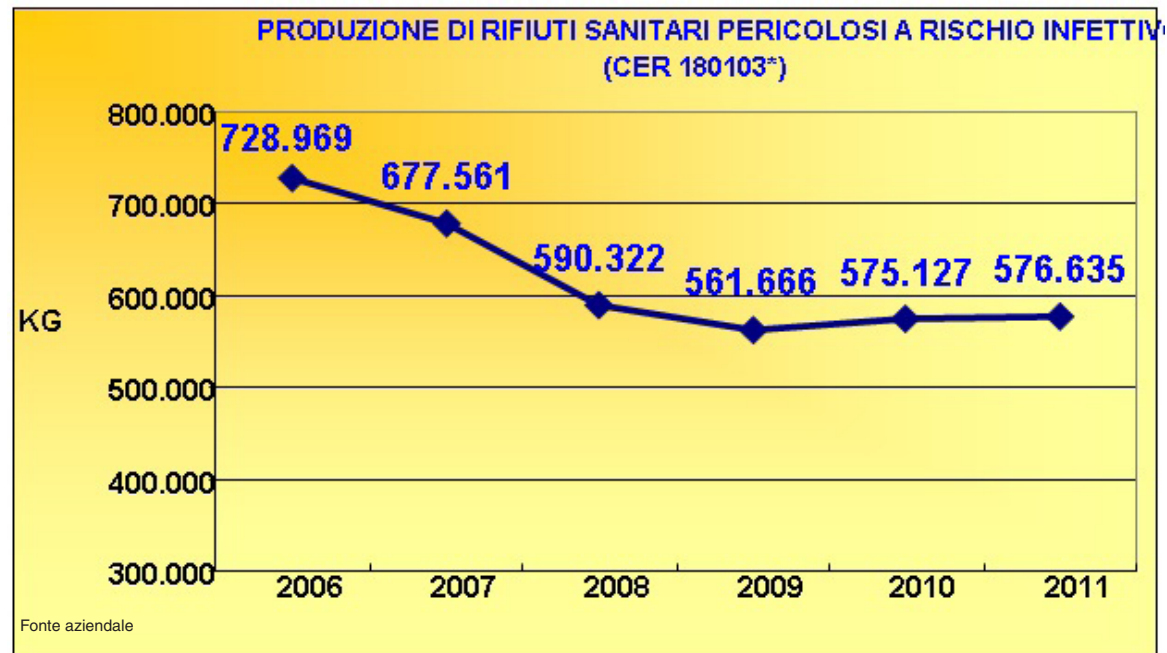
Riduzione-mantenimento della produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo

I rifiuti pericolosi a rischio infettivo (RPRI) rappresentano circa 1/4 dei rifiuti prodotti, ma incidono per circa il 60% sulla spesa. L'utilizzo dell'indicatore "Kg/GD" risponde alla necessità di paragonare le diverse realtà aziendali e monitorare l'andamento della produzione negli anni per singola azienda, consente di formare una base di confronto con le altre Regioni ed è di facile costruzione e comprensione.

In Azienda, la produzione di tale tipologia di rifiuti ha mostrato, a partire dall'anno 2002, una evidente tendenza in crescita con un picco di produzione nell'anno 2006 pari a 2,4 Kg/GD, tendenza riscontrata in tutte le Aziende della Regione (dove si è registrata un produzione media pari a 2,1 Kg/GD). A partire dal 2007, la Struttura Dip.le di Igiene Ospedaliera, ha individuato e sostenuto l'implementazione degli interventi di miglioramento di questo processo, che possono essere sintetizzati in 5 azioni fondamentali:

Fase 1

Figura 2.4 – Produzione di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 180103)



Il grafico mostra la produzione in chilogrammi dei RPRI (CER 180103*) nel periodo 2006-2011, in cui si è registrata una riduzione, rispetto al 2006, del 7% nel 2007 (- 51.480 Kg), del 19% nel 2008 (- 136.647 Kg) e del 23% nel 2009 (- 167.303 Kg).

Per quanto riguarda l'anno 2010 e 2011, si deve registrare un incremento della produzione, rispetto all'anno 2009, di + 13,5 t di RPRI nel 2010 e di 15,1 t di RPRI nel 2011.

Dall'analisi di processo e di contesto, le cause responsabili sono rappresentate da:

- sono più che quadruplicati i pazienti con alert organism (gestione in isolamento spaziale);
- diminuzione negli anni delle giornate di degenza.

1. verifica delle modalità operative di gestione del rifiuto dalla produzione alla raccolta nel contenitore di reparto e correzione delle non conformità osservate;
2. sostituzione dei contenitori di raccolta monouso con contenitori pluriuso;
3. introduzione della rilevazione informatizzata della produzione di rifiuto per centro di costo tramite barcode;
4. introduzione della modalità di selezione "ragionata" del rifiuto pericoloso a rischio infettivo, supportata da strumenti informativi (poster), formazione e addestramento sul campo, presentata in occasione di incontri presso ogni punto di produzione (con la cosiddetta strategia di "presentazione del prodotto porta a porta"). I punti di forza di tale nuova modalità sono rappresentati dalla indicazione al conferimento di pannolini e pannolini nel rifiuto sanitario assimilato al rifiuto urbano, l'indicazione allo svuotamento delle sacche di urine, il potenziamento dell'offerta di raccolta differenziata dei rifiuti non a rischio infettivo.

Fase 2

5. svuotamento sacche delle urine.

I dati di produzione di RPRI nel periodo 2007-2011 confermano l'efficacia delle azioni di miglioramento messe in atto in Azienda.

- incremento attività per outpatient (es. chirurgia ambulatoriale, day service).

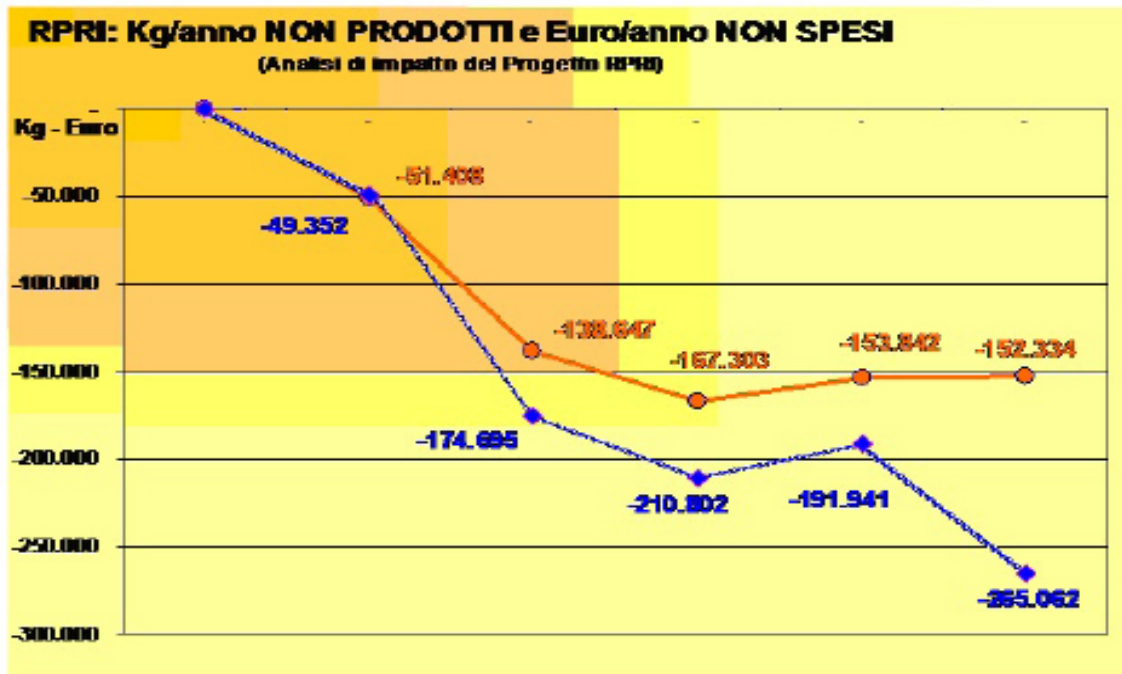
Per questo motivo, al fine di mirare gli interventi di miglioramento in base ai fattori produttivi in gioco, è stata avviata a partire dal 2010 una analisi della produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo per macroarea e per U.O:

- Ambulatoriale
- Dialisi
- Pronto Soccorso
- Degenza
- Servizi diagnostici
- I.C.U.
- Blocco Operatorio.

Questo nuovo approccio all'analisi della produzione dei RPRI per macro-area dovrebbe sostituire l'analisi per giornata di degenza, al giorno d'oggi non più rappresentativa della realtà operativa delle aziende ospedaliere. E' possibile calcolare il risparmio ottenuto dalla riduzione della produzione rispetto al costo sostenuto nell'anno indice 2006:

- 49.352 euro nel 2007
- 174.695 euro nel 2008
- 210.802 euro nel 2009
- 230.461 euro nel 2010
- 265.062 euro nel 2011.

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



Fonte aziendale

Progetto RPRI - FASE 2: svuotamento sacche delle urine.

In Azienda la proposta presentata agli operatori assistenziali ha determinato elevate resistenze. Per questo motivo nel corso del 2011 è stata sperimentata una apparecchiatura mobile svuota sacche, da collegare alla sacca a circuito chiuso al letto del paziente, per valutarne la sicurezza d'uso e l'impatto sulla riduzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo con la sua introduzione.

Allo scopo sono state selezionate 2 aree di degenza presso le quali è stata sperimentata per 7 giorni l'apparecchiatura.

Figura 2.6 – Risultati della sperimentazione per 7 giorni e proiezione all'anno

UU.OO	DURATA SPERIMENTAZIONE 7 GG	KG DI RPRI 180103* NON PRODOTTI/ SETTIMANA	KG DI RPRI 180103* NON PRODOTTI/ ANNO	N° SACCHE URINE PER SVUOTAMENTO NON UTILIZZATE/ANNO
UROLOGIA	Dal 26/09 al 2/10	538	27.976	17.850
MED INT OSP 2^a	Dal 4/10 al 10/10	104	5.408	4.260



Altri esempi di impatto:

UU.OO	KG DI RPRI 180103* NON PRODOTTI/ ANNO
CARDIOLOGIA-UTIC	18.907
U.O. ANESTESIA RIANIMAZIONE UNIVERSITARIA	11.506
U.O. ANESTESIA RIANIMAZIONE OSPEDALIERA	19.365

Fonte aziendale

Figura 2.7 – Proiezione dell'impatto dello svuotamento delle sacche su tutta AOUFE: stima riduzione Kg RPRI

	CAPACITA' (l)	PESO PZ (Kg)*	QUANTITA' PZ (anno)	STIMA PESO TOTALE* (Kg) (anno)	STIMA PESO TOTALE* (T) (anno)
SACCHE URINE ZIRU					
circ chiuso+sacchetto	2,5	1,25	14.004	17.505	17,51
sacchetto raccolta urine da svuotamento	2	1	22.400	22.400	22,40
sacchetto non sterile	2	1	130.675	130.675	130,68
TOTALE AOUFE	2,2	1,1	176.079	170.580	170,58

Ipotesi di impatto: - 180 t /anno di RPRI

Libri-Kg

*stimata riempimento non a pieno al 50% della capacità

Fonte aziendale

Riduzione della produzione dei rifiuti pericolosi non a rischio infettivo (RPNRI)

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

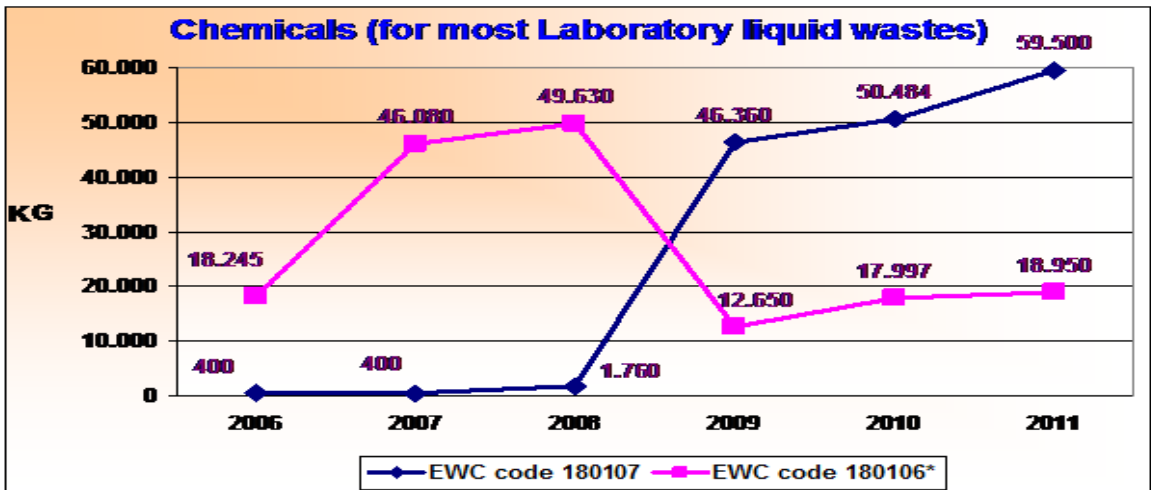
La modalità di raccolta dei liquidi esausti di processo attualmente è rappresentata dal conferimento in taniche e smaltimento come rifiuto. L'Azienda rappresenta il riferimento provinciale per le attività di Laboratorio analisi chimico-cliniche, Microbiologia, Anatomia Patologica, Genetica, Endocrinologia, Immunoematologia e Trasfusionale, Fisiopatologia della Coagulazione. Cogliendo l'occasione della progettazione e costruzione dell'edificio "laboratori" presso la nuova struttura ospedaliera che sostituirà l'attuale stabilimento cittadino, nel 2008-2009 è stata effettuata la mappatura,

revisione, riclassificazione e declassificazione delle sostanze impiegate e dei liquidi di processo per ciascuna linea di produzione, intervenendo sui versanti della sicurezza impiantistica, di processo e di esito.

Tale intervento permetterà di superare la raccolta in tanica della maggior parte dei rifiuti liquidi esausti realizzando, nella nuova struttura ospedaliera, il conferimento dei reflui in cisterne dedicate secondo tipologia e miscibilità del rifiuto e consentendo lo scarico in fogna della produzione autorizzata.

Già a partire dal 2009, tuttavia, l'intervento ha determinato un decremento significativo della produzione di tali rifiuti liquidi rispetto ai dati storici con l'aumento prevedibile dei rifiuti non pericolosi (codice specchio), essendo questa l'unica possibilità di gestione dei liquidi di processo.

Figura 2.8 - Produzione di liquidi di laboratorio



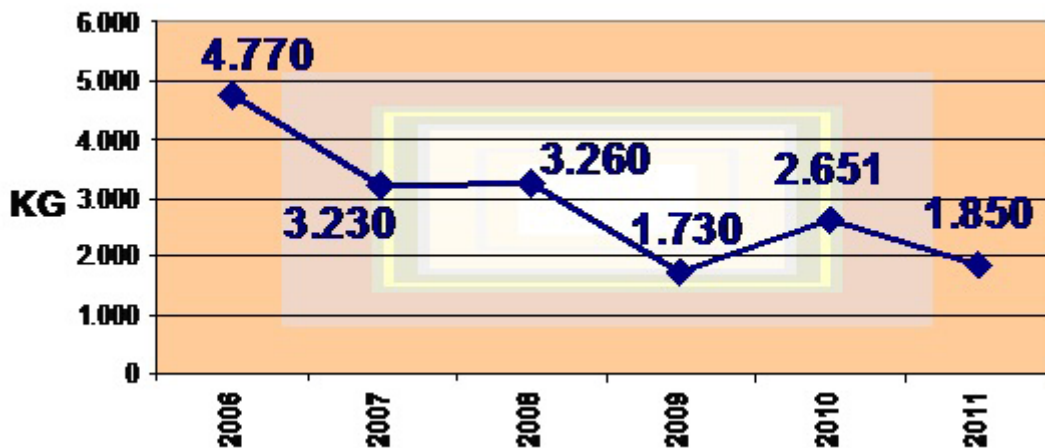
Fonte aziendale

L'implementazione progressiva del progetto di accorpamento sull'Azienda di tutta l'attività di laboratorio della Provincia di Ferrara sta determinando l'incremento complessivo della produzione di questa tipologia di rifiuti, pur mantenendo sempre l'impostato orientamento: la produzione totale nel 2011 ha continuato ad incrementarsi, ma il codice 180106* pericolosi ha rappresentato il 24% della produzione totale di rifiuti di laboratorio.

Una riduzione dei RPNRI ha inciso in questi anni l'introduzione della bonifica degli imballaggi in plastica di prodotti chimici per il loro conferimento nel circuito di raccolta differenziata, riducendo l'impatto legato agli imballaggi pericolosi.

Nel 2011, anche se su questo versante l'accorpamento sull'Azienda delle attività di Laboratorio provinciali ha determinato l'atteso impatto della produzione, si registra una riduzione rispetto a quanto osservato nel 2010 (- 30%).

Figura 2.9 - Imballaggi contenenti sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze CER 150110*

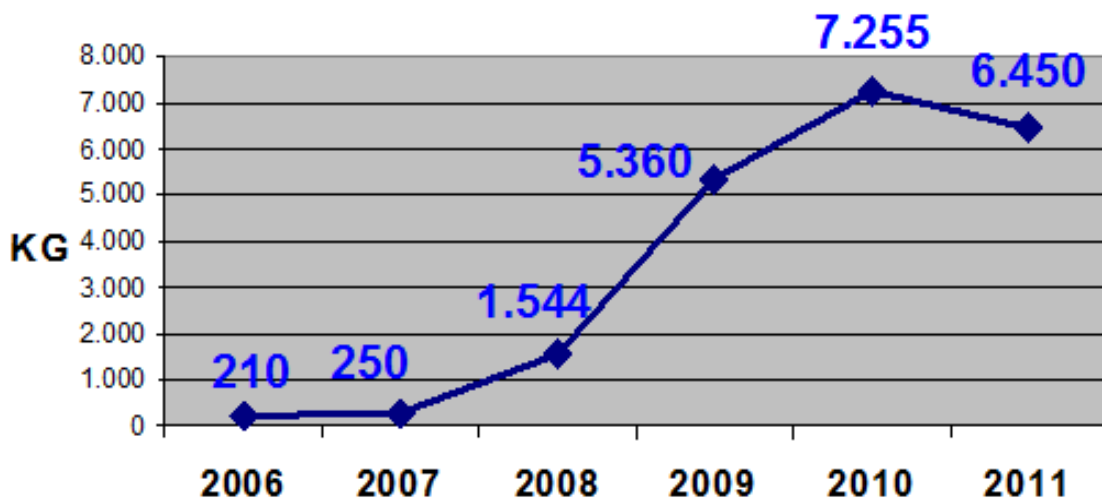


Fonte aziendale

Incremento della produzione del codice CER 180109 - Medicinali diversi da quelli di cui alla voce 18 01 08 (farmaci e prodotti di farmacia)

Di segno opposto l'intervento effettuato a partire dal 2008 per potenziare la raccolta "porta a porta" dei farmaci e prodotti di farmacia, estendendone il campo di applicazione dalla Farmacia a tutte le Unità Operative aziendali. L'obiettivo virtuoso è quello di risparmiare l'impatto ambientale dei farmaci, in particolare antibiotici, con i noti problemi di inquinamento e sviluppo di microrganismi antibiotico resistenti. La produzione di questo rifiuto si è quasi quadruplicata nel 2009 rispetto al 2008 ed è aumentata del 25% nel 2010 rispetto al 2009. A seguito di una campagna aziendale di miglioramento nella gestione delle scadenze e dell'utilizzo appropriato su tali prodotti, nel 2011 si è registrato un decremento della produzione dell'11%.

Figura 2.10 - Trend di produzione del codice CER 180109



Fonte aziendale

Su questo tema si inserisce il Progetto di ricerca avviato nel 2009 relativo alla caratterizzazione degli scarichi della struttura ospedaliera, in collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria di UNIFE, finalizzato alla osservazione dell'impatto della struttura ospedaliera sull'ambiente, in particolare per quanto riguarda gli antibiotici, e al suo contenimento quando si effettuano interventi di contenimento.

Raccolta differenziata dei rifiuti inviati a recupero

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

Tabella 2.4 – Raccolta differenziata dei rifiuti inviati a recupero

TIPOLOGIA RIFIUTO	Tonnellate raccolte (periodo 2006-2011)
Carta e cartone	606
Vetro bianco	461
Plastica	25

Tuttavia, in base alla conoscenza sulla produzione di rifiuti dell'Azienda, vi è da anni la consapevolezza che è possibile contribuire in maniera ancora più rilevante. Questo potrà essere realizzato grazie all'Accordo locale volontario, avviato in fase sperimentale nel 2009 e formalmente siglato il 26 aprile 2010 tra l'Azienda ed HERA s.p.a., gestore locale della raccolta dei rifiuti urbani, con il patrocinio della Provincia di Ferrara – AATO6. Questa nuova collaborazione ha consentito di introdurre la raccolta "porta a porta" di carta e cartone, l'avvio della nuova raccolta differenziata della plastica e di potenziare la raccolta di pile alcaline, toner e umido. HERA s.p.a. supporta l'Azienda con la fornitura gratuita di ecobox e sacchi che sono stati distribuiti in maniera capillare in ogni Unità Operativa e Servizio. Inoltre, riconoscendo l'impegno e l'attenzione dell'Azienda per una gestione virtuosa dei rifiuti, nello sviluppo del progetto, sono previste ulteriori facilitazioni economiche e operative, tra le quali lo sconto sulla Tariffa di Igiene Ambientale.

Il progetto, iniziato in fase sperimentale nel 2009, è diventato elemento stabile nella gestione dei rifiuti dell'Azienda dal 2010 e continuerà presso il nuovo ospedale di Cona con i naturali aggiustamenti e potenziamenti che si renderanno necessari nel percorso di miglioramento continuo della gestione dei rifiuti.

L'Azienda è anche impegnata con HERA e AATO6 sul versante della comunicazione sociale per incoraggiare l'adozione di questi comportamenti virtuosi non solo sul luogo di lavoro ma anche a domicilio, sostenendo la Campagna di promozione della raccolta differenziata "Se separi vivi! LO SAPEVATE CHE...". L'approccio comunicativo prevede la valorizzazione dei risultati ottenuti sul versante della raccolta differenziata in termini di "impatto positivo" sull'ambiente. Ad esempio la raccolta di carta e cartone ha prodotto benefici ambientali così misurabili.

Tabella 2.5 – Benefici ambientali prodotti

t carta (2006-2011)	Alberi risparmiati	L di acqua non consumati	Kg di CO2 eq non emessi	Blocco totale del traffico (giorno e notte)
606	9.090	26.664.000	792.648	3.636



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

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

Nel corso del 2011 si è proseguito con l'attività di mobility management.

Le azioni sono state rivolte allo spostamento casa-lavoro dei dipendenti attualmente impiegati presso l'ospedale S.Anna e Settore di Riabilitazione, ma soprattutto, alla mobilità dipendenti-utenti che si recheranno nel nuovo ospedale di Cona, tra le quali:

- realizzazione di una nuova linea di autobus (CONA-BUS);
- individuazione di aree di sosta all'interno dei parcheggi ospedalieri dedicati al CARPOOLING;
- realizzazione assieme al Comune di Ferrara e all'associazione Tassisti di un protocollo operativo per il trasporto di utenti e zone di sosta all'interno dell'ospedale di Cona;
- pianificazione del trasporto su "ferro";
- ultimazione degli incontri-sopraluoghi a Cona con C.T.A (Commissione Tecnica Accessibilità), vedi piano 2010.

Le azioni di cui sopra hanno comportato vari incontri con le istituzioni per la definizione di strategie relative al prossimo trasloco delle attività sanitarie nel Nuovo Polo Ospedaliero di Cona e alla viabilità cittadina di collegamento del nuovo ospedale, procedendo secondo quanto delineato nell'ambito del progetto denominato Co.N.A. (sviluppo del trasporto pubblico verso Cona), accolto dal Ministero in data 18 giugno 2010. In particolare è stato definito assieme ad AMI (Azienda Mobilità e Infrastrutture) e ATC (Azienda di trasporto pubblico) il progetto relativo al tragitto degli autobus

Ferrara-Cona e viceversa (orari di partenza e arrivo, fermate sia all'interno dell'ospedale che durante il percorso).

Nell'ambito del progetto Co.N.A. è stato realizzato lo studio per l'assegnazione di abbonamenti scontati dell'autobus ai dipendenti dell'Azienda; su un pacchetto di 500 abbonamenti scontati a disposizione, sono giunte 543 domande, impostando il procedimento all'interno dell'Azienda per la ricezione dei nominativi e per l'assegnazione e consegna degli abbonamenti. Con la Farmacia, Direzione Medica e Magazzino Economico è stato definito un programma operativo per il trasporto di persone e merci, da e verso, il suddetto ospedale.

E' stato aggiornato il Piano Spostamento Casa Lavoro quindi inviato nei termini di legge (Decreto Interministeriale 27.03.98) al Mobility Manager d'Area del Comune di Ferrara, e ai competenti uffici regionali come stabilito dalla delibera di Giunta Regionale (DGR234/2010).

Nell'ambito della progettazione della "Città della Salute" (attuale S.Anna), ha partecipato alle riunioni indette, ed ha presentato la documentazione tecnica richiesta dalle istituzioni interessate.

E' continuata l'attività di monitoraggio ecosostenibile nell'uso delle vetture aziendali.

Anche nel corso del 2011 è stata garantita la partecipazione del Mobility Manager ai lavori del Gruppo Regionale Mobilità Sostenibile ed è stata svolta attività didattica in merito alla gestione ambientale e allo sviluppo sostenibile e mobilità organizzato dall'Azienda in collaborazione con la Regione.

2.3 Contributo alla copertura dei Livelli Essenziali di Assistenza

2.3.1 Assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Attività di screening

Il contributo aziendale all'attività di screening è ben consolidato. In particolare l'Azienda anche per il 2011 ha assicurato:

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

Lo screening del cancro della mammella

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

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

Il confronto tra gli ultimi tre anni mostra pertanto, una drastica variazione sia del numero totale di prestazioni, notevolmente ridotto, sia del mix, divenuto più complesso. Il riflesso economico di tale cambiamento è stato, comprensibilmente, negativo, come si evince dalla tabella seguente. Tale orientamento risulta tuttavia in sintonia con la "mission" aziendale che prevede uno spostamento delle risorse mediche a favore degli iter di approfondimento diagnostico multimodale integrato che prevedono un maggior impegno temporale con ovvia riduzione del numero di esami totali per sensibile decremento della quota delle prestazioni di primo livello che, come detto sopra, sono state lasciate all'Azienda territoriale per consentire l'espletamento di un secondo livello più complesso ed articolato.

Tabella 2.6 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro della mammella

	2009	2010	2011
MAMMOGRAFIA PER SCREENING	7.104	33	49
ECOGRAFIA MONOLATERALE PER SCREENING	91	44	21
ECOGRAFIA BILATERALE PER SCREENING	66	16	32
VISITA SENOLOGICA PER SCREENING	128	61	70
RM MAMMELLA SENZA/CON CONTR.	9	13	38
BIOPSIE PERCUTANEE VACUUM-ASSISTED	34	126	153
AGOBIOPSIA MAMMARIA ECOGUIDATA PER SCREENING	34	20	8
MISCELLANEA ALTRE PRESTAZIONI	90	54	27
TOTALE PRESTAZIONI PER SCREENING	7.556	367	398
TOTALE RICAVI	219.574	66.896	85.224

Fonte aziendale

Lo screening del cancro del collo dell'utero

L'attività di primo livello risulta tendenzialmente stabile nel corso degli anni. La diagnostica molecolare, con il test HPV alto rischio (che ha contribuito a migliorare la specificità del Pap test) è, come previsto, in progressivo incremento. L'aumento del numero di prestazioni è legato principalmente allo sviluppo delle tecniche di diagnostica molecolare che ha determinato una forte spinta verso l'innovazione.

Tabella 2.7 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro del collo dell'utero

	2009	2010	2011
ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE PAP TEST SU STRATO SOTTILE PER SCREENING	27.509	28.001	28.442
TEST HPV-DNA ALTO RISCHIO	1.162	1.252	1.099

Fonte aziendale

Lo screening del cancro del colon-retto

Nell'anno 2011 le prestazioni effettuate per l'attività di screening hanno subito una diminuzione rispetto al 2010 del 22,7%. In particolare sono diminuite le endoscopie diagnostiche (-14,%), mentre quelle operative hanno avuto un leggero incremento (+ 2%).

Tabella 2.8 - Contributo aziendale all'attività di screening: Cancro del colon-retto

	2009	2010	2011
COLONSCOPIA PARZIALE ESPLORATIVA	17		
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	279	339	293
PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA/COLONSCOPIA	67	7	27
COLONSCOPIA CON BIOPSIA (ESCLUSO ESAME ISTOLOGICO)	8	83	48
PANCOLONSCOPIA CON POLIPECTOMIA	147	195	168
COLONSCOPIA PARZIALE CON POLIPECTOMIA	6		10
TRATTAMENTO LASER X LESIONE INTESTINO CRASSO	4	4	7
PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON BIOPSIA	1		1
RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON BIOPSIA	2		1
ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA	1	1	1
VISITA GASTROENTEROLOGICA BREVE (CONTROLLO)	488	602	368
EMOSTASI COMPRESSIVA	8	15	16
EMOSTASI CON CLIPS	1	2	16
TATUAGGIO COLON	10	26	30
COLONSCOPIA/ILEOSCOPIA RETROGR.		2	
TOTALE	1039	1276	986

Fonte aziendale

2.3.2 Assistenza distrettuale

Assistenza farmaceutica

Erogazione diretta

Nel 2011 il costo sostenuto dall'Azienda per erogazione diretta è cresciuto di oltre 760 mila euro, pari al 6,41% del costo 2010. L'incremento è in particolare da attribuire ai farmaci ad alto costo e del PHT entrambi di classe A, mentre contrariamente a quanto avvenuto nel 2010, si è verificata un'importante riduzione dei farmaci di classe H/osp2.

Entrando nel merito delle tipologie di erogazione, le variazioni più significative che hanno determinato gli effetti sui costi riguardano:

1. Farmaci Alto Costo PHT: inibitori dell'aromatasi

- 287.000 €, farmaci Nota 65 (IFN beta e glatilamer per sclerosi multipla) -160.000 €, eritropoietina beta - 97.000 €, lenogastrim - 90.000 €, eritropoietina alfa + 392.000 €, fattore VIII coagulazione + 351.000 €, filgrastim biosimilare + 130.000 €.

2. Farmaci PHT ex H Osp2: adefovir -76,000 €, farmaci per ipertensione polmonare -74.000 €, deferasirox + 225.000 €, temozolamide + 81.000 €, entecavir + 67.000 €.

3. Farmaci erogati dopo visita ambulatoriale: farmaci nota 85 - 118.000 € (dovuto ad attivazione DPC), dalteparina - 75.000 € (dovuto ad attivazione DPC). Aumento di: enoxaparina + 82.000 €, colliri antiglaucoma (ex-nota 78) + 62.000 €.

4. Farmaci classe H Osp 2: etanercept - 460.000 €, dasatinib -153.000 €, sunitinib - 111.000 €, pegvisomant - 77.000 €, gefitinib + 141.000 €, nilotinib +69.000 €.

Tabella 2.9 – Erogazione diretta: confronto 2010-2011

	EROGATO 2010			EROGATO 2011			Δ andamento 2011-2010 costo osped	Δ % 2011-2010 costo osped	Δ andamento 2011-2010 costo al pubblico	Δ % 2011-2010 costo al pubblico
	Risparmio	Costo Osped.	Costo al pubblico	Risparmio	Costo Osped.	Costo al pubblico				
Farmaci dopo dimissioni Ricovero	721.704	264.098	985.802	620.976	244.692	865.668	-19.406	-7,35	-120.134	-12,19
Farmaci Alto Costo/ PHT(1)	4.376.672	5.255.260	9.631.932	4.728.903	5.589.546	10.318.449	334.286	6,36	686.517	7,13
Farmaci Alto Costo classe A (PHT) ex H/Osp2(anno 2010 inclusi in classe H/osp2) Ferrara (2)				1.882.753	2.364.408	4.247.162				
Farmaci dopo visita spec. ambulatoriale (2)	2.147.593	1.785.999	3.933.592	2.065.895	1.571.750	3.637.645	-214.250	-12,00	-295.947	-7,52
Farmaci cittadini stranieri	5.579	4.795	10.374	8.830	5.988	14.818	1.193	24,88	4.444	42,84
Totale	7.251.548	7.310.152	14.561.700	9.307.358	9.776.384	19.083.742	2.466.232	33,74	4.522.042	31,05
Classe H/ osp2 paz. Ferrara (3)	2.954.485	4.624.499	7.578.984	1.609.341	2.923.758	4.533.099	-1.700.741	-36,78	-3.045.885	-40,19
Totale	10.206.033	11.934.651	22.140.684	10.916.699	12.700.142	23.616.841	765.491	6,41	1.476.157	6,67

Fonte aziendale

Assistenza specialistica ambulatoriale

Nel 2011 la produzione ambulatoriale è sensibilmente aumentata. Incide in modo significativo il contributo in incremento delle prestazioni del laboratorio analisi, in relazione all'espansione dell'attività di tale servizio nell'ambito della progettualità del Laboratorio unico Provinciale.

Tabella 2.10 - Produzione ambulatoriale – trend triennio 2009-2011

	2009				2010				2011			
	prestazioni		importi		prestazioni		importi		prestazioni		importi	
	n.	% su tot az.le	n.	% su tot az.le	n.	% su tot az.le	n.	% su tot az.le	n.	% su tot az.le	n.	% su tot az.le
Diagnostica	208.896	6,9	8.019.206	19,49	208.986	6,63	7.951.114	19,55	212.899	6,63	8.349.187	18,16
Laboratorio	2.297.081	75,9	13.566.377	32,97	2.435.385	77,22	14.604.329	35,9	3.249.370	81,86	17.815.544	38,75
Riabilitazione	49.858	1,65	388.070	0,94	58.433	1,85	457.219	1,12	42.210	1,06	358.490	0,78
Prestazioni terapeutiche	121.417	4,01	9.875.197	24	125.019	3,96	10.270.804	25,25	117.400	2,96	10.137.065	22,05
Visite	349.333	11,54	9.302.402	22,61	325.952	10,34	7.392.952	18,18	347.716	8,76	9.313.169	20,26
TOTALE	3.026.585	100	41.151.252	100	3.153.775	100	40.676.418	100	3.969.595	100	45.973.455	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Le prestazioni di diagnostica strumentale tendono alla riduzione ma con crescita degli importi, descrivendo un quadro di incremento della complessità delle richieste. Appaiono in riduzione le prestazioni terapeutiche, sia come numero che come importi.

Tabella 2.11 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2011

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	70.140	1,77	3.213.733	6,99
	D2-D.Strument. no radiaz.	120.292	3,03	4.414.664	9,6
	D3-Biopsia	4.663	0,12	349.567	0,76
	D9-Altra diagnostica	17.804	0,45	371.223	0,81
	Totale	212.899	5,36	8.349.187	18,16
Laboratorio	L1-Prelievi	308.547	7,77	803.863	1,75
	L2-Chimica clinica	2.267.382	57,12	8.181.572	17,8
	L3-Ematologia/coagulaz.	442.861	11,16	1.417.939	3,08
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	5.140	0,13	39.820	0,09
	L5-Microbiologia/virologia	138.022	3,48	1.388.347	3,02
	L6-Anatomia ed ist.patol.	38.546	0,97	1.142.370	2,48
	L7-Genetica/citogen.	48.872	1,23	4.841.633	10,53
	Totale	3.249.370	81,86	17.815.544	38,75
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	6.252	0,16	66.699	0,15
	R2-RRF	26.218	0,66	211.128	0,46
	R3-Terapia Fisica	5.319	0,13	34.781	0,08
	R9-Altra riabilitazione	4.421	0,11	45.882	0,1
	Totale	42.210	1,06	358.490	0,78
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	33.923	0,85	2.773.241	6,03
	T2-Dialisi	33.748	0,85	4.541.212	9,88
	T3-Odontoiatria	2.484	0,06	166.904	0,36
	T4-Trasfusioni	2.602	0,07	321.426	0,7
	T5-Chirurgia ambulatoriale	10.985	0,28	1.996.985	4,34
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	33.658	0,85	337.297	0,73
	Totale	117.400	2,96	10.137.065	22,05
Visite	V1-Prima visita	197.459	4,97	5.872.502	12,77
	V2-Visita di controllo	147.712	3,72	2.880.767	6,27
	V3-Osservaz.breve intensiva	2.545	0,06	559.900	1,22
	Totale	347.716	8,76	9.313.169	20,26
TOTALE AZIENDALE		3.969.595	100	45.973.455	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.12 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2010

		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	67.563	2,14	2.950.010	7,25
	D2-D.Strument. no radiaz.	120.557	3,82	4.335.683	10,66
	D3-Biopsia	4.746	0,15	362.878	0,89
	D9-Altra diagnostica	16.120	0,51	302.542	0,74
	Totale	208.986	6,63	7.951.114	19,55
Laboratorio	L1-Prelievi	220.659	7	575.797	1,42
	L2-Chimica clinica	1.690.312	53,6	6.580.639	16,18
	L3-Ematologia/coagulaz.	335.362	10,63	1.074.840	2,64
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	3.439	0,11	26.912	0,07
	L5-Microbiologia/virologia	104.837	3,32	1.140.924	2,8
	L6-Anatomia ed ist.patol.	38.985	1,24	1.161.035	2,85
	L7-Genetica/citogen.	41.791	1,33	4.044.182	9,94
	Totale	2.435.385	77,22	14.604.329	35,9
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	6.821	0,22	63.661	0,16
	R2-RRF	39.368	1,25	293.677	0,72
	R3-Terapia Fisica	7.106	0,23	47.568	0,12
	R9-Altra riabilitazione	5.138	0,16	52.313	0,13
	Totale	58.433	1,85	457.219	1,12
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	35.597	1,13	2.814.330	6,92
	T2-Dialisi	34.467	1,09	4.588.417	11,28
	T3-Odontoiatria	2.518	0,08	125.118	0,31
	T4-Trasfusioni	2.384	0,08	334.827	0,82
	T5-Chirurgia ambulatoriale	11.574	0,37	2.030.307	4,99
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	38.479	1,22	377.806	0,93
	Totale	125.019	3,96	10.270.804	25,25
Visite	V1-Prima visita	191.977	6,09	4.494.273	11,05
	V2-Visita di controllo	131.839	4,18	2.428.760	5,97
	V3-Osservaz.breve intensiva	2.136	0,07	469.920	1,16
	Totale	325.952	10,34	7.392.952	18,18
TOTALE AZIENDALE		3.153.775	100	40.676.418	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.13 - Produzione ambulatoriale dettaglio 2009

AOSP FERRARA		Prestazioni		Importi (€)	
		N.	% su tot. aziendale	Val.	% su tot. aziendale
Diagnostica	D1-D.Strument.con radiaz.	65.188	2,15	2.903.426	7,06
	D2-D.Strument. no radiaz.	122.484	4,05	4.478.140	10,88
	D3-Biopsia	4.894	0,16	314.642	0,76
	D9-Altra diagnostica	16.330	0,54	322.997	0,78
	Totale	208.896	6,9	8.019.206	19,49
Laboratorio	L1-Prelievi	214.325	7,08	560.089	1,36
	L2-Chimica clinica	1.569.096	51,84	6.108.317	14,84
	L3-Ematologia/coagulaz.	329.973	10,9	1.074.554	2,61
	L4-Immunoemat.e trasfusion.	3.643	0,12	28.964	0,07
	L5-Microbiologia/virologia	107.961	3,57	1.180.282	2,87
	L6-Anatomia ed ist.patol.	33.920	1,12	1.037.517	2,52
	L7-Genetica/citogen.	38.163	1,26	3.576.654	8,69
	Totale	2.297.081	75,9	13.566.377	32,97
Riabilitazione	R1-Riab.diagnostica	6.469	0,21	60.478	0,15
	R2-RRF	31.104	1,03	226.427	0,55
	R3-Terapia Fisica	6.224	0,21	46.223	0,11
	R9-Altra riabilitazione	6.061	0,2	54.942	0,13
	Totale	49.858	1,65	388.070	0,94
Prestazioni Terapeutiche	T1-Radioterapia	30.928	1,02	2.454.245	5,96
	T2-Dialisi	35.946	1,19	4.552.854	11,06
	T3-Odontoiatria	2.522	0,08	166.738	0,41
	T4-Trasfusioni	1.740	0,06	229.933	0,56
	T5-Chirurgia ambulatoriale	12.041	0,4	2.080.718	5,06
	T9-Altre prestaz. terapeutiche	38.240	1,26	390.709	0,95
	Totale	121.417	4,01	9.875.197	24
Visite	V1-Prima visita	204.596	6,76	6.057.726	14,72
	V2-Visita di controllo	142.685	4,71	2.793.236	6,79
	V3-Osservaz.breve intensiva	2.052	0,07	451.440	1,1
	Totale	349.333	11,54	9.302.402	22,61
TOTALE AZIENDALE		3.026.585	100	41.151.252	100

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

il trend delle prestazioni critiche soggette a monitoraggio, dopo una crescita fino al 2010, ha mostrato una fase di tendenziale riduzione nel 2011, avvicinandosi alle quantità del 2009.

Tabella 2.14 - Valore e volumi prestazionali per prestazioni critiche

	Prestazioni erogate		Valore della produzione	
	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale	Totale aziendale	% sul totale della produzione provinciale
2011	93.499	28,2%	3.104.881	24,7%
2010	101.815	29,5%	3.387.079	28,6%
2009	93.795	35,8%	3.124.166	30,0%
2008	73.895	29,3%	2.698.225	24,4%
2007	65.136	31,5%	2.351.879	26,6%

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

Nel 2011 i volumi e gli importi dell'attività libero professionale si sono contratti. La riduzione va attribuita ad azioni di controllo specifiche sull'attività in relazione alle esigenze aziendali di equilibrio delle attività erogate in rapporto all'attività istituzionale e alle linee guida regionali.

Tabella 2.15 - Attività Libero Professionale suddivisa per dipartimenti ad attività Integrata

	2009		2010		2011	
	N	IMPORTO	N	IMPORTO	N	IMPORTO
Dipartimento Chirurgico	6.728	856.698	6.731	930.846	6.884	917.615
Dipartimento Chirurgico Specialistico	11.641	1.621.550	9.788	1.485.238	8.949	1.323.952
Dipartimento Emergenza	4.735	412.211	4.617	426.070	4.616	409.958
Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio	5.560	500.167	5.885	588.998	5.445	556.572
Dipartimento Medico	2.973	320.494	3.130	361.487	2.863	335.781
Dipartimento Medico Specialistico	6.853	750.944	7.256	821.164	7.092	786.589
Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione	5.187	610.893	5.021	618.371	5.281	642.544
Dipartimento Riproduzione e Accrescimento	6.047	656.857	4.839	559.797	4.012	507.808
Totale	49.724	5.729.818	47.327	5.795.427	45.184	5.483.535

Fonte aziendale

Il day service ambulatoriale

Nel 2011 la produzione di DSA ha presentato ancora un incremento del numero dei casi gestiti attraverso tale setting assistenziale. Si osserva inoltre anche un aumento del numero medio degli accessi per caso; va però tenuto presente che nel computo sono presenti tipologie di DSA che gestiscono la patologia cronica, come il DSA Oncologico, che generalmente hanno un elevato numero di accessi. Anche l'importo complessivo è aumentato, mentre l'importo medio da tariffazione è lievemente ridotto. Nel complesso si può affermare che è confermata la tendenza al progressivo sviluppo di questa attività, che pur garantendo la presa in carico del paziente, evita il ricorso a setting inappropriati con consumo eccessivo di risorse. Nel complesso l'importo della produzione di DSA costituisce il 7,3% della attività ambulatoriale (compresi: produzione, extra provincia, stranieri, pronto soccorso; esclusi: paganti, convenzioni, attività libero professionale), a confronto col 6,2% del 2010.

Tabella 2.16 - Day Service Ambulatoriale: confronto tra 2010 e 2011

	2010					2011				
	N. PAC CHIUSI	N. MEDIO ACCESSI	N. PRESTAZ.	IMPORTO TOTALE	IMPORTO MEDIO	N. PAC CHIUSI	N. MEDIO ACCESSI	N. PRESTAZ.	IMPORTO TOTALE	IMPORTO MEDIO
CHIR.PEDIATRICA	862	1,1	2.677	49.328	74,97	912	1,2	2.876	64.015,45	78,45
EMATOLOGIA	473	3	3.745	130.505	404,04	469	3,2	5.034	161.156,85	395,96
DIABETOLOGIA	21	3,8	347	3.634	279,52	9	4,4	114	1.197,70	239,54
ENDOCRINOLOGIA	611	5,7	10.175	182.284	454,57	528	5,7	11.301	205.943,10	489,18
DEMENZE - GERIATRIA	72	4	2.114	20.505	353,54	72	4,3	2.418	20.797,10	301,41
MAL.INFETTIVE	129	3,1	1.555	10.616	127,91	94	3,1	966	7.669,35	114,47
PROG. MAL.INFTROP. E MAL. MIGRANTE	69	3,4	963	8.300	212,81	59	3,6	1.054	8.622,40	233,04
INTERNISTICO	570	5,6	11.410	129.343	372,75	477	5,6	10.670	137.297,90	318,56
MEDICINA INTERNA UNIVERSITARIA - DAY SERVICE DEMENZE	63	3,6	1.745	18.175	370,93	64	4	1.925	19.619,70	377,3
NEUROLOGIA	46	4,8	384	3.294	164,68	54	5,5	542	6.624,25	254,78
CLINICA NEUROLOGICA	40	2,5	323	4.767	340,48	28	3,9	442	4.989,85	216,95
OCULISTICA.	1.619	3,8	1.710	1.184.718	854,78	1.619	3,8	5.017	1.332.440,00	890,67
ORTOPIEDIA	332	1,4	953	38.547	178,46	339	1,4	927	41.993,65	184,18
OSTETRICIA GINECOLOGIA	1.042	2,3	11.397	358.283	441,23	1.056	2,4	11.909	357.979,60	401,32
O.R.L.	22	2,2	74	2.164	216,44	40	2	221	7.628,25	211,9
PEDIATRIA OSPEDALIERA	166	2,8	1.295	9.930	116,83	232	1,9	1.770	17.049,50	125,36
PEDIATRIA UNIVERSITARIA	472	2,2	5.070	44.199	177,51	586	2	7.954	76.295,60	161,3
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA						97	1,7	947	8.225,95	128,53
UROLOGIA	273	2,4	1.261	31.411	191,53	241	2,3	1.163	30.412,35	163,51
DERMATOLOGIA	55	7,6	1.151	7.736	297,55	63	7,5	1.765	14.458,10	314,31
GASTROENTEROL.	144	5,5	2.701	21.261	216,95	171	5,6	2.639	31.853,75	237,71
ONCOLOGIA	67	2,3	-	-	-	1.057	10,2	40.337	229.604,60	609,03
FISIOPAT.RESPIR.	111	4	1.232	18.476	298	54	4,5	728	15.312,50	325,8
PNEUMOLOGIA	161	4,5	3.429	71.038	607,16	140	4,5	3.261	75.656,80	620,14
TOTALE	7.420	3,3	65.711	2.348.516	449,05	8.461	4,1	115.980	2.876.844,30	436,48

Fonte aziendale

Indice di performance delle prestazioni programmabili

Le informazioni contenute nel sistema di rendicontazione regionale (MAPS), attraverso il quale sono proposti i dati relativi al monitoraggio dei tempi di attesa prospettici (EX ANTE), evidenziano come gli indici di performance sono inferiori alla media regionale per le prestazioni di visita ed in linea o superiori per le prestazioni di diagnostica strumentale.

A fronte di una performance mediamente bassa, è fondamentale considerare che l'offerta settimanale delle prestazioni programmabili è vincolata ad accordi contrattuali con la committenza, risultato di analisi di appropriatezza e di valutazione dei bisogni effettivi della popolazione del territorio, ed oggetto di periodica analisi e discussione al Tavolo Interaziendale per la Specialistica Ambulatoriale.

L'azienda ha mantenuto costante il monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in regime libero-professionale, al fine di evitare che l'attività libero professionale superasse l'offerta in regime istituzionale.

Tabella 2.17 - Indice di performance delle prestazioni programmabili (dati forniti dal sito MAPS della RER alimentato dalla AUSL).

	Off. Sett.			Giorni di attesa		I Perf.
	Program.	Urg. Diff.	totale	Media	Mediana	Prosp
01 Visita Oculistica	238	15	253	123,1	112	6%
02 Visita Urologica	39	4	43	113,4	113	10%
03 Visita Fisiatrice	80	39	119	46,6	42	15%
04 Visita Endocrinologica	73	8	81	43,4	11	74%
05 Visita Neurologica	70	2	72	39,8	39	11%
06 Visita Ortopedica	72	17	89	79,5	77	20%
07 Visita Oncologica	10	0	10	2,1	1,5	100%
08 Visita Cardiologica	101	8	109	148	138	6%
09 Colonscopia	20	0	20	132,8	133,5	5%
10 EMG	19	0	19	103,6	144	29%
11 Ecocolordoppler	57	8	65	208,1	238	13%
12 Ecografia Addome	143	0	143	85,8	69	25%
13 Gastroscoopia	35	0	35	19,8	12	95%
14 TAC del Capo	21	1	22	43,4	34	62%
15 TAC Addome	25	0	25	64,9	55	58%
18 RMN della Colonna	8	0	8	73	100	33%
19 Protesica - Conservativa	25	0	25	23	23	90%
22 Visita Ginecologica	8	0	8			
23 Visita Dermatologica	150	8	158	88,6	106	18%
24 Visita Otorinolaringoiatrica	65	0	65	40,2	40	7%
25 Visita Chirurgia Vascolare	30	0	30	54,4	43	9%
26 TAC Rachide e Speco Vertebrale	34	1	35	31,6	23	73%
27 TAC Bacino	13	0	13			
28 TAC Torace	19	0	19	62,2	49	67%
29 Ecografia Mammella	14	4	18	229,5	229,5	50%
31 Colposcopia	6	0	6	24,2	25,5	100%
32 Cistoscopia	5	0	5	56,8	14,5	75%
34 Ecocolordoppler Cardiaca	53	1	54	67,6	49	75%
36 Elettrocardiogramma Holter	9	1	10	156,8	176	11%
38 Spirometria	6	0	6	28	28	100%
40 Visita Gastroenterologica	19	5	24	128,6	145	9%
41 Visita Pneumologica	63	6	69	54,7	50	11%

Fonte regionale

Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

Secondo quanto stabilito dalla DGR 1035 del 20 luglio 2009 (Programma regionale di miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale) tutte le Aziende USL hanno presentato uno specifico Piano Attuativo nel quale sono specificate le modalità con cui l'Azienda USL intende garantire il rispetto dei tempi di attesa, fissati in 24 ore per le urgenze, 7 giorni per le urgenze differibili, 30 giorni e 60 giorni rispettivamente per visite ed esami programmabili (non urgenti né di controllo). Tali piani attuativi contengono: la valutazione del fabbisogno della popolazione di riferimento; la valutazione dell'appropriatezza di prescrizione e di erogazione; la programmazione della produzione di visite specialistiche ed esami strumentali; il piano di produzione con la distinzione tra urgenza, urgenza differibile, programmabile, controllo; il sistema delle garanzie di accesso.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL alla definizione e stesura del Piano attuativo provinciale sui tempi di attesa delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e del Piano di produzione 2012, sviluppando azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa. Tali azioni sono rivolte sia alla gestione delle agende di prenotazione (ad esempio, la netta separazione nelle agende di prenotazione tra prima visita e controllo, la implementazione e consolidamento del CUP unico provinciale) sia all'appropriatezza dell'offerta di prestazioni.

L'obiettivo congiunto tra le due Aziende della Provincia è stato quello di favorire l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, tenendo conto della necessità di rispettare i tempi massimi di attesa, focalizzando l'attenzione sulle prestazioni critiche. La garanzia del rispetto dei tempi di attesa è data, per la maggior parte delle prestazioni, in ambito distrettuale; solo per alcune più complesse la garanzia riguarda l'ambito territoriale provinciale.

In tabella 2.21 sono esposte le percentuali di prestazioni, distinte per macro tipologie, effettuate entro determinate classi di attesa, nell'ultimo biennio. Per la tipologia "Visite", la quota di prestazioni erogate entro i 30 giorni si è mantenuta relativamente stabile. Per tutte le altre tipologie, ad esclusione delle prestazioni di Riabilitazione, la percentuale effettuata entro i 60 giorni è sensibilmente diminuita, a fronte di un aumento dei volumi erogati.

Tabella 2.18 – Tempi di attesa prestazioni ambulatoriali: confronto 2010-2011 (regime di erogazione SSN, modalità di accesso ordinario programmabile)

Tipo di prestazione	Anno	Totale erogato	Prestazioni con attesa > 0 gg	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
Visite	2010	104.661	75.222	30,58	42,18	53,35	59,79	70,57	29,43
	2011	164.698	99.222	29,32	40,02	46,46	52,23	59,97	40,03
Prestazioni Terapeutiche	2010	65.860	18.187	78,14	84,70	87,35	89,26	90,66	9,34
	2011	99.804	13.819	73,07	80,77	85,82	88,25	90,86	9,14
Riabilitazione	2010	15.541	9.069	36,80	41,05	44,00	48,79	56,94	43,06
	2011	39.744	4.912	29,99	43,28	49,92	55,54	63,13	36,87
Laboratorio	2010	1.525.921	14.955	54,15	66,16	76,76	84,96	89,26	10,74
	2011	1.644.543	38.229	36,6	48,11	53,41	57,29	60,09	39,91
Diagnostica	2010	116.531	96.152	36,46	49,44	60,28	66,13	70,71	29,29
	2011	130.021	88.212	35,79	44,94	52,41	59,17	66,01	33,99

Fonte regionale

2.3.3 Assistenza ospedaliera

Struttura dell'Offerta

L'Arcispedale S. Anna assicura il 47.59% della dotazione di posti letto provinciali.

La dotazione provinciale di posti letto è di 5,02 posti letto ogni 1000 abitanti e l'Azienda Ospedaliero Universitaria contribuisce con 2,4 posti letto ogni 1000 abitanti, confermando l'offerta dell'esercizio precedente.

Tabella 2.19 – Dotazione posti letto dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

	Totale posti letto				posti letto/1000 abitanti				
	Acuti	Riabilitazione	LD	Totale	Acuti	LD + Riab.	Recupero e Riab.	LD	Totale
2011	763	90	7	860	2,132	0,27	0,25	0,02	2,39
2010	763	90	7	860	2,13	0,27	0,25	0,02	2,40
2009	766	90	7	863	2,14	0,27	0,25	0,02	2,41

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

Osservando il complesso dell’offerta pubblica e privata accreditata della Provincia e ponendola a confronto con la dotazione regionale, emerge che la riduzione di posti letto negli ultimi 4 anni ha interessato soprattutto (anche se in misura contenuta) l’ Azienda Ospedaliero Universitaria. La dotazione del ferrarese si mantiene al di sopra dell’indicatore regionale.

Il Patto per la Salute del 3 dicembre 2009 fissa uno standard di 4 posti letto ogni 1000 abitanti di cui 0,7 di riabilitazione e lungodegenza, incrementabili fino ad un massimo di 4,2 in presenza di particolari condizioni demografiche, che doveva essere raggiunto, a livello regionale, entro il 30 giugno 2011.

La riduzione di posti letto che dovrà ancora essere operata non potrà non tener conto delle funzioni di 2° e 3° livello svolte dall’Azienda, degli indici di dipendenza dalla struttura ospedaliera e del contributo al tasso di ospedalizzazione, dei livelli di appropriatezza delle prestazioni erogate.

Tabella 2.20 - Dotazione posti letto della provincia di Ferrara – Contributo degli erogatori pubblici e privati e confronto con l’offerta regionale

	2008	2009	2010	2011
Posti letto AOU di Ferrara	863	863	860	860
di cui in Lungodegenza-Riabilitazione	97	97	97	97
Posti letto Azienda USL di Ferrara	753	751	759	752
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	174	174	174	174
Posti letto accreditati delle Case di Cura	169	145	145	195
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	75	75	75	75
Posti letto provincia di Ferrara	1.785	1.759	1.764	1.807
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	346	346	346	346
Dotazione media ogni 1000 abitanti provincia FE	5,02	4,91	4,91	5,02
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,97	0,97	0,96	0,96
Totale posti letto RER	19.777	19.732	19.606	20.493
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	3.896	3.931	3.862	2.300
Dotazione media ogni 1000 abitanti RER	4,63	4,55	4,46	4,62
di cui in Lungodegenza Riabilitazione	0,91	0,91	0,88	0,88

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

Attività Hub - attuazione del modello Hub & Spoke

Le strategie aziendali e le azioni 2011 hanno mantenuto il modello organizzativo hub & spoke riferito alle funzioni che ricadono sotto la responsabilità dell’Azienda, e cioè:

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

Per quanto concerne i posti letto e l’attività di ricovero dal 2007 i dati sono pressoché costanti. La produzione mostra una flessione nel 2011.

Tabella 2.21 - Posti letto e ricoveri nelle funzioni Hub (valori in %).

	2007	2008	2009	2010	2011
Letti hub ASA	12,50	12,70	12,80	12,80	12,80
Ricoveri RER	14,38	14,50	14,67	14,32	13,40
Ricoveri extra RER	19,05	19,27	19,87	19,80	19,82
Totale mobilità	33,43	33,77	34,54	34,12	33,22

Fonte aziendale

Entrando nel dettaglio delle discipline Hub con attività di ricovero, si evidenzia (tabella 2.25) che, a confronto con la globalità delle discipline ospedaliere:

- un PL produce più della metà di ricoveri rispetto alla media
- la proporzione dei ricoveri in mobilità attiva sul totale dei ricoveri è superiore di oltre l'80%
- la proporzione di ricoveri in mobilità attiva infra regionale è più del doppio
- la proporzione di ricoveri in mobilità attiva extraregionale è superiore di oltre il 50%.

Tabella 2.22 – Posti letto, ricoveri ordinari e dh (esclusi neonati sani) e mobilità attiva 2011: discipline Hub rispetto al totale dell'ospedale

	PL	tot ricoveri	tot mob att	mob att RER	mob att extraRER
Neurologia	28	1.001	263	110	153
Neurochirurgia	21	822	192	96	96
TIN	16	280	81	36	45
UGC	45	606	364	121	243
tot. discipline hub (a)	110	2.709	900	363	537
totale PL acuti (b)	860	36.415	6.538	1.994	4.544
% (a)/(b)	12,8	7,4	13,8	18,2	11,8
ricoveri anno/PL all	42,3		mob.att. RER/ tot.ric. - all		5,5
ricoveri anno/PL hub	24,6		mob.att. RER/ tot.ric. - hub		13,4
ric.mob.att/tot.ric. all	18,0		mob.att. extra/ tot.ric. - all		12,5
ric.mob.att/tot.ric. hub	33,2		mob.att. extra/ tot.ric. - hub		19,8

Fonte aziendale

Attività Ospedaliera

Nel 2011 il contributo dell'Azienda al tasso di ospedalizzazione standardizzato per età si è attestato sul 46,8% rimanendo stabile rispetto al 2010, per i ricoveri ordinari, si è sensibilmente ridotto per i DH medici ed è aumentato per i DH Chirurgici.

Tabella 2.23- Contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria al tasso di ospedalizzazione standardizzato provinciale – valori percentuali.

	2009	2010	2011
- Ricoveri ordinari	46,1	46,8	46,8
- Day Hospital Medici	70,6	67,4	66,4
- Day Hospital Chirurgici	45	45,4	48,1

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Il numero di dimessi continua a presentare un trend in diminuzione, confermando il continuo impegno aziendale verso la deospedalizzazione. Il trend riguarda sia i ricoveri ordinari che il DH.

Tabella 2.24 - Numero di dimessi in regime ordinario e day-hospital.

	Regime Ordinario		Day-Hospital		Totale	
	Totale dimessi	di cui in libera professione	Totale dimessi	di cui in libera professione	Totale dimessi	di cui in libera professione
2011	26.840	88	10.845	30	37.685	118
2010	27.615	67	11.064	35	38.679	102
2009	27.612	68	11.717	35	39.329	103
2008	28.308	67	11.693	9	40.001	76

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La percentuale della casistica chirurgica presenta un incremento a fronte di una riduzione del numero complessivo dei ricoveri.

Tabella 2.25 - Numero di casi chirurgici sul totale ricoveri.

	Tutti i DRG		DRG chirurgici		% casi chirurgici sul totale	
	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione	Totale ricoveri	Ricoveri in libera professione
2011	37.685	118	16.328	115	43,3%	97,5%
2010	38.679	102	15.984	102	41,3%	100,0%
2009	39.329	103	16.298	100	41,4%	97,1%
2008	40.001	76	16.239	76	40,6%	100,0%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Anche il peso medio dei DRG presenta un sensibile incremento rispetto all'anno precedente per il ricovero ordinario descrivendo una tendenza alla gestione di un mix più complesso nella tipologia dei ricoveri.

Tabella 2.26 - Peso medio DRG del ricovero.

	2009	2010	2011
Ordinario	1,22	1,22	1,27
Day Hospital	0,89	0,89	0,89

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Analizzando l'indice di case-mix di ciascuna disciplina si osserva che in ematologia è presente un indice di case mix relativamente basso: va tenuto presente che l'ematologia gestisce una quota di attività non trascurabile a regime di pronto soccorso.

Tabella 2.27 – dettaglio sul Peso Medio e Indice di Case mix per disciplina nel 2011

	PM	ICM
008 - CARDIOLOGIA	1,63	1,13
009 - CHIRURGIA GENERALE	1,5	1,13
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1,28	0,88
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA	0,73	0,87
012 - CHIRURGIA PLASTICA	1,25	1
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	1,9	1,06
018 - EMATOLOGIA	3,65	0,81
019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	1,13	1,06
021 - GERIATRIA	1,1	1,03
024 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	1,26	0,85
026 - MEDICINA GENERALE	1,11	1,06
029 - NEFROLOGIA	1,34	1
030 - NEUROCHIRURGIA	2,13	1
031 - NIDO	0,81	1,27
032 - NEUROLOGIA	1,26	1,12
034 - OCULISTICA	0,73	0,93
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1,65	1,25

037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	0,61	0,96
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	1,1	1,13
039 - PEDIATRIA	0,54	0,95
043 - UROLOGIA	1,07	0,97
049 - TERAPIA INTENSIVA	4,35	0,93
050 - UNITA' CORONARICA	1,87	1,1
051 - ASTANTERIA	0,89	0,93
058 - GASTROENTEROLOGIA	1,14	1,02
064 - ONCOLOGIA	1,36	1,01
068 - PNEUMOLOGIA	1,47	1,06
071 - REUMATOLOGIA	1,03	0,98
073 - TERAPIA INTENSIVA NEONAT.	2,64	1,34

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

La percentuale di ricoveri ordinari di peso superiore a 2,5 tende ad un incremento rispetto all'anno precedente, a conferma della tendenza aziendale alla gestione di ricoveri di maggiore complessità, in linea con direttive regionali sull'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse ospedaliere.

Tabella 2.28 - Percentuale di casi ordinari di peso superiore a 2,5

	Totale ricoveri ordinari	Ricoveri ordinari di peso > 2.5	% ricoveri di peso > 2.5 sul totale
2011	26.840	1.655	6,2%
2010	27.615	1.511	5,5%
2009	27.612	1.566	5,7%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Per quanto concerne i DRG potenzialmente inappropriati, si rileva nel tempo una riduzione, seppur lieve, della casistica. Controlli a campione delle cartelle cliniche effettuati hanno evidenziato che spesso le condizioni socio - demografiche (età avanzata, solitudine), associate alla scarsa e intempestiva disponibilità di assistenza domiciliare o residenziale, portano ad un ricovero evitabile o ad un prolungamento non necessario della degenza.

Tabella 2.29 - Percentuale di casi attribuiti a DRG individuati da dgr 1890/2010 su totale dimessi

	Ricoveri con DRG individuati da DGR 1890/2010	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri inappropriati sul totale ricoveri
2011	1.620	36.072	4,5%
2010	1.842	37.059	5,0%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.30 - Percentuale di casi attribuiti a DRG individuati da dgr 1872/2004 su totale dimessi

	Ricoveri con DRG individuati da DGR 1872/2004	Totale ricoveri per acuti	% ricoveri inappropriati sul totale ricoveri
2009	1.252	37.769	3,3%
2008	1.293	38.539	3,4%
2007	1.365	39.973	3,4%
2006	1.456	40.862	3,6%

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tempi di attesa pre-ricovero

Da ultimo, dall'analisi dei tempi di attesa pre-ricovero, relativi a determinate patologie, si evince che i ricoveri per intervento chirurgico con tempo di attesa mediano superiore a 30 giorni sono, quelli inerenti: tumore della prostata, tumore della mammella (intervento di mastectomia - regime di ricovero ordinario), emorroidectomia, protesi d'anca, ernia inguinale, tonsillectomia.

Tabella 2.31 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia – Anno 2011

			Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL	359	260	1	27,6	99,6	99,6	99,6	100	100	0
		Az.OSP	909	306	1	66,3	99,3	100	100	100	100	0
		Totale	1.268	566	1	55,4	99,5	99,8	99,8	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.OSP	60	28	18,5	53,3	60,7	85,7	89,3	96,4	96,4	3,6
		Totale	60	28	18,5	53,3	60,7	85,7	89,3	96,4	96,4	3,6
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL	38	38	14	0	78,9	94,7	94,7	94,7	94,7	5,3
		Az.OSP	28	28	28,5	0	53,6	89,3	96,4	96,4	100	0
		Totale	66	66	21	0	68,2	92,4	95,5	95,5	97	3
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL	69	65	8	5,8	87,7	96,9	96,9	100	100	0
		Az.OSP	148	120	16,5	18,9	80,8	96,7	98,3	99,2	100	0
		Totale	217	185	14	14,7	83,2	96,8	97,8	99,5	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATI (regime ordinario)	Az.USL	45	45	50	0	20	68,9	95,6	100	100	0
		Privato	5	5	14	0	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	54	52	31,5	3,7	46,2	76,9	94,2	98,1	100	0
Totale		104	102	37	1,9	37,3	74,5	95,1	99	100	0	
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	10	10	7,5	0	90	100	100	100	100	0	
	Az.OSP	104	98	35	5,8	37,8	83,7	95,9	99	100	0	
	Totale	114	108	33	5,3	42,6	85,2	96,3	99,1	100	0	
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL	18	10	13,5	44,4	90	90	100	100	100	0
		Az.OSP	1	1	131	0	0	0	0	0	100	0
		Totale	19	11	14	42,1	81,8	81,8	90,9	90,9	100	0
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL	35	35	33	0	42,9	85,7	97,1	97,1	97,1	2,9
		Privato	68	68	42	0	36,8	64,7	75	86,8	92,6	7,4
		Az.OSP	154	143	28	7,1	53,1	69,2	87,4	91,6	98,6	1,4
		Totale	257	246	34,5	4,3	47,2	70,3	85,4	91,1	96,7	3,3
ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL	50	28	15	44	53,6	78,6	82,1	85,7	92,9	7,1	
	Az.OSP	169	160	7	5,3	88,8	93,8	96,3	98,1	98,1	1,9	
	Totale	219	188	7	14,2	83,5	91,5	94,1	96,3	97,3	2,7	
NON ONCOLOGICHE IN ORDINARIO	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL	16	15	24	6,3	66,7	93,3	100	100	100	0
		Privato	28	28	25,5	0	53,6	92,9	100	100	100	0
		Az.OSP	294	292	73	0,7	26	40,8	62,3	81,5	95,9	4,1
		Totale	338	335	63	0,9	30,1	47,5	67,2	83,9	96,4	3,6
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL	344	343	150	0,3	7	15,2	24,5	35	65	35
NON ONCOLOGICHE IN DH	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL	399	396	32	0,8	46,7	81,1	91,2	96	97,7	2,3
		Privato	73	72	31	1,4	48,6	79,2	90,3	98,6	100	0
		Az.OSP	149	148	92	0,7	6,8	23,6	48	72,3	81,1	18,9
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL	35	35	37	0	42,9	68,6	82,9	91,4	94,3	5,7
		Privato	5	5	28	0	80	100	100	100	100	0
		Az.OSP	33	30	55	9,1	36,7	53,3	76,7	96,7	100	0
		Totale	73	70	37,5	4,1	42,9	64,3	81,4	94,3	97,1	2,9
	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL	7	1	3	85,7	100	100	100	100	100	0
		Az.OSP	57	51	14	10,5	68,6	88,2	92,2	94,1	100	0
	Totale	64	52	13,5	18,8	69,2	88,5	92,3	94,2	100	0	

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.32 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia – Anno 2010

			Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa>0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL+Privato	457	301	2	34,1	100	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	901	195	1	78,4	99	99,5	99,5	99,5	99,5	0,5
		Totale	1.358	496	1	63,5	99,6	99,8	99,8	99,8	99,8	0,2
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	43	43	14	0	90,7	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	25	25	29	0	52	96	100	100	100	0
		Totale	68	68	21	0	76,5	98,5	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	82	75	6	8,5	92	98,7	98,7	98,7	100	0
		Az.Ospedaliera	141	107	17	24,1	72	87,9	91,6	95,3	99,1	0,9
		Totale	223	182	13	18,4	80,2	92,3	94,5	96,7	99,5	0,5
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	71	71	47	0	16,9	66,2	97,2	100	100	0
		Az.Ospedaliera	52	50	33,5	3,8	40	84	96	98	98	2
		Totale	123	121	40	1,6	26,4	73,6	96,7	99,2	99,2	0,8
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	17	17	9	0	94,1	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	109	100	42	8,3	30	81	95	97	100	0
Totale		126	117	39	7,1	39,3	83,8	95,7	97,4	100	0	
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL+Privato	47	19	12	59,6	89,5	100	100	100	100	0
		Totale	47	19	12	59,6	89,5	100	100	100	100	0
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	78	76	32	2,6	48,7	85,5	93,4	94,7	100	0
		Az.Ospedaliera	168	161	13	4,2	72	85,7	90,7	95	97,5	2,5
		Totale	246	237	20	3,7	64,6	85,7	91,6	94,9	98,3	1,7
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL+Privato	52	36	17	30,8	63,9	77,8	88,9	88,9	97,2	2,8
		Az.Ospedaliera	223	176	7	21,1	87,5	97,7	98,9	99,4	99,4	0,6
Totale		275	212	7	22,9	83,5	94,3	97,2	97,6	99,1	0,9	
AREA GERIATRICA	CATARATTA (DH)	Az.USL+Privato	335	333	12	0,6	72,1	87,7	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	99	94	68	5,1	24,5	41,5	78,7	93,6	97,9	2,1
		Totale	434	427	13	1,6	61,6	77,5	95,3	98,6	99,5	0,5
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	365	363	106	0,5	8,8	20,9	40,8	59,8	76,6	23,4
		Az.Ospedaliera	75	61	77	18,7	19,7	34,4	60,7	82	85,2	14,8
Totale	440	424	101	3,6	10,4	22,9	43,6	63	77,8	22,2		

		Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa>0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*							
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
ALTRE PRESTAZIONI	TUNNEL CARPALE (DH)	Az.USL+Privato	170	165	16	2,9	69,1	80,6	85,5	90,3	95,2	4,8
		Az.Ospedaliera	13	12	65,5	7,7	33,3	41,7	66,7	91,7	91,7	8,3
		Totale	183	177	16	3,3	66,7	78	84,2	90,4	94,9	5,1
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL+Privato	453	450	21	0,7	62	80,4	87,6	93,3	96,4	3,6
		Az.Ospedaliera	126	126	84	0	12,7	32,5	51,6	60,3	83,3	16,7
		Totale	579	576	29,5	0,5	51,2	70	79,7	86,1	93,6	6,4
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL+Privato	25	25	38	0	40	76	92	92	100	0
		Az.Ospedaliera	26	21	24	19,2	57,1	81	95,2	100	100	0
		Totale	51	46	33,5	9,8	47,8	78,3	93,5	95,7	100	0
	STRIPPING DI VENE (DH)	Az.USL+Privato	486	485	21	0,2	58,1	70,7	81,6	89,5	96,9	3,1
		Az.Ospedaliera	357	351	63	1,7	6	38,2	63,2	77,5	91,7	8,3
		Totale	843	836	56	0,8	36,2	57,1	73,9	84,4	94,7	5,3
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL+Privato	14	1	1	92,9	100	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	60	43	7	28,3	90,7	100	100	100	100	0
		Totale	74	44	6,5	40,5	90,9	100	100	100	100	0
	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	48	48	25	0	62,5	81,3	95,8	95,8	100	0
		Az.Ospedaliera	269	268	85	0,4	25	40,7	53,7	67,9	89,9	10,1
		Totale	317	316	67,5	0,3	30,7	46,8	60,1	72,2	91,5	8,5
	INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)	Az.USL+Privato	22	22	7,5	0	81,8	95,5	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	70	46	22	34,3	56,5	71,7	78,3	89,1	97,8	2,2
		Totale	92	68	19,5	26,1	64,7	79,4	85,3	92,6	98,5	1,5
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.USL+Privato	4	1	1	75	100	100	100	100	100	0	
	Az.Ospedaliera	242	157	13	35,1	80,3	89,8	94,3	96,2	98,1	1,9	
	Totale	246	158	13	35,8	80,4	89,9	94,3	96,2	98,1	1,9	

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Tabella 2.33 - Tempi d'attesa pre ricovero: percentuale di casi ricoverati entro i tempi massimi per patologia: 2009

			Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa>0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL+Privato	140	108	5	22,9	100	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	832	92	1	88,9	97,8	98,9	98,9	98,9	98,9	1,1
		Totale	972	200	3,5	79,4	99	99,5	99,5	99,5	99,5	0,5
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	20	19	14	5	84,2	94,7	94,7	100	100	0
		Az.Ospedaliera	26	26	28,5	0	53,8	96,2	100	100	100	0
		Totale	46	45	24	2,2	66,7	95,6	97,8	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	85	78	7	8,2	94,9	98,7	98,7	100	100	0
		Az.Ospedaliera	154	123	13	20,1	85,4	93,5	96,7	99,2	99,2	0,8
		Totale	239	201	11	15,9	89,1	95,5	97,5	99,5	99,5	0,5
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	76	75	47	1,3	13,3	70,7	93,3	100	100	0
		Az.Ospedaliera	47	44	33	6,4	36,4	95,5	97,7	100	100	0
		Totale	123	119	41	3,3	21,8	79,8	95	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	15	14	6	6,7	85,7	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	93	84	29	9,7	51,2	88,1	96,4	98,8	98,8	1,2
		Totale	108	98	27	9,3	56,1	89,8	96,9	99	99	1
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL+Privato	48	12	20	75	58,3	100	100	100	100	0
		Totale	48	12	20	75	58,3	100	100	100	100	0
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	90	89	29	1,1	53,9	86,5	93,3	96,6	100	0
		Az.Ospedaliera	170	165	12	2,9	72,7	90,3	95,8	98,2	100	0
	Totale	260	254	17,5	2,3	66,1	89	94,9	97,6	100	0	
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL+Privato	57	36	6,5	36,8	66,7	88,9	94,4	97,2	100	0
Az.Ospedaliera		193	166	7	14	78,9	97,6	98,8	99,4	99,4	0,6	
Totale	250	202	7	19,2	76,7	96	98	99	99,5	0,5		
AREA GERIATRICA	CATARATTA (DH)	Az.USL+Privato	354	351	14	0,8	69,8	91,7	98,9	99,4	100	0
		Az.Ospedaliera	84	78	51	7,1	30,8	69,2	93,6	97,4	98,7	1,3
		Totale	438	429	18	2,1	62,7	87,6	97,9	99,1	99,8	0,2
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	364	364	126	0	4,4	15,7	33,8	47,8	72,3	27,7
		Az.Ospedaliera	78	69	97	11,5	2,9	24,6	43,5	76,8	95,7	4,3
		Totale	442	433	114	2	4,2	17,1	35,3	52,4	76	24

		Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa>0gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*							
					0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg	
ALTRE PRESTAZIONI	TUNNEL CARPALE (DH)	Az.USL+Privato	156	153	20	1,9	66	85	91,5	94,8	97,4	2,6
		Az.Ospedaliera	8	8	25	0	50	75	75	87,5	100	0
		Totale	164	161	20	1,8	65,2	84,5	90,7	94,4	97,5	2,5
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL+Privato	409	405	22	1	62,2	79,8	89,6	94,1	98,3	1,7
		Az.Ospedaliera	90	90	70	0	11,1	41,1	67,8	83,3	92,2	7,8
		Totale	499	495	28	0,8	52,9	72,7	85,7	92,1	97,2	2,8
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL+Privato	32	32	23,5	0	59,4	75	87,5	93,8	100	0
		Az.Ospedaliera	13	12	17	7,7	75	91,7	100	100	100	0
		Totale	45	44	23	2,2	63,6	79,5	90,9	95,5	100	0
	STRIPPING DI VENE (DH)	Az.USL+Privato	392	390	36	0,5	44,4	68,5	81,3	89	96,4	3,6
		Az.Ospedaliera	423	417	82	1,4	24,2	38,6	55,9	76,3	95,2	4,8
		Totale	815	807	57	1	34	53	68,2	82,4	95,8	4,2
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL+Privato	13	1	31	92,3	0	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	65	36	4,5	44,6	94,4	100	100	100	100	0
		Totale	78	37	5	52,6	91,9	100	100	100	100	0
	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	55	54	12,5	1,8	79,6	94,4	96,3	98,1	100	0
		Az.Ospedaliera	248	248	72,5	0	21,8	40,7	66,5	79	91,1	8,9
		Totale	303	302	60	0,3	32,1	50,3	71,9	82,5	92,7	7,3
INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)	Az.USL+Privato	32	28	13	12,5	71,4	78,6	78,6	82,1	85,7	14,3	
	Az.Ospedaliera	68	53	15	22,1	73,6	88,7	98,1	100	100	0	
	Totale	100	81	14	19	72,8	85,2	91,4	93,8	95,1	4,9	
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.USL+Privato	7	4	5	42,9	100	100	100	100	100	0	
	Az.Ospedaliera	229	159	13	30,6	79,2	94,3	98,1	100	100	0	
	Totale	236	163	13	30,9	79,8	94,5	98,2	100	100	0	

Fonte Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna

Pronto Soccorso

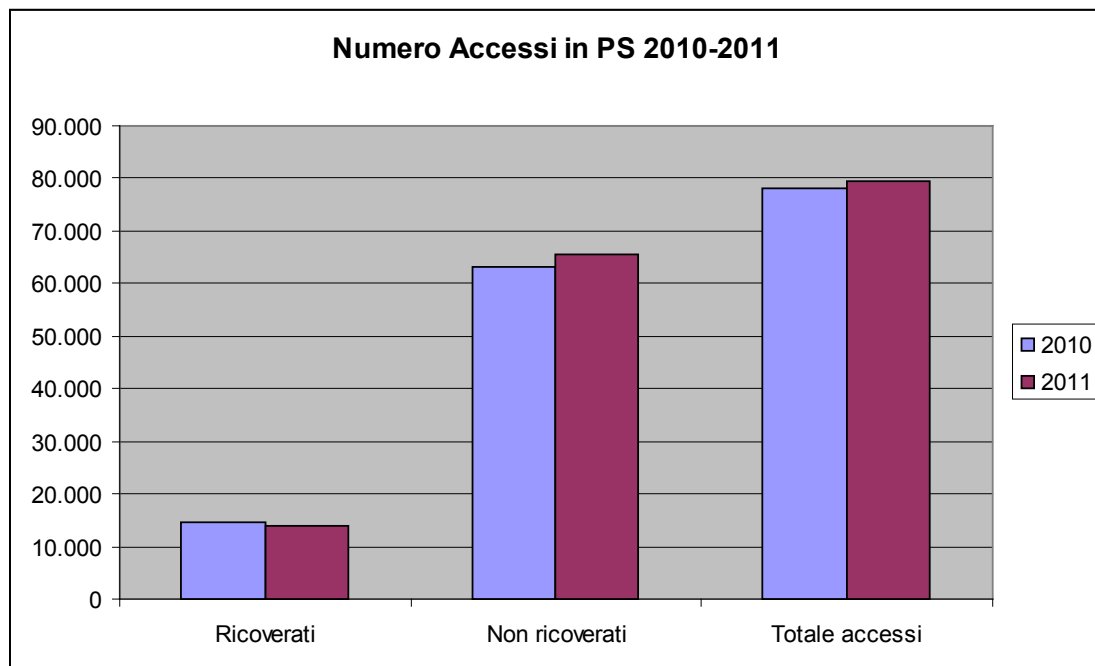
La lettura della tabella 2.37 e della figura 2.8 va effettuata tenendo conto del fatto che negli anni 2008 e 2009 non sono inclusi nel totale degli accessi al pronto soccorso, a causa di incompletezze informative, quelli del PS ostetrico-ginecologico seguiti da parto. Dal 2010, grazie all'implementazione del nuovo flusso informativo regionale, la rilevazione è completa. Ciò premesso, i dati descrivono una performance progressivamente migliorativa della funzione di pronto soccorso: il dato più descrittivo è dato dalla progressiva diminuzione della percentuale dei pazienti ricoverati a fronte dell'incremento del numero degli accessi.

Tabella 2.34 - Andamento dei ricoveri e degli accessi

	2009	2010	2011
Ricoverati	13.466	14.654	13.831
Non ricoverati	59.161	63.280	65.433
Deceduti	72	46	65
Totale accessi	72.699	77.980	79.329
% ricoveri sul totale accessi	18,5%	18,8%	17,4%

Fonte regionale

Figura 2.11 – Accessi in PS Gennaio-Dicembre 2010-2011



Rispetto al complesso del sistema provinciale, l'Azienda assorbe quasi la metà degli accessi.

Tabella 2.35 – Accessi al PS a livello provinciale – contributo dell'Azienda

	2009	2010	2011
Accessi AUSL	92.493	89.257	90.104
Accessi AOSP	72.699	77.980	79.329
Totale	165.192	167.237	169.433
% Accessi AOSP/Totale	44,01%	46,63%	46,82%

Fonte regionale

Nel 2011 si è ulteriormente sviluppata l'attività relativa alla Osservazione Breve Intensiva (OBI). Entrambi gli indicatori di utilizzo dell'OBI anche nel 2011 evidenziano una performance compatibile con lo standard regionale.

Tabella 2.36 – Attività in OBI

	Anno 2011	Standard
N. di pazienti inseriti in OBI nell'anno	3.821	
Pazienti in OBI sul totale accessi in PS	4,8%	3-8%
Pazienti dimessi dopo l'OBI sul totale dei pazienti in OBI	70,24%	>60%

Fonte aziendale

Piano Sangue Regionale

L'attività di raccolta sangue nel 2011 è stata inferiore a quella del 2010 (-0,5%), ma ancor di più sono calati i consumi (-1%).

Tabella 2.37 - Confronto attività di raccolta sangue 2011-2010

Programma speciale sangue	Raccolta 2011	Raccolta 2010	Differenze % 2011-2010
Piacenza	15.568	15.780	-1,3%
Parma	29.792	30.199	-1,3%
Reggio Emilia	23.689	23.331	1,5%
Modena	37.008	36.448	1,5%
Bologna (*)	62.907	62.756	0,2%
Ferrara	22.526	22.649	-0,5%
AVR (**)	62.510	62.337	0,3%
TOTALE	254.000	253.500	0,2%

Fonte: CRS (Centro Regionale Sangue)

(*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola

(**) Comprende Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini.

Tabella 2.38 – Confronto consumi di sangue 2011-2010

Programma speciale sangue	Consumi 2011	Consumi 2010	Differenze % 2011-2010
Piacenza	13.586	13.369	1,6%
Parma	27.168	27.455	-1,0%
Reggio Emilia	19.879	18.834	5,5%
Modena	32.382	32.955	-1,7%
Bologna (*)	68.757	71.231	-3,5%
Ferrara	23.153	23.380	-1,0%
AVR (**)	59.712	59.860	-0,2%
TOTALE	244.637	247.084	-1,0%

(*) Comprende: Osp. Maggiore/Bellaria, Osp. S. Orsola, Imola, II.OO.R.

(**) Comprende Ravenna, Forlì, Cesena, Rimini.

Rispetto agli obiettivi del Piano Sangue, gli indicatori di utilizzo riportati nella tabella sopra mostrano una performance adeguata.

Tabella 2.39 - Obiettivi piano sangue e plasma regionale 2008-10: relazione sugli indicatori (anno 2011)

INDICATORE	STANDARD ATTESO	VALORE RILEVATO
MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA/UTILIZZO		
Emocomponenti		
Verifica a campione dell'utilizzo di UT nelle medicine	90% di aderenza agli standard del CBUS	≈100%
Iperdatate	<1,5%	0,22%
Unità eliminate per cause tecniche	<1%	0,41%
Utilizzo MSBOS	90% adesioni richieste a MSBOS	Non applicabile: il SIT di Ferrara utilizza per gli interventi chirurgici la procedura del Type and Screen ed assegna gli emocomponenti solamente al bisogno e non preventivamente
Emoderivati		
Utilizzo linee guida albumina e IG vena - predisposizione	Utilizzo dal 2009	Protocollo presente sin dal 1990, rivisto con modifiche sostanziali nel 1999 e revisionato ultimamente nel 2006
INTEGRAZIONE ATTIVITA' TRASFUSIONALI DI AREA VASTA		
Concentrazione di attività di validazione (Bologna-Ferrara)	Elaborazione documento entro 2008	La concentrazione dell'attività di validazione è già pienamente attuata dal 1/1/2009
MIGLIORAMENTO EFFICIENZA NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE		
Gare di acquisto/service di area vasta - numero di gare attivate	Almeno 2 nel triennio	Una gara di area vasta per l'acquisizione delle sacche per la donazione del sangue si è conclusa nel 2009. Numerose altre gare sono in corso o completate (filtri per leucodeplezione, esami immunoematologici ecc.)
MIGLIORAMENTO EFFICACIA SCOMPOSIZIONE SANGUE INTERO		
Incremento raccolta infrasettimanale - Numero unità raccolte	+20%	+2,6% (N.B.: l'obiettivo è a carico dell'Associazione dei donatori)
INCIDENZA/PREVALENZA INFEZIONI VIRALI		
Adesione II° parte studio SIMTI sui risultati NAT	Invio schede di rilevazione	Si
SPERIMENTARE MODELLI ORGANIZZATIVI INNOVATIVI CONCORDATI IN TEMA DI PROGRAMMAZIONE, GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DELLA RACCOLTA DEL SANGUE E DEGLI EMOCOMPONENTI		
Redistribuzione della raccolta su 7 giorni la settimana (n. unità/die)	Fino al 30% in più o in meno	Da -59% a +111% (N.B.: l'obiettivo è a carico dell'Associazione dei donatori)
EFFETTUAZIONE A LIVELLO LOCALE (PROGRAMMI PROVINCIALI) DI UN PROGRAMMA DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PER OPERATORI VOLONTARI ADDETTI ALLA RACCOLTA DI SANGUE		
Organizzazione iniziative	Almeno 1 per anno	Ottobre 2011: Incontro sulla Trasfusione del Sangue e sul Sistema Trasfusionale in Italia

Fonte aziendale

Attività trapiantologica

Procurement

L'attività di donazione e prelievo di organi e tessuti presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, nell'anno 2011, ha fatto registrare un buon incremento del numero dei segnalati (20 contro i 12 dell'anno precedente) e dei donatori di organi e tessuti (13 contro 9). La percentuale di opposizioni si è mantenuta al di sotto del 30%; due potenziali donatori si sono rivelati non idonei a priori. Da sottolineare alcuni casi di opposizione specifica al prelievo di tessuti tra i donatori multiorgano. Purtroppo si sono confermati i risultati negativi degli anni precedenti per quanto riguarda le donazioni di tessuti a cuore fermo, per la mancanza di segnalazione da parte dei Reparti di degenza e per la mancata attivazione dell'Ufficio di Coordinamento, che dovrebbe avvenire entro quest'anno. L'infermiere di coordinamento, fra l'altro, è già stato identificato, mancano alcuni passaggi amministrativi. Sul versante della formazione, 1 medico ha svolto il TPM nazionale e 3 infermieri della Rianimazione hanno partecipato al TPM infermieri; 2 medici della Rianimazione hanno partecipato al corso di formazione: "Sviluppo di un sistema integrato del rischio clinico alla donazione e trapianto nelle reti regionali". Il Corso ALMA si è svolto con ampia partecipazione e molto interesse (circa 50 partecipanti, prevalentemente del settore intensivo e di sala operatoria). L'Audit del coordinamento locale che si è tenuto a novembre ha confermato la buona attività svolta all'interno della Rianimazione, ma con necessità di alcuni aspetti migliorativi nel campo del procurement.

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

Tabella 2.40 - Organi procurati nelle Rianimazioni dell'Emilia-Romagna nel 2011

Città - Ospedale	Cuore		Fegato		Rene		Pancreas		Polmone		Intestino		Totale	
	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.	Prel.	Trap.
Baggiovara - Nuovo Osp. S. Agostino - Estense	6	6	14	13	26	23	3	3	6	5			55	50
Parma - Ospedali Riuniti	4	4	13	13	16	15			2	2			35	34
Ferrara - Arcispedale S. Anna	3	3	12	11	20	18	1	1					36	33
Rimini - Ospedale degli Infermi	3	3	7	6	16	14	1	1	2	2			29	26
Cesena - Ospedale M. Bufalini	5	4	7	7	13	12	2	2			1	1	28	26
Bologna - Ospedale Maggiore	4	4	6	6	11	11			2	2			23	23
Reggio Emilia - Ospedale S. Maria Nuova	3	3	10	9	15	9							28	21
Bologna - Ospedale Bellaria	2	2	5	4	7	6	1	1					15	13
Forlì - Ospedale Morgagni			3	3	6	6			2	2			11	11
Ravenna - Ospedale S. Maria delle Croci			5	5	10	4							15	9
Bologna - Policlinico S. Orsola			4	3	3	3							7	6
Imola - Ospedale Civile			3	3	2	2							5	5
Carpi - Ospedale Civile			1	1	2	1							3	2
Piacenza - Ospedale Civile			1	1									1	1
Lugo - Ospedale Civile			1	0									1	0
TOTALE REGIONE	30	29	92	85	147	124	8	8	14	13	1	1	292	260

Fonte: CRT Emilia Romagna

Tabella 2.41 - Tessuti procurati dai donatori cadavere (a cuore fermo ed a cuore battente) nel 2011

Città - Ospedale	CORNEA		MEMBRANA AMNIOTICA		VASI		VALVOLE		CUTE				
	N. Donatori	N. Tessuti	N. Donatori	N. Tessuti	N. Donatori	N. Tessuti	N. Donatori	N. Tessuti	N. Donatori	Tessuti (cm2)	Cm2 Cute	Cm2 Per Ded	Cm2 Derma
Bologna - Bologna (Osp Bellaria)	5	10											
Bologna - Bologna (Osp Maggiore)	25	50	6	6	3	7			3	6.569	6.524		45
Bologna - li.Oo. Rizzoli - Bo	2	4											
Bologna - S.Orsola-Malpighi - Bo	45	90					3	3	1	3.101	2.800	96	205
Carpi - Ospedale Civile Di Carpi	3	6											
Castel San Giovanni - Val Tidone	2	4											
Cento - Cento	6	12											
Cesena - Cesena (Osp.M.Bufalini)	16	31			3	9	1	2	6	16.753	16.430	93	230
Faenza - Faenza (Osp.Degli Infermi)	4	8											
Ferrara - Arcispedale S. Anna - Fe	3	6											
Fidenza - Fidenza-S.Secondo P.Se (Osp.Civile)	17	34											
Fiorenzuola D'Arda - Fiorenzuola D'Arda	8	16			2	11	2	4	2	10.307	9.905	208	194
Forlì - Forlì (Osp.Morgagni Pierantoni)	11	21					1	2	2	3.970	3.864	-	106
Guastalla - Quadrifoglio (Osp.Civile Guastalla)	27	54											
Imola - Imola-Castel S.Pietro T. (Osp.Zonale)	68	132	9	10									
Lugo - Lugo (Ospedale Zonale Civile)	53	106											
Modena - Nuovo Ospedale S. Agostino - Estense	36	71			7	32	3	4	13	30.222	29.509	213	500
Modena - Policlinico - Mo	18	36											
Parma - Ospedali Riuniti - (Osp.Maggiore)	105	208			2	5	1	2	6	7.280	7.280		
Piacenza - Piacenza (Ospedale Civile)	51	102			8	49	8	13	7	35.155	34.228	600	327
Ravenna - Ravenna (Osp.S.Maria Delle Croci)	23	46							3	7.669	7.565		104
Reggio Emilia - S. Maria Nuova	49	97			2	9	1	2	8	27.045	26.559	485	1
Rimini - Rimini	12	23							5	10.914	10.616	210	88
San Giovanni In Persiceto - Ospedale S. Giovanni	2	4											
Piacenza - Piacenza Asl	10	20							5	16.650	15.951	349	350
Regione	601	1.191	15	16	27	122	20	32	61	175.635	171.231	2.254	2.150

Fonte: CRT Emilia Romagna

Città - Ospedale	Osso - Tendini																												
	N. Donatori	N. Tessuti	Astragalo	Cartilagine Costale	Cartilagine Per Cellule	Caviglia	Condili	Cresta iliaca	Emibacino	Epifisi Femorale *	Fascia Lata	Femore	Ginocchio Intero	Mano (Segmento)	Metacarpo	Omero	Platibiale Con Menischi	Radio	Scapola	Tendine Di Achille	Tendine Flessore Alluce	Tendine Gracile E Semitendinoso	Tendine Rotuleo	Tendine Rotuleo Quadrupite	Tendine Tibiale Anteriore	Tendine Tibiale Posteriore	Tibia	Ulna	
Bentivoglio - Bentivoglio	25	25							25																				
Bologna - Bologna (Osp Maggiore)	10	36				1	2		2	4	4				2	2					3	2	2			4	4	4	
Bologna - li.Oo. Rizzoli - Bo	504	504		20					484																				
Bologna - S.Orsola-Malpighi - Bo	1	14					2				2					2					2					2	2	2	
Carpi - Ospedale Civile Di Carpi	28	28							28																				
Cento - Cento	37	37							37																				
Cesena - Cesena (Osp.M.Bufalini)	6	32					1		4		3				2						4	2	2			4	4	4	2
Cesena - Malatesta Novello	6	6							6																				
Faenza - Faenza (Osp.Degli Infermi)	43	43							43																				
Ferrara - Arcispedale S.Anna - Fe	18	33					2		17		2					2					2		2			2	2	2	
Fiorenzuola D'Arda - Fiorenzuola D' Arda	1	8					2				2				2													2	
Forlì - Forlì (Osp.Morgagni Pierantoni)	19	32	2				2		18		2				2	2					2							2	
Imola - Imola-Castel S.Pietro T. (Osp.Zonale)	1	12					2				2										2					2	2	2	
Lugo - Lugo (Ospedale Zonale Civile)	50	50							50																				
Modena - Nuovo Ospedale S.Agostino - Estense	23	163	1	2	13	2	6	3	20	1				14	2	1	1	1	18	6	10				18	18	20		
Modena - Policlinico - Mo	60	60							60																				
Parma - Ospedali Riuniti - (Osp.Maggiore)	4	59					4				7				6	2				7	4	4	2			7	8	8	
Piacenza - Piacenza (Ospedale Civile)	5	68					8		2	10		1		3	1					9	5	3				9	8	9	
Ravenna - Ravenna (Osp.S.Maria Delle Croci)	14	48					4		11	6				4						6	2	2				4	3	6	
Reggio Emilia - Salus	41	41							41																				
Reggio Emilia - S. Maria Nuova	14	143	2	3	10	3	5	7	18	1				11	2					16	4	7	2	1	16	15	18	2	
Rimini - Rimini	3	40					6			6				4			2			4						6	6	6	
Vignola - Vignola	34	34							34																				
Piacenza - Piacenza Asl	5	70				2	1		3	8			1	4	2					10	6	4				10	10	9	
Regione	952	1.586	2	3	20	5	1	60	6	871	19	92	2	1	1	54	17	1	2	1	85	31	36	4	1	84	82	94	4

Fonte: CRT Emilia Romagna

Tabella 2.42 - Situazione al S. Anna di donazioni di organi nel biennio 2010-2011

		ANNO 2010	ANNO 2011
CUORE	Prelevati	3	3
	Trapiantati	3	3
FEGATO	Prelevati	9	12
	Trapiantati	8	11
RENE	Prelevati	16	20
	Trapiantati	16	18
PANCREAS	Prelevati	1	1
	Trapiantati	1	1
POLMONE	Prelevati	2	
	Trapiantati	1	
TOTALE ORGANI AZIENDA	Prelevati	31	36
	Trapiantati	29	33
TOTALE ORGANI REGIONE	Prelevati	322	292
	Trapiantati	289	260

Fonte: Elaborazione aziendale su dati CRT Emilia Romagna

Tabella 2.43 - Situazione al S. Anna di donazioni di tessuti nel biennio 2010-2011

		ANNO 2010	ANNO 2011
CORNEE AZIENDA	Donatori	9	3
	Tessuti	18	6
TOTALE CORNEE REGIONE	Donatori	627	601
	Tessuti	1237	1091
VASI AZIENDA	Donatori	1	
	Tessuti	9	
TOTALE VASI REGIONE	Donatori	27	
	Tessuti	201	
VALVOLE AZIENDA	Donatori	2	
	Tessuti	4	
TOTALE VALVOLE REGIONE	Donatori	23	
	Tessuti	46	
CUTE AZIENDA	Donatori	3	
	Tessuti (cm ²)	6.066	
TOTALE CUTE REGIONE	Donatori	51	
	Tessuti (cm ²)	150.095	
OSSO-TENDINI AZIENDA	Donatori	4	18
	Tessuti	59	33
TOTALE OSSO-TENDINI REGIONE	Donatori	980	952
	Tessuti	1.756	1.586

Fonte: Elaborazione aziendale su dati CRT Emilia Romagna

Le principali condizioni dell'accordo 2011, riguardano la complessità dei ricoveri, il contributo alla redistribuzione dell'offerta territoriale (maggiore concentrazione dell'attività specialistica di alto livello rispetto alle discipline ad alta diffusione territoriale), il governo della prescrizione farmaceutica e il contributo al contenimento dei tempi di attesa,

A consuntivo si è riscontrato come l'Azienda, abbia ridotto complessivamente i ricoveri, in particolare quelli nelle fasce di importi medio bassi (indice di bassa complessità) a favore dell'incremento dei ricoveri nelle fasce di importo medio alto (indice di alta complessità), tra i quali si concentrano discipline come la Riabilitazione, la Cardiologia, l'Onco-Ematologia, la Neurochirurgia. È stato dato ancora un contributo al contenimento della mobilità passiva e al miglioramento dell'appropriatezza erogativa: i ricoveri di Day Surgery sono aumentati, i DH medici si sono ridotti e si è ulteriormente sviluppata l'attività di Osservazione Breve Intensiva.

Il confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie regionali per le diverse tipologie di ricoveri potenzialmente inappropriati ha evidenziato anche per il 2011 un adeguato posizionamento dell'Azienda di Ferrara rispetto alla media complessiva. La spesa per farmaci in Fascia H è stata riconosciuta dall'Azienda committente come adeguata e appropriata, in linea con le condizioni di controllo definite nell'accordo di fornitura.

Il monitoraggio del contratto di fornitura è stato effettuato mediante l'utilizzo di report di sintesi e di dettaglio pubblicati rispettivamente a cadenza mensile e trimestrale sulle pagine intranet aziendali.

Il valore della produzione è sensibilmente aumentato (circa 4.000.000 di euro in più sul totale della degenza), con le caratteristiche sopradescritte.

Per i ricoveri l'Accordo di fornitura 2011 con l'Azienda USL ha previsto 116 milioni di euro. La produzione, pur incrementata si è attestata sui 109 milioni di euro.

Sull'entità della differenza va considerato che l'accordo richiama le condizioni degli accordi precedenti nei quali era stato tenuto conto dell'effetto legato all'incremento tariffario rispetto agli importi della produzione del 2007, e soprattutto in relazione alla necessità della copertura dei maggiori costi sostenuti dall'Azienda.

L'azienda ha contribuito alla riduzione del tasso di ospedalizzazione provinciale che alla fine del 2011 presentava un valore che si è significativamente avvicinato, nel corso degli ultimi anni, alla media regionale. Va detto che il tasso medio regionale si è abbassato maggiormente rispetto alla riduzione del tasso della Provincia di Ferrara, alla quale possono essere ancora attribuiti margini di recupero sul quadro complessivo.

Tab 2.44 - Tasso di Ospedalizzazione, confronto con la Regione Anno 2011

Az. USL di residenza	Ord.	Day Hospital			Tot.
		Med.	Chir.	Tot.DH	
PIACENZA	135,99	23,52	21,00	44,52	180,52
PARMA	125,26	21,96	24,65	46,60	171,87
REGGIO EMILIA	122,12	22,33	25,18	47,51	169,63
MODENA	124,03	17,83	21,58	39,41	163,45
BOLOGNA	133,00	17,44	20,01	37,45	170,45
IMOLA	129,73	19,46	18,24	37,69	167,42
FERRARA	130,70	18,55	26,25	44,79	175,49
RAVENNA	128,60	20,72	20,51	41,23	169,83
FORLÌ	115,59	20,69	20,61	41,30	156,89
CESENA	126,64	19,66	18,23	37,89	164,53
RIMINI	125,25	21,92	18,91	40,83	166,08
TOTALE REGIONE	127,52	19,92	21,76	41,68	169,20

Fonte regionale

Tabella 2.45 - Percentuali di inapproprietezza a confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione per il Ricovero ordinario

Azienda di ricovero	A) Ric. ord. 1 g. medici - programmati		B) Ric. ord. 1 g. medici - urgenti		C) altri ric. ord. medici		D) altri ric. ord DRG chir.		Totale	
	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.
AOSPU PARMA	715	2,0	794	2,3	16.825	47,8	16.882	47,9	35.216	100
AOSP REGGIO EMILIA	322	1,1	446	1,5	17.321	59,0	11.246	38,3	29.335	100
AOSPU MODENA	354	1,2	427	1,5	15.434	53,2	12.802	44,1	29.017	100
AOSPU BOLOGNA	1.318	2,5	1.247	2,4	29.275	55,5	20.897	39,6	52.737	100
AOSPU FERRARA	267	1,1	323	1,3	13.198	52,9	11.160	44,7	24.948	100
TOTALE AZ. OSP. RER	2.976	1,7	3.237	1,9	92.053	53,8	72.987	42,6	171.253	100

Fonte regionale

Tabella 2.46 - Percentuali di Inapproprietezza a confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie della Regione per il Ricovero diurno (DH)

Azienda di ricovero	A) DH medici < 4 accessi		B) altri DH medici		C) DH tipo DRG chir.		Totale	
	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.	N. dim.	% dim.
AOSPU PARMA	1.360	12,0	5.258	46,4	4.715	41,6	11.333	100
AOSP REGGIO EMILIA	1.219	8,1	6.730	44,6	7.128	47,3	15.077	100
AOSPU MODENA	1.771	15,9	4.402	39,5	4.972	44,6	11.145	100
AOSPU BOLOGNA	1.079	7,5	7.831	54,8	5.391	37,7	14.301	100
AOSPU FERRARA	572	5,8	4.446	44,9	4.893	49,4	9.911	100
TOTALE AZ. OSP. RER	6.001	9,7	28.667	46,4	27.099	43,9	61.767	100

Fonte regionale

Rispetto agli accessi in Pronto soccorso, sono state erogate oltre 1500 prestazioni di Osservazione Breve Intensiva (OBI) che costituiscono la principale alternativa gestionale al ricovero ordinario urgente inappropriato.

Tabella 2.47 - Andamento dei ricoveri classificati per regime e per residenza Anni 2010-2011 – Tariffe R.E.R. 2010 E T.U.C. 2011

ZONA - REGIME DI RICOVERO		N. DIM. ANNO 2010	N. DIM. ANNO 2011	DIFF. N. DIM.	IMPORTI ANNO 2010	IMPORTI ANNO 2011	DIFF. IMPORTI
USL 109-FE	Ordinario	22.960	22.505	-455	88.681.558	92.358.612	3.677.054
	Day Hospital	8.177	8.156	-21	16.026.634	16.095.369	68.735
	TOTALE	31.137	30.661	-476	104.708.192	108.453.981	3.745.789
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	Ordinario	1.442	1.280	-162	7.510.417	6.855.443	-654.974
	Day Hospital	843	759	-84	1.550.497	1.383.009	-167.488
	TOTALE	2.285	2.039	-246	9.060.913	8.238.451	-822.462
EXTRA REG.	Ordinario	2.950	2.818	-132	15.817.562	15.042.171	-775.391
	Day Hospital	1.973	1.848	-125	3.075.765	3.032.443	-43.322
	TOTALE	4.923	4.666	-257	18.893.327	18.074.614	-818.713
ESTERO	Ordinario	263	237	-26	1.146.969	961.745	-185.225
	Day Hospital	71	82	11	125.114	123.921	-1.193
	TOTALE	334	319	-15	1.272.083	1.085.665	-186.418
TOTALE	Ordinario	27.615	26.840	-775	113.156.506	115.217.971	2.061.465
	Day Hospital	11.064	10.845	-219	20.778.009	20.634.742	-143.268
	TOTALE	38.679	37.685	-994	133.934.515	135.852.713	1.918.197

Fonte aziendale

Analizzando i ricavi in rapporto alla diversa provenienza dei pazienti, si nota che il valore medio per ricovero è aumentato per i casi di Ferrara, ciò in relazione all'incremento dei casi con DRG appartenenti alla fascia di importi medio elevati (alta complessità); tale trend si è associato ad una parallela riduzione di casi con DRG appartenenti alla fascia di importo medio basso nella quale generalmente si concentra la casistica dei ricoveri potenzialmente inappropriati.

Tabella 2.48 - Variazione del valore dei ricoveri nel 2011 rispetto al 2010, per residenza dei pazienti

		€/dim 2010 (a)	€/dim 2011 (b)	diff (b) - (a)
USL 109-FE	regime ord	3.862	4.104	241
	DH	1.960	1.973	13
	totale	3.363	3.537	174
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	regime ord	5.208	5.356	147
	DH	1.839	1.822	-17
	totale	3.965	4.040	75
EXTRA REG.	regime ord	5.362	5.338	-24
	DH	1.559	1.641	82
	totale	3.838	3.874	36
ESTERO	regime ord	4.361	4.058	-303
	DH	1.762	1.511	-251
	totale	3.809	3.403	-405
TOTALE	regime ord	4.098	4.293	195
	DH	1.878	1.903	25
	totale	3.463	3.605	142

Fonte aziendale

Se poi ci si concentra sui soli ricoveri ordinari (esclusi ricoveri a tariffa forfettaria, gli outliers, la riabilitazione e le protesi a rimborso) e si distinguono i ricoveri in base alla complessità ed alla potenziale inappropriatazza dei DRG prodotti, effettuando il confronto tra gli ultimi due anni a parità di tariffa (tabella 2.52), si osserva che:

- i casi di alta complessità sono aumentati
- la riduzione dei ricoveri ha riguardato i DRG di media bassa complessità

Tabella 2.49 - Andamento delle dimissioni da ricovero ordinario e dei relativi importi

ZONA - CLASSIFICAZIONE DRG		N. DIM. ANNO 2010	N. DIM. ANNO 2011	DIFF. N. DIM.	IMPORTI ANNO 2010	IMPORTI ANNO 2011	DIFF. IMPORTI
USL 109-FE	alta complessità	3.418	3.545	127	29.387.023	31.398.465	2.011.442
	intermedi	10.035	10.000	-35	27.837.529	28.252.299	414.771
	potenzialmente inappropriato	2.597	2.287	-310	5.009.229	4.489.117	-520.112
	TOTALE	16.050	15.832	-218	62.233.781	64.139.881	1.906.100
R.E.R. EXTRA USL 109-FE	alta complessità	251	221	-30	2.472.623	1.959.363	-513.260
	intermedi	607	539	-68	1.472.803	1.385.434	-87.368
	potenzialmente inappropriato	122	74	-48	217.921	132.086	-85.835
	TOTALE	980	834	-146	4.163.347	3.476.883	-686.464
ESTERO	alta complessità	20	23	3	210.319	225.123	14.804
	intermedi	131	106	-25	333.759	305.472	-28.287
	potenzialmente inappropriato	32	22	-10	52.681	41.596	-11.086
	TOTALE	183	151	-32	596.760	572.191	-24.569
TOTALE	alta complessità	3.689	3.789	100	32.069.965	33.582.951	1.512.986
	intermedi	10.773	10.645	-128	29.644.090	29.943.206	299.116
	potenzialmente inappropriato	2.751	2.383	-368	5.279.832	4.662.798	-617.034
	TOTALE	17.213	16.817	-396	66.993.887	68.188.955	1.195.068

Fonte aziendale

Infine, sul versante della Specialistica Ambulatoriale provinciale sia i valori che i volumi di attività descrivono un quadro di tendenziale incremento rispetto al 2010, ad evidenza di una sensibile tendenza al cambiamento dei setting assistenziali con maggior presidio delle aree di inappropriatazza.

Tabella 2.50 - Volumi e Valori della Specialistica Ambulatoriale provinciale

Disciplina erogante	N. di prestazioni erogate 2010	N. di prestazioni erogate 2011	Importo 2010 €	Importo 2011 €
ANATOMIA ED ISTO. PATOL.	8.610	11.651	302.596	362.284
ANGIOLOGIA	6.197	2.635	270.643	113.446
CARDIOLOGIA	28.624	22.487	730.078	599.026
CHIRURGIA GENERALE	11.188	11.556	139.396	143.744
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	1.007	1.065	19.705	21.315
CHIRURGIA PEDIATRICA	2.801	3.725	53.930	72.571
CHIRURGIA PLASTICA	5.285	5.319	78.628	90.417
CHIRURGIA TORACICA	12	224	165	2.326
CHIRURGIA VASCOLARE	1.871	4.426	35.234	171.373
EMATOLOGIA	161.404	183.739	1.434.627	1.686.485
MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	64.328	20.877	995.724	984.600
GERIATRIA	4.316	3.311	61.158	46.674
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	4.132	4.276	60.024	64.901
MEDICINA GENERALE	15.805	14.771	456.583	406.371
NEFROLOGIA	55.569	55.065	4.836.910	4.752.232
NEUROCHIRURGIA	1.903	2.444	166.687	155.400
NEUROLOGIA	25.345	24.198	409.216	395.165
OCULISTICA	44.932	45.048	2.437.507	2.420.823
ODONTOIATRIA E STOMATOL.	3.946	3.593	147.731	138.924
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	22.772	9.817	493.023	211.464
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	14.990	11.878	376.685	272.466
OTORINOLARINGOIATRIA	26.507	29.648	441.544	499.865
PEDIATRIA	14.242	4.952	325.763	98.767
UROLOGIA	8.360	8.195	158.780	160.699
DERMATOLOGIA	16.908	15.830	316.368	306.657
RECUPERO E RIABILITAZIONE	52.988	36.624	508.285	382.836
GASTROENTEROLOGIA	7.498	7.259	429.889	412.118
MEDICINA NUCLEARE	5.239	5.120	993.341	1.040.351
NEONATOLOGIA	1.595	1.665	36.987	44.482
ONCOLOGIA	4.371	14.459	82.937	204.742
PNEUMOLOGIA	14.240	12.687	330.160	319.237
RADIOLOGIA	68.011	110.091	2.340.699	5.217.009
RADIOTERAPIA	39.116	1.048	2.647.744	340.557
REUMATOLOGIA	10.718	10.790	267.637	271.103
ANESTESIA	519	444	11.747	9.973
LAB.ANALISI CHIMICO CLINICHE	1.532.691	1.713.183	5.995.589	6.443.116
NEURORADIOLOGIA	4.346	1	623.946	249
GENETICA MEDICA	5.921	8.741	463.886	757.237
PRONTO SOCCORSO	35.570	66.361	880.741	1.674.136
DIETETICA/DIETOLOGIA	6.498	51.412	110.921	450.239
TOTALE COMPLESSIVO	2.340.376	2.540.615	30.473.214	31.745.380

Fonte aziendale

La tavola seguente mette in evidenza un incremento dell'attività ambulatoriale (e dei relativi importi) nel triennio a confronto. Questa tendenza, si è sviluppata progressivamente e gradualmente anche per l'utenza da fuori provincia e regione, nei confronti della quale, è andato via via ottimizzandosi il criterio di scelta del setting assistenziale ambulatoriale. Anche se il dato presenta un margine di approssimazione evidenzia comunque come l'attività ambulatoriale presenti un trend di crescita, non solo come volume di attività ma anche di complessità delle prestazioni erogate. Diminuiscono gli importi per utenza straniera anche se si incrementa il volume di attività.

Tabella 2.51 - Produzione ambulatoriale aziendale totale distinta per residenza dell'utenza.

Tipologia utente	2011			2010			2009		
	IMPORTO	N	Importo medio	IMPORTO	N	Importo medio	IMPORTO	N	Importo medio
Provincia	33.126.726	2.637.096	12,6	31.589.380	2.443.896	12,9	30.508.918	2.385.604	12,8
Mobilità	5.959.883	201.827	29,5	5.930.164	211.514	28	5.356.730	201.389	26,6
Stranieri	173.233	12.934	13,4	109.948	9.152	12,0	109.410	7.958	13,7
Totale	39.259.842	2.851.857	13,8	37.629.492	2.664.562	14,1	35.975.058	2.594.951	13,9

Fonte aziendale

2.3.4 Qualità dell'assistenza

La strategia della clinical governance è stata assunta dalla Regione a livello di sistema: infatti, le relazioni disegnate dalla L.R. 29/2004 delineano un sistema compiuto di clinical governance, che va dalla proprietà istituzionale del sistema (il complesso ruolo giocato dalla Regione e dagli Enti Locali cui spetta l'orientamento strategico del sistema regionale e, in quel quadro, dei sistemi aziendali), all'esercizio delle funzioni di governo aziendale (tipiche del management e sintetizzate ai rispettivi livelli della direzione generale) e alla partecipazione dei professionisti ai processi decisionali di disegno, implementazione ed orientamento strategico della produzione, sono omogenee ad una visione che non limita la prospettiva della clinical governance all'adeguamento degli strumenti classici dell'assicurazione della qualità all'ambiente sanitario, ma, appunto ne fa una modalità di funzionamento del sistema che va oltre il settore dei servizi sanitari e lo integra con i processi decisionali di orientamento dei diversi servizi pubblici e con il governo complessivo locale.

Strumenti per l'esercizio della nuova funzione attribuita al Collegio di direzione sono la responsabilità nell'elaborazione del sistema di audit clinico, del programma aziendale di gestione del rischio e della programmazione della formazione permanente, assieme all'esercizio delle nuove attività di ricerca e di formazione attribuite alle Aziende sanitarie.

Nell'ottica di proseguire il percorso, già da tempo intrapreso a livello aziendale, volto a sviluppare sistemi e progetti che consentano di fornire dati utili e significativi per la valutazione della qualità dell'assistenza, anche per l'anno 2011 l'Azienda ha mantenuto il suo ruolo di coordinamento italiano e di partnership al progetto International Quality Indicator Project IQIP ([\[nationalqip.com\]\(http://nationalqip.com\)\), utilizzando una serie di indicatori di processo e di risultato validati a livello internazionale. A partire dall'anno 2002, è stato attivato in Azienda un database informatizzato degli indicatori di performance clinica: è accessibile da un sito intranet dedicato al quale si accede tramite password, previa iscrizione. All'interno del database ogni Dipartimento ed ogni U.O. ha inserito uno o più indicatori di performance clinica di suo specifico interesse. Dal 2008 il sito è stato aggiornato in modo tale da accogliere anche gli standard di prodotto, legati alla qualità clinico professionale, resi obbligatori dai requisiti regionali per l'Accreditamento. Essi vengono introdotti nel sito man mano che i Dipartimenti ricevono la visita ispettiva regionale. Il database, oltre a consentire una visione dipartimentale del monitoraggio delle performance, consente di evidenziare particolari eccellenze nelle singole discipline mediche.](http://www.inter-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Nell'ambito del percorso di revisione del Bilancio di Missione è maturata l'esigenza di avviare una riflessione sugli indicatori di qualità dell'assistenza, a distanza di cinque anni dalla loro introduzione. E' divenuto particolarmente attuale e pervasivo il tema dell'accountability, ed in particolare della public accountability, vale a dire di una forma di rendicontazione aperta o almeno accessibile ai cittadini.

Il Decreto legislativo n.150 del 2009 dispone, peraltro, che tutte le pubbliche amministrazioni debbano annualmente valutare la performance organizzativa e professionale e rendicontarne gli esiti rendendoli accessibili sul proprio sito istituzionale. Tra gli ambiti oggetto di misurazione, valutazione e rendicontazione viene indicato anche la qualità dei servizi erogati.

Parallelamente, è cresciuta l'attenzione per la misurazione delle performance e della qualità dei Servizi

sociali e sanitari pubblici, seppur con finalità diverse: benchmarking, valutazione, rendicontazione. Per questi motivi il Bilancio di Missione 2011 contiene i dati di una serie di indicatori creati da un gruppo regionale di studio, applicabili a tutte le aziende, ed inoltre, tre indicatori per ogni DAI, scelti dallo stesso, e precisamente: un indicatore di efficacia, uno di sicurezza, uno di appropriatezza.

Indicatori Aziendali
Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni
Proporzione di parti con taglio cesareo primario
Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica
Proporzione di trattamenti di angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) eseguiti entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con episodio di STEMI
Riammissione non pianificata entro 15 giorni dalla dimissione
Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per Infarto Miocardico Acuto (STEMI e Non STEMI)
Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni

Perché misurare questo fenomeno?

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

mostra che in Paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 ed il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in Paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40% [4]. A livello nazionale l'indicatore, senza la variabile relativa all'età, è tra quelli inseriti nel set di indicatori di appropriatezza di cui all'allegato 2 del nuovo Patto per la Salute 2010-2012 del dicembre 2009 [5].

Principali riferimenti scientifici:

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

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di ricoveri per frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni.

- Numeratore

Numeri di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore con intervento chirurgico entro 2 giorni dall'ammissione in pazienti di età superiore a 18 anni.

- Denominatore

Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore e intervento chirurgico in pazienti di età superiore a 18 anni.

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

Banca Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

- Standard

La letteratura non fornisce valori di riferimento univoci

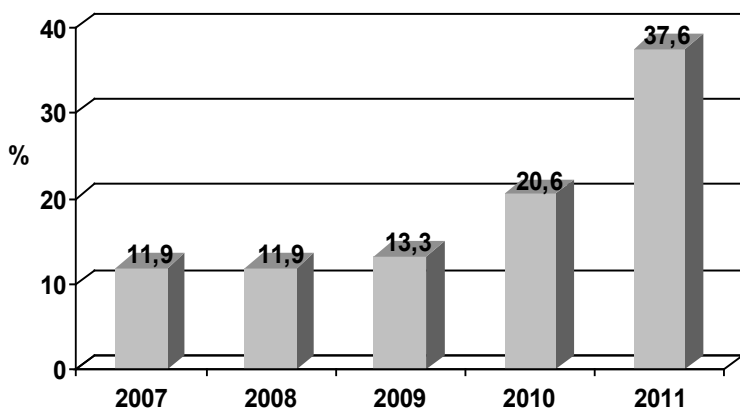
anche se la quasi totalità dei pazienti dovrebbe ricevere l'intervento il prima possibile. La Scottish Hip Fracture Audit suggerisce

come ragionevole obiettivo di operare entro 1 giorno dall'ammissione il 93,0% dei pazienti ricoverati per frattura del collo del femore (5). Il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede come benchmark il valore medio registrato nelle regioni che garantiscano l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza. Vista la situazione italiana decisamente lontana dagli obiettivi indicati dalla letteratura scientifica, viene suggerito di utilizzare come valore di riferimento la media dei valori delle tre regioni che presentano le migliori performance.

La media regionale dell'anno 2011 è stata: 49%

Il valore della nostra Azienda per l'anno 2011 è stato: 37,6%

Figura 2.12 Interventi per frattura di femore eseguiti entro quarantotto ore dal ricovero



Fonte aziendale

Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Perché misurare questo fenomeno?

Negli ultimi 20-30 anni, in molti paesi europei ed extra-europei si è osservato un aumento della proporzione di parti mediante taglio cesareo con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 20%. In Italia, in particolare, si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni ottanta al 37,5% nel 2004. Allo stato attuale la percentuale di parti cesarei registrata in Italia è la più alta d'Europa, poiché la maggior parte delle nazioni ha valori inferiori al 25% (1). La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di cesarei risale al 1985 a seguito di una consensus conference organizzata appositamente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2) che concluse che il 10-15% di parti mediante taglio cesareo non doveva essere superato

perché questo non avrebbe prodotto alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato. In Italia nel 1999 la proporzione di parti cesarei ha superato il 30% e continua a crescere nel tempo con notevoli variazioni regionali: 23% nel Friuli Venezia Giulia e 62% in Campania (dati del 2008). L'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non ha prodotto miglioramenti sostanziali negli esiti perinatali per le donne e per i bambini. Al contrario le regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale hanno bassa mortalità perinatale e morbilità neonatale rispetto alle regioni con alto tasso di cesarei. L'eccessivo ricorso al taglio cesareo è una delle criticità indicate nella bozza del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, approvata dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni, che prevede la riorganizzazione strutturale dei punti nascita anche nell'ottica di facilitare la riduzione dei parti mediante

TC che non dovrebbero superare il 20% (2). Il 16 dicembre 2010 è stato, inoltre, approvato l'Accordo Stato-Regioni relativo alle "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo". L'accordo definisce un programma articolato in dieci linee di azione che vanno da misure di politica sanitaria all'introduzione di strumenti per il miglioramento e la valutazione della qualità assistenziale che dovrebbero essere recepite a livello regionale ed avviate congiuntamente su tutto il territorio nazionale. L'International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) nel 2002 ha prodotto delle Raccomandazioni sul parto cesareo senza indicazioni mediche concludendo che, alla luce delle evidenze disponibili, un cesareo senza indicazione medica non è eticamente giustificabile. Fra le condizioni cliniche che possano indicare un parto cesareo sono: parto cesareo in precedenti gravidanze, presentazione podalica, complicanze relative alla placenta o al cordone ombelicale, malattie a trasmissione sessuale, infezioni, peso del nascituro, gestosi, diabete, nefropatie. Molti sistemi di indicatori anglosassoni (USA, Canada, Australia) rilevano i parti con taglio cesareo primario (quindi in partorienti che non abbiano avuto un precedente parto cesareo), per eliminare dall'analisi almeno quella quota attribuibile ai casi con precedenti parti cesarei.

Principali riferimenti scientifici:

1. Programma Nazionale Valutazione Esiti. Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (<http://www.agenas.it/>, ultimo accesso 31/07/12).
2. WHO – World Health Organization Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2:436-7.
3. Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews>.

[jsp?id=1358&tipo=new](http://www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=1358&tipo=new).

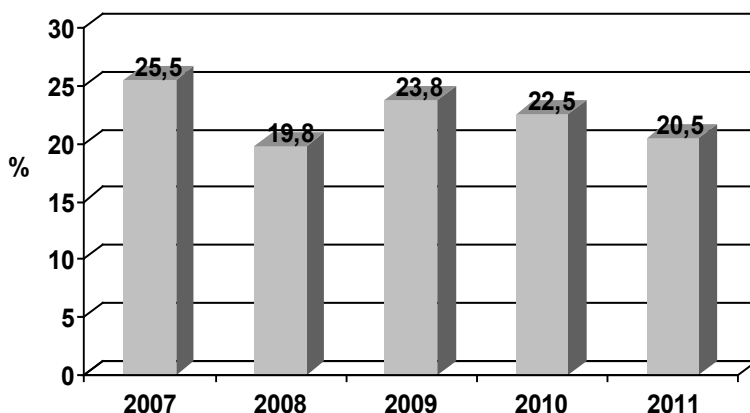
Altri riferimenti scientifici:

4. Minister of Public Works and Government Services. Canadian Perinatal Health Report 2003. Ottawa: Canada; 2003.
5. Canadian Institute for Health Information. Health system performance. Health Indicators. Catalogue no. 82-221-XIE, Volume 2005, No. 3, Ottawa: Canada; 2005.
6. RM Hager, AK Daltveit, D Hofoss, ST Nilsen, T Kolas, P Øian, et al. Complications of cesarean deliveries: rates and risk factors. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 428-34.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione
Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Numeratore
Numero di parti con taglio cesareo primario
- Denominatore
Numero totale di parti
- Periodicità di rilevamento dati
Annuale
- Fonti informative
Banche Dati delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) e del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP).
- Standard
La media regionale è stabile, negli anni 2007–2010, fra il 22% ed il 21%. Gli ospedali statunitensi che utilizzano gli indicatori AHRQ, hanno riscontrato nel 2008 un tasso del 18,03% su un totale di 645.745 parti. La media regionale dell'anno 2011 è stata: 20,0%
- Il valore della nostra Azienda per l'anno 2011 è stato: 20,5%

Figura 2.13 - Parti con taglio cesareo primario



Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica

Perché misurare questo fenomeno ?

La colelitiasi è una condizione molto diffusa caratterizzata dalla presenza di calcoli nella colecisti e/o nelle vie biliari; interessa maggiormente le donne, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1. La colecistite acuta è un'inflammazione acuta della parete della colecisti, accompagnata da una colelitiasi nel 95% dei casi; la forma cronica è spesso caratterizzata da coliche ricorrenti e da una

colecisti contratta, fibrotica, a pareti ispessite. La colelitiasi con o senza colecistite costituisce una importante causa di ricorso alla chirurgia addominale. L'intervento può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia). La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto [1]. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure [2]. L'indicatore è anche tra quelli scelti nell'ambito del Progetto SiVeAS Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Italiana, del Ministero della Salute.

Principali riferimenti scientifici:

1. Keus F, de Jong JAF, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. The Cochrane Library 2008, Issue 4.

2. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Cholecystitis/cholelithiasis: laparoscopic cholecystectomy rate. Disponibile all'indirizzo: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=15362&search=cholecystectomy>.

Altri riferimenti scientifici:

3. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Los Angeles (CA), 2010 Jan.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica

- Numeratore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

- Denominatore

Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

Banca Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO)

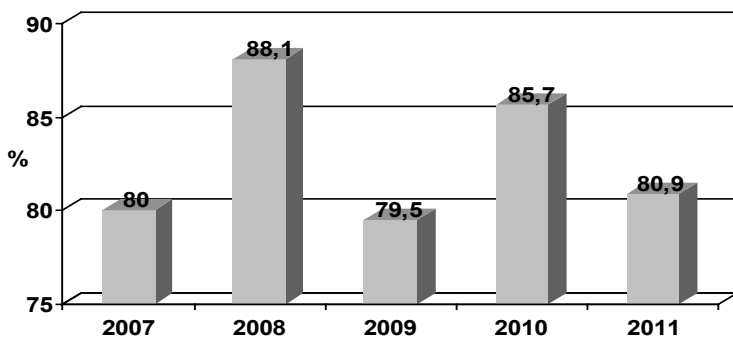
- Standard

Non rilevato un valore di riferimento standard o di benchmarking. Il sito dell'AHRQ riporta che attualmente nel 75% dei casi non complicati l'intervento di colecistectomia viene eseguito in laparoscopia. L'AHRQ raccomanda inoltre di aggiustare le proporzioni per sesso ed età.

La media regionale dell'anno 2011 è stata: 90,8%

Il valore della nostra Azienda per il 2011 è stato: 80,9%

Figura 2.14 - interventi di colecistectomia laparoscopica



Fonte aziendale

Proporzione di trattamenti di angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) eseguiti entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con episodio di STEMI

Perché misurare questo fenomeno?

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

Principali riferimenti scientifici:

1. Canto JG, Every NR, Magid DJ, et al. The volume of primary angioplasty procedures and survival after acute myocardial infarction. National Registry of Myocardial Infarction 2 Investigators. *N Engl J Med.* 2000 May 25;342(21):1573-80.
2. Kumbhani DJ, Cannon CP, Fonarow GC, et al. As-

sociation of hospital primary angioplasty volume in ST-segment elevation myocardial infarction with quality and outcomes. *JAMA.* 2009 Nov 25; 302(20):2207-13.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di PTCA eseguite entro un giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI.

- Numeratore

Numero di episodi con PTCA eseguita entro un giorno dall'ammissione

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

Banca Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

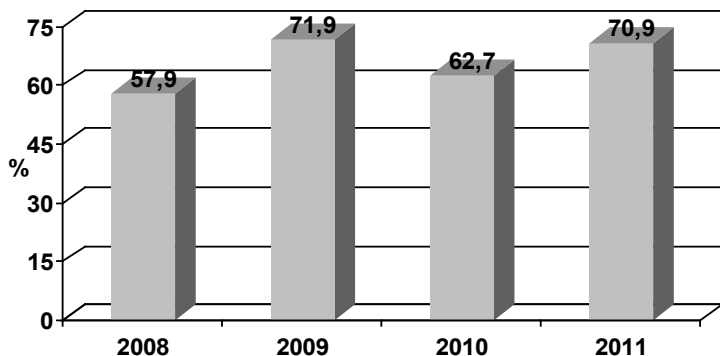
- Standard

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

La media regionale dell'anno 2011 è stata: 60,4 %

Il valore della nostra Azienda per il 2011 è stato: 70,9%

Figura 2.15 - PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI



Fonte aziendale

Riammissione non pianificata entro 15 giorni dalla dimissione

Perché misurare questo fenomeno ?

I pazienti con alcuni tipi di diagnosi tendono ad essere di nuovo ricoverati, in maniera non pianificata e non attesa, dopo la loro dimissione dall'ospedale. Questo può avere a che fare con la natura della loro patologia o con aspetti dell'assistenza ricevuta durante il primo ricovero. Una dimissione prematura, una inad-

guata pianificazione della dimissione, un ritardo nella pianificazione, una scarsa collaborazione del paziente, la mancanza di risorse sul territorio, l'insufficiente informazione al paziente possono essere cause di questo fenomeno. Alcune di queste cause sono sotto il controllo dell'ospedale mentre altre gli possono sfuggire. Benché una certa quota di riammissioni in ospedale sembra essere inevitabile, gli ospedali dovrebbero adoperarsi per ridurre il più possibile la frequenza delle riammissioni o, almeno, allungare gli intervalli fra i singoli ricoveri. Indicatori simili fanno parte anche dei

maggiori sistemi di indicatori come quello australiano e quello statunitense.

Principale riferimento scientifico:

Benbassat J, Taragin M (2000). Hospital Readmissions as a measure of quality of health care – advantages and limitations. Arch Intern Med. 160, 1074-1081.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Riammissione non pianificata entro 15 giorni dalla dimissione.

- Numeratore

Numero di ricoveri avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione del ricovero indice con proposta di ricovero "urgente", attribuiti alla stessa MDC del ricovero indice e

nella stessa struttura.

- Denominatore

Numero di ricovero totali.

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

Banca Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

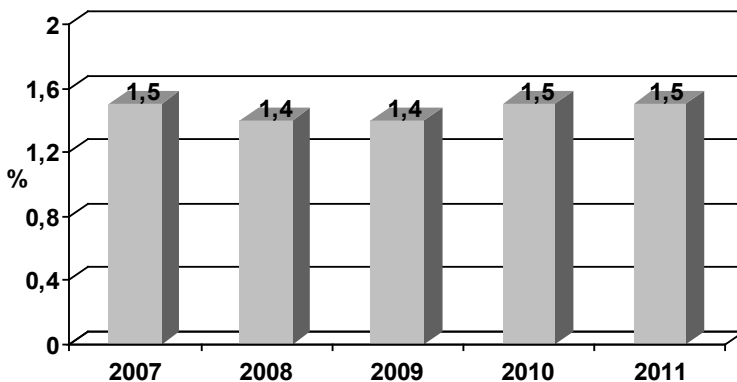
- Standard

Nel sistema australiano degli indicatori l'intervallo è fissato a 28 giorni. Nel 2007 ben 310 ospedali hanno rilevato e conferito i dati, la media è dell'1,21%, con un notevole miglioramento rispetto ad anni precedenti (2,08% nel 2003).

La media regionale dell'anno 2011 è stata: 1,4%

Il valore della nostra Azienda per il 2011 è stato: 1,5%

Figura 2.16 - Riammissione non pianificata entro 15 giorni dalla dimissione.



Fonte aziendale

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

Perché misurare questo fenomeno?

Per infarto del miocardio (IMA) si intende la sindrome coronarica acuta dovuta all'ostruzione di una arteria coronaria con formazione di un trombo occludente e conseguente necrosi del tessuto miocardico, incapace di sopportare condizioni di mancanza di ossigeno anche per brevi tempi. L'IMA si differenzia a seconda della presentazione all'elettrocardiogramma in infarto del miocardio con sopralivellamento del tratto ST (o STEMI: ST Elevation Myocardial Infarction) e infarto miocardico senza sopralivellamento del tratto ST (o NSTEMI: Non ST Elevation Myocardial Infarction). L'IMA è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Le linee guida cliniche internazionali forniscono delle indicazioni molto precise sulle azioni cliniche ed assistenziali da svolgere appena un paziente con un infarto miocardico acuto viene preso in carico

dalle strutture sanitarie (ambulanze o pronto soccorso). Queste azioni vengono monitorate in molte realtà sanitarie del mondo (ad esempio percentuale dei pazienti cui è stata somministrata l'aspirina all'ingresso). I pazienti e cittadini hanno maggiore interesse per una valutazione dei risultati. Una delle principali misure di risultato (per l'infarto come per altre patologie) è il tasso di mortalità, rilevato a 30 giorni dopo l'inizio delle cure. Il tasso di mortalità rispecchia, da una parte, la gravità clinica dei pazienti, dall'altra l'efficacia reale e la qualità dell'assistenza. Dato che una parte dei decessi per infarto non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo la dimissione, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera.

Principali riferimenti scientifici:

1. Grosso LM, Schreiner GC, Wang Y et al.. 2009 Measures maintenance technical report: acute myocar-

dial infarction, heart failure, and pneumonia 30-day risk-standardized mortality measures. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services; 2009 Apr 7. 47 p.

2. Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG et al. 2008 “ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures (Work Group to Address the Challenges of Performance Measurement and Reperfusion Therapy)”. Circulation. 2008;118:2649–2661.

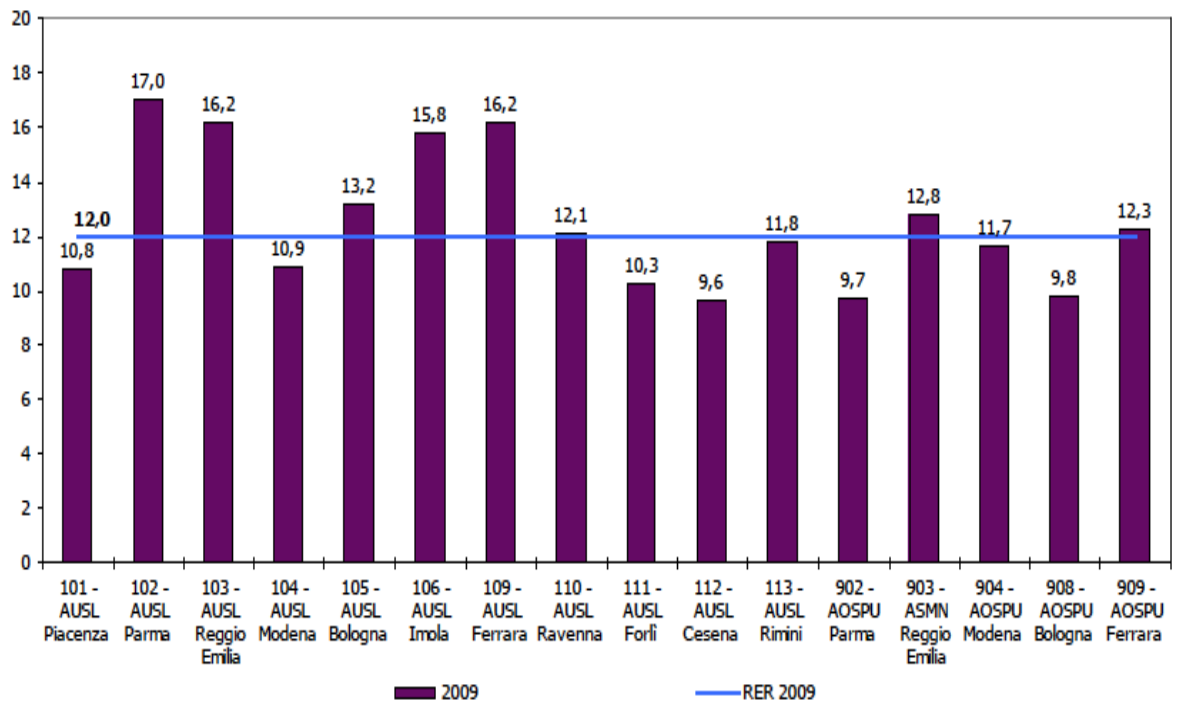
3. Krumholz HM, Merrill AR, Schone EM et al. Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009 Sep;2(5):407-

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di decessi entro trenta giorni da un ricovero per un episodio di IMA

Figura 2.17 – Mortalità a 30 giorni dal ricovero per IMA per azienda di ricovero



Fonte: Agenzia Sanitaria Sociale e Regionale

Nota: I dati si riferiscono all'anno precedente per difficoltà di reperimento dei dati stessi

- Numeratore

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

- Denominatore

Numero di episodi di IMA

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

Banche Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Assistiti Regionale

- Standard

Uno studio recente del “Center for Medicare e Medicaid Services” negli Stati Uniti ha valutato questo parametro per 3 anni, limitandosi però ai pazienti con età superiore ai 65 anni. Il valore emerso è 16,6%, con differenze importanti fra stati e ospedali [3].

La media regionale dell'anno 2009 è stata: 12%

Il valore della nostra Azienda per il 2009 è stato: 12,3%

Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per un episodio di STEMI

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di decessi entro trenta giorni da un ricovero per un episodio di STEMI

- Numeratore

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

del ricovero

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

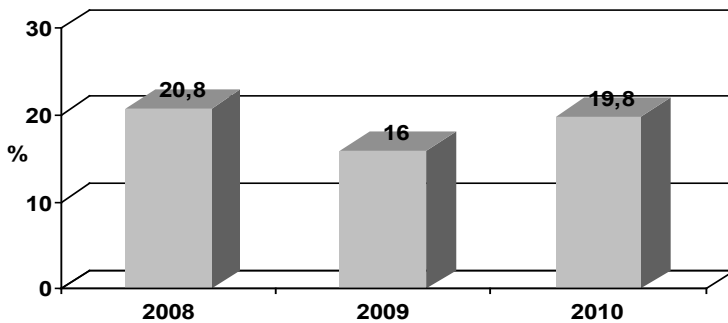
- Fonti informative

Banche Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Assistiti Regionale

La media regionale dell'anno 2010 è stata: 14%

Il valore della nostra Azienda per il 2010 è stato: 19,8%

Figura 2.18 - Decessi entro 30 giorni dal ricovero per un episodio di STEMI



Fonte aziendale

Nota: l'indicatore non è aggiornato al 2011 in quanto non sono completi i dati 2011 del flusso REM (Elaborazione: Agenzia Sanitaria Sociale Regionale – maggio 2012)

Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per un episodio di Non STEMI

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di decessi entro trenta giorni da un ricovero per un episodio di Non STEMI

- Numeratore

Numero di episodi di Non STEMI, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data di ammissione

sione del ricovero

- Denominatore

Numero di episodi di STEMI

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

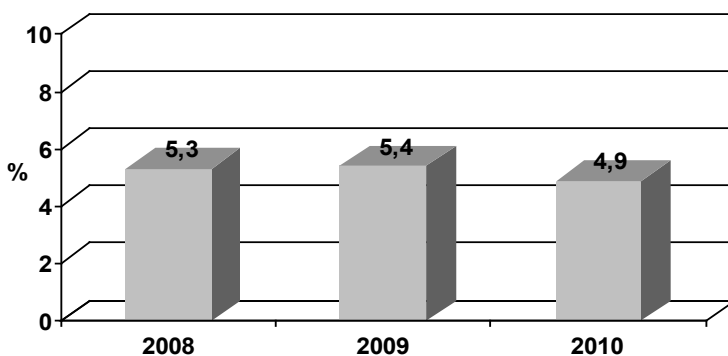
- Fonti informative

Banche Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e l'Anagrafe Assistiti Regionale

La media regionale dell'anno 2010 è stata: 8,1%

Il valore della nostra Azienda per il 2010 è stato: 4,9%

Figura 2.19 - Decessi entro 30 giorni dal ricovero per un episodio di Non STEMI



Fonte aziendale

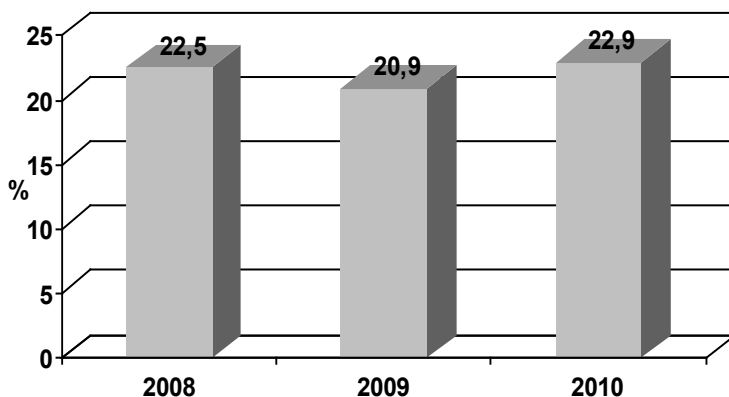
Mortalità a 30 giorni dalla data di ricovero per stroke

Perché misurare questo fenomeno ?

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

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

Figura 2.20 - decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke



Fonte aziendale

Nota: l'indicatore non è aggiornato al 2011 in quanto non sono completi i dati 2011 del flusso REM (Elaborazione: Agenzia Sanitaria Sociale Regionale – maggio 2012)

Principali riferimenti scientifici:

1. Linee guida SPREAD. "Ictus cerebrale – linee guida italiane di prevenzione e trattamento" Milano Gennaio 2010
2. Programma Nazionale Valutazione Esiti. Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (<http://www.agenas.it/>, ultimo accesso 31/07/12)

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke

- Numeratore

Numero di pazienti (età maggiore o uguale a 18 anni) deceduti entro 30 giorni a seguito di un ricovero in urgenza per ictus

- Denominatore

Numero di ricoveri in urgenza per stroke

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

Banche Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e il Registro di Mortalità (REM).

- Standard

Il sistema di indicatori clinici della Danimarca indica uno standard del 15%; per il confronto fra strutture va tenuto conto della gravità dei casi al momento del ricovero.

La media regionale dell'anno 2010 era: 18,7%

Il valore della nostra Azienda per il 2010 è stato: 22,9%

Indicatori Dipartimentali			
DIPARTIMENTO	EFFICACIA	SICUREZZA	APPROPRIATEZZA
Medico	Completezza diagnostica	Prevenzione delle lesioni da pressioni	N° accessi in DH
Medico Specialistico	Tasso di Pazienti in Dialisi stabilizzati con Hb >11 gr%	Tasso di infezioni nei pazienti che hanno posizionato CVC a lunga permanenza	Agobiopsie tiroidee ecoguidate non adeguate
Chirurgico	Mortalità peri-operatoria in Chirurgia	Stroke maggiore dopo intervento di TEA carotidea	Tasso di core-biopsy ecoguidate non corrette
Chirurgico Specialistico	Prevalenza dei pazienti con parodontite o a elevato rischio di parodontite con percentuale di sanguinamento al sondaggio < 30% entro 6 mesi dal trattamento parodontale non chirurgico	Emorragie postadenotom-sillectomia che richiedono un intervento di revisione	Ricoveri per endoftalmite acuta dopo intervento di cataratta
Riproduzione e Accrescimento	% di gravidanze esitate in aborto spontaneo collegabili a diagnosi strumentale invasiva (amnio, villo, funicolo)		Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio rispetto al totale dei nati vivi assistiti al 3° livello
Emergenza	Mortalità dei pazienti ricoverati in Unità Coronarica con diagnosi principale o secondaria di infarto miocardico acuto	Sepsi in pazienti con catetere venoso centrale ricoverati in Terapia Intensiva	Accuratezza della fibrobroncoscopia
Neuroscienze / Riabilitazione	Tasso di mortalità a 3 mesi in pazienti con stroke ischemico trattati con trombolisi sistemica (rTPA) entro 3 h dall'esordio	Infezioni chirurgiche	Dimissioni dalla UGC verso strutture protette
Diagnostica per Immagine e Medicina di Laboratorio	Qualità diagnostica intraoperatoria diagnosi istologiche estemporanee	Reazioni avverse a trasfusione	Valutazione di appropriatezza e completezza della richiesta di prestazione diagnostica medico nucleare (scintigrafie)

Efficacia: Completezza diagnostica

Perché misurare questo fenomeno?

L'attività tipica dell'ospedale per acuti riguarda i problemi che richiedono un impegno di risorse notevole, ma concentrato e delimitato nel tempo. Il paziente internistico, deve avere pertanto una patologia complessa per giustificare il fatto che l'assistenza fornita sia necessaria, da un punto di vista clinico. Al momento della dimissione tutte le informazioni necessarie ad interpretare la situazione del paziente e l'evoluzione del caso, devono essere riportate nella documentazione disponibile, per permettere una corretta valutazione dell'accuratezza diagnostica e terapeutica e del percorso del paziente

Principale riferimento scientifico:

Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna

- Definizione
Completezza diagnostica in regime di ricovero ordinario

- 1 valore (solo Numeratore)
Numero medio delle diagnosi

- Periodicità di rilevamento dati
Semestrale

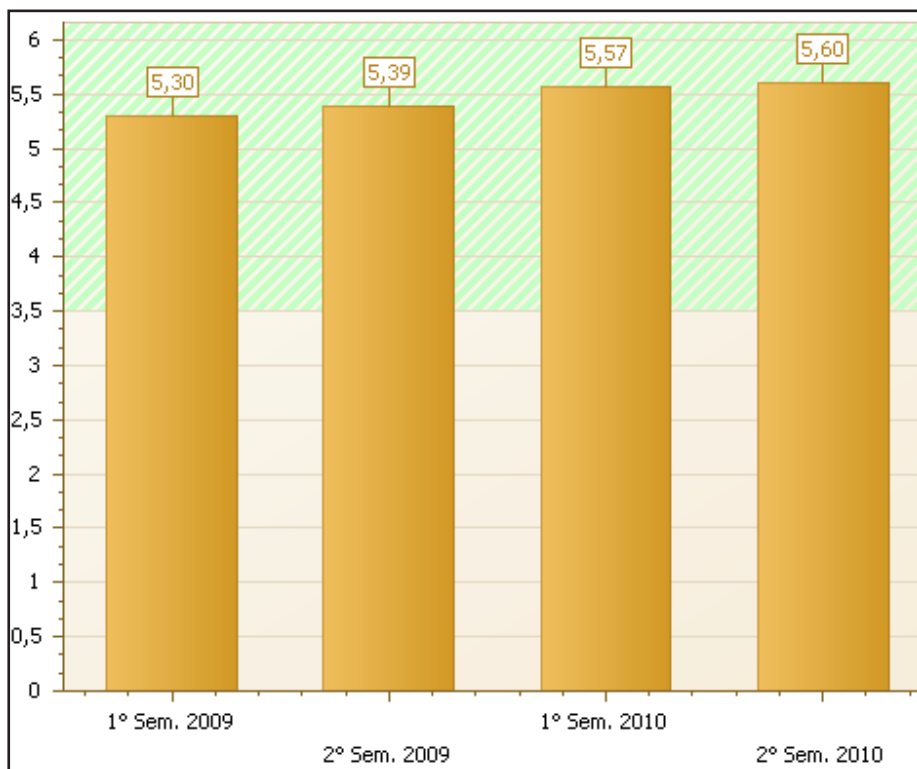
- Fonti informative
La fonte dei dati è la rete Intranet Aziendale nella Sezione "Reportistica".

- Standard
Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: > 3,5

I valori della nostra Azienda per il 2010:

- I semestre 2010: 5,57
- Il semestre 2010: 5,60

Figura 2.21 - Completezza diagnostica in regime di ricovero ordinario



Fonte aziendale

Sicurezza: Prevenzione delle lesioni da pressioni

Caratteristiche dell'indicatore

Perché misurare questo fenomeno?

La lesione da pressione (o ulcera da decubito) è una lesione del tessuto, con degenerazione irreversibile, che interessa l'epidermide, il derma e gli strati sottocutanei, fino a raggiungere, nei casi più gravi, la muscolatura e le ossa. Piuttosto comunemente è detta anche "piaga".

Le lesioni da decubito spesso sono delle conseguenze dovute a una inadeguata assistenza in ambito domiciliare per mancanza di conoscenze da parte dei badanti o in ambito ospedaliero. Non attivare immediate tecniche di prevenzione con utilizzo di moderni ausili antidecubito può provocare gravissime lesioni.

Nei confronti di soggetti fragili, soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie sono spesso complicati da problematiche di tipo socio-economico, l'azienda si dota di risorse per la loro tutela. Alla luce di questa definizione appare evidente come in persone anziane vi è un maggior rischio di peggioramento della propria salute e dello stato funzionale e un'alta necessità di risorse.

Principale riferimento scientifico:

Area del governo clinico – Regione Emilia Romagna – Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito - Dossier 94/2004

- Definizione

Appropriatezza delle misure di prevenzione durante il ricovero ospedaliero: prevenzione delle lesioni da pressione

- Numeratore

Numero di soggetti fragili a rischio di insorgenza di ulcere da pressione con presenza di presidi di prevenzione

- Denominatore

Numero totale soggetti fragili a rischio di insorgenza di ulcere da pressione

- Periodicità di rilevamento dati

Quadrimestrale

- Fonti informative

Indagine epidemiologica effettuata da Direzione delle Professioni attraverso i Referenti di Attività "Prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione"

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\geq 90\%$

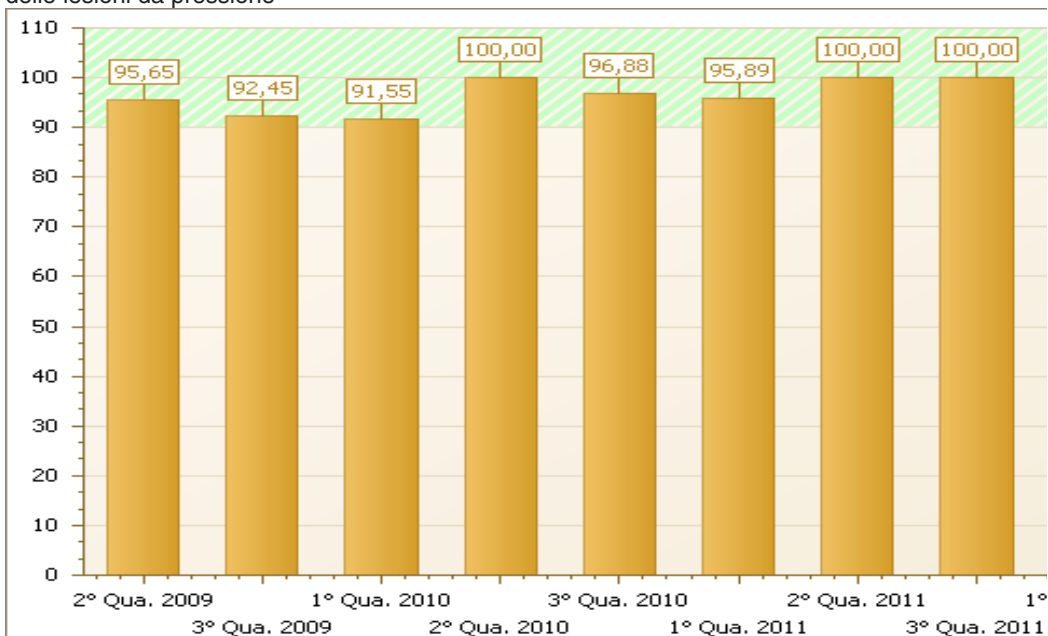
I valori della nostra Azienda per il 2011:

- I quadrimestre 2011: 95,89 %

- II quadrimestre 2011: 100 %

- III quadrimestre 2011: 100 %

Figura 2.22 - Appropriatelyzza delle misure di prevenzione durante il ricovero ospedaliero: prevenzione delle lesioni da pressione



Fonte aziendale

Appropriatezza: N° accessi in DH

Perché misurare questo fenomeno ?

L'utilizzo appropriato del ricovero ospedaliero è stato negli ultimi dieci anni uno degli obiettivi primari del Sistema Sanitario Nazionale ed il sistema di finanziamento degli ospedali basato sui DRGs, ha avuto come scopo principale la promozione dell'efficienza e l'equità nella distribuzione delle risorse.

L'erogazione di prestazioni a ciclo diurno è ammessa per l'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa, in alternativa al ricovero ordinario, quando le prestazioni da erogare "per loro natura e complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica e/o infermieristica continua, non attuabili in ambito di attività ambulatoriale".

Fra i vari requisiti per stabilire l'appropriatezza del ricovero in DH, la nostra Regione ha inserito anche quello relativo al numero di accessi che deve essere superiore a 4, per documentare la complessità della patologia da trattare.

Principale riferimento scientifico:

1. Fiorini M., Vizioli M., Melotti R., Louis D.Z., Grilli R.; 2006 Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna Dossier ; 132, 90 p.
2. Louis D., Taroni F., Melotti R., Rabinowitz C., Vizioli M., Fiorini M., Gonnella J.; 2008 Increasing appropriateness of hospital admissions in the Emilia-Romagna region of Italy Journal of health services & policy, 13,

4, pp. 202-208.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Utilizzo del Day Hospital: Numero di accessi in DH

- Numeratore

Numero di DH medici minore di 4 accessi

- Denominatore

Numero totale di ricoveri in DH

- Periodicità di rilevamento dati

Trimestrale

- Fonti informative

La fonte dei dati è la rete Intranet Aziendale nella Sezione "Reportistica"

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: < 5 %

I valori della nostra Azienda per il 2010:

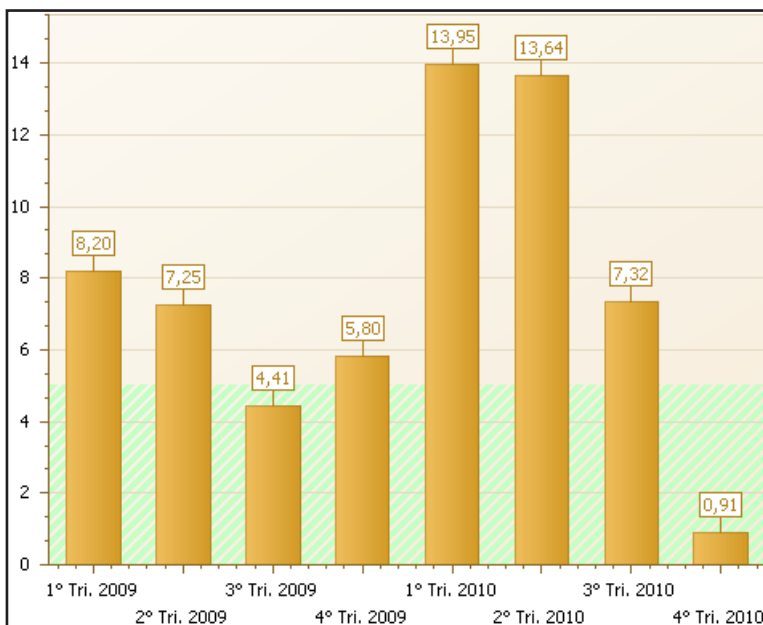
- I trimestre 2010: 13,95 %

- II trimestre 2010: 13,64 %

- III trimestre 2010: 7,32 %

- IV trimestre 2010: 0,91 %

Figura 2.23 - Utilizzo del Day Hospital: Numero di accessi in DH



Fonte aziendale

Dipartimento Medico Specialistico

Efficacia: Tasso di Pazienti in Dialisi stabilizzati con Hb >11 gr%

Perché misurare questo fenomeno ?

Gli agenti stimolanti l'eritropoiesi (ESA) rappresentano la più importante innovazione terapeutica degli ultimi vent'anni nei pazienti affetti da malattia renale cronica in fase dialitica e della malattia renale cronica con insufficienza renale. Il loro uso ha comportato benefici indiscussi per il paziente:

- ha ridotto la frequenza con cui la malattia si manifesta e la mortalità cardiovascolare, tipicamente elevate in questi pazienti, agendo principalmente sul rimodellamento del miocardio
- ha permesso di evitare le trasfusioni di sangue con conseguente minor rischio infettivo (in particolare Virus B e C dell'epatite) e di accumulo di ferro (emosiderosi)
- ha migliorato la qualità di vita del paziente, aumentandone la resistenza allo sforzo fisico e la sensazione di benessere generale

Di riflesso ha però comportato un cospicuo aumento della spesa per il noto elevato costo di tale terapia (controbilanciato in parte dalla riduzione della morbilità e di altri interventi terapeutici, come le emotrasfusioni).

Pertanto, l'importanza di misurare il fenomeno è su due versanti: l'uno di efficacia/sicurezza clinica, l'altro di farmacoeconomia.

L'attenta monitoraggio dei livelli di emoglobina permette quindi il raggiungimento del target (fascia di valori), senza eccedere nella ipercorrezione e il mantenimento costante di livelli ottimali di emoglobina.

Principale riferimento scientifico:

1. KDOQI Clinical Practice Guideline and Clinical Practice Recommendations for anaemia in Chronic Kidney Disease:2007 Update of haemoglobin target Am J KidneyDis 2007; 50: 471-530
2. Eschbach JW et al Recombinant human erythropoietin in anemic patients with end-stage renal disease. Ann Intern Med 1989;111:992-1000
3. Canadian Erythropoietin Study Group. Association between recombinant human erythropoietin and quality of life and exercise capacity of patients receiving haemodialysis. BMJ 1990; 300:573-578
4. Zoccali C, et al: European Best Practice guidelines

delines ; European Renal Best Practice . European Best Practice quo vadis? From European Best Practice guidelines (EBPG) to European Renal Best Practice (ERBP). Nephrol Dial Transplant 2008 ;23:2162-2166

5. Locatelli F et al : Anemia management in patients with chronic Kidney disease: a position statement by the anaemia Working Group of European (ERBP). Nephrol Dial Transplant 2009;24:348-354.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Terapia sostitutiva della funzione renale (dialisi): Tasso di pazienti in dialisi stabilizzati con emoglobina (Hb) >11 gr %

- Numeratore

Numero di pazienti in dialisi da più di 6 mesi con Hb >= 11 gr %

- Denominatore

Numero di pazienti in dialisi da almeno 6 mesi.

- Fonti informative

La fonte dei dati è il registro dialisi interno di U.O. per identificazione dei pazienti emodializzati in terapia sostitutiva da almeno sei mesi, stabilizzati. I valori di emoglobina sono ricavati tramite il sistema informatico SAP.

- Periodicità di rilevamento dati
Semestrale

- Standard

L'ultimo aggiornamento delle linee guida europee ed americane ha ribadito l'importanza di correggere l'anemia mediante somministrazione di ESA in quasi tutti i pazienti con CKD, indipendentemente dal grado di gravità della malattia renale, con l'obiettivo di raggiungere e mantenere stabili i livelli di emoglobina (Hb) entro il range ottimale di 11-12 g/dl evitando di superare il valore di 13 g/dl.

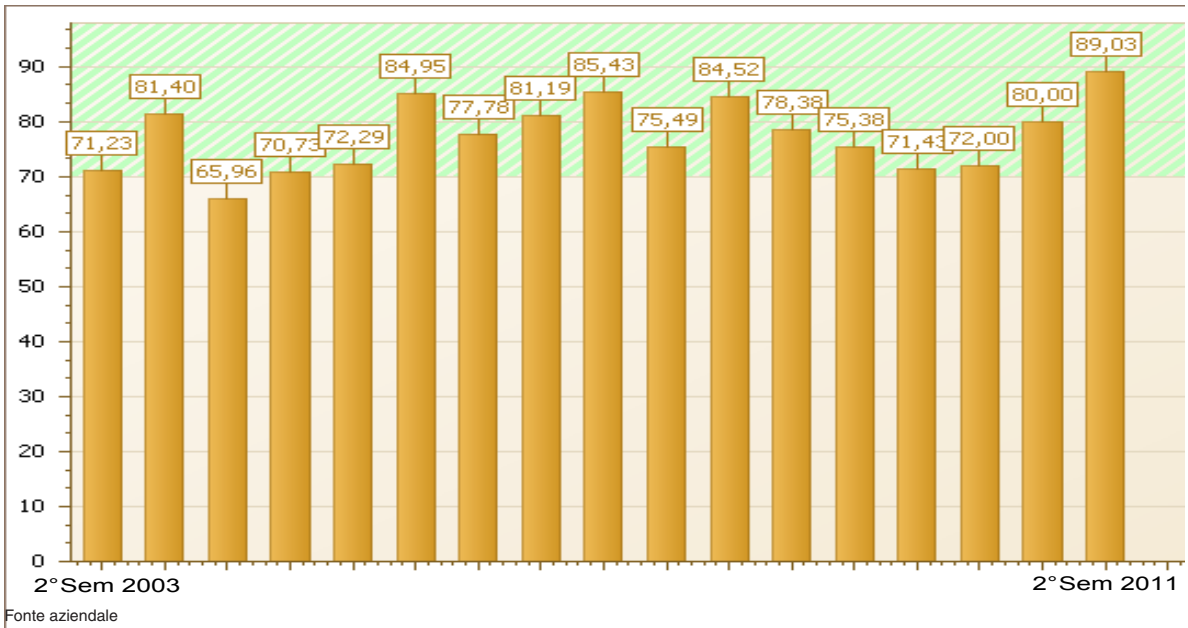
Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: >= 70 %

I valori della nostra Azienda per il 2011

- I semestre 2011: 80 %

- II semestre 2011: 89,03 %

Figura 2.24 - Tasso di pazienti in dialisi stabilizzati con emoglobina (Hb) >11 gr %



Sicurezza: Tasso di infezioni nei pazienti che hanno posizionato CVC (Catetere Venoso Centrale) a lunga permanenza

Perché misurare questo fenomeno ?

Un catetere venoso centrale (ovvero inserito in un grosso vaso) permette di somministrare farmaci, e nutrire il paziente nel caso non possa alimentarsi per la via naturale.

L'utilizzo di cateteri venosi centrali è oggi indispensabile nella pratica medica; questi presidi, mentre da un lato garantiscono un accesso vascolare sicuro, dall'altro lato costituiscono per il paziente un pesante fattore di rischio per complicanze infettive, e il rischio è reso particolarmente significativo alla luce del grandissimo numero di cateteri utilizzati ogni anno in tutte le strutture sanitarie.

Una ricca letteratura è quindi fiorita riguardo alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate ai cateteri venosi centrali, e tutte le linee guida elaborate a livello mondiale (vedasi le recenti linee guida dei CDC – Center for Disease Control – di Atlanta) evidenziano quali principali elementi di prevenzione :

- Elaborazione di procedure corrette.
- Formazione del personale dedicato all'impianto e alla gestione dei cateteri
- Utilizzo di corrette tecniche asettiche nella gestione dei cateteri stessi.

Esiste la possibilità che il paziente portatore di catetere venoso centrale contragga una sepsi (infezione generalizzata con febbre) a partenza proprio dal catetere.

Evidentemente, contrarre un'infezione a partenza dal catetere venoso centrale usato per le cure in Terapia Intensiva è un evento da evitare, e dunque una misura di sicurezza per il paziente.

La presenza di un dispositivo venoso, impiantato per la somministrazione sicura delle chemioterapie e delle terapie di supporto necessarie, può dare origine ad infezioni che colpiscono in modo diffuso un intero organismo.

Sono complicanze gravi, che

- sono potenzialmente fatali per i pazienti
- comportano un aumento dei costi dei trattamenti in termini di esecuzione di esami colturali, ospedalizzazione, terapie antibiotiche mirate, eventuali espanto del catetere venoso e reimpianto di un nuovo catetere
- inficiano l'efficacia dell'accesso venoso che, per le sue caratteristiche tecniche e di impianto, è nato per durare nel tempo (mesi/anni).

Principale riferimento scientifico:

Ng F, Mastoroudes H, Paul E et al., Clinical Oncology 2007; 19:551-56

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Corretta esecuzione delle azioni di prevenzione della diffusione delle infezioni ospedaliere: Tasso di infezioni nei pazienti che hanno posizionato CVC a lunga permanenza

- Numeratore

Numero di episodi infettivi documentati da emocoltura in pazienti che hanno posizionato CVC (Port + Groshong) nel periodo

- Denominatore

Numero totale di giorni-catetere nei pazienti che hanno posizionato CVC (Port + Groshong) nel periodo

- Periodicità di rilevamento dati

Semestrale

- Fonti informative

La fonte dei dati sono le cartelle cliniche dei pazienti nelle quali sono inseriti gli eventuali esami colturali.

- Standard

Gli articoli scientifici che trattano di pazienti oncologici portatori di sistemi di accesso venoso di lunga durata riportano una frequenza di infezioni sistemiche variabile da 0,1 a 2,54 infezioni/1000 giorni-catetere (Mastoroudes H 2007; Biffi 1997; Bouza 2002; Maki 2006; Nightingale 1997). Tali articoli sono peraltro difficilmente interpretabili e confrontabili a causa della scarsa numerosità e dell'eterogeneità delle casistiche, delle differenti patologie oncologiche, differenti tipi di cateteri utilizzati, differenti usi dei cateteri.

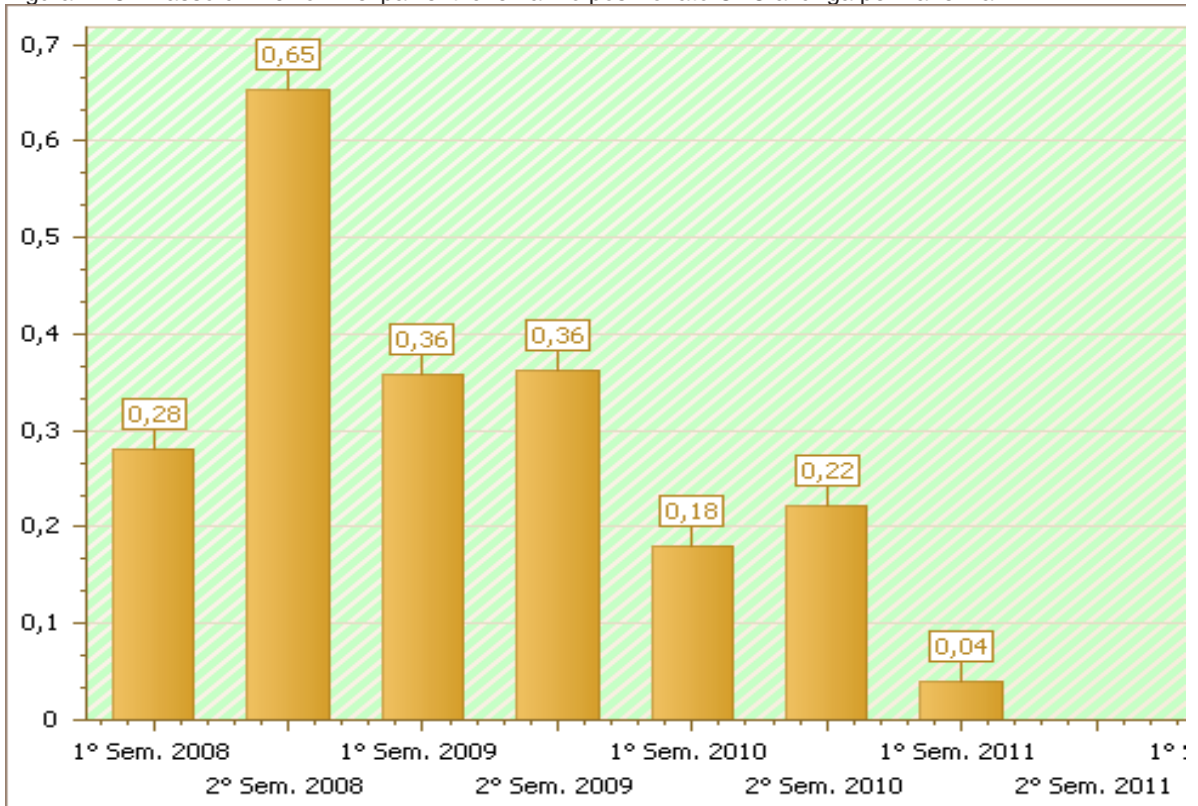
Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: < 2,54 ‰ episodi /1000 gg catetere

I valori della nostra Azienda per il 2011

- I semestre 2011: 0,04 ‰

- II semestre 2011: 0 ‰

Figura 2.25 - Tasso di infezioni nei pazienti che hanno posizionato CVC a lunga permanenza



Fonte aziendale

Appropriatezza: Agobiopsie tiroidee eco guidate non adeguate

Perché misurare questo fenomeno ?

L'agobiopsia tiroidea ecoguidata costituisce una tecnica sicura e poco invasiva divenuta parte integrante nella diagnostica del nodulo tiroideo.

In mani esperte l'accuratezza della metodica è del 95%. La corretta esecuzione di tale tecnica permette di ottenere un campione di cellule "diagnostico" o

"adeguato" per consentire al citopatologo di fornire una diagnosi di benignità o malignità. Pertanto, il risultato dell'agobiopsia tiroidea è determinante per decidere se il paziente con un nodulo tiroideo dovrà essere sottoposto a terapia chirurgica o medica con visite di controllo periodiche.

Il monitoraggio delle agobiopsie tiroidee non adeguate permette di valutare l'appropriatezza del percorso diagnostico del nodulo ai fini della diagnosi precoce del carcinoma differenziato della tiroide, contribuendo

da un lato a dimostrare la qualità del servizio e dall'altro a ridurre i costi che conseguirebbero alla ripetizione di esami non diagnostici.

Presso l'U.O. Endocrinologia dell'Azienda vengono effettuati ogni anno circa 1800 agobiopsie tiroidee suddivise tra pazienti ambulatoriali (93%) e ricoverati (7%) con riscontro di nodulo tiroideo da sottoporre a definizione diagnostica.

Recentemente l'agobiopsia tiroidea eco guidata è stata integrata dall'indagine genetica sul citoaspirato tiroideo per la ricerca di mutazioni somatiche del gene BRAF coinvolto nello sviluppo del carcinoma papillare della tiroide e dei geni RAS prevalentemente implicati nello sviluppo delle neoplasie tiroidee follicolari. L'applicazione dell'indagine genetica all'agobiopsia tiroidea, oltre a conferire un contenuto innovativo alla metodica, ha permesso di avviare un processo di miglioramento nella diagnostica del carcinoma differenziato della tiroide.

Principale riferimento scientifico:

1. Tee YY. The Sensitivity and the False Negative Rate of Fine Needle Aspiration Biopsy in Thyroid Nodule. *Ann Surg.* 2008 Aug;248(2):344.
2. Tee YY, Lowe AJ, Brand CA, Judson RT. Fine-needle aspiration may miss a third of all malignancy in palpable thyroid nodules: a comprehensive literature review. *Ann Surg.* 2007 Nov;246(5):714-20.
3. Kuru B. The sensitivity and the false negative rate of fine needle aspiration biopsy in thyroid nodule. *Ann Surg.* 2008 Aug;248(2):343-4.
4. Berker D, Aydin Y, Ustun I, Gul K, Tutuncu Y, Isik S, Delibasi T, Guler S. The value of fine-needle aspiration biopsy in subcentimeter thyroid nodules. *Thyroid.* 2008 Jun;18(6).
5. Pitman MB, Abele J, Ali SZ, Duick D, Elsheikh TM, Jeffrey RB, Powers CN, Randolph G, Renshaw A, Scoutt L. Techniques for thyroid FNA: a synopsis of the

National Cancer Institute Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference. *Diagn Cytopathol.* 2008 Jun;36(6):407-24.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Gestione di Indagini diagnostiche specifiche: Agobiopsie tiroidee ecoguidate non adeguate

- Numeratore

Numero di agobiopsie inadeguate nel quadrimestre

- Denominatore

Numero totale di agobiopsie nel quadrimestre

- Periodicità di rilevamento dati

Quadrimestrale

- Fonti informative

La fonte dei dati è rappresentata dai referti dell'U.O. di Anatomia Patologica, dalle Schede ambulatoriali dell'U.O. di Endocrinologia, dai dati di produzione forniti dal Controllo di Gestione, e dal sistema informativo SAP utilizzato in Azienda.

- Standard:

Dalla Letteratura Internazionale si rileva che la percentuale di agoaspirati "non diagnostici" o "inadeguati" varia dal 4 al 6% ed è strettamente legata all'esperienza ed abilità dell'operatore.

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\leq 5\%$.

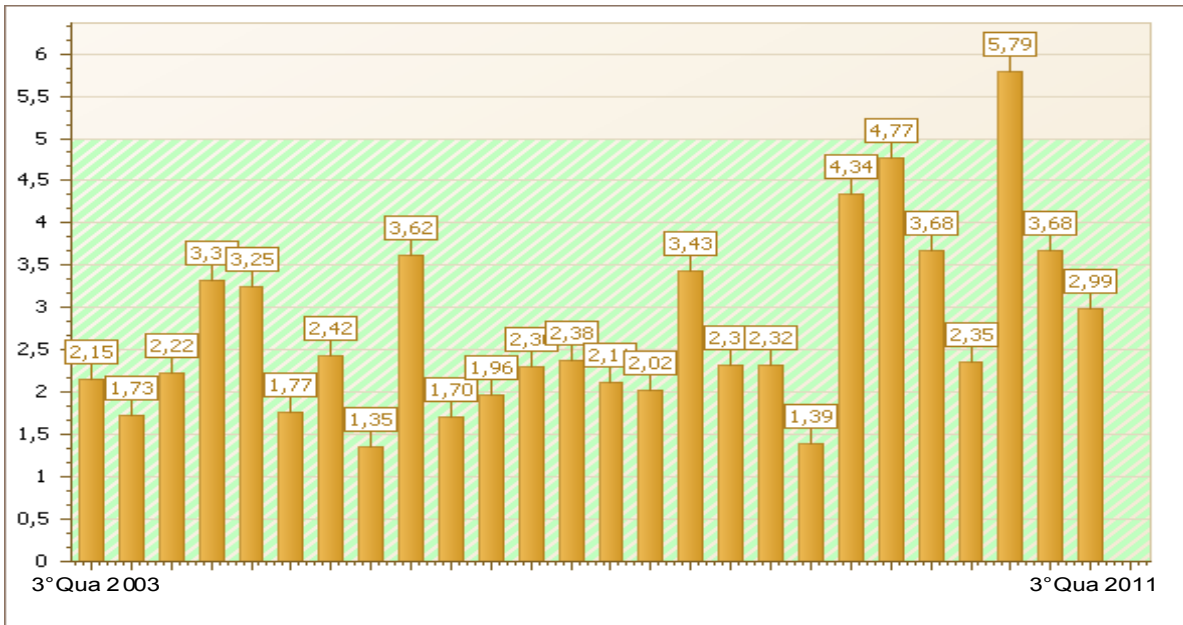
I valori della nostra Azienda per il 2011

- I quadrimestre 2011: 2,35 %

- II quadrimestre 2011: 5,79 %

- III quadrimestre 2011: 3,68 %

Figura 2.26 - Agobiopsie tiroidee ecoguidate non adeguate



Fonte aziendale

Dipartimento Chirurgico

Efficacia: Mortalità peri-operatoria in Chirurgia

Perché misurare questo fenomeno ?

Per “perioperatorio” si intende il periodo precedente o immediatamente successivo ad un intervento chirurgico.

Prima di eseguire un qualsiasi atto chirurgico è essenziale che il paziente venga sottoposto ad una valutazione accurata del rischio operatorio da parte della equipe chirurgica ed anestesologica (1).

Questo indice viene stabilito dopo la visita ed una approfondita disamina della problematica chirurgica per cui il paziente si è presentato, degli esiti di patologie già trattate in precedenza e delle eventuali patologie associate (diabete, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, broncopneumopatia cronica, ecc.). Queste valutazioni pre-operatorie hanno come fine quello di proporre all’interessato quell’intervento chirurgico che sia in grado di risolvere nel modo migliore la patologia esponendolo ad un minimo, o contenuto, rischio operatorio.

Nel caso di pazienti con numerose comorbidità, cioè in individui in cui coesistono due (o più) patologie diverse, e quindi con un rischio operatorio elevato e per i quali l’intervento chirurgico non sia procrastinabile, ad essi viene proposto nell’immediato post-operatorio il ricovero in terapia intensiva al fine di rendere possibile il monitoraggio continuo delle funzioni vitali e l’assistenza respiratoria adeguata.

Altro dato importante è la valutazione della perfor-

mance chirurgica intesa come l’esecuzione con una accuratezza estrema dell’atto operatorio, ciò al fine di evitare complicanze durante e nell’immediato periodo post-operatorio quali il sanguinamento acuto (2), tale da richiedere trasfusioni di globuli rossi, e la contaminazione batterica (3) che può portare alla sepsi ed esitare nello shock settico, spesso irreversibile, con morte del paziente.

Infine, non meno rilevante nel periodo post-operatorio è un attento monitoraggio del paziente in grado di farci percepire, il prima possibile, l’insorgenza di problematiche che devono essere valutate e trattate adeguatamente(4).

Il risultato ottenuto dalla nostra equipe, in questi anni, è il frutto della valida collaborazione tra i Chirurghi, gli Anestesisti e tutto il personale paramedico che presta servizio in sala operatoria ed in degenza.

L’indicatore della mortalità perioperatoria in chirurgia fa parte anche dei maggiori sistemi di indicatori utilizzati negli Stati Uniti.

1. Survey Study of Anesthesiologists’ and Surgeons’ Ordering of Unnecessary Preoperative Laboratory Tests. Katz RI, Dexter F, Rosenfeld K, Wolfe L, Redmond V, Agarwal D, Salik I, Goldsteen K, Goodman M, Glass PS Anesth Analg. 2010 Nov 16.
2. Prophylaxis in bleeding disorders. Oldenburg J. Thromb Res. 2010 Nov 26.
3. Intraoperative Bacterial Translocation Detected by Bacterium-Specific Ribosomal RNA-Targeted Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction for the Mesenteric Lymph Node Strongly Predicts Postopera-

tive Infectious Complications After Major Hepatectomy for Biliary Malignancies. Mizuno T, Yokoyama Y, Nishio H, Ebata T, Sugawara G, Asahara T, Nomoto K, Nagino M Ann Surg. 2010 Dec;252(6):1013-9.

4. Inflammatory consequences of the translocation of bacteria and endotoxin to mesenteric lymph nodes. Schoeffel U, Pelz K, Häring RU, Amberg R, Schandl R, Urbaschek R, von Specht BU, Farthmann EH. Am J Surg. 2000 Jul;180(1):65-72.

Principale riferimento scientifico:

Kazandijan V, Matthes N, Wicker K. Are performance indicators generic? The international experience of the Quality Indicator Project. J Eval Clin Practice 2003;9(2):265-76

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Performance chirurgica e adeguatezza della valutazione pre-operatoria del paziente: Mortalità peri-operatoria in Chirurgia entro le 48 ore dall'atto chirurgico

- Numeratore

Numero totale di pazienti deceduti entro le 48 ore dalla somministrazione dell'anestesia

- Denominatore

Tutti gli interventi chirurgici

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è il registro operatorio e le cartelle cliniche dei deceduti nel post-operatorio

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\leq 0,25 \%$

Visto che al numeratore ci sono cifre molto piccole (3 per l'anno 2009) un evento negativo in più o in meno può causare variazioni molto ampie nel calcolo della percentuale (anno 2006: con 4 pazienti si esce dallo standard); da notare che il dato è stabile da molti anni.

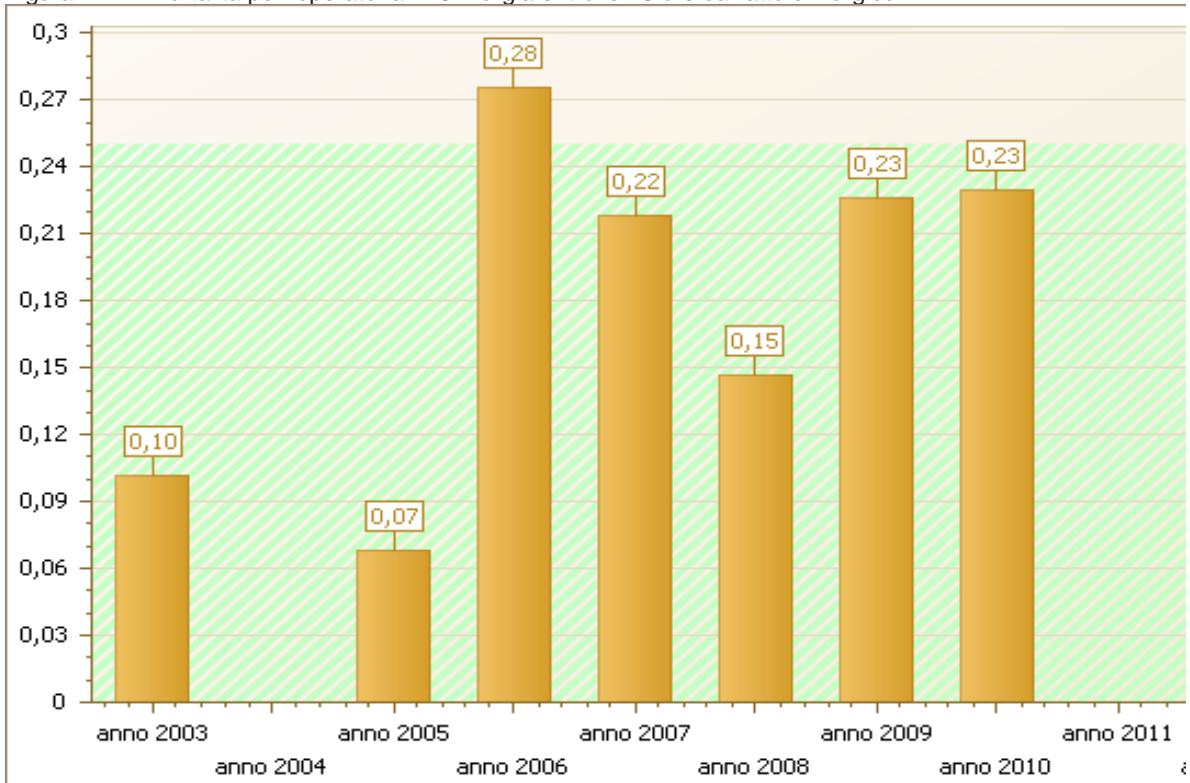
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 0

Denominatore: 1204

Valore calcolato: 0 %

Figura 2.27 - Mortalità peri-operatoria in Chirurgia entro le 48 ore dall'atto chirurgico



Fonte aziendale

Sicurezza: Stroke maggiore dopo intervento di TEA carotidea

Perché misurare questo fenomeno ?

T.E.A. sono le iniziali del procedimento denominato "trombo-endoarterectomia", cioè la rimozione chirurgica della placca che ostruisce la parte interna della carotide, che è un vaso che porta il sangue al cervello. Questo tipo di intervento chirurgico è considerato molto delicato perché si tratta di intervenire su un distretto vascolare destinato ad irrorare oltre il 70 % dell'emisfero cerebrale omolaterale. Il risultato di questa operazione è pertanto legato alla appropriatezza della tecnica chirurgica adottata, che è condizionata dall'esperienza maturata nel corso di molti anni di attività chirurgica. Lo scopo di questo intervento è la prevenzione dell'ictus ischemico in pazienti affetti da placche aterosclerotiche della carotide interna che possono causare in tempi più o meno brevi una ischemia cerebrale, che potrebbe portare a gravi disabilità. Tuttavia una modestissima percentuale di questi pazienti operati può essere colpita dal problema che si vuole prevenire, per fattori non prevedibili e fortemente legati a caratteristiche biologiche nonché genetiche di ogni singolo paziente.

Principale riferimento scientifico:

ACHS (Determining the Potential to Improve the Quality of Care in Australian Health Care Organisations) 2 Edition

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Performance chirurgica: Ictus Ischemico grave dopo intervento di TEA carotidea

- Numeratore

Numero di pazienti sottoposti a TEA carotidea che hanno sviluppato un ictus ischemico grave durante il ricovero

- Denominatore

Numero totale di pazienti operati di TEA carotidea nell'arco di un anno

- Fonti informative

La fonte dei dati è rappresentata dall'archivio computerizzato dell'Unità Operativa di Chirurgia Vascolare

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\leq 2\%$

I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 1

Denominatore: 212

Valore calcolato: 0,47 %

Figura 2.28 - Ictus Ischemico grave dopo intervento di TEA carotidea



Fonte aziendale

Appropriatezza: Tasso di core-biopsy ecoguidate non corrette

Perché misurare questo fenomeno ?

Il tasso di agobiopsie mammarie sotto guida ecografica (core biopsy eco guidate) non corrette nel corso dell'anno indica l'accuratezza e la diligenza con la quale viene condotta questa metodica, attualmente riconosciuta come pratica migliore a livello internazionale, indispensabile a porre una diagnosi esatta in ambito senologico.

L'agobiopsia mammaria sotto guida ecografica è l'esame diagnostico più importante in tutti i casi di lesione palpabile e nella grande maggioranza di lesioni non palpabili della mammella (si escludono le microcalcificazioni), che diviene altamente attendibile quando condotta con zelo da mani esperte. Consente in definitiva di portare sul tavolo operatorio tutti i casi con una diagnosi certa ed ha eliminato la vecchia prassi dell'esame estemporaneo od al congelatore intraoperatorio.

Principale riferimento scientifico:

Imaging-histologic discordance at percutaneous breast biopsy (Cancer dec 15,2000-vol.89 n°12)

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Accuratezza delle biopsie mammarie: Tasso di core-biopsy ecoguidate non corrette

- Numeratore

Numero di biopsie con diagnosi non corrette nel corso

dell'anno.

- Denominatore

Numero totale di agobiopsie nell'anno.

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è l'archivio degli esami istologici dell'U.O. di Chirurgia Generale e Toracica, poichè ogni singola biopsia viene condotta presso l'ambulatorio ecografico ed ogni intervento chirurgico presso la sala operatoria della medesima unità operativa.

I referti degli esami isto-patologici vengono inviati direttamente al Direttore della Struttura e le segretarie ne curano l'archiviazione.

Grazie al sistema informatico presente in ambulatorio, utilizzato per la refertazione degli esami ecografici, sono rintracciabili inoltre tutti i dati anagrafici ed i principali recapiti delle pazienti sottoposte a biopsia nonchè tutte le informazioni tecniche relative alle lesioni indagate

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è $\leq 10\%$

L'evidenza dei dati relativi agli ultimi sei anni dimostra l'estrema attenzione degli operatori che hanno ottenuto sempre risultati molto lusinghieri se riferiti ai parametri internazionali.

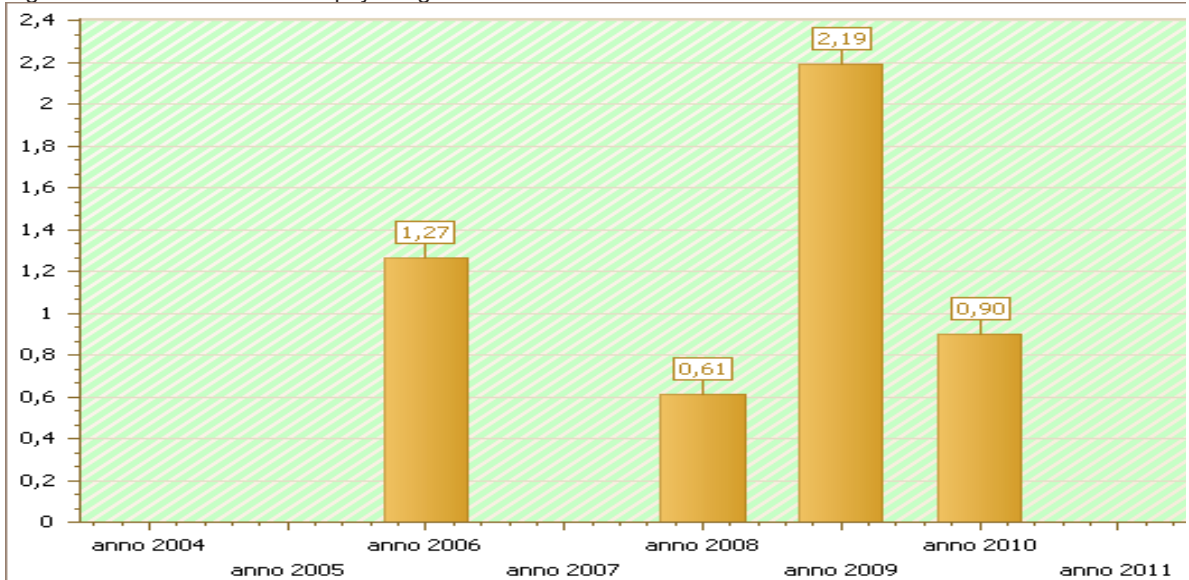
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 0

Denominatore: 57

Valore calcolato: 0 %

Figura 2.29 - Tasso di core-biopsy ecoguidate non corrette



Fonte aziendale

Efficacia: Prevalenza dei pazienti con parodontite o a elevato rischio di parodontite con percentuale di sanguinamento al sondaggio < 30% entro 6 mesi dal trattamento parodontale non chirurgico

Perché misurare questo fenomeno ?

Il sanguinamento al sondaggio consiste nella presenza di gemizio ematico dal solco gengivale o dalla tasca parodontale dopo stimolazione mediante sonda parodontale. La presenza di sanguinamento al sondaggio indica uno stato di infiammazione delle strutture parodontali superficiali o profonde, a sua volta indicatore della presenza di una infezione alla base del solco o tasca. L'indice di sanguinamento ha un valore predittivo negativo per la progressione della malattia parodontale. In altri termini, è stato dimostrato che pazienti con indice di sanguinamento <30% (ossia con presenza di sanguinamento in meno del 30% dei siti sottoposti al sondaggio) hanno un rischio minore di progressione della patologia parodontale e mostrano una maggiore stabilità delle condizioni parodontali nel lungo periodo. Inoltre l'indice di sanguinamento è un parametro indispensabile per definire il trattamento parodontale, in particolare per decidere se sottoporre o meno ad intervento chirurgico parodontale un particolare sito parodontale della bocca del paziente.

Principale riferimento scientifico:

1. Joss A, Adler R and Lang NP. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. Journal of Clinical Periodontology 1994;21(6):402-8.
2. Farina R, Scapoli C, Carrieri A, Guarnelli ME and Trombelli L. Prevalence of bleeding on probing: A cohort study in a specialist periodontal clinic. Quintessence International 2011;42(1): 57-68.
3. Lang NP, Adler R, Joss A and Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability.

Journal of Clinical Periodontology 1990;17(10):714-21.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Efficacia del trattamento in coorte di pazienti con patologia parodontale di particolare severità o a elevato rischio di sviluppo della patologia: Prevalenza dei pazienti con parodontite o a elevato rischio di parodontite con percentuale di sanguinamento al sondaggio <30% entro 6 mesi dal trattamento parodontale non chirurgico

- Numeratore

N° di pazienti con percentuale di sanguinamento al sondaggio <30% entro 6 mesi dal trattamento parodontale non chirurgico

- Denominatore

N° totale di pazienti con parodontite o a elevato rischio di parodontite trattati con terapia parodontale non chirurgica

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è rappresentata dalla cartella parodontale del paziente dove sono registrati i parametri biometrici parodontali rilevati al momento della visita o rivalutazione parodontale

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è $\geq 66\%$

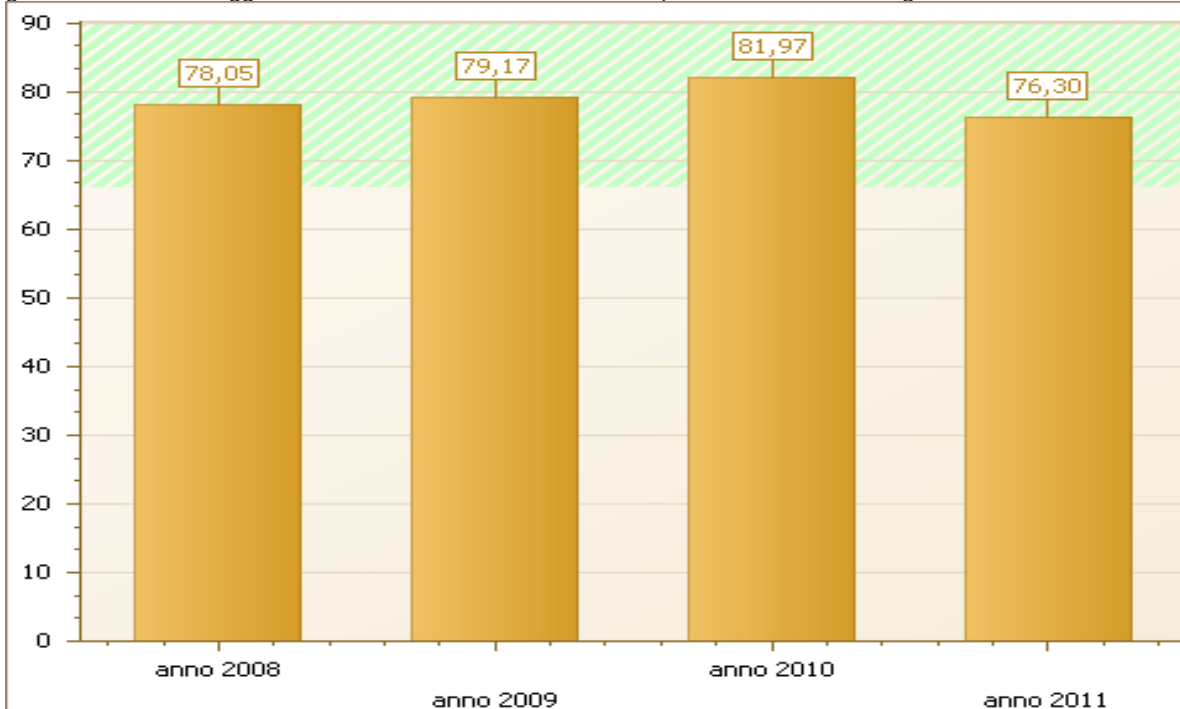
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 161

Denominatore: 211

Valore calcolato: 76,3 %

Figura 2.30 - Prevalenza dei pazienti con parodontite o a elevato rischio di parodontite con percentuale di sanguinamento al sondaggio < 30% entro 6 mesi dal trattamento parodontale non chirurgico



Fonte aziendale

Sicurezza: Emorragie post-adenotonsillectomia che richiedono un intervento di revisione

Perché misurare questo fenomeno ?

Le adenoidi (o tonsille palatine) sono organi appartenenti al sistema immunitario deputati alla produzione di anticorpi. La massima attività tonsillare si ha dal 7° anno di età fino alla pubertà; oltre i 23 anni la tonsilla perde quasi completamente la sua funzione immunologica di protezione.

L'adenotonsillite è una patologia che si manifesta con difficoltà respiratoria nasale, respirazione a bocca aperta, sgocciolamento nasale, otiti croniche, tosse persistente ed apnee notturne.

L'adeno-tonsillectomia è la terapia chirurgica in anestesia generale per la risoluzione della patologia; l'emorragia rappresenta la complicanza più temibile dopo gli interventi di adeno-tonsillectomia. Si distingue l'emorragia primaria, che si verifica entro le prime 24 ore dopo l'intervento, da quella secondaria, che si manifesta entro due settimane dall'intervento. Abbiamo voluto misurare la percentuale delle emorragie più gravi che richiedono una seconda anestesia generale per il controllo del sanguinamento per garantire sia all'utenza che agli stessi operatori che l'incidenza di tale complicanza rientri nel range previsto in letteratura e, indirettamente, la sicurezza di tale intervento.

Principale riferimento scientifico:

1. Myssiorek D.; Alvi A.: Post-tonsillectomy hemorrhage: an assessment of risk factor. Int. J Pediatr Otorhinolaryngol 1996, 37: 35-43
2. Linee Guida Nazionali Marzo 2008: Appropriatelyzza e sicurezza degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Trattamento chirurgico della patologia adenotonsillare nei bambini e negli adulti: Emorragie post-adenotonsillectomia che richiedono un intervento di revisione

- Numeratore

Numero di pazienti con emorragia post-adeno e/o tonsillectomia e sottoposti a intervento di revisione

- Denominatore

Numero totale di pazienti sottoposti ad intervento di adeno e/o tonsillectomia (DRG 59-60)

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è la Banca Dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ed i registri operatori.

- Standard

L'incidenza dell'emorragia post adeno e/o tonsillectomia dipendono dalla tecnica chirurgica impiegata, dall'età e dal sesso (rischio inferiore per le femmine). In letteratura l'incidenza di emorragia è pari all'1,9% nei bambini di età inferiore a 5 anni e al 4,9% sopra i 16 anni.

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\leq 2,5\%$

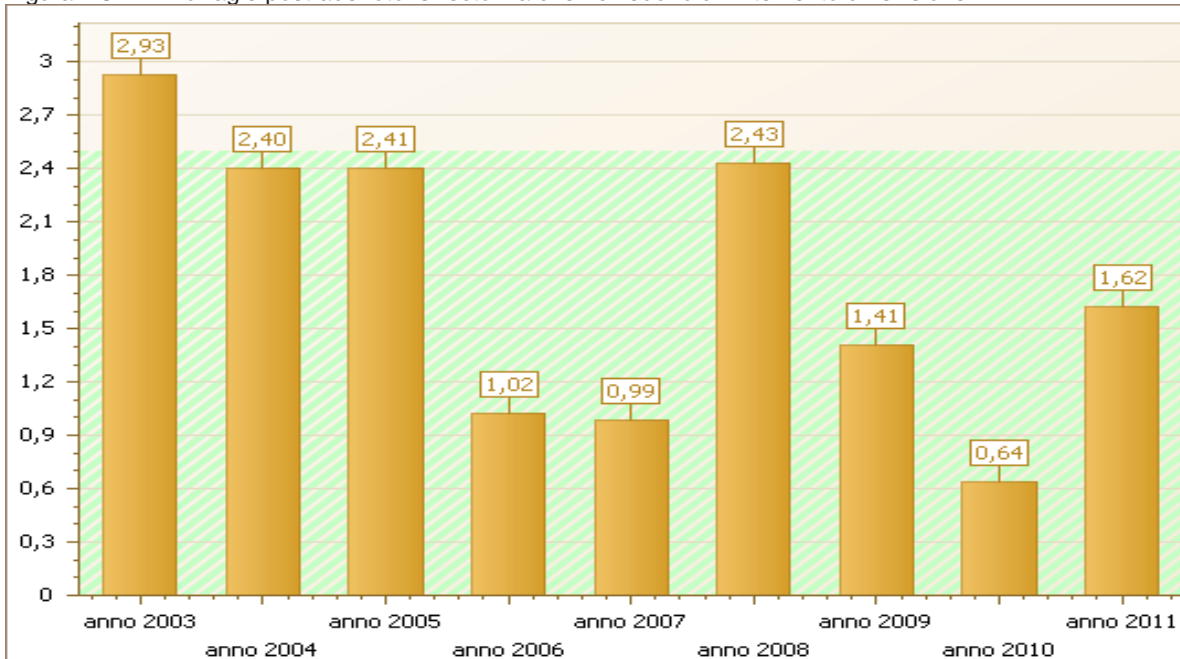
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 6

Denominatore: 370

Valore calcolato: 1,62%

Figura 2.31 - Emorragie post-adenotonsillectomia che richiedono un intervento di revisione



Fonte aziendale

Appropriatezza: Ricoveri per endoftalmite acuta dopo intervento di cataratta

Perché misurare questo fenomeno?

La cataratta è un processo di progressiva perdita di trasparenza del cristallino, che è una lente naturale dell'occhio che consente di mettere a fuoco i raggi luminosi e, cambiando la propria forma, si adatta alla distanza dell'oggetto da mettere a fuoco.

Con l'avanzare dell'età, il cristallino tende ad opacizzarsi (perde la sua trasparenza) e insorge la cataratta. L'allungamento della vita media ha portato ad un aumento del numero di casi, tanto che oggi l'intervento di asportazione della cataratta è in assoluto l'intervento più praticato in oculistica (circa 400.000 interventi l'anno in Italia).

L'endofthalmite è una grave infezione del bulbo oculare, solitamente secondaria ad interventi chirurgici o ad infezioni oculari non ben curate. Si manifesta con dolore nella zona intorno agli occhi e intenso rossore dell'occhio. Spesso è anche accompagnata da secrezione muco purulenta; rappresenta la complicanza post-operatoria più grave in quanto spesso determina una notevole riduzione della funzione visiva fino alla cecità.

Principale riferimento scientifico:

1. Anterior Segment Intraocular Inflammation Guidelines
2. EMC Ophtalmologie, 21-250-D-40, 2008

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Valutazione della frequenza di complicanze infettive in rapporto all'intervento chirurgico: Ricoveri per endoftalmite acuta dopo intervento di cataratta

- Numeratore

Numero di pazienti ricoverati per endoftalmite dopo intervento di cataratta

- Denominatore

Numero di pazienti sottoposti ad intervento di cataratta

- Periodicità di rilevamento dati
Semestrale

- Fonti informative

La fonte dei dati è la cartella clinica

- Standard

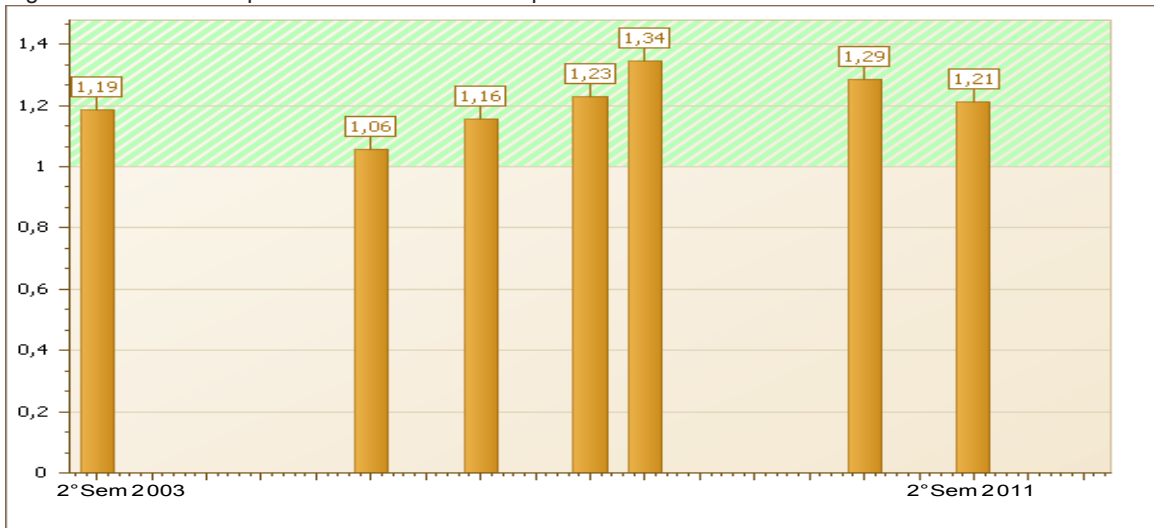
Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è un range: [1 ‰ - 3 ‰].

I valori della nostra Azienda per il 2011

- I semestre 2011: 0 ‰

- II semestre 2011: 1,21 ‰

Figura 2.31 - Ricoveri per endoftalmite acuta dopo intervento di cataratta



Fonte aziendale

Dipartimento Riproduzione e Accrescimento

Efficacia: percentuale di gravidanze esitate in aborto spontaneo collegabili a diagnosi strumentale invasiva (amniocentesi, villocentesi, funicolocentesi)

Perché misurare questo fenomeno ?

- Amniocentesi: è un prelievo di liquido amniotico, che si esegue dopo la 16° settimana di gestazione

- Villocentesi: è un prelievo della placenta, che si ese-

gue dopo la 10° settimana di gestazione

- Funicolocentesi (o cordocentesi): è un prelievo di sangue fetale, che viene eseguito a scopo diagnostico e/o terapeutico, dopo la 18° settimana di gestazione

Tutte e 3 sono tecniche di diagnosi prenatale invasive per la ricerca di eventuali anomalie cromosomiche o ricerca diretta di agenti infettivi, vengono eseguite inserendo un ago attraverso l'addome materno e sotto controllo ecografico continuo.

Il monitoraggio avviene per tre importanti ragioni:

PRESENZA DI RISCHIO >

Le procedure di diagnosi prenatale invasiva comportano possibili complicanze tra le quali la più grave è data dalla possibilità di perdita fetale

AMPIO UTILIZZO >

La Diagnosi prenatale invasiva è ampiamente utilizzata dalle gestanti, infatti in Emilia Romagna nel 2009 hanno eseguito almeno un'indagine prenatale invasiva 10.370 donne, pari al 26.6% dei casi valutabili, (Dati regionali CEDAP). Il 18.9% delle madri ha effettuato un'amniocentesi, il 7.4% ha effettuato una villocentesi; le funicolocentesi effettuate sono state 255 (0.7% delle donne) pertanto i rischi collegati alle procedure necessitano di costante monitoraggio (Obbligo per accreditamento).

NECESSITA' DI FORMAZIONE E COMPETENZA >

La linea guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) del 2005 sull'amniocentesi sottolinea l'importanza della adeguata preparazione dell'operatore nel ridurre il rischio di complicanze. Un adeguato training e il mantenimento dell'esercizio della tecnica sono cruciali per il buon esito dell'esame.

- Principale riferimento scientifico:

1. Eisenberg B, Wapner RJ. Clinical proceduress in prenatal diagnosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002;16:611-27; Early prenatal diagnosis BMJ vol.299 ,11 novembre 1989

Alfirevic Z, Sundberg K, Brigham S. Amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal diagnosis. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; Issue 3. Edited (no change to conclusions), published in Issue 2, 2009

2. Caughey AB, Hopkins LM, Norton ME. Chorionic villus sampling compared with amniocentesis and the difference in the rate of pregnancy loss. ObstetGynecol. 2006 ;108:612-6

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Amniocentesis and chorionic villus sampling. London: RCOG; 2005

3. Mujezinovic F, Afirevic Z.: Procedure related complications of amniocentesis and chorionic villous sampling. Obstet. Gynecol 2007, 110:687-694

4. Tabor A, Vestergaard CHF, Lidegaard O: Fetal loss rate after chorionic villous sampling and amniocentesis: an 11-year national registry study. Ultrasound Obstet Gynecol 2009;34:19-24

amniocentesi, a villocentesi, a funicolocentesi (indicatore stratificato per le tre differenti tecniche)

- Numeratore
Numero totale delle gravidanze perse entro 7 giorni dall'esecuzione della procedura invasiva

- Denominatore
Numero totale delle donne sottoposte alla tecnica specifica

- Periodicità di rilevamento dati:
annuale

- Fonti informative
La fonte dei dati è fornita dalle cartelle ambulatoriali , dalle cliniche di ricovero , dal contatto telefonico con le gestanti provenienti da altra sede

Standard
valori della nostra Azienda per il 2011

Il valore degli Standard adottati è derivato dalla letteratura:

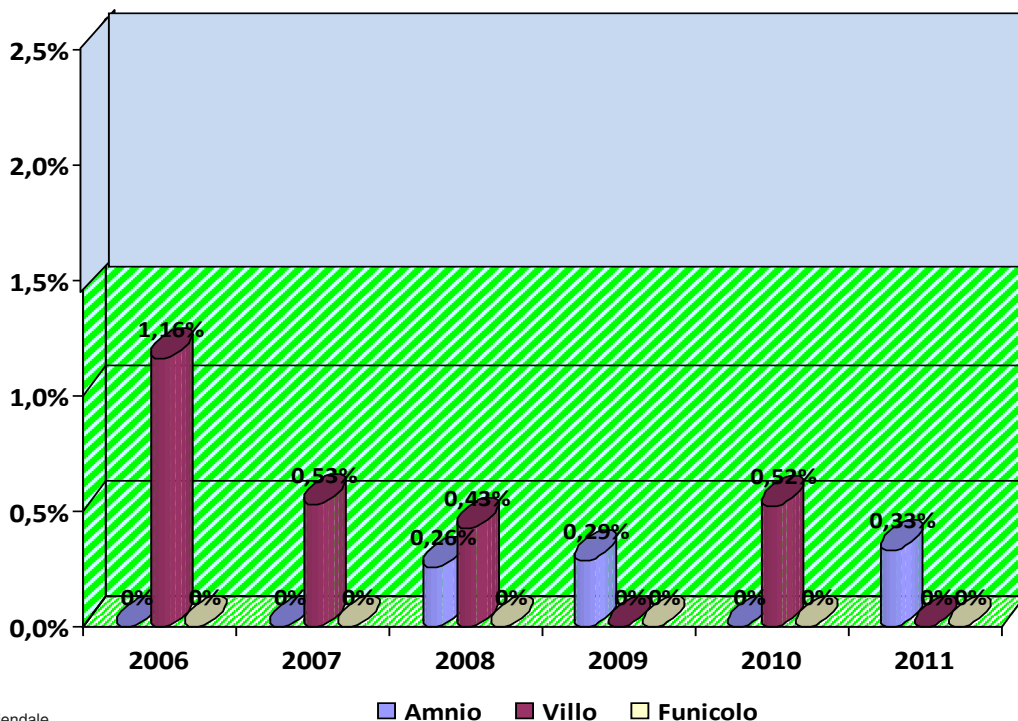
- Amniocentesi: < 1 % - Amniocentesi: 0,33 %
- Villocentesi: < 1,5 % - Funicolocentesi: 0 %
- Funicolocentesi: < 1 % - Villocentesi: 0 %

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Gravidanze esitate in aborto spontaneo collegabili ad

Figura 2.32 - Gravidanze esitate in aborto spontaneo collegabili ad amniocentesi, a villocentesi, a funicolocentesi



Fonte aziendale

Appropriatezza: Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio rispetto al totale dei nati vivi assistiti al 3° livello

Perché misurare questo fenomeno ?

Definizione di rischio: una gravidanza viene definita "ad alto rischio" quando esiste la possibilità di un esito patologico per la donna e/o il bambino con un'incidenza maggiore di quella esistente nella popolazione generale delle gestanti.

Le caratteristiche di un Punto Nascita di 3° livello Accreditato dalla Regione Emilia Romagna sono:

Assistenza ostetrica: non meno di 1000 parti all'anno, assistenza ostetrico/ginecologica 24 ore su 24, assistenza anestesiológica h24.

Assistenza pediatrica/neonatale: assistenza pediatrica/neonatalogica h24 con culle per patologia neonatale e culle per terapia neonatale subintensiva ed intensiva.

Presupposti fondamentali per seguire una gravidanza ad alto rischio sono:

- cultura specifica dell'operatore;
- esperienza specifica dell'operatore;
- coscienza piena della paziente e sua adesione al programma assistenziale;
- ambiente sanitario adeguato per l'assistenza intensiva materno-fetale e l'assistenza intensiva neonatale;
- sorveglianza specialistica della gravidanza per l'identificazione dei fattori di rischio in modo da ridurre al minimo gli eventi sfavorevoli previsti;
- assistenza mirata alla singola situazione con semeiotiche mediche (discipline che studiano i sintomi e i segni clinici) e terapie specifiche.

Nell' Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia vengono assistiti gravide, neonati e puerpere che necessitano di supporto tecnologico intensivo e sofisticato . Per la gravidanza: in collaborazione con altre Unità Operative dell'Azienda vengono progettati percorsi assistenziali individualizzati e specifici per patologie neurologiche (malattie degenerative del Sistema Nervoso Centrale, Epilessia), immunologiche, endocrinometaboliche (diabete, obesità, ecc), cardiologiche. Per il parto: si espletano parti a rischio elevato per la madre in collaborazione con l'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione e per il neonato in collaborazio-

ne con la Terapia Intensiva Neonatale.

Principale riferimento scientifico:

- 1) PNLG: Linee guida nazionali di riferimento. Assistenza al parto fisiologico. ASSR 2004
- 2) Regione Emilia Romagna: Requisiti specifici per l'accreditamento dei Consulenti familiari, delle Case di maternità e delle Strutture ambulatoriali e di degenza di Ostetricia e Ginecologia.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Assistenza al Parto a Rischio: Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio rispetto al totale dei nati vivi assistiti al 3° livello

- Numeratore

Numero di parti ad alto rischio

- Denominatore

Numero totale parti con neonato nato vivo

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è fornita dalle cartelle cliniche, dai dati CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto), dalle cartelle ambulatoriali.

- Standard

Mandato specifico dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia è quello di garantire l'assistenza alle gravidanze ad alto rischio accogliendo le gestanti inviate dagli ospedali di 1° e 2° livello sia dal bacino di utenza provinciale che in rete regionale ed extra regionale.

Valore dello Standard adottato ≥ 15 %

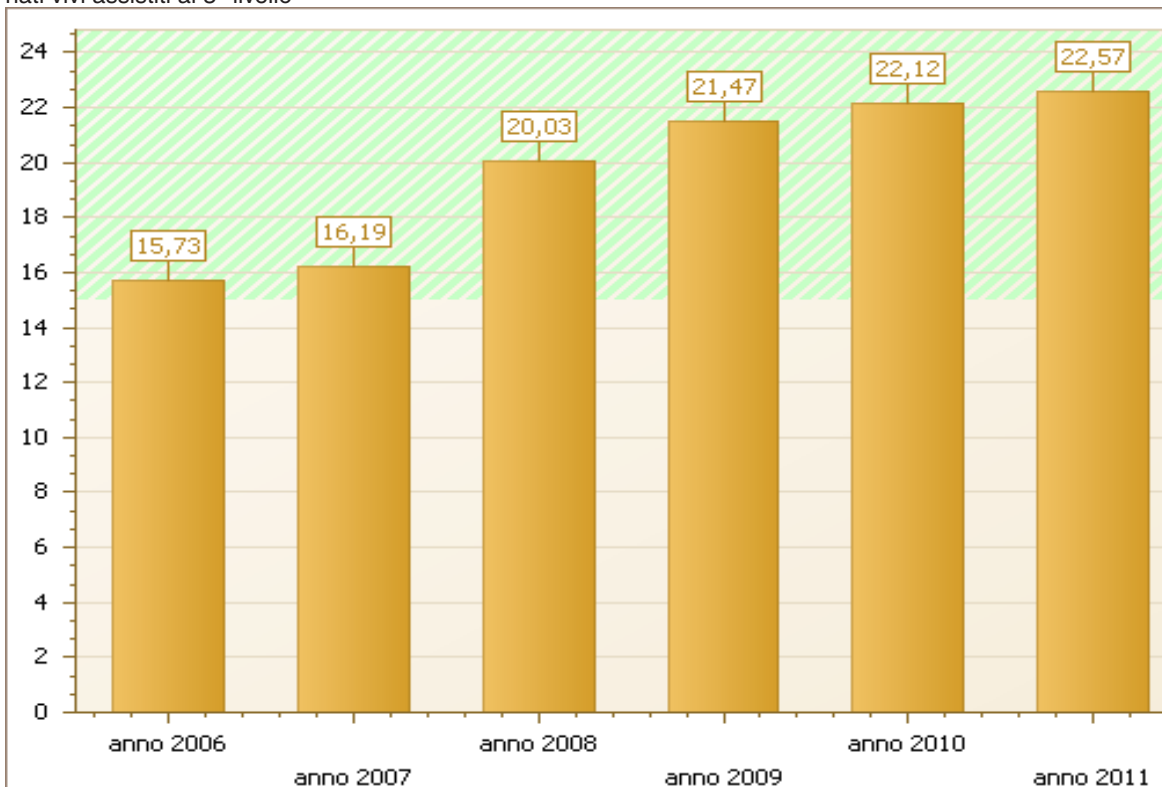
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 351

Denominatore: 1555

Valore calcolato: 22,57 %

Figura 2.33 - Assistenza al Parto a Rischio: Percentuale di gravide e neonati ad alto rischio rispetto al totale dei nati vivi assistiti al 3° livello



Fonte aziendale

Dipartimento Emergenza

Efficacia: Mortalità dei pazienti ricoverati in Unità Coronarica con diagnosi principale o secondaria di infarto miocardico acuto

Perché misurare questo fenomeno ?

L'infarto miocardico è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo. Circa 40.000 italiani muoiono ogni anno a causa di un infarto. L'infarto avviene quando le arterie coronariche, che sono i vasi che portano sangue al muscolo cardiaco, vengono improvvisamente ostruite. La mancanza di afflusso di sangue danneggia il muscolo cardiaco, indebolendo la sua funzionalità o bloccandola in maniera fatale. Circa il 50% dei pazienti colpiti da infarto muore prima di arrivare in ospedale. Le linee guida cliniche internazionali danno delle indicazioni molto precise sulle azioni cliniche ed assistenziali da svolgere appena un paziente con un infarto miocardico acuto viene preso in carico dalle strutture sanitarie (ambulanze o pronto soccorso). Queste azioni vengono monitorate in molte realtà sanitarie del mondo (per esempio percentuale dei pazienti cui è stata somministrata l'aspirina all'ingresso). I pazienti e cittadini hanno maggiore interesse per una valutazione dei risultati. Una delle principali

misure di risultato (per l'infarto come per altre patologie) è il tasso di mortalità, rilevato a 30 giorni dopo l'inizio delle cure. Il tasso di mortalità rispecchia, da una parte, la gravità clinica dei pazienti, dall'altra l'efficacia reale e la qualità dell'assistenza. Dato che una parte dei decessi per infarto non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo la dimissione, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera.

E' stato dimostrato che una buona qualità delle cure, testimoniata dall'aderenza alle linee guida emanate dalle Società Scientifiche, porta ad una significativa riduzione della mortalità ospedaliera. Nello studio originale (*) la mortalità ospedaliera si riduceva da 14,7% a 12,8% proprio in conseguenza dell'adozione di una serie di misure raccomandate dalla letteratura internazionale.

Principale riferimento scientifico

1. Marciniak TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1998 May 6;279(17):1351-7.

2. Grosso LM, Schreiner GC, Wang Y et al.. 2009 Measures maintenance technical report: acute myocardial infarction, heart failure, and pneumonia 30-day risk-standardized mortality measures. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services; 2009 Apr 7. 47 p.

3. Masoudi FA, Bonow RO, Brindis RG et al. 2008 "ACC/AHA 2008 statement on performance measurement and reperfusion therapy: a report of the ACC/AHA Task Force on Performance Measures (Work Group to Address the Challenges of Performance Measurement and Reperfusion Therapy)". Circulation. 2008;118:2649 –2661.

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Intervento terapeutico in regime di ricovero ordinario: Mortalità di pazienti con diagnosi principale o secondaria di IMA (Infarto Miocardico Acuto) in UTIC (Unità di Terapia Intensiva Coronarica)

- Numeratore

Numero di deceduti nel corso del ricovero con diagnosi di dimissione IMA

- Denominatore

Numero totale di dimissioni per IMA

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è il Sistema Informativo Regionale

- Standard

Uno studio recente (*) del "Center for Medicare e Medicaid Services" negli Stati Uniti ha valutato questo parametro per 3 anni, limitandosi però ai pazienti con età superiore ai 65 anni. Il valore emerso è 16.6%, con differenze importanti fra stati e ospedali.

* Krumholz HM, Merrill AR, Schone EM et al . Patterns of hospital performance in acute myocardial infarction and heart failure 30-day mortality and readmission. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2009 Sep;2(5):407-13.

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: <= 11 %

I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 22

Denominatore: 350

Valore calcolato: 6,29 %

Figura2.34 - Intervento terapeutico in regime di ricovero ordinario: Mortalità di pazienti con diagnosi principale o secondaria di IMA in UTIC)



Fonte aziendale

Sicurezza: Sepsi in pazienti con catetere venoso centrale ricoverati in Terapia Intensiva

Perché misurare questo fenomeno ?

La maggior parte dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva abbisogna di un catetere venoso centrale (ovvero inserito in un grosso vaso) che permette di somministrare farmaci, e nutrire il paziente nel caso non possa alimentarsi per la via naturale.

Questi presidi, mentre da un lato garantiscono un accesso vascolare sicuro, dall'altro lato costituiscono per il paziente un pesante fattore di rischio per complicanze infettive, e il rischio è reso particolarmente significativo alla luce del grandissimo numero di cateteri utilizzati ogni anno in tutte le strutture sanitarie.

Una ricca letteratura è quindi fiorita riguardo alla prevenzione e al controllo delle infezioni correlate ai cateteri venosi centrali e tutte le linee guida elaborate a livello mondiale (vedasi le recenti linee guida dei CDC – Center for Disease Control – di Atlanta).

Si evidenziano quali principali elementi di prevenzione

- Elaborazione di procedure corrette
- Formazione del personale dedicato all'impianto e alla gestione dei cateteri
- Utilizzo di corrette tecniche asettiche nella gestione dei cateteri stessi

Esiste la possibilità che il paziente portatore di catetere venoso centrale contragga una sepsi (infezione generalizzata con febbre) a partenza proprio dal catetere.

Evidentemente, contrarre un'infezione a partenza dal catetere venoso centrale usato per le cure in Terapia Intensiva è un evento da evitare, e dunque una misura di sicurezza per il paziente.

Principale riferimento scientifico:

HELICS – Surveillance of nosocomial infection in Intensive Care Units – marzo 05

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Assistenza intensivistica: Sepsi in pazienti con catetere venoso centrale

- Numeratore

Numero di nuovi casi di sepsi in pazienti con cvc in un anno

- Denominatore

Numero di pazienti con catetere venoso centrale

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è l'archivio clinico "Margherita" fornito dal GiViTI (Gruppo Italiano di Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) il cui programma è fornito dall'Istituto Mario Negri.

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: < 3,1 %

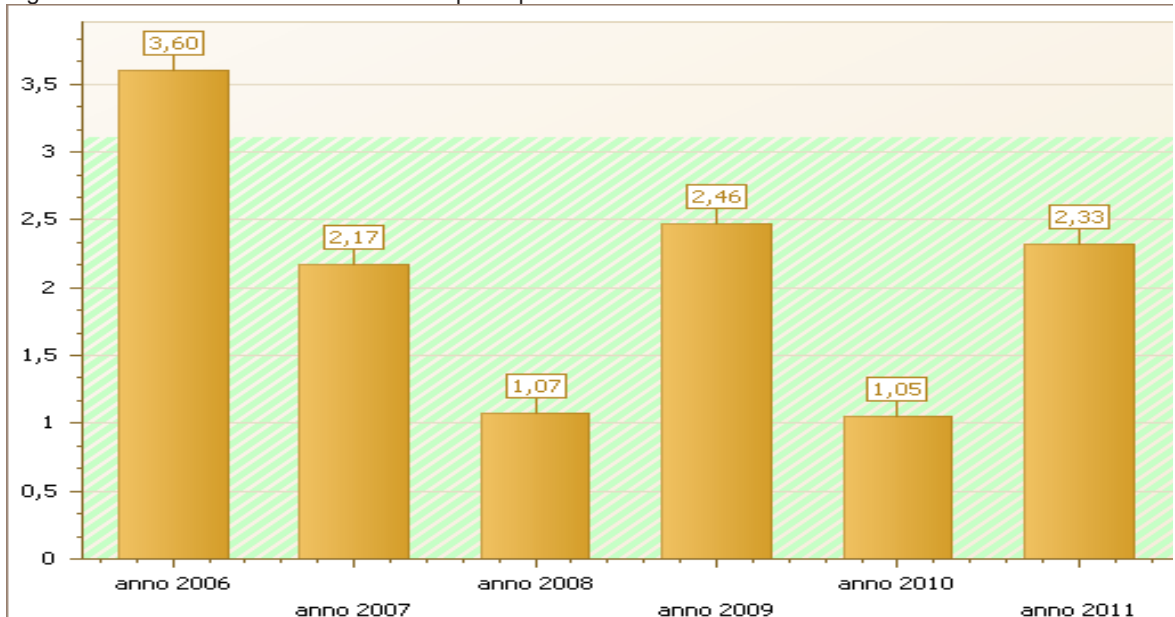
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 6

Denominatore: 258

Valore calcolato: 2,33 %

Figura 2.35 - Assistenza intensivistica: Sepsi in pazienti con catetere venoso centrale



Fonte aziendale

Appropriatezza: Accuratezza della fibrobroncoscopia

Perché misurare questo fenomeno ?

La fibrobroncoscopia è un'indagine che permette di osservare direttamente le vie aeree superiori, la trachea e l'albero bronchiale, di prelevare secrezioni prodotte dai bronchi e di eseguire biopsie (prelievi di tessuto da sottoporre ad esame al microscopio). Utile sia per la diagnosi sia per la terapia, fa uso di un fibrobroncoscopio, un tubo sottile che è spinto nella zona del corpo da esaminare attraverso la bocca od il naso e che è provvisto di una piccolissima telecamera. In tal modo si visualizzano delle immagini direttamente su un monitor. L'esame può risultare leggermente fastidioso, ma richiede solo pochi minuti. E' usato per la diagnosi delle neoplasie polmonari (formazioni anomale dei polmoni, che, crescendo, invadono gli spazi del tessuto, schiacciandolo, deformandolo e danneggiandolo), anzitutto, ma anche di alcune malattie infiammatorie dell'apparato respiratorio, tra cui l'asma bronchiale (malattia allergica che può manifestarsi improvvisamente con una sensazione di costrizione toracica crescente: il respiro diventa affannoso, interrotto da una tosse secca e rabbiosa) e la BPCO (abbreviazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva, una malattia polmonare progressiva, che crea impedimento alle vie aeree, rendendo difficoltosa la respirazione) per le quali l'esame dei tessuti dei bronchi prelevati con il lavaggio bronchiale (un particolare esame dei bronchi) consente di eseguire una diagnosi più precisa.

Per la diagnosi di una neoplasia sono indispensabili la conferma e la tipizzazione (valutazione delle cellule prelevate durante l'esame) da parte dello specialista di anatomia patologica, che analizza con esame citologico e/o istologico i campioni di cellule prelevati dalle lesioni. I prelievi dei campioni per queste analisi, nel caso di tumori dell'apparato respiratorio, sono effettuati, nella maggioranza dei casi, attraverso l'esame endoscopico delle vie respiratorie: la fibrobroncoscopia. Nel corso di una fibrobroncoscopia sono raccolti campioni mediante: a) lavaggio della lesione con soluzione fisiologica, b) raccolta di frammenti superficiali delle pareti bronchiali con uno speciale spazzolino, c) biopsie con pinze, d) agoaspirati.

Maggiore è la varietà dei prelievi e il loro numero, mag-

giori sono le probabilità di ottenere materiale idoneo per la diagnosi e la tipizzazione cito/istologica, requisiti necessari per mettere in atto la migliore strategia terapeutica.

Il Centro di Endoscopia Respiratoria (Unità Operativa semplice della Pneumologia) ritiene essenziale ottenere campioni idonei, affinché lo specialista anatomo patologo possa formulare la diagnosi mediante esami citologici e/o istologici. La fibrobroncoscopia è un esame complesso, sono necessarie adeguate attrezzature, locali idonei, le competenze, le abilità e l'affiatamento degli operatori (medici e infermieri), ai quali sono richiesti continuità e aggiornamento professionale; ogni singolo aspetto contribuisce alla resa diagnostica della fibrobroncoscopia.

Principale riferimento scientifico:

British Thoracic Society Guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy, Thorax 2001; 56: (suppl 1) i1-i21

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Valutazione della capacità di prelevare campioni per la diagnosi e la tipizzazione nelle neoplasie centrali dell'apparato respiratorio.

- Numeratore

Numero di casi positivi tipizzati + veri negativi

- Denominatore

Numero di casi validi (escluso drop out)

- Periodicità di rilevamento dati

Semestrale

- Fonti informative

La fonte dei dati è il sistema SAP aziendale e l'archivio tenuto dalla Endoscopia Respiratoria

- Standard

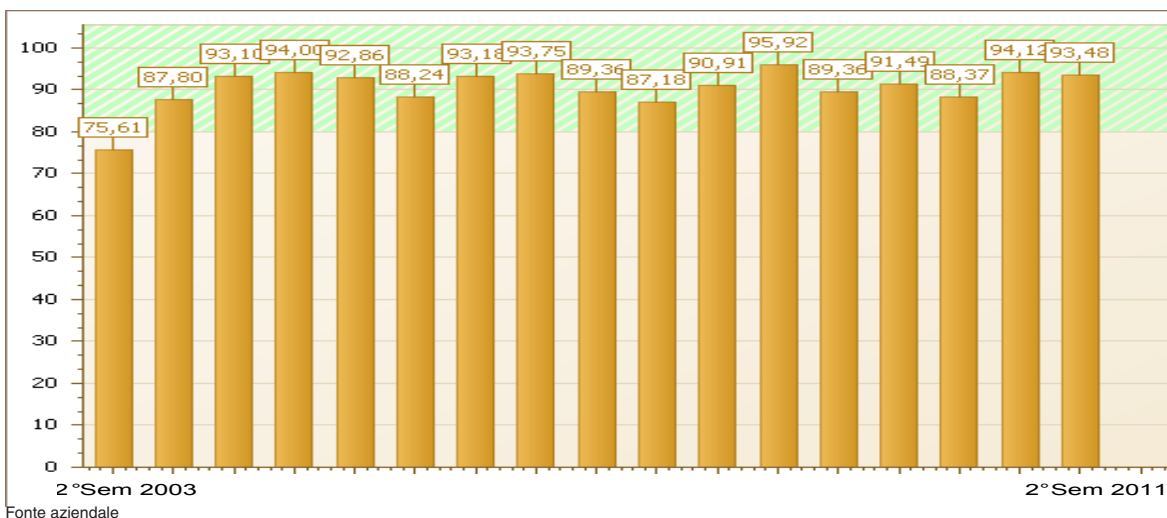
Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\geq 80\%$ di resa diagnostica.

I valori della nostra Azienda per il 2011

- I semestre 2011: 94,12 %

- II semestre 2011: 93,48 %

Figura 2.36 - Valutazione della capacità di prelevare campioni per la diagnosi e la tipizzazione nelle neoplasie centrali dell'apparato respiratorio.



Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione

Efficacia: Efficacia della trombolisi sistemica (rTPA- Alteplase) effettuata entro 3 h dall'insorgenza della sintomatologia nei pazienti con ictus ischemico acuto

Perché misurare questo fenomeno?

L'ictus ischemico acuto è una delle principali cause di morte e disabilità nei paesi sviluppati. La migliore opportunità risiede nella qualità e tempestività delle cure atte a limitare l'estensione del danno cerebrale, diminuendo quindi la percentuale di decessi e favorendo la possibilità del recupero funzionale. Il trattamento con il farmaco Alteplase per via endovenosa rappresenta a tutt'oggi una efficace terapia medica approvata e raccomandata come trattamento di prima linea dalla maggior parte delle Associazioni Scientifiche nazionali ed internazionali. La scelta di questo indicatore è dettata dal fatto che uno studio multicentrico internazionale condotto su oltre 6.000 pazienti ha dimostrato una significativa diminuzione della mortalità a tre mesi dall'esordio quando comparata con altri studi clinici randomizzati e controllati (11,3% verso 17,3%).

Si vuole quindi verificare e garantire, con questa misura, l'efficacia del trattamento trombolitico con Alteplase e altresì controllare che la stretta aderenza ai criteri di inclusione realizza a tre mesi una mortalità inferiore o uguale a 11,3%, come riportato nello Studio SITS-MOST (1).

Principale riferimento scientifico:

1. Wahlgren et al. for SITS-MOST, Lancet 2007; 369:275-282

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione
Diagnosi e trattamento della patologia cerebrovascolare acuta: mortalità a 3 mesi in pazienti con ictus ischemico acuto trattati con trombolisi sistemica (rTPA - Alteplase) entro 3 ore dall'esordio dei sintomi.

- Numeratore
Numero di pazienti con ictus ischemico acuto trattati con rTPA (Alteplase) endovena (e.v.) entro 3 h dall'esordio e deceduti entro 3 mesi.

- Denominatore
Numero totale di pazienti con ictus ischemico acuto trattati con rTPA (Alteplase) endovena (e.v.) entro 3 h dall'esordio.

- Periodicità di rilevamento dati
Annuale

- Fonti informative
La fonte informativa è il Registro Internazionale SITS dove vengono immessi tutti i dati relativi ai pazienti trattati, compresi quelli dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

- Standard
Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: $\leq 11,3\%$, come indicato nello studio di Wahlgren et al. (1). Si vuole comunque segnalare come dal Registro Internazionale SITS, al momento attuale, risulti una mortalità a livello nazionale del 12,8% mentre in tutti i centri internazionali aderenti al registro la morta-

lità è del 14,3%.

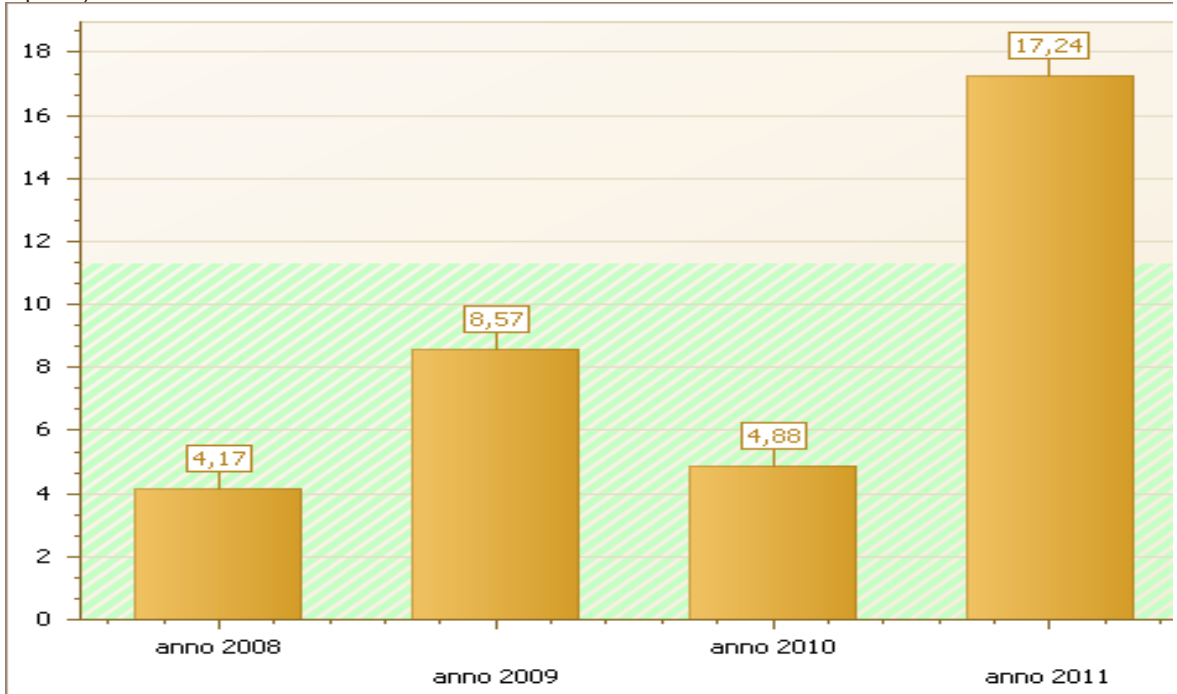
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 5

Denominatore: 29

Valore calcolato: 17,24 %

Figura 2.37 - Mortalità a 3 mesi in pazienti con ictus ischemico acuto trattati con trombolisi sistemica (rTPA - Alteplase) entro 3 ore dall'esordio dei sintomi.



Fonte aziendale

Sicurezza: Infezioni chirurgiche in neurochirurgia

Perché misurare questo fenomeno ?

Le infezioni ospedaliere sono per definizione un importante problema di sanità pubblica, non solo per le gravi ripercussioni sull'utente/paziente e la comunità sociale, che vede impiegare risorse aggiuntive per la salvaguardia, cura e ripristino dello stato di salute, ma anche e soprattutto per quanto attiene il controllo di qualità delle prestazioni che erogano i professionisti sanitari.

Nello specifico della nostra realtà viene rivolta particolare attenzione alle infezioni delle ferite chirurgiche anche per una evidenziata correlazione tra la acquisizione di nuove tecnologie e l'insorgenza di quest'ultime. Sebbene gli aspetti della prevenzione delle infezioni delle ferite chirurgiche (incluse tecniche operatorie idonee, il mantenimento rigoroso di un ambiente sterile e la somministrazione preventiva di antibiotici) siano stati analizzati in dettaglio in letteratura recente, il trattamento di un'infezione, una volta che questa si è instaurata, continua a rappresentare un serio problema nel periodo postoperatorio.

Principale riferimento scientifico:

Surveillance for surgical site infection (SSI) after Neurosurgery: Influence of the US or Brest (France) national nosocomial infection surveillance risk index on SSI rates C. Lietard et al. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29: 1084-1087

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Frequenza di infezioni chirurgiche nei pazienti sottoposti ad intervento

- Numeratore

Numero di pazienti che hanno sviluppato un'infezione chirurgica a 30 giorni dall'intervento

- Denominatore

Totale di pazienti sottoposti a trattamento chirurgico durante il ricovero

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è il Registro Operatorio

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato

è: $\leq 1,9\%$

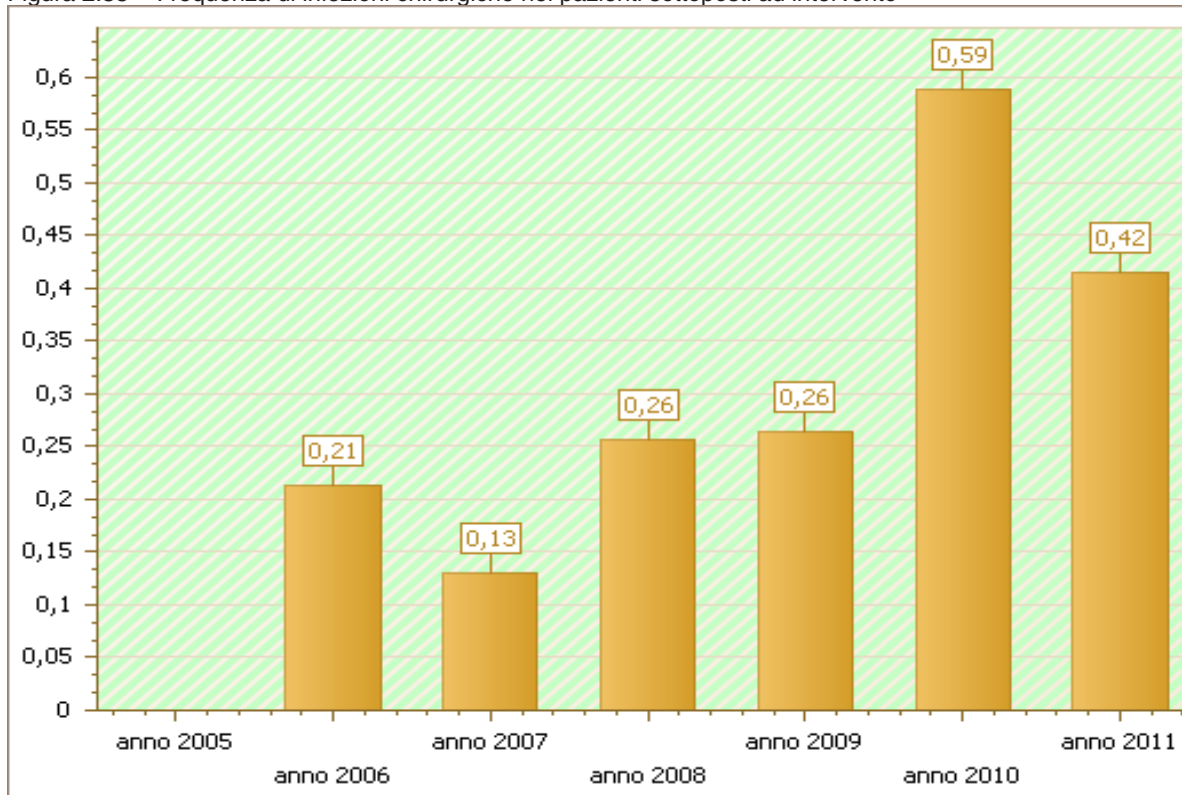
I valori della nostra azienda per il 2011

Numeratore: 4

Denominatore: 963

Valore calcolato: 0,42 %

Figura 2.38 - Frequenza di infezioni chirurgiche nei pazienti sottoposti ad intervento



Fonte aziendale

Appropriatezza: Dimissioni dalla Unità Gravi Cerebrolesioni verso strutture protette

Perché misurare questo fenomeno ?

Per "grave cerebrolesione acquisita" si intende un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto, e menomazioni sensorimotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave.

Una persona affetta da grave cerebrolesione acquisita necessita di ricovero ospedaliero per trattamenti rianimatori o neurochirurgici di durata variabile da alcuni giorni ad alcune settimane (fase acuta). Dopo questa fase, possono essere necessari interventi medico-riabilitativi di tipo intensivo, anch'essi da effettuare durante il ricovero ospedaliero, che possono durare

da alcune settimane ad alcuni mesi (fase post-acuta). Nella maggior parte dei casi, dopo la fase di ospedalizzazione, permane una condizione che rende necessari interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni e disabilità persistenti, e difficoltà di reinserimento familiare, sociale, scolastico e lavorativo.

La destinazione alla dimissione verso una struttura protetta e' indicativa di un basso livello di autonomia raggiunto dal paziente dopo l'espletamento del progetto riabilitativo.

Principale riferimento scientifico:

Rehabilitation Medicine Clinical Indicators

Australian Council on Health Standards (ACHS) 2008.

Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Valutazione del livello del reinserimento sociale a breve termine dopo intervento riabilitativo: Dimissioni dalla UGC verso strutture protette

- Numeratore

Numero di pazienti dimessi dalla UGC che vengono inviati in strutture protette

- Denominatore

Numero di pazienti dimessi dopo il primo ricovero riabilitativo nel periodo considerato

Periodicità di rilevamento dati

Semestrale

- Fonti informative

La fonte di reperimento dei dati: cartella clinica pazienti, in particolare lettera di dimissione

- Standard

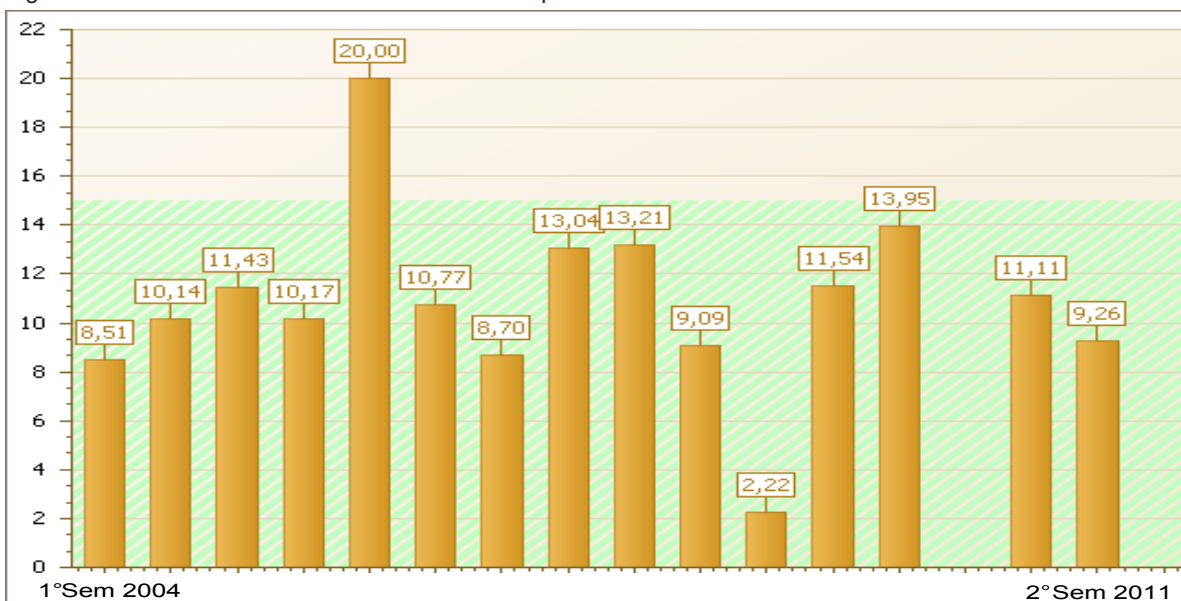
Valore dello Standard adottato nella nostra Azienda è: $\leq 15\%$

I valori della nostra Azienda per il 2011

- I semestre 2011: 11,11 %

- II semestre 2011: 9,26 %

Figura 2.39 - Dimissioni dalla UGC verso strutture protette



Fonte aziendale

Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio

Appropriatezza: Qualità diagnostica intraoperatoria diagnosi istologiche intraoperatoria

Perché misurare questo fenomeno ?

L'esame istologico intraoperatorio è una tecnica diagnostica di anatomia patologica che può essere utilizzata durante un intervento chirurgico.

Tecnicamente consiste in una biopsia in cui prelievo e diagnosi avvengono durante l'intervento chirurgico. Al fine di garantire tempi di lavorazione estremamente brevi, la biopsia viene congelata all'interno di uno strumento denominato criostato. È compito di un medico specialista in anatomia patologica porre la diagnosi su una sezione allestita dopo il congelamento. Il tempo medio di allestimento di un esame intraoperatorio è

di 10-15 minuti dall'arrivo del tessuto nel laboratorio. A confronto, la lavorazione di una biopsia di routine richiede uno o più giorni, ma permette ovviamente di ottenere una qualità migliore delle sezioni. L'esame intraoperatorio può venire richiesto al fine di chiarire la diagnosi di malattia, nel caso questa non sia già stata posta in precedenza, o quando durante l'operazione emergano nuovi quesiti diagnostici. Dall'esame in estemporanea dipende frequentemente il successivo procedere operativo. Perciò la concordanza fra diagnosi intraoperatoria e diagnosi definitiva è una misura di grande importanza clinica e viene internazionalmente adottata.

È uno degli indicatori di qualità diagnostica istopatologica internazionalmente adottati

Principale riferimento scientifico:

American Association of Directors of Anatomic and

Surgical Pathology

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Concordanza tra diagnosi intra-operatoria e diagnosi definitiva.

- Numeratore

Numero di diagnosi istologiche intraoperatorie con discordanza assoluta e con impatto clinico maggiore.

- Denominatore

Numero totale di diagnosi intraoperatorie formulate.

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è il database diagnostico informatico aziendale.

- Standard

Nella nostra Azienda, così come di norma, il valore dello Standard adottato è: $\leq 3\%$

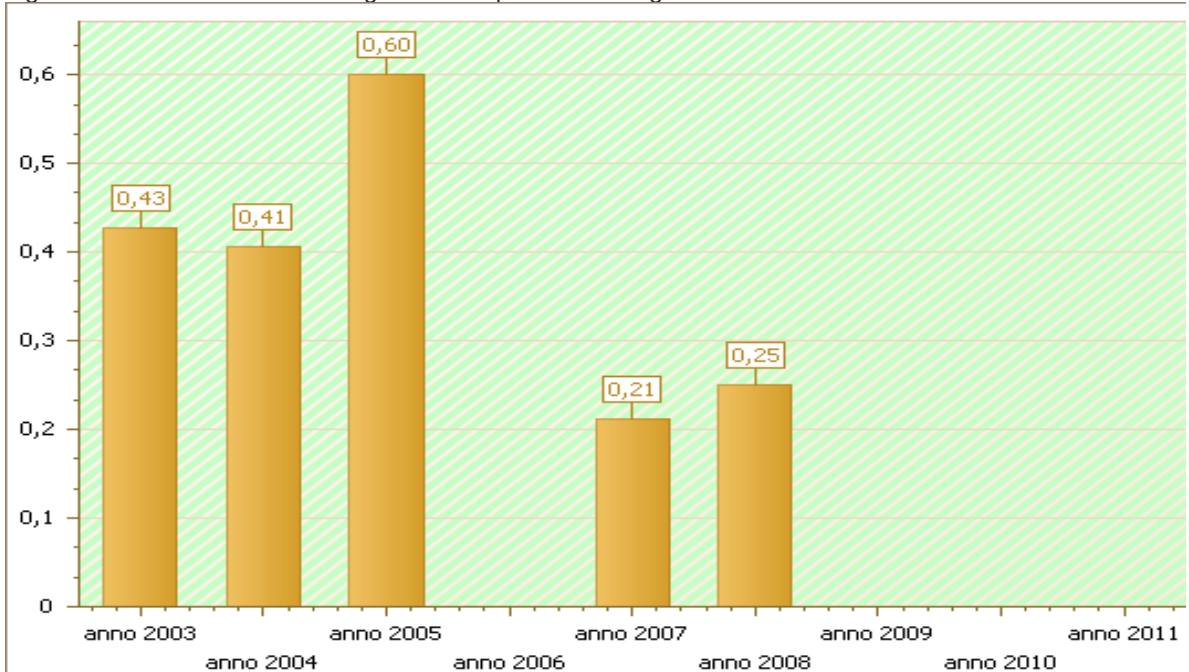
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 0

Denominatore: 389

Valore calcolato: 0 %

Figura 2.40 - Concordanza tra diagnosi intra-operatoria e diagnosi definitiva.



Fonte aziendale

Sicurezza: Reazioni avverse a trasfusione

Perché misurare questo fenomeno ?

L'insorgenza delle più comuni reazioni avverse alla trasfusione, le reazioni trasfusionali non emolitiche (senza massiccia distruzione di globuli rossi), non sono prevedibili e sono quindi inevitabili. Tuttavia la rilevazione puntuale e lo studio di queste reazioni è importante per prevenire l'insorgenza di altre negli stessi pazienti. In questi casi infatti è possibile sottoporre gli emocomponenti a trattamenti particolari, a seconda del tipo di reazione.

Principale riferimento scientifico:

Transfusion 2002; 42:1114-22

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Emovigilanza: Reazioni avverse a trasfusione

- Numeratore

Numero segnalazioni di reazioni avverse alla trasfusione

- Denominatore

Numero emocomponenti trasfusi

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è l'archivio informatico in uso presso il Servizio Immunoematologia e Trasfusionale. Ad ogni segnalazione di reazione avversa da parte delle Unità Operative dove si registra l'evento segue il ricontrollo di quanto fatto ed una registrazione informatica dell'evento riferito.

- Standard

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è stato ricavato dal riferimento scientifico ed è: $\leq 0,8\%$

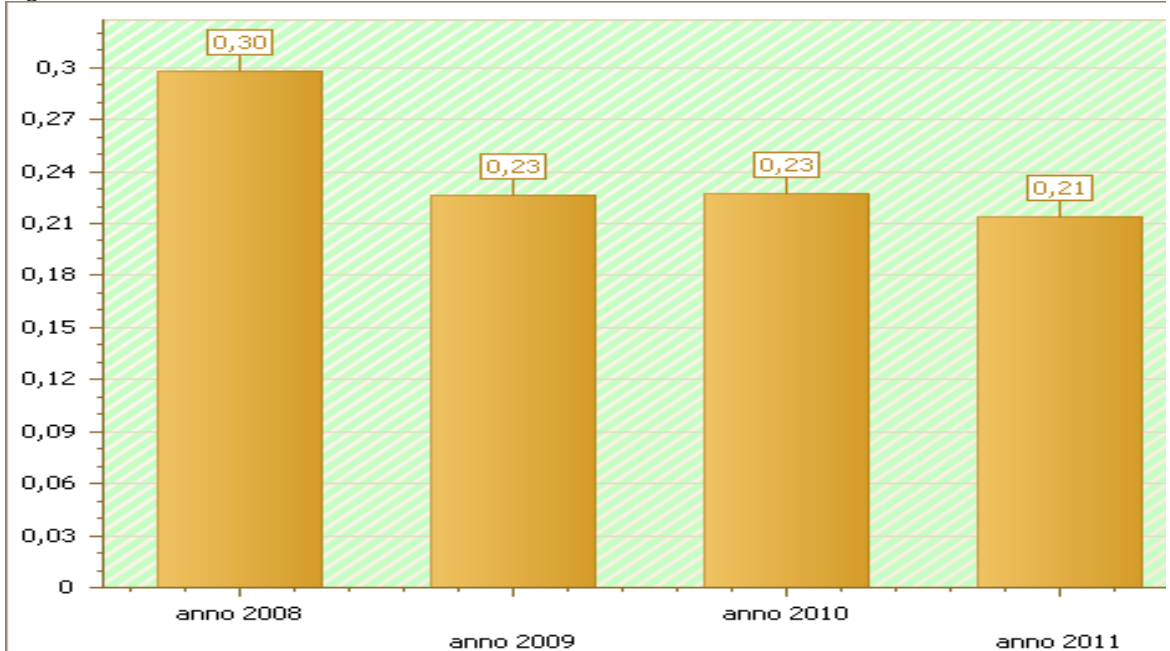
I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 73

Denominatore: 34.142

Valore calcolato: 0,21 %

Figura 2.41 - Reazioni avverse a trasfusione



Fonte aziendale

Appropriatezza: Valutazione di appropriatezza e completezza della richiesta di prestazione diagnostica medico nucleare (scintigrafia)

Perché misurare questo fenomeno ?

La Medicina Nucleare è la disciplina che utilizza radiofarmaci (molecole contenenti atomi radioattivi) in grado di emettere radiazioni per la visualizzazione di organi o tessuti. Tali radiofarmaci vengono preparati e somministrati ai pazienti di norma per via endovenosa. Dopo l'iniezione, mediante l'utilizzo di sofisticate apparecchiature è possibile ottenere le immagini che il medico può utilizzare per individuare l'eventuale patologia in atto nell'organo in esame. Tutte le prestazioni di Medicina Nucleare comportano quindi, anche se minimo, un assorbimento di radiazioni: diventa pertanto fondamentale valutare le richieste preliminarmente alla esecuzione delle indagini stesse, in un'ottica di protezione del paziente. Inoltre poiché si tratta di procedure spesso molto costose un altro elemento fondamentale per la sostenibilità economica dell'indagine è quello di effettuare l'esame a chi ne ha bisogno evitando prestazioni inutili a chi non ne potrebbe giovare:

“fare tutto ciò che serve a chi serve”.

Principale riferimento scientifico:

Requisiti Accreditamento Medicina Nucleare Regione Emilia Romagna

Caratteristiche dell'indicatore

- Definizione

Esecuzione della valutazione: valutazione di appropriatezza e completezza della richiesta di prestazione diagnostica medico nucleare (scintigrafia)

- Numeratore

Numero di richieste non valutate

- Denominatore

Totale Richieste (appartenenti ad un campione significativo)

- Periodicità di rilevamento dati

Annuale

- Fonti informative

La fonte dei dati è un campione di referti nei quali è formalizzata la verbalizzazione della valutazione della richiesta.

- Standard

Si tratta di un indicatore di processo il cui monitoraggio è richiesto dalla Regione Emilia Romagna. L'appropriatezza di una prestazione sanitaria è un concetto dinamico e variabile a seconda del contesto e della tecnica considerata. Per le tecniche diagnostiche con insito un rischio per il paziente (così come le prestazioni medico nucleari) il controllo dell'appropriatezza

delle richieste in sede di anamnesi consente un'adeguata valutazione rischio/beneficio dell'esame.

Nella nostra Azienda il valore dello Standard adottato è: = 0 %

I valori della nostra Azienda per il 2011

Numeratore: 0

Denominatore: 200

Valore calcolato: 0 %

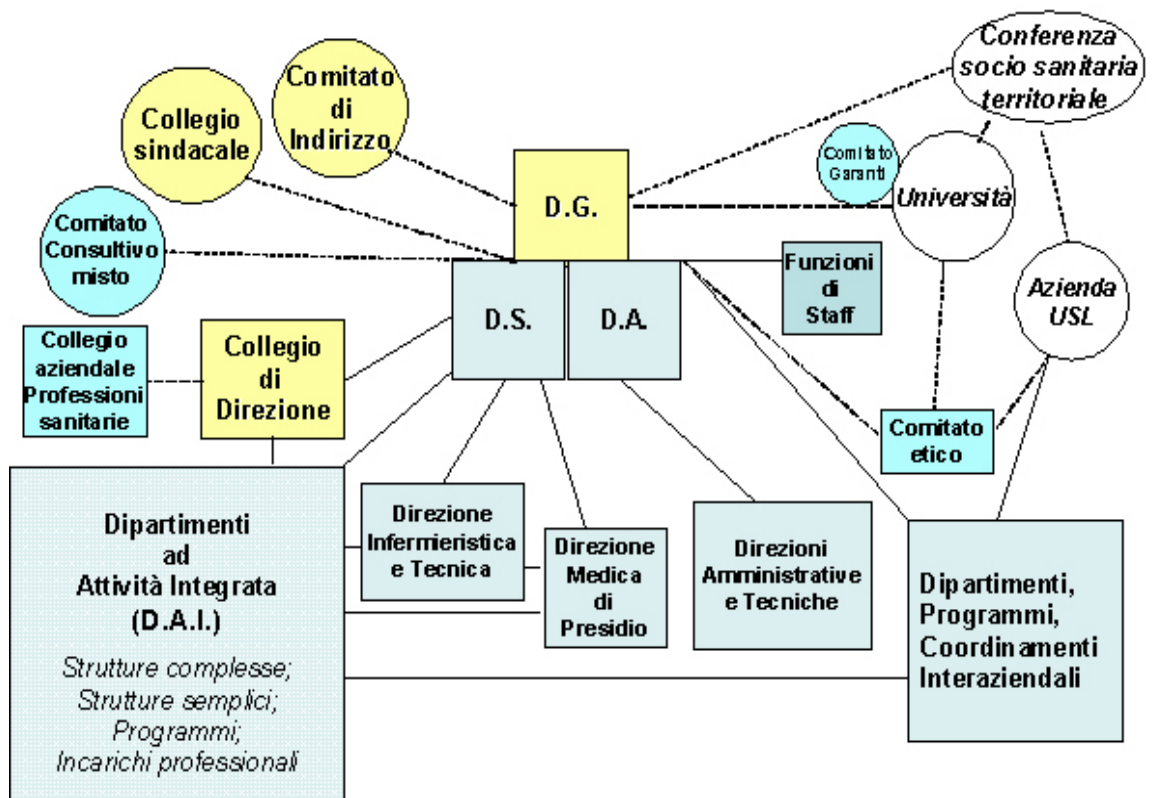
Il valore, monitorato dall'anno 2008, è sempre stato pari a zero. in linea con lo standard di riferimento.

2.5. Assetto organizzativo

2.5.1 L'Organizzazione Aziendale

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

Organigramma



Fonte aziendale

Nel corso del 2011 è stato istituito il Programma di fisiopatologia dell'apparato vascolare periferico nell'ambito del Dipartimento Chirurgico e la struttura semplice dipartimentale di Oncoematologia pediatrica nell'ambito del Dipartimento Riproduzione e Accrescimento.

Per quanto riguarda la struttura e costituzione dei Dai non essendo intervenute nel 2011 modificazioni di rilievo si rimanda al Bilancio di Missione 2010.



Arcispedale S. Anna – Il Palazzo dell'Amministrazione in Corso Giovecca

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.1 Dignità della persona

3.1.1 Miglioramento della relazione operatore assistito

Relazioni empatiche operatore assistito

L'obiettivo posto dalla Regione per il 2011 è di aumentare la capacità di comunicazione empatica dei professionisti della sanità nella relazione con gli assistiti e i loro familiari, con particolare riferimento a:

- percorsi terapeutici critici: oncologia, medicina interna, lungodegenza, terapia intensiva e rianimazione, attraverso la costituzione di gruppi di lavoro a livello aziendale.
- soggetti "fragili": persone con demenza, disabilità congenite o acquisite attraverso la realizzazione di percorsi di formazione.

In merito al primo punto in Azienda sono stati attivati due percorsi assistenziali, meglio definiti come percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (P.D.T.A.), per l'ictus e il carcinoma del polmone. Il contributo delle professioni sanitarie nei gruppi di lavoro riguarda la partecipazione attiva dei coordinatori dei diversi setting target e del case manager per la continuità assistenziale ospedale-territorio del paziente di oncologia, del case manager del percorso per la pianificazione e predisposizione di attività riabilitative a domicilio, nonché del case manager del percorso stroke intra e interaziendale.

Per quanto riguarda il secondo punto nell'anno 2011 sono state svolte diverse iniziative formative:

- *Approfondimenti clinico-assistenziali in geriatria per la gestione della difficile relazione con l'anziano fragile*: nei confronti dell'anziano fragile la medicina geriatrica propone una metodologia di valutazione, la cosiddetta valutazione multidimensionale (VMD), ed un modello di assistenza continuativa (AC) che si sono dimostrati in grado non solo di ridurre il numero di ricoveri in ospedale ed in istituzioni residenziali, con conseguente riduzione dei costi sanitari, ma anche di migliorare la qualità della vita dei pazienti.

In tale prospettiva è stato programmato ed effettuato un corso di formazione rivolto a tutta l'equipe medico infermieristica della geriatria, che ha maturato competenze nella gestione degli aspetti clinici dell'anziano fragile insieme ad approfondimenti di psicologia clinica.

- Good news - bad news: nell'ambito di tale percorso formativo sono state affrontate le problematiche connesse alla comunicazione della diagnosi in ambi-

to ostetrico: le malformazioni fetali a causa genetica, specialmente nei casi con disabilità importanti o non compatibili con la vita. Il personale è stato formato a mantenere una buona comunicazione col paziente e con i suoi familiari in situazioni difficili (paziente aggressiva, non collaborante; familiari interferenti). Particolare attenzione è stata posta all'analisi dei criteri per identificare pazienti a rischio di una difficoltà di adattamento alla diagnosi e alle corrette modalità per dare "cattive notizie" alla paziente: rischio di malformazione fetale, morte fetale endouterina e morte perinatale.

- *La comunicazione efficace con l'utente e con i familiari*: è stata ampliata l'attività di formazione, iniziata negli scorsi anni, rivolta al personale che opera nell'ambito dei servizi di front office, finalizzata all'approfondimento dei principi della comunicazione verso l'utente e i familiari.

- *Corsi di formazione per personale O.S.S.*: gli operatori socio sanitari, per il loro ruolo e per la vicinanza con l'utente ed i familiari sono stati coinvolti in diverse iniziative di formazione, approfondendo tematiche di carattere assistenziale, come ad esempio la gestione del paziente con "delirium" ma anche argomenti di carattere "compassionevole" in riferimento alla contenzione e alla gestione delle fasi terminali della vita dei pazienti che decedono in ospedale.

Comprensibilità del linguaggio nella relazione operatore assistito e nei materiali informativi

Le attività effettuate riguardano la realizzazione di diversi materiali informativi quali:

- scheda di pianificazione per l'educazione terapeutica del paziente e del care giver da trasmettere in preparazione della dimissione;
- lettera di dimissione assistenziale elaborata dal case manager per la continuità assistenziale ospedale-territorio di geriatria-ortogeriatrica;
- "diario di bordo su ictus" (per familiari e pazienti ricoverati presso l'Unità Gravi Cerebrolesioni e l'Unità di Medicina Riabilitativa) consistente in schede informative per le persone con esiti di ictus cerebrale e per i loro familiari che raccoglie informazioni utili, da conservare e consultare quando necessario, ma anche su cui annotare osservazioni, quesiti e appunti;
- modulo 118 specifico per sordi, elaborato in collaborazione con l'Ente Nazionale Sordi di Ferrara e diretto alle persone colpite da patologie che compromettono le capacità uditive per consentire loro di comunicare con il sistema dell'emergenza territoriale;
- opuscolo informativo sul trattamento dialitico per permettere alla persona con problemi nefrologici di scegliere il trattamento più consono alle sue esigenze.

ze. L'opuscolo contiene anche informazioni riguardanti un eventuale trapianto d'organo;

- questionario per la verifica, da parte del Referente Educazionale del Servizio di Emodialisi, dell'educazione terapeutica impartita ai pazienti in trattamento dialitico peritoneale domiciliare;
- brochure per l'educazione e addestramento, sia del paziente che del care giver, finalizzato al percorso stroke intra ed interaziendale.
- scheda Triage Pronto Soccorso per il miglioramento dell'attribuzione del codice colore eseguita dal Referente di Attività Sistema Informativo-Informatico in collaborazione col Facilitatore per l'integrazione interprofessionale finalizzato all'Ospedale di Cona;
- scheda unica "Il dolore si cura insieme", per i seguenti settings assistenziali: day hospital/day surgery servizio di endoscopia, dialisi, settore pediatrico;
- brochure "Lesioni da pressione: conoscenze per prevenirle. Informazioni per il paziente, i familiari e care giver" elaborata dalla rete dei Referenti di Attività Prevenzione e trattamento lesioni da pressione e dal Facilitatore per la prevenzione dei danni da immobilizzazione nei pazienti ricoverati in ospedale.

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

Nel 2011 la Regione ha posto l'obiettivo di ridefinire, sulla base della legge 38/2010, le reti di cure palliative e per la terapia del dolore.

In Azienda lo sviluppo del Progetto Ospedale Territorio senza dolore ha percorso le tappe previste dall'Accordo della Conferenza Stato Regioni in merito al documento di linee guida per la realizzazione del Progetto Ospedale senza dolore (Provvedimento 24 Maggio 2001), i principi della legge 38 /2010 e gli obiettivi regionali fino ad oggi nel rispetto del Piano Sanitario 2011-2014 in termini di umanizzazione, equità di accesso e di trattamento senza differenze, di efficacia e di efficienza delle cure del dolore.

Collaborano al progetto 35 referenti medici e altrettanti del comparto, che promuovono e facilitano percorsi e processi aziendali legati alla medicina del dolore.

Nel 2011 è proseguita l'attività di informazione ai ricoverati e ai cittadini in merito alla politica aziendale del controllo e monitoraggio del dolore e dell'umaniz-

zazione delle cure in equità attraverso la pagina internet aziendale, la carta dei servizi, brochure dedicate, posters, l'house horgan aziendale e attraverso servizi sul canale televisivo locale Telestense. Soprattutto nei confronti dei pazienti operandi sono state fornite informazioni attraverso dépliant redatti appositamente, sull'importanza della valutazione del dolore, della scala utilizzata e della terapia antalgica per una collaborazione attiva informata.

Tutte le unità operative dell'azienda utilizzano la scala NRS (Numeric Pain Intensity Scale) per i pazienti collaboranti, la PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) per i non collaboranti e la BPS (Behavioral Pain Scale) per i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva/Rianimazione non collaboranti e ventilati artificialmente. Oltre alle scale specifiche viene utilizzata dal 90% delle UU.OO. la scheda unica del dolore "Il dolore si cura insieme" che fa parte integrante della cartella clinica. Inoltre si utilizzano:

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

E' in corso di sperimentazione la scheda aziendale dedicata al Day surgery, al Day Hospital e al 118, oggetto di una formazione sul campo. Nel corso del 2011 è stata revisionata la scheda unica del dolore aziendale "Il dolore si cura insieme" attraverso un'analisi di congruenza relativa alla sua compilazione per i pazienti ricoverati nel mese di novembre 2010. Tale analisi ha permesso ai gruppi di lavoro in formazione sul campo di apportare alla scheda le opportune modifiche per superare le criticità relative alle anomalie rilevate nella sua compilazione. La scheda è stata inoltre personalizzata per l'area ostetrica.

E' stata informatizzata la valutazione del dolore in Pronto Soccorso e al 118, rendendo obbligatoria la compilazione della scala di valutazione del dolore NRS. Inoltre nel corso dell'anno è stato sviluppato il Progetto per il controllo del dolore del bambino di qualsiasi età ed etnia, prima attraverso la formazione sul campo del personale sanitaria del DAI Riproduzione e Accrescimento e poi con l'omogeneizzazione del percorso del dolore del bambino in ospedale con l'utilizzo di un'unica scheda di valutazione giornaliera.

Figura 3.1 - Scheda unica del dolore aziendale “Il dolore si cura insieme” in ricovero ordinario

“Il dolore si cura insieme”

Foglio n°

Dipartimento _____ Unità Operativa _____ Centro di costo _____ Data di Ricovero _____
 COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita _____ Genere M F

DOLORE AL MOMENTO DEL RICOVERO: NO SI Se SI, indicare punteggi: SCALA NRS ____ / ALTRA SCALA ____ specificare _____
 Riservato SALA PARTO: Prodomi di travaglio Travaglio di parto

A cura del medico: TERAPIA ANTALGICA A DOMICILIO: NO SI Specificare classe _____ - PRESCRIZIONE TERAPEUTICA ANTALGICA ALL'INGRESSO SI NO

PAZIENTE INFORMATO SU COTSD/DPO: SI NO PAZIENTE INFORMATO SU DPO: SI NO PAZIENTE ISTRUITO A CHIAMARE APPENA AVVERTE DOLORE: SI NO

CONSEGNA: STRUMENTI INFORMATIVI: SI NO QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEL TRATTAMENTO DEL DOLORE: SI NO

Firma Medico che accoglie _____ Firma Infermiere/Ostetrica/Fisioterapista che accoglie _____

*A) INTERVENTO CHIRURGICO specificare _____
 Data _____ Pompa elastomerica per D.P.O. (03.90/99.29)
 Intervento/Procedura di: ELEZIONE DAY SURGERY URGENZA EMERGENZA
 Presso _____
 TIPO DI ANESTESIA: GENERALE LOCO REGIONALE LOCALE ALTRO
 Specificare _____
 CONVERSIONE ANALGESICA: SI NO Specificare _____
 DOLORE ATTESO: RACCOMANDAZIONE A B C D Altra prescrizione Specificare _____
 INTENSITA' DOLORE POST-OPERATORIO all' USCITA da S.O.: Scala NRS / Altra scala

*A) INTERVENTO CHIRURGICO specificare _____
 Data _____ Pompa elastomerica per D.P.O. (03.90/99.29)
 Intervento/Procedura di: ELEZIONE DAY SURGERY URGENZA EMERGENZA
 Presso _____
 TIPO DI ANESTESIA: GENERALE LOCO REGIONALE LOCALE ALTRO
 Specificare _____
 CONVERSIONE ANALGESICA: SI NO Specificare _____
 DOLORE ATTESO: RACCOMANDAZIONE A B C D Altra prescrizione Specificare _____
 INTENSITA' DOLORE POST-OPERATORIO all' USCITA da S.O.: Scala NRS / Altra scala

RINVIATO all' U.O. di provenienza TRASFERITO ad altra U.O. Specificare _____
 Firma Infermiere Anestesia Firma Ostetrica Anestesia Firma Medico/Medico Anestesista

SEDE DOLORE*	FARMACI IN PRONTUARIO TERAPEUTICO**	Protocolli post-operatori	EFFETTI COLLATERALI***	TERAPIA non farmacologica
C. Capo	FANS:	A	1. Ansia	a- posturale
CO. Collo	KETOPROFENE (Ibifen, Onufid)	B	2. Agitazione	b- rassicurazione
E. Esternità	KETORALAC (Toradol, Lisidol)	C	3. Sedazione	c- clown
T. Torace	DICLOFENAC (Diclorenum, Voltaren)	D	4. Clonie	d- conforto parenti
D. Dorsale	NIMESULIDE (Aulin, Nimesulide)		5. Sottosazione	e- travaglio in acqua
A. Addominale	INDOMETACINA		6. Nausea	f- posizioni alternative
P. Pinnace	NAPROXENE		7. Vomito	g- massaggio
C. Area Genitale	ALTRI:		8. Sippi	h- stimolazione punti Shatsu
F. Ferita sede intervento	PARACETAMOLO (Tachipirina)		9. Piante	i- analgesia farmacologica
SP. Altro, specificare	PARACETAMOLO (meti) (Parafalgan)		10. Altro, specificare	l- altro
	PARACETAMOLO+COCAINA (Tachidol)			
	Altro:			

Note per la compilazione:
 *A: Procedura: posizionamento CVC, confezionamento FAV (Fistola Artero Vascolare), cecostomia, gastroscopia, colonoscopia, altro

Foglio n°

Dipartimento _____ Unità Operativa _____ Centro di costo _____ Data di Ricovero _____
 COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita _____ Genere M F

Codice a Barre

GRAFICA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

Sede	Cerciare la scala scelta				DATA																														
	NRG (Numerical Rating Scale)	FPS (Face Pain Scale)	PAINAD (Pain Assessment in Advance Dementia)	BPS (Behavioral Pain Scale)	M				P				N				M				P				N										
12																																			
10			10	10																															
9			9	9																															
8			8	8																															
7			7	7																															
6			6	6																															
5			5	5																															
4			4	4																															
3			3	3																															
2			2	2																															
1			1	1																															
0			0	0																															

VALUTAZIONE DELLE CRITICITÀ CUT-OFF: NRG > 3 / FPS > 2 / PAINAD > 2 / BPS > 4

VALUTAZIONE		RIVALUTAZIONE							
DATA	ORA	SEDE DOLORE*	Punteggio dolore e Scala	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA** Specificare Nome farmaco o principio attivo, dosaggio, via di somministrazione	FIRMA	ORARIO di rivalutazione	PUNTEGGIO DOLORE	EFFETTI COLLATERALI***	FIRMA

Figura 3.2 - Scheda unica del dolore aziendale "Il dolore si cura insieme" in Day Hospital/Day Surgery

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

università di ferrara
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA

Azienda Ospedaliero - Università di Ferrara
Revisore 0 del 08/02/2012

Foglio n°1 - Lato A

"Il dolore si cura insieme"

VALUTAZIONE DEL DOLORE ACCESSO D.H./D.S.

A) Dipartimento _____ Unità Operativa _____ Centro di costo _____ Data di Accettazione: ____/____/____
 COGNOME _____ NOME _____ Data di nascita ____/____/____ Nazionalità _____ Generi M F

B) DOLORE AL MOMENTO DELL'ACCETTAZIONE: NO SI Se SI, indicare punteggio: SCALA NRS ____ / ALTRA SCALA ____ specificare _____
 Al cura del medico:
 TERAPIA ANTALGICA A DOMICILIO: NO SI Specificare _____ PRESCRIZIONE TERAPEUTICA SI NO
 PAZIENTE INFORMATO SU COSD SI NO PAZIENTE INFORMATO SU DPO SI NO
 PAZIENTE ISTRUITO A CHIAMARE APPENA AVVERTE DOLORE: SI NO
 CONSEGNATI STRUMENTI INFORMATIVI SI NO QUESTIONARIO SULLA SODDISFAZIONE DEL TRATTAMENTO DEL DOLORE SI NO
 Firma Medico che accoglie _____ Firma Infermiere/Ostetrica/Fisioterapista che accoglie _____

CONSEGNA: continuità terapeutica erogazione diretta SI NO
 DIMISSIONE chiusura D.H./D.S.: NO SI Se SI, indicare punteggio: SCALA NRS ____ / ALTRA SCALA: specificare ____ Punteggio [____]
 Data: ____/____/____ FIRMA: _____

C) INTERVENTO CHIRURGICO: specificare _____ Data ____/____/____
 Pompa elastomerica (03.90.99.29):
 Intervento/Procedura di: DAY SURGERY DAY HOSPITAL Presso _____
 TIPO ANESTESIA: GENERALE LOCO REGIONALE LOCALE ALTRO Specificare _____
 CONVERSIONE ANALGESICA: SI NO Specificare _____
 DOLORE ATTESO: RACCOMANDAZIONE A B C D Altra prescrizione Specificare _____
 INTENSITA' DOLORE POST-OPERATORIO all'USCITA da S.O.: Scala NRS [] / Altra scala []
 RINVIATO all'U.O. di provenienza TRASFERITO ad altra U.O. Specificare: _____
 Firma Infermiere / Ostetrica anestesista _____ Firma Medico / Medico anestesista _____

Note per la compilazione:
 *C: Procedure: posizionamento CVC, confezionamento FAV (Fistola Arterio Venosa), coronarografia, Gastrosocopia, Colonscopia, PEG, ERC, ALT

SEDE DOLORE *	Farmacii in prontuario terapeutico **	protocolli post-operatori	EFFETTI COLLATERALI ***	TERAPIA non farmacologica
C. Capo	FANS	OPPIOIDI	A	1. Aasia
CO. Collo	NETOPROFENE (Bifen, Oxidra)	FENTANIL (Compass)	B	2. Agitazione
E. Estremità	KETOROLAC (Toradol, Liofili)	MORFINA SOLFATO (Folice Oramorph)	C	3. Sedazione
T. Torace	DICLOFENAC (Diclofenem, Voltaren)	MORFINA CLORIDRATO	D	4. Costip.
LD. Dorso	NUMERILIENE (Acin, Nimesulide)	METAZIONE		5. Sedazione
A. Addominale	INDOMETACINA	TRAMADOLO (Contramal)		6. Nausea
P. Perineo	NAPROXENE	OXCICODONE (Oxycodone)		7. Vomito
O. Area Dentale	ALTRI	ALTRI		8. Stipsi
F. Faccia sede inferno	PARACETAMOLO (Tachipirina)	GABAPENTIN (Neurontin)		9. Prurito
SP. Altro, specificare	PARACETAMOLO iniet (Parigen)	CARBAMAZEPINA (Tegretol)		10. Altro, specificare
	PARACETAMOLO+CODINA(Techidol)	AMITRIPTILINA CLOR (Laroxil)		1-altra
	Altro:	Altro:		

Foglio n°1 - Lato B

GRAFICA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE ACCESSO D.H./D.S.

DATA	* Cercare la scala scelta	NRS	FPS	PAINAD																																
					M				P				N				S				P															
18																																				
19																																				
20																																				
21																																				
22																																				
23																																				
24																																				
25																																				
26																																				
27																																				
28																																				
29																																				
30																																				
31																																				
32																																				
33																																				
34																																				
35																																				
36																																				
37																																				
38																																				
39																																				
40																																				

F.P.R. = Fine prestazione VALUTAZIONE DELLE CRITICITA' CUT-OFF: NRS >3 / FPS >2 / PAINAD >2
 * NRS (Numerical Rating Scale) FPS (Face Pain Scale) PAINAD (Pain Assessment in Advance Dementia)

DATA	ORA	SEDE DOLORE*	Punteggio dolore e Scala	SCAMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA** <small>Specificare nome farmaco e principio attivo, dosaggio, via di somministrazione</small>	FIRMA	VALUTAZIONE			FIRMA	
						GRADO di valutazione	PUNTEGGIO DOLORE	EFFETTI COLLATERALI ***		

Fonte Aziendale

Le scale del dolore utilizzate in azienda

Nel corso dell'anno 2011, oltre alle scale del dolore già utilizzate in azienda (NRS, PAINAD e BPS), sono state introdotte nuove scale di valutazione del dolore del neonato e del bambino, che misurano:

- parametri fisiologici come la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la Sat O2, la PA, il tono vagale, il cortisolo del plasma e le catecolamine;
- parametri del comportamento come l'espressione facciale, i movimenti del corpo, il pianto.

La scala utilizzata per i bambini prematuri è la PIPP (Premature Infant Pain Profile) che è una scala comportamentale che include 7 parametri a cui è dato un punteggio da zero a tre. Va da un punteggio minimo di zero ad un punteggio massimo di 22. Il punteggio totale superiore a dodici rivela dolore moderato severo e richiede un trattamento antalgico e/ o la revisione della terapia.

Nei neonati e bambini sotto i 3 anni si utilizza la scala eterovalutativa FLACC (Faccia, Gambe, Attività, Pianto, Consolabilità) attraverso la quale se il dolore risulta di intensità superiore a 5 deve essere trattato.

Si utilizza inoltre la NRS (Numeric Pain Intensity Sca-

le) che è una scala numerica utilizzata anche per gli adulti che misura il dolore da 0 a 10, se si supera il punteggio di tre si tratta il dolore. Viene utilizzata inoltre la Faces Pain Scale.

Nel bambino in trattamento antalgico, soprattutto con oppioidi, si utilizzano poi due scale di sedazione: la scala GOHS (great ormon hospital scale) nei bambini dai 6 mesi ai 17 anni, con un punteggio da 1 a 5 e un soglia di cut-off uguale/superiore a 4, e la scala BRISTOL nei più grandi.

Il dolore da parto

In Azienda il parto in analgesia è attivo da diversi anni, nel 2011 su 1030 parti spontanei 138 sono stati in analgesia su indicazione medica, dei quali 37 si sono poi convertiti in cesarei e 5 in parti operativi.

Gli anestesisti con competenza clinica per l'analgesia del parto sono stati disponibili 24 ore su 24, in turno attivo diurno e in guardia notturna e/o in reperibilità non dedicata, per rispondere alle richieste del personale medico e ostetrico secondo un percorso definito e condiviso.

Nel corso dell'anno sono aumentati anche i travagli in

acqua e le tecniche alternative per il contenimento del dolore. E' stato inoltre sviluppato un percorso formativo interno interprofessionale e multidisciplinare sul controllo e contenimento del dolore da parto.

Nel corso dell'anno è stato poi diffuso, in collaborazione con l'assessorato ai Servizi sociali e alla sanità e il Tavolo salute donna del Comune di Ferrara un questionario multilingue, in base all'etnia delle donne straniere residenti nel Comune di Ferrara, rivolto alle donne dai 18 ai 35 anni dal titolo "Cosa sai della PartoAnalgesia /PartoIndolore" utile per ottimizzare l'informazione puntuale sulle conoscenze sull'argomento in seguito alla campagna per l'informazione sulla partoanalgesia.

Il consumo dei farmaci antalgici e dei presidi in Azienda

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

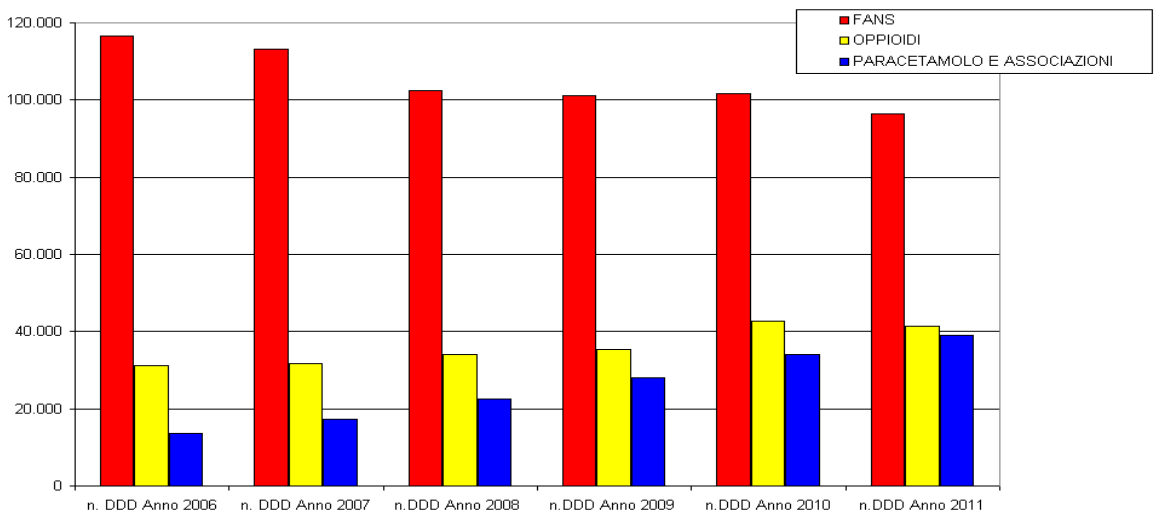
- un monitoraggio continuo, totale e distinto per princi-

pio attivo, dei farmaci analgesici;

- l'analisi della spesa totale aziendale, per Dipartimento e per Unità Operativa dei farmaci antalgici e dei presidi utilizzati in azienda;

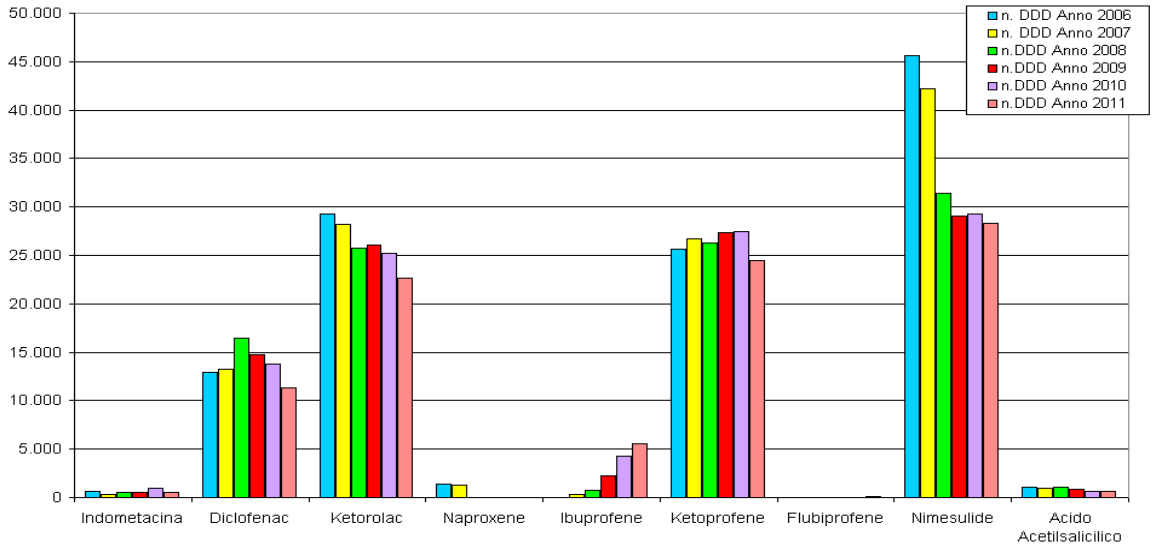
Dall'analisi del report del 2011 relativo al consumo dei farmaci analgesici in Azienda, si evince un incremento del consumo degli oppioidi, una stabilizzazione del consumo dei FANS (farmaci antinfiammatori non steroidei) a fronte di un incremento della nuova molecola iniettabile Paracetamolo, ma soprattutto dell'associazione Paracetamolo-Codeina (che si trasforma in morfina). Si mantiene e quasi raddoppia il consumo dell'Oxicodone, farmaco analgesico oppioide indicato nel trattamento antalgico dei pazienti sottoposti ad intervento extraperitoneale, nei pazienti con patologie oncologiche algiche e nei pazienti con dolore neuropatico. La buona politica aziendale relativa alla riduzione del consumo dei FANS e all'incremento del consumo degli oppiacei, è perfettamente in linea con l'OMS, le raccomandazioni nazionali, gli obiettivi regionali e la legge 38.

Figura 3.3 - Consumi DDD/Anno di farmaci antalgici in Azienda. Anni 2006-2011



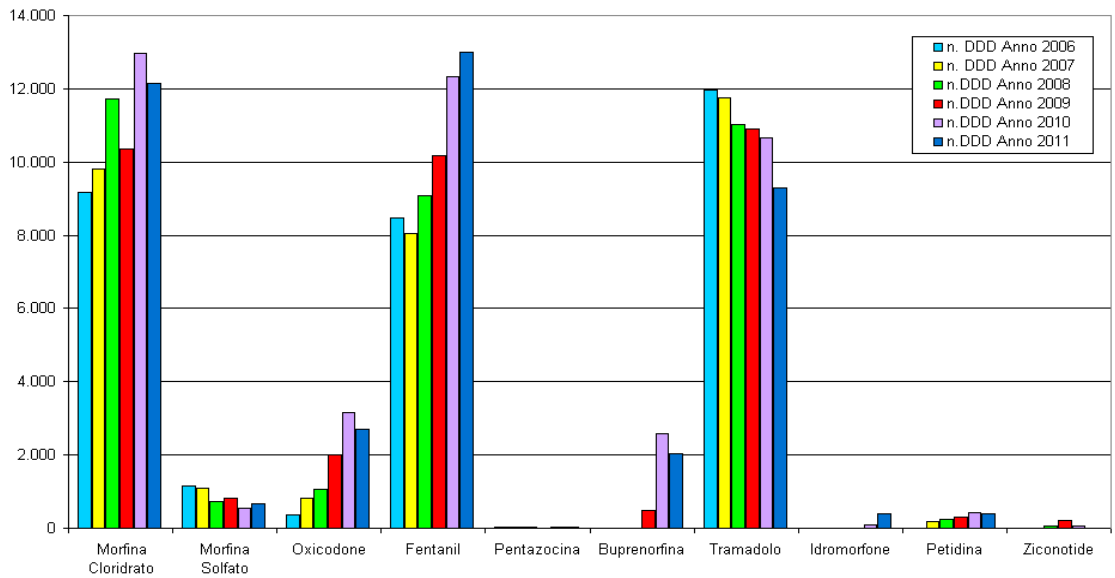
Fonte Aziendale

Figura 3.4 - Consumi DDD/Anno di FANS impiegati per la terapia del dolore. Anni 2006-2011



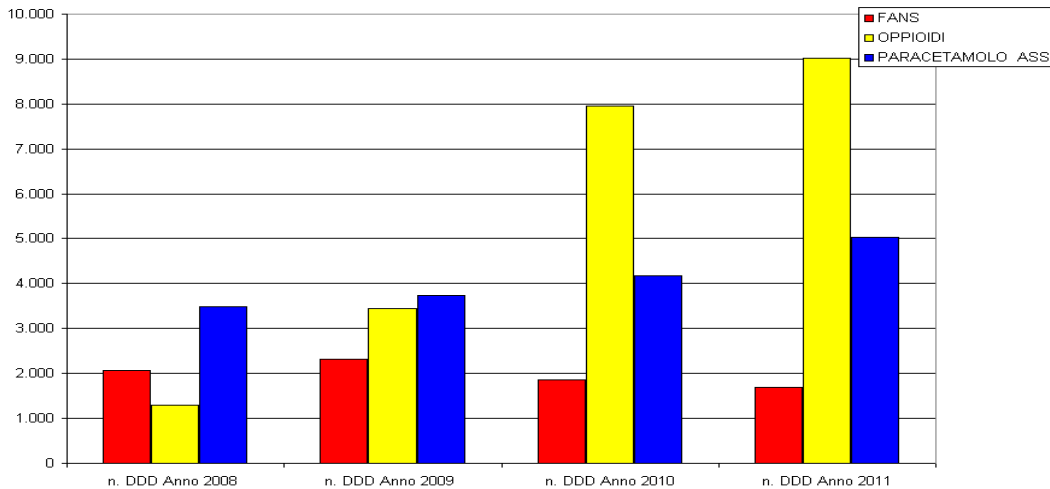
Fonte Aziendale

Figura 3.5 - Consumi DDD/Anno di analgesici oppioidi impiegati per la terapia del dolore. Anni 2006-2011



Fonte Aziendale

Figura 3.6 - Consumi DDD/Anno di farmaci antalgici in erogazione diretta. Anni 2008-2011



Fonte Aziendale

La rete dei referenti

In seguito alla riorganizzazione della Direzione delle Professioni Infermieristiche, Ostetriche, Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione, che ha visto nel 2008 il costituirsi di una rete di Referenti di Attività "Ospedale senza dolore", anche nel 2011 in ogni U.O. è presente un professional Infermiere, Ostetrica, Fisioterapista o un Coordinatore che partecipa attivamente a tutte le iniziative aziendali sul tema del "dolore".

L'indagine di prevalenza del dolore in Ospedale in occasione della Giornata Nazionale del sollievo 2011

Anche nel 2011 in prossimità della Giornata Nazionale del sollievo è stata realizzata un'indagine epidemiologica raccogliendo la voce dei cittadini sul dolore percepito in ospedale e sul bisogno di sollievo, per acquisire elementi di valutazione e spunti di riflessione utili a migliorare il percorso definito dalle linee guida del progetto regionale "Ospedale - territorio senza dolore". Lo studio è stato eseguito in un'unica giornata secondo il modello 'one day prevalence', quale istantanea di situazioni-tipo, mediamente rappresentative su casistiche elevate di quanto avviene tutti i giorni. Come strumento di rilevazione delle informazioni è stato utilizzato un questionario semplificato denominato 'scheda del sollievo', condiviso e adottato a livello nazionale.

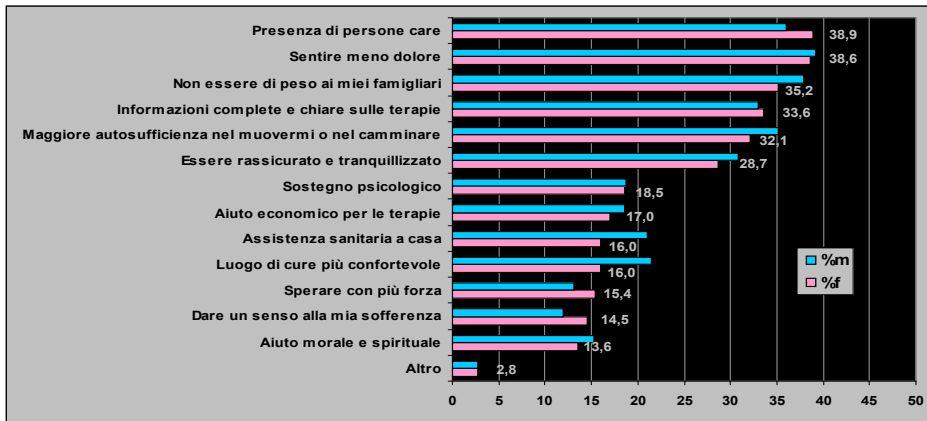
La 'scheda del sollievo', distribuita il 25 maggio 2011 in tutti gli ospedali e nelle strutture 'hospice' dell'Emilia-Romagna è stata compilata in modalità volontaria e anonima.

La presente analisi è realizzata sui soli dati rilevati nelle strutture attinenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria 'S. Anna' di Ferrara. Sono state raccolte e complessivamente elaborate 739 schede di pazienti ricoverati in regime 'ordinario' o 'Day hospital/Day surgery'. Sono stati esclusi i pazienti ricoverati in Rianimazione e terapia intensiva ed i bambini sotto i 6 anni di età. La 'scheda del sollievo' su cui si articolano le domande è uno strumento per stimolare la riflessione sul dolore e la sofferenza percepiti e sul bisogno di sollievo. Si compone di due principali sezioni: la prima raccoglie stati e sensazioni del paziente mediante domande chiuse o scale analogiche per la valutazione del dolore percepito. La seconda rileva informazioni di tipo socio-anagrafico.

La maggioranza dei rispondenti (57,4%) ha compilato la scheda autonomamente, il 27,1% è stato aiutato da operatori sanitari, l'8,8% da familiari e l'1,9% da volontari, amici/conoscenti o altri operatori culturali. Per 36 casi (4,9%) non è stato riportato il compilatore materiale del questionario.

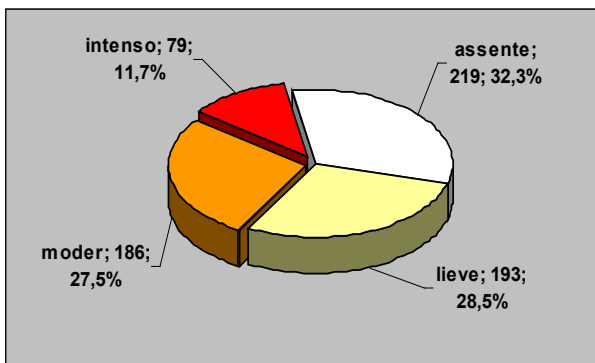
I risultato dell'indagine sono rappresentati nei grafici successivi.

Figura 3.7 - Risposte alla domanda 'Cosa desidera adesso per provare sollievo?'



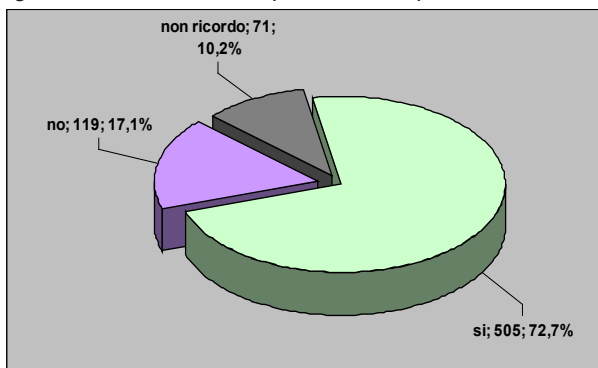
Fonte Aziendale

Figura 3.8 - Distribuzione dolore percepito



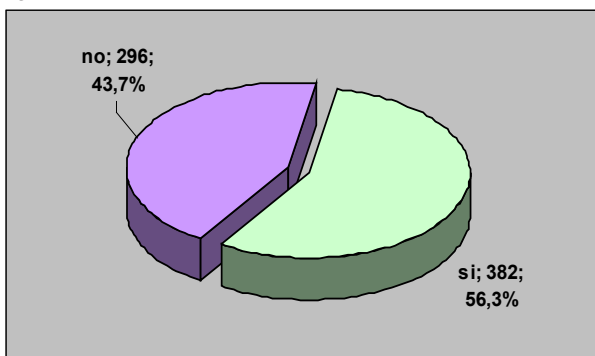
Fonte Aziendale

Figura 3.9 - Domanda del personale su presenza di dolore al ricovero



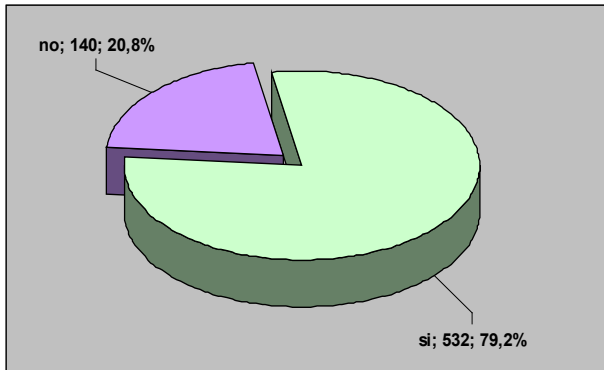
Fonte Aziendale

Figura 3.10 - Dolore provato nel corso del ricovero



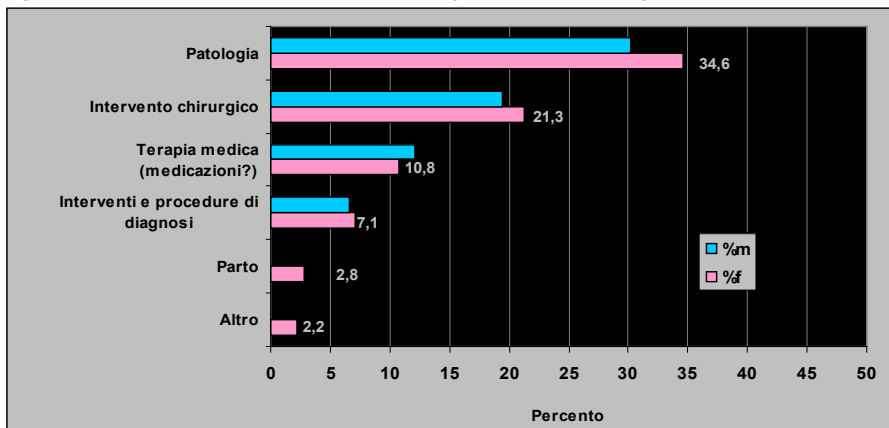
Fonte Aziendale

Figura 3.11 - Domanda dei sanitari su variazione del dolore nel ricovero



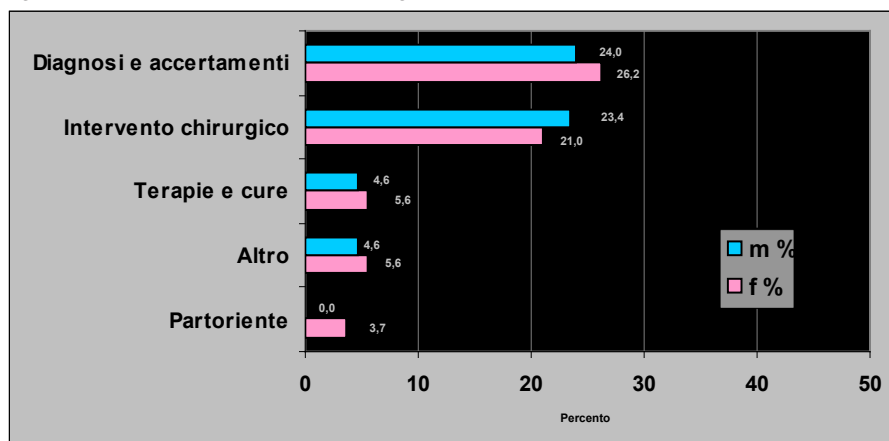
Fonte Aziendale

Figura 3.12 - Motivo del dolore provato lungo il ricovero, per genere



Fonte Aziendale

Figura 3.13 - Motivo del ricovero, per genere



Fonte Aziendale

Alla quarta domanda: 'Durante il ricovero ha sentito dolore?' risponde affermativamente oltre il 56% dei pazienti mentre 296 casi, quasi il 44% del campione risponde 'no'. Emerge qui una discrepanza con la quota di dolore 'assente' (32,3%) riportata per l'intero campione, come da fig.3.8. Si può ipotizzare che una quota di dolore 'lieve' abbia dirottato sul dolore assente a fronte di una domanda a risposta secca (si/no).

La quinta domanda chiedeva: 'Durante il ricovero, il personale sanitario le ha chiesto se ci sono state variazioni del dolore?' A quasi l'80% dei pazienti risulta essere stato chiesto se l'eventuale dolore provato nel corso del

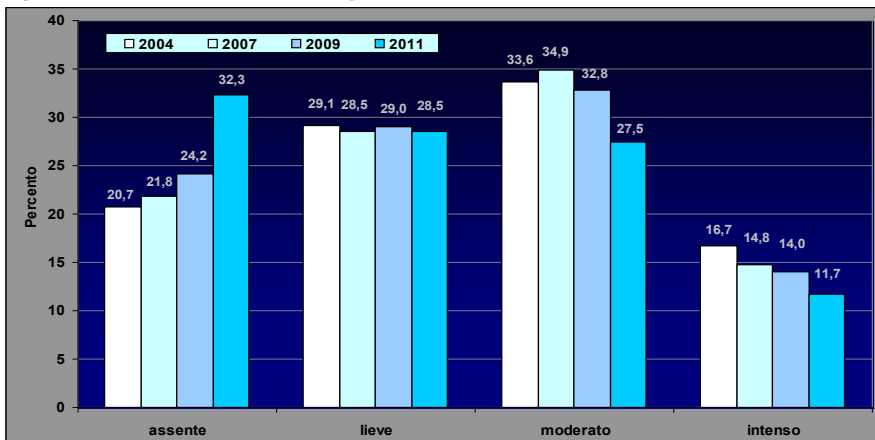
ricovero avesse subito variazioni tuttavia ancora a circa un paziente su cinque non è stata rivolta tale domanda. Maschi e femmine indicano nella 'patologia' (prevalentemente nelle donne) l'origine del dolore provato ma anche un'alta percentuale di ambo i generi attribuisce all' 'intervento chirurgico la causa prevalente di dolore. Piuttosto basso appare il contributo di 'interventi e procedure di diagnosi' , con leggera prevalenza delle donne sugli uomini.

Quanto all'efficacia delle terapie antidolorifiche, di cui alla settima domanda, se ne constata la validità ('efficace', 'molto efficace') per oltre il 55% del campione, un po' più per le donne che per gli uomini (56,78% vs. 54,0). Mentre poco più del 13% dei pazienti attribuisce alla terapia un'alta efficacia ('molto efficace') pressoché l'11% riporta uno scarso risultato ('poco efficace'). Si nota comunque che nessuno denuncia una totale inefficacia e circa i paziente su cinque non riceve alcuna terapia antalgica.

Uomini e donne si scambiano le prevalenze nelle prime due categorie: maggiore presenza di uomini negli interventi chirurgici e maggiore presenza di donne negli accertamenti. Molto distanziate le altre categorie.

Concludendo l'analisi, nel 2011, contrariamente alla possibilità di un 'plateau' di saturazione, suggerita dall'indicatore di dolore 'intenso' che nelle due edizioni 2007-2009 registrava un certo rallentamento a diminuire (da 14,8% a 14,0%) , si osserva invece una consistente riduzione dal 14,0% del 2009 all'11,7% attuale. Tali ultime percentuali, tra loro significativamente diverse ($P < 0,001$), sono concomitanti con l'entrata in vigore della legislazione regionale relativa allo stesso periodo con l'incentivazione all'impiego di classi di farmaci prima inconsueti: fatti che è ragionevole pensare abbiano propiziato tale effetto. A sua volta anche il dolore 'moderato', dopo il picco del 2007 sta mantenendo un tasso di riduzione particolarmente evidente nel 2011. Viceversa, cresce notevolmente l'indice di dolore 'assente' con un balzo di oltre otto punti mentre rimane costante il dolore 'lieve': cosa del tutto compatibile con la riduzione dei dolori di classe alta. Infatti l'evidente riduzione degli indici delle classi alte di dolore ('intenso' e 'moderato') può aver spinto, per così dire, molti casi nella zona degli indici di dolore basso.

Figura 3.13 - Sviluppo storico degli indicatori percentuali di dolore 'al momento'



Fonte Aziendale

3.2 Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure

3.2.1 Sicurezza delle cure e gestione del rischio

Sorveglianza e monitoraggio

Sorveglianza e gestione delle malattie infettive diffuse e dei microrganismi antibiotico-resistenti

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria è attivo il sistema regionale di segnalazione rapida degli eventi epidemici ed eventi sentinella e periodicamente viene effettuata la revisione dei dati del Laboratorio di Microbiologia, delle segnalazioni di malattie infettive e dei dati raccolti tramite indagini di prevalenza e incidenza ad hoc.

Per il governo del processo di segnalazione e intervento è presente una specifica Procedura aziendale "Segnalazione delle malattie infettive e diffuse nell'Azienda Ospedaliero Universitaria" + Scheda di segnalazione di caso. La gestione del caso "alert" nelle UU.OO. di degenza e nei servizi sanitari trasversali è governata dalla procedura "Sorveglianza, gestione e controllo alert organism ed eventi epidemici".

La strategia aziendale mira al coinvolgimento diretto dei professionisti nella costruzione di un approccio assistenziale basato sull'applicazione di misure di prevenzione non generiche ma personalizzate tenendo conto della specificità del paziente. Il paziente viene classificato in base al livello di rischio e vengono applicate misure specifiche di gestione e controllo. La classificazione in base al livello di rischio (alto, medio o basso) tiene conto di tre variabili:

- localizzazione dell'infezione/colonizzazione;
- pratiche assistenziali correlate alla localizzazione dell'infezione/colonizzazione;
- caratteristiche dell'assistito in relazione al grado di dipendenza e collaborazione.

Viene classificato ad alto rischio il paziente con un elevato rischio di diffusione dell'agente patogeno qualora non vengano adottate rigorose misure di prevenzione e controllo. Si ha medio rischio quando il rischio è correlato all'esecuzione di specifiche pratiche assistenziali. La possibilità di contenere la diffusione di microrganismi è determinata dall'adozione di specifiche misure di prevenzione durante l'esecuzione di tali pratiche assistenziali. Il basso rischio invece è caratterizzato da moderato/basso rischio di diffusione che non richiede particolari misure preventive oltre alle precauzioni standard.

Nella gestione del paziente infetto/colonizzato il ruolo dell'infermiere è di predisporre l'ambiente, le attrezzature e i dispositivi medici per applicare le misure di prevenzione per pazienti infetti/colonizzati da micror-

ganismi multiresistenti alert, che consistono nelle precauzioni standard più le precauzioni aggiuntive.

Nel corso del 2011 l'attività regionale (ASSR - Area Rischio Infettivo) e dell'Azienda è stata focalizzata sulla nuova emergenza degli Enterobatteri carbamenasi resistenti/intermedi. Per la loro gestione è stata preparata una specifica istruzione operativa, integrativa di quella sulla "Sorveglianza, gestione e controllo alert organism ed eventi epidemici" che prevede che quando si riscontra la presenza di un microrganismo multifarmaco-resistente (alert organism) è previsto l'utilizzo delle precauzioni da contatto in aggiunta alle precauzioni standard. Inoltre, visto il notevole pericolo per la sanità pubblica, per la gestione dei pazienti colonizzati/infetti con enterobatteri produttori di carbapenemasi CRE/CIE, ci sono misure irrinunciabili per la prevenzione e controllo della trasmissione, raggruppate in tre macrocategorie di interventi:

- policy aziendale;
- misure organizzative;
- misure assistenziali.

Infezioni correlate all'assistenza

Il Comitato per il Controllo delle Infezioni nel corso del 2011 ha affrontato, insieme con Referenti di U.O., Medici e Assistenziali per la gestione del rischio infettivo, il tema della gestione degli Alert Organism e in particolare degli Enterobatteri CER/CIE.

E' attivo in Azienda in maniera permanente il Gruppo Operativo CCIOS, affiancato da specifici Gruppi Operativi di Progetto (team sepsi, gruppo antimicrobici, gruppo water safety Plan,...).

Gli obiettivi aziendali sono definiti in base agli obiettivi regionali, alla presenza di situazioni aziendali emergenti, alla partecipazione a specifici progetti di miglioramento e di eccellenza.

Gli obiettivi relativi all'area gestione del rischio infettivo, sono definiti già dal 2008 e sono parte integrante del Piano-Programma sicurezza e gestione del rischio 2008-2010 e 2011.

In Azienda vengono negli anni ripetute indagini di prevalenza I.C.A. ((infezioni correlate all'assistenza) Queste indagini vengono applicate a:

- Aree di degenza ordinaria per acuti e LP Ortogeriatrica
- Aree di degenza ordinaria riabilitazione (UMR e UGC), escluse le funzioni di DH - DS
- Tutti i pazienti ricoverati in ciascun reparto il giorno dell'indagine, esclusi i pazienti in dimissione.

L'indagine viene svolta attraverso una visita (investigazione) dei pazienti ricoverati in un unico giorno per ogni area di degenza e i dati rilevati attraverso l'esame della documentazione sanitaria e il colloquio con il per-

sonale di degenza (medico e infermiere).

Per effettuare la rilevazione vengono utilizzate due distinte schede per i pazienti acuti e per quelli in riabilitazione e due manuali di istruzione.

La scheda per acuti comprende 6 sezioni:

- Caratteristiche del paziente;
- Rischio di base;
- Intervento chirurgico;
- Altre procedure (giorno dell'indagine);
- I.C.A. (giorno dell'indagine);
- Antimicrobici (giorno dell'indagine);

Figura 3. 14 - Serie storica dei dati di prevalenza I.C.A.

Distribuzione % delle I.C.A. per Area omogenea di analisi (ACUTI):

	1983	1992	1993	1996	1997	1998	1999	2001	2008	2010	2011
TOTALE	12,7	6,7	9,3	8,4	11,5	9,6	5,1	9,4	8,0	9,4	10,2
Area Medica	11,7	6,8	9,2	7,0	11,2	9,1	3,3	-	8,8	9,2	10,8
Area Chirurgica	8,4	5,7	6,9	7,1	10,3	5,9	3,9	5,2	5,9	9,4	7,3
Area Intensiva	29,6	19,3	25,0	44,0	26,3	40,0	37,0	34,5	10,3	12,5	22,7

Fonte aziendale

Figura 3. 15 - Distribuzione percentuale delle I.C.A. per sede(Acuti)

	1992	1993	1996	1997	1998	1999	2001	2008	2010	2011
POPOLAZIONE ESAMINATA	811	744	665	523	448	564	202	489	501	479
TRATTO URINARIO	1.9	1.7	1.5	1.9	1.3	1.1	-	1.8	3.0	2.3
POLMONITE	1.3	2.4	1.1	1.7	3.0	1.8	3.4	1.8	2.2	1.7
BASSO TRATTO RESPIRATORIO	1.1	1.3	1.8	1.7	0.4	-	-	-	0.6	2.7
SANGUE (BATTERIEMIE, INF. CVC-CORRELATE)	0.2	0.7	0.3	0.5	0.4	0.5	0.5	1.0	0.6	0.8
SITO CHIRURGICO	0.7	1.1	1.4	1.5	0.7	0.7	1.0	0.6	0.4	0.6
TRATTO GASTROINTESTINALE	0.2	0.7	0.5	1.5	1.1	0.7	2.0	0.8	0.4	0.8
ALTRA LOCALIZZAZIONE	1.3	1.1	1.7	2.7	2.7	0.3	2.0	2.0	2.2	1.3
TOTALE	6.7	9.3	8.4	11.5	9.6	5.1	9.4	8.0	9.4	10.2

Fonte aziendale

La scheda per i pazienti in riabilitazione comprende 5 sezioni:

- Caratteristiche del paziente;
- Rischio di base;
- Procedure;
- I.C.A. (giorno dell'indagine);
- Antimicrobici (giorno dell'indagine).

Figura 3. 16 - Distribuzione percentuale delle I.C.A. per sede(Acuti)

	2008	2010	2011
POPOLAZIONE ESAMINATA	79	77	76
POLMONITE	1,3	3,9	5,3
TRATTO URINARIO	6,4	5,2	3,9
SANGUE (BATTERIEMIE, INF. CVC-CORRELATE)	-	-	-
SITO CHIRURGICO	1,3	1,3	1,3
CUTE E TESSUTI MOLLI	1,2	1,3	1,3
APPARATO RIPRODUTTIVO	1,2	-	-
OCCHIO, ORECCHIO, NASO, GOLA, CAVITÀ ORALE	2,4	1,3	-
TOTALE	11,4	13,0	11,8

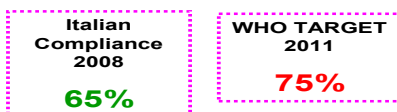
Fonte aziendale

Igiene delle mani

In Azienda è partita nel 2006 la campagna “Non lavartene le mani”, che ha partire dal 2009, nell’ambito del progetto dell’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) “Save lives: clean your hands!” prevede attraverso un piano di azione quinquennale l’implementazione scale-up in tutte le unità operative dell’azienda e l’avvio dell’attività di audit (indagine di follow-up) mirata a rilevare l’adesione all’igiene delle mani.

Figura 3. 16 - Compliance igiene delle mani

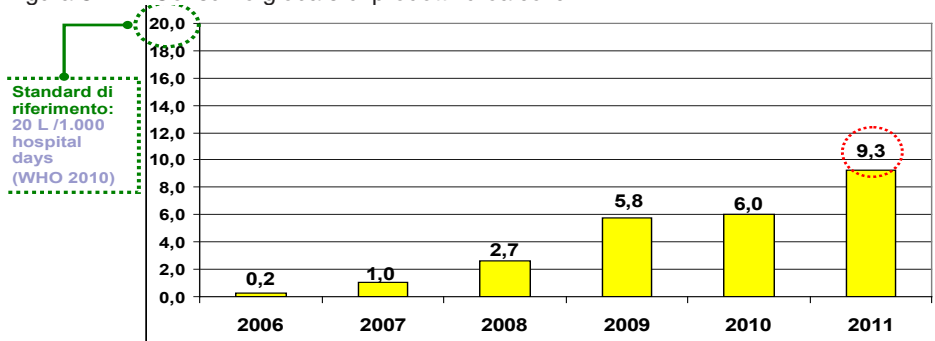
Criteria	Acute care units 2009-2010	Acute care units 2011	Rehabilitation care units 2011
Compliance	53% Range: 27 – 80	73% Range: 59 – 88	32% Range: 29-36



Fonte aziendale

La compliance all’igiene delle mani (frizione+lavaggio) nelle UU.OO. per acuti osservate nel 2011 ha quasi raggiunto lo standard OMS del 75%. Questa rappresenta la terza osservazione annuale relativa al Progetto Aziendale. Nelle 2 UU.OO. di Riabilitazione, collocato nello Stabilimento ospedaliero N.S.Giorgio, questa ha rappresentato la prima osservazione. Come ben evidenziato dalle LG OMS 2009, nonostante i numerosi interventi formativi effettuati negli anni, solo la costante attenzione all’interno delle UU.OO. e la correzione immediata con “osservazioni dialogate” sul campo delle azioni non eseguite correttamente per momento (i 5 momenti fondamentali per l’igiene delle mani OMS), ma anche per tecnica e tempo di esecuzione, riesce ad incrementare la compliance all’igiene delle mani.

Figura 3. 17 - Consumo globale di prodotti idroalcolici



Fonte aziendale

Il progetto è iniziato nel 2007 con la costituzione del team sepsi aziendale di cui fanno parte 25 componenti. Successivamente si è proceduto all'analisi dei dati contenuti nella SDO e la suddivisione delle UU.OO. per aree omogenee (area emergenza, area intensiva, area delle medicine generali, area delle medicine specialistiche, area delle chirurgie, generali e specialistiche, area pediatrica). Dal 2011, è stata sospesa l'attività di formazione specifica; il tema è stato inserito in tutti i corsi di formazione aziendali e incontri quale parte integrante della gestione complessiva del rischio infettivo. Inoltre, il progetto viene mantenuto attraverso:

- la sorveglianza dei dati delle Schedi di dimissione ospedaliera, calcolando il trend di prevalenza annuale dei casi di sepsi e la mortalità per sepsi;
- il confronto con altre aziende della Regione;
- interventi ad ad hoc su aree assistenziali/gruppi di pazienti "critici", come ad esempio in ematologia e nei pazienti con Hiv/Aids ricoverati in malattie infettive, dove viene sorvegliata l'annuale incidenza.

Gestione dei sinistri e contenziosi

La capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, analizzare e gestire le conseguenze di eventi avversi/ indesiderati rappresenta un elemento di credibilità e affidabilità nei confronti dei pazienti e della comunità di riferimento.

In particolare, la capacità di gestire correttamente gli eventuali danni subiti (o percepiti) dai pazienti ha rilevanza etica, clinica ed economica. Una componente importante di questa capacità consiste nella sistematica registrazione delle informazioni relative ai sinistri. In Emilia-Romagna queste informazioni vengono raccolte e periodicamente analizzate, a livello regionale, in un database dedicato, presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale. La casistica inserita in questa banca dati viene inoltre utilizzata per assolvere al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale.

La capacità dell'Azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel database regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso due semplici indicatori:

1. % di missing (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale;
2. % di procedimenti ancora aperti rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

Nell'ambito del progetto SIMES è stato nominato il referente aziendale ES ed è stata emessa specifica procedura aziendale "Gestione degli Eventi Clinici Maggiori - Eventi Sentinella" e la "scheda di segnalazione ES", nella quale è definito il percorso di gestione dell'evento clinico maggiore e, in caso di accertamento che si tratti di evento sentinella, di segnalazione dell'evento e di analisi con RCA (root cause analysis).

L'immissione dai dati da parte della nostra azienda è relativamente recente (dopo il superamento di difficoltà organizzative di processo intra-aziendali), per cui il livello quantitativo di informazione raggiunto rende difficile un commento sugli esiti documentati. L'attività di rendicontazione si sta articolando in modo migliore in relazione allo sviluppo di reti organizzative tra gli attori coinvolti.

Tabella 3.1 - Percentuale di valori missing relativi alle variabili: danno lamentato, tipo prestazione, anno di nascita, codice ministeriale*. Anni 2009-2011.

	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num. **	Den.***	Valore %	
AOU Ferrara	55	444	12,4	111
TOTALE REGIONE	1.392	18.220	7,6	4.555

Fonte regionale

* Nell'applicativo regionale queste variabili sono necessarie per la chiusura del sinistro. Tuttavia le stesse informazioni sono vincolanti per l'aggiornamento del flusso ministeriale Simes; di conseguenza le Aziende sono tenute a registrarle a partire dall'apertura del sinistro.

** Num.: numero di variabili di interesse non compilate nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione.

*** Den.: numero totale di variabili di interesse da compilare nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione. Questo numero si ottiene moltiplicando il numero delle variabili di interesse (pari a 4 per ciascun sinistro) per il numero totale dei sinistri osservati nel triennio.

Tabella 3.2 - Percentuale di sinistri eligibili per la chiusura ma non ancora chiusi. Anni 2009-2011

	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num. *	Den.**	Valore %	
AOU Ferrara	0	23	0,0	111
TOTALE REGIONE	46	996	4,6	4.555

Fonte regionale

*Num.: numero di procedimenti non formalmente chiusi (ovvero quelli per cui non sono compilate le variabili “data chiusura pratica” ed “esito definizione”) nell’anno osservato, pur essendo eligibili per la chiusura.

**Den.: numero di sinistri chiusi atteso. Questo numero si ottiene dalla somma tra i sinistri formalmente chiusi e quelli che, pur essendo eligibili per la chiusura, sono ancora formalmente aperti.

Sicurezza in sala operatoria

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

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

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

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

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

1. % di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l’utilizzo della checklist SOS.net

Tabella 3.3 - Percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l’utilizzo della checklist SOS.net. Anno 2011.

INDICATORE		
Num. *	Den.**	Valore %
4.258	13.691	31,1

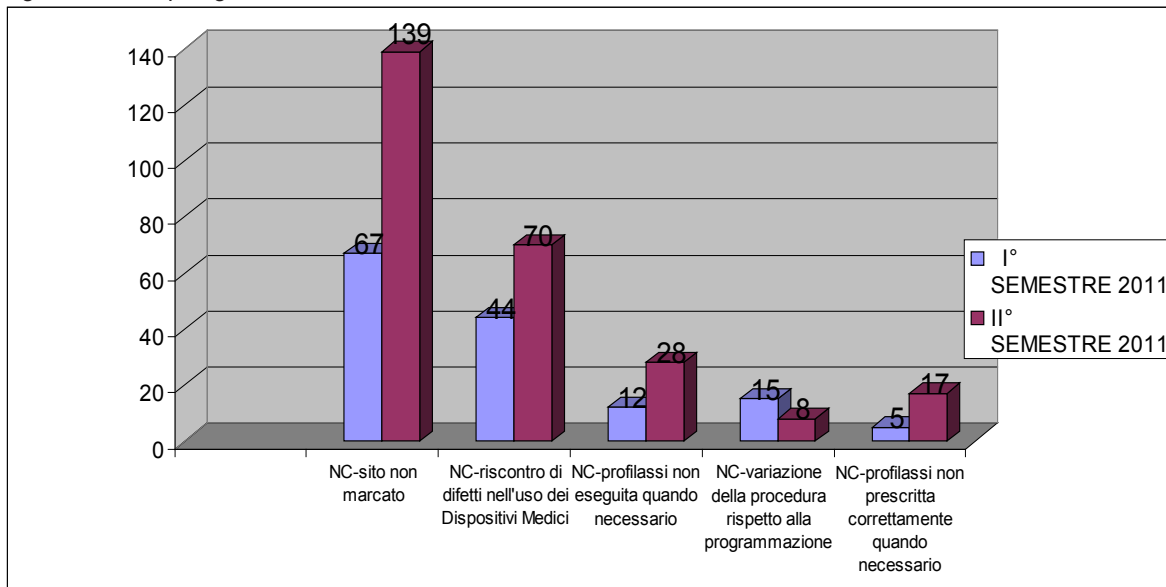
Fonte regionale

*Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nell’anno 2011. Questo numero è stato ottenuto dal database SOS.net (la gestione dell’archivio è affidata al Policlinico di Modena, mentre le elaborazioni dei dati sono il risultato della collaborazione tra Agenzia Sanitaria e Sociale e lo stesso Policlinico). Sono incluse nel numeratore diverse tipologie di interventi (ricovero programmato, ricovero in emergenza, day surgery, chirurgia ambulatoriale) che l’attuale versione della checklist non consente di distinguere.

**Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell’anno 2011. Questo numero è stato ottenuto dall’archivio regionale delle SDO, operando una selezione dei ricoveri con dimissione da reparti appartenenti a una disciplina “chirurgica” (Cardiologia pediatrica, Cardiologia; Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Oculistica; Odontoiatria e stomatologia; Ortopedia e traumatologia; Ostetrica e ginecologia; Otorinolaringoiatria, Urologia, Grandi ustionati pediatrici, Grandi ustionati; Nefrologia; Dermatologia, Neurochirurgia pediatrica, Urologia pediatrica, Day surgery); sono quindi esclusi dal calcolo del denominatore eventuali ricoveri con DRG chirurgico riconducibili ad altre discipline. Il criterio adottato consente di escludere i ricoveri in cui il DRG chirurgico è associato a una procedura interventistica (come ad es.: angioplastica, ...). Questa scelta comporta tuttavia un rischio di sottostima (ad esempio nei casi in cui un paziente sottoposto a intervento chirurgico venga trasferito e dimesso da discipline mediche). Inoltre, esiste un ulteriore rischio di sottostima dovuto alla non inclusione delle procedure chirurgiche ambulatoriali (incluse invece, anche se in proporzione non nota, nel numeratore). I problemi espressi

sono del tutto accettabili in una fase pilota; verranno affrontati e superati nelle successive fasi del progetto.

Figura 3. 18 - Tipologie di non conformità



Fonte aziendale

Prevenzione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e farmacovigilanza

L'obiettivo posto dalla Regione per il 2011 prevede di attivare nelle aziende sanitarie progetti di farmacovigilanza in particolare in RSA, pediatria ospedaliera, oncologia, pronto soccorso, pazienti politrattati.

La sicurezza nell'uso dei farmaci e dispositivi medici costituisce uno dei principali obiettivi del Dipartimento Farmaceutico dell'azienda ed anche l'attività di Farmacovigilanza (FV) viene svolta in un'ottica provinciale attraverso il Coordinamento Interaziendale di FV. L'importanza crescente attribuita a quest'aspetto del governo clinico ha portato a sviluppare una serie di azioni ed iniziative da parte del Dipartimento Farmaceutico nei confronti dei sanitari, in modo da far acquisire maggiore coscienza del significato e dell'importanza che ogni segnalazione riveste nell'ambito della valutazione del profilo di sicurezza di un farmaco e stimolarne l'interesse quali:

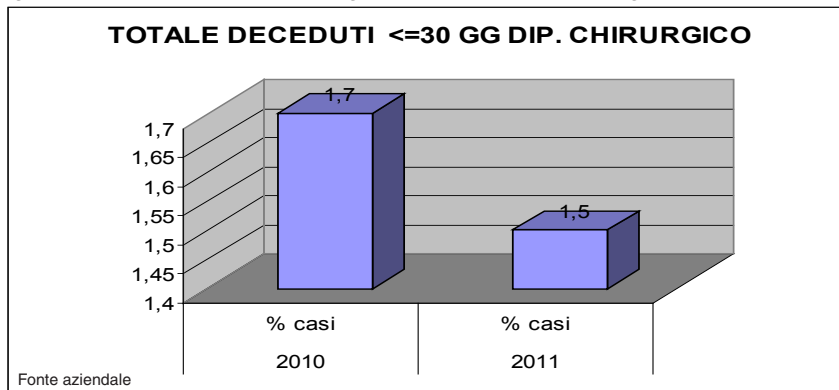
- diffusione, attraverso le mailing list di FV ed i siti Web aziendali, delle note informative sulla sicurezza dei farmaci di AIFA ed EMA nonché degli aggiornamenti normativi in materia di FV ed un bollettino periodico ed altre iniziative di formazione ed informazione;
- produzione di un libretto annuale sulle ADR segnalate nella provincia di Ferrara inviato a tutti i Medici (MMG, PLS, Ospedalieri e Medici dei Servizi Territoriali), farmacisti ed infermieri;
- elaborazione ed invio ad ogni segnalatore di un'informazione di ritorno commentata (feed-back) corredata di note bibliografiche, atta a stimolarne ulteriormente il coinvolgimento;
- attività di formazione ai MMG, specialisti geriatri e pediatri, farmacisti.

Nello specifico nel corso del 2011 sono stati attivati sia un progetto di farmacovigilanza attiva in Pronto Soccorso aderendo al progetto MEREAFaPS della regione Lombardia, che un progetto di rilevazione per la valutazione preventiva delle interazioni tra le terapie prescritte alla dimissione e le terapie domiciliari del paziente. Inoltre, in fase di erogazione Diretta Farmaci, vengono rilevate le interazioni tra farmaci e, per quelle più rilevanti, si prende contatto con il prescrittore per un'eventuale variazione. Vengono anche inviati alle UUOO reports periodici sulle interazioni presenti nelle loro prescrizioni.

In collaborazione con la RER sono state svolte le attività propedeutiche all'attivazione nel 2012 dei progetti di FV attiva in Pediatria Ospedaliera, Oncologia, Malattie Infettive per HIV e in Pronto Soccorso per il quale la Farmacia della nostra Azienda è il Centro Coordinatore regionale del progetto, avendo tra l'altro già realizzato una parte nel 2010.

In Azienda vengono inoltre implementate le procedure relative alla gestione del rischio in area farmaceutica. L'utilizzo dei farmaci potenzialmente innovativi è soggetto a costante verifica ed in particolare, per quanto riguarda i farmaci soggetti a registro AIFA, non si procede alla fornitura e quindi all'utilizzo se la prescrizione non rientra nei criteri di eleggibilità stabiliti dall'AIFA. Inoltre ai fini dell'applicazione del payment by results, viene puntualmen-

Figura 3. 19 - Mortalità entro i 30 giorni dall'intervento chirurgico



te monitorata per singolo paziente la corretta compilazione di tutte le schede dei farmaci soggetti a tale modalità prescrittiva ed in particolare di quelle di fine trattamento, che ne consentono il rimborso, che infatti è già stato ottenuto da alcune Ditte. A tale proposito si evidenzia che nel 2011 (dato aggiornato a Novembre) si è ricevuto un rimborso di circa 60.000 da parte delle Industrie Farmaceutiche per terapie endovenose ed orali prescritte da parte dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda l'attività sul rischio clinico in ambito farmacologico, la specifica procedura aziendale, che già nel 2009 era stata revisionata sulla base della raccomandazione MinSal n.7 (farmaci ad alto livello di attenzione), è stata aggiornata sulla base della revisione n° 2 della procedura RER, includendo anche la raccomandazione sulla ricognizione e la raccomandazione MinSal n.12 (farmaci LASA). A questo proposito, all'interno della Farmacia sono state adottate inoltre misure per lo stoccaggio in sicurezza dei farmaci LASA, con separazione dei prodotti potenzialmente confondibili ed evidenziazione con alert visivi. E' stata inoltre pubblicata sui siti aziendali la seconda edizione del manuale per la ricostituzione/diluizione di alcuni farmaci iniettabili, contenente anche informazioni su stabilità, compatibilità, interazioni e dispositivi di somministrazione, quale strumento di consultazione per l'allestimento in sicurezza delle terapie infusionali.

Uso appropriato antibiotici

Il Gruppo Antimicrobici dell'Azienda, coordinato dal Direttore della U.O. di Malattie Infettive, è composto da un Infettivologo del Programma di Malattie Infettive Tropicali e del Migrante, da un Farmacista, da un Microbiologo, da un Farmacologo Clinico e dal Responsabile della Struttura di Igiene Ospedaliera. Nel corso del novembre 2010, il Gruppo Antimicrobici ha partecipato all'esecuzione dell'Analisi delle politiche di uso degli antimicrobici negli ospedali dell'Emilia-Romagna (documento pubblicato nel 2012); l'indagine è stata condotta tramite l'invio a tutte le 17 aziende sanitarie

di uno specifico questionario.

Nel corso del 2011, grazie anche alle indicazioni contenute nel questionario regionale:

- ha realizzato un audit sull'utilizzo degli antibiotici in profilassi chirurgica nella chirurgia maggiore del colon, su di un campione rappresentativo di cartelle cliniche del 2010;
- ha revisionato il documento aziendale di antibiotico profilassi peri-operatoria, coinvolgendo un l'anestesista di riferimento e un chirurgo (Referente per la gestione del rischio infettivo) di ciascuna U.O. aziendale; il documento, in bozza, è in corso di presentazione e discussione con tutti gli operatori, medici e infermieri di degenza e di Blocco Operatorio e gli anestesisti per la validazione finale;
- ha continuato l'attività di analisi del consumo degli antibiotici ad alto costo, fornendo raccomandazioni sul loro corretto utilizzo.

Nel corso del 2011 è stata inoltre avviata l'attività degli infettivologi di Antimicrobial Stewardship in maniera sistematica e strutturata nello Stabilimento ospedaliero di Riabilitazione "Nuovo S.Giorgio", ove ad es. nel 2011 si è registrato oltre il 60% dei pazienti colonizzati/infetti con alert organism (in particolare enterobatteri CER/CIE) e in tutte le UU.OO. operative con rilievo di paziente colonizzato/infetto con eterobatteri CRE/CIE.

Monitoraggio dei dispositivi medici

Per il 2011 l'obiettivo regionale prevede di garantire procedure di verifica sul corretto utilizzo dei dispositivi medici, migliorando l'informazione agli operatori.

In ottemperanza alla DGR 1523 del 29/09/08, nella Provincia di Ferrara è stata istituita nel 2009 un'unica Commissione Provinciale dei dispositivi medici (DM). Questa Commissione ha definito ed approvato il proprio regolamento di funzionamento, ha recepito i documenti di indirizzo elaborati a livello Regionale ed ha istituito il repertorio locale. Si avvale di un Gruppo di Coordinamento Tecnico e Scientifico che si è riunito nel corso del 2011 ed ha valutato, con rispettive

istruttorie, 9 nuovi Dispositivi Medici. Le attività svolte nel 2011 sono state oggetto di periodiche relazioni strutturate secondo le modalità definite ed inviate dal coordinatore alla CRDM.

Secondo le linee di indirizzo regionale è stata elaborata una Istruzione Operativa per migliorare l'appropriatezza di utilizzo e il monitoraggio del trattamento con terapia a pressione negativa.

Il Servizio di Farmacia ha inoltre sviluppato la Vigilanza dei Dispositivi Medici organizzando incontri di formazione con gli operatori sanitari per aumentare la sensibilizzazione alla segnalazione di incidenti ed ha elaborato una specifica Istruzione Operativa Aziendale.

Il Servizio di Farmacia ha inoltre provveduto ad adeguare il repertorio locale, per i DM di propria competenza, completando le anagrafiche con la classificazione CND e il numero di Repertorio Nazionale del Ministero della Salute (100% CND e 100% N°Repertorio) in sintonia con la normativa del settore, per consentire la rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei DM tramite lo specifico flusso informativo DIME.

3.2.2 Accesso e continuità assistenziale per gli utenti del Centro Disturbi del Comportamento Alimentare.

L'obiettivo posto dalla Regione per il 2011 prevedeva di consolidare l'impegno aziendale nel completamento delle azioni previste per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DGR 602/09).

Il Centro nel 2011 ha svolto la seguente attività: 200 prime visite e circa 3000 interventi ambulatoriali e di consulenza (esclusi gli interventi internistici) e circa 5 ricoveri ordinari. La Struttura è composta da due psicologhe a 12 ore ciascuna settimanali, un dietista a 22 ore settimanali, un internista a 8 ore settimanali e una psichiatra a tempo pieno.

Gli indicatori (miglioramento clinico in pazienti con DTA trattati) mostrano valori molto alti (77%).

3.2.3 Miglioramento della presa in carico di pazienti fragili. La continuità ospedale-territorio

Nel 2011 l'obiettivo regionale è di consolidare il modello di continuità assistenziale ospedale-territorio individuando case manager territoriali e ospedalieri per la dimissione protetta.

In azienda l'attività di gestione dei pazienti fragili viene assicurata attraverso il supporto dell'Ufficio Assistenti Sanitarie della DMP, sia come interfaccia con i Servizi Sociali, le Case di Cura e l'AUSL, sia come supporto fondamentale all'attività dell'Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera, finalizzata alla valutazione dei pa-

zienti con problemi di dimissibilità per ADI, LPA e RSA. Tale unità è costituita da un Geriatra dell'Azienda, da una Assistente Sanitaria della Direzione Medica di Presidio e da un Infermiere del Servizio Assistenza Domiciliare dell'Azienda USL.

La presenza di tale professionalità (Case-manager) è stata inserita nell'equipe di Valutazione Geriatrica Ospedaliera già nell'anno 2006. Per i casi in cui è prevista l'attivazione dell'ADI, l'Infermiere del Servizio Assistenza Domiciliare programma con il Coordinatore Infermieristico del reparto di degenza ed il Medico ospedaliero un incontro con i familiari per fornire le informazioni relative al supporto di cui il paziente ed i familiari potranno avvalersi dopo la dimissione, favorisce i percorsi per la fornitura di eventuali ausili di cui il paziente necessita e, se necessario, favorisce il contatto fra Medico ospedaliero e Medico di Medicina Generale. Nei periodi di assenza dal servizio dell'Infermiere del Servizio Assistenza Domiciliare, le sue funzioni vengono svolte dalle Assistenti Sanitarie della Direzione Medica di Presidio.

L'equipe, sulla base della valutazione effettuata, può confermare l'idoneità del paziente al proseguimento dell'assistenza in ADI o con altre modalità (LPA, RSA o altro).

Nel corso dell'anno 2011 sono pervenute, dalle Unità Operative, richieste di valutazione di 1747 pazienti; si è registrato quindi un incremento rispetto all'anno precedente, sia del numero delle richieste, sia del numero di pazienti ammessi alle varie modalità di proseguimento delle cure dopo il ricovero ospedaliero.

Di tali pazienti, 1337 sono stati valutati per trasferimento in strutture di LPA, 410 per il proseguimento delle cure in ADI. In particolare risultano nettamente aumentate, rispetto agli anni precedenti, le richieste di continuità assistenziale in ADI.

Le richieste di dimissione in ADI risultano provenire da oltre venti Unità Operative dell'Azienda, sia di ambito medico, che chirurgico, che specialistico.

3.2.4 Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti e della diffusione del fascicolo sanitario elettronico dell'assistito

L'obiettivo regionale è di ampliare l'implementazione della rete SOLE (scambio di informazioni sugli assistiti tra i professionisti e le strutture del SSR) con incremento del numero di documenti clinici scambiati.

Nel corso del 2011 in provincia di Ferrara la trasmissione di volumi di documenti sanitari per via telematica da e verso i MMG/PLS per il tramite del sistema regionale SOLE, è significativamente aumentata. Tale crescita si è avuta per effetto dell'attivazione di nuovi servizi

e della nuova modalità di gestione centralizzata del consenso, che prevede la trasmissione in SOLE dei referti indipendentemente dal tipo di richiesta SOLE/non SOLE di partenza.

In particolare si segnalano i volumi dei referti di specialistica ambulatoriale, che si attestano rispettivamente a circa 157.500 referti trasmessi da parte Azienda Usl con un incremento del 415% rispetto al 2010 e a 61.866 referti trasmessi da parte Azienda Ospedaliera, ricordando che per quest'ultima il servizio è stato attivato nel corso dell'anno.

Per quanto riguarda invece la trasmissione di referti di laboratorio analisi e di radiologia a livello provinciale (Ausl + Azienda Ospedaliera) si è registrato un incremento rispettivamente del 42 % per il laboratorio analisi, che è passato da circa 172.000 referti trasmessi nel 2010 a 234.000 trasmessi nel 2011, e del 101% per la radiologia, che è passata da circa 38.000 referti trasmessi nel 2010 a 77.000 trasmessi nel 2011. Si segnala, che considerando i volumi complessivamente prodotti dalle due aziende, si tratta di valori in linea con la media AVEC e con gli obiettivi regionali.

Vengono inoltre trasmessi a SOLE i referti di Pronto Soccorso i cui volumi nel corso del 2011 sono cresciuti del 124% a livello provinciale, passando da circa 44.000 referti trasmessi nel 2010 a 98.000 referti trasmessi nel 2011; anche in questo caso si tratta di valori in linea con la media AVEC e con gli obiettivi regionali. Infine si segnala, che con la rete di SOLE vengono trasmessi ai medici MMG/PLS anche le notifiche di ricovero e di dimissione dai reparti ospedalieri.

Come da indicazioni regionali, è stata fornita l'assistenza necessaria alla configurazione delle postazioni di attivazione delle carte CNS per i dipendenti dell'Azienda. In questa fase, anche sulla spinta dell'amministrazione regionale, i dipendenti delle aziende sanitarie hanno attivato il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico.

3.2.5 Rete delle farmacie oncologiche

L'obiettivo regionale per il 2011 è di ottimizzare l'allestimento dei farmaci antitumorali con standardizzazione delle tecniche, centralizzazione delle attività di laboratorio e adozione di strumenti informatici condivisi.

In Azienda Ospedaliera è già realizzato ed attivo dal 2002 il laboratorio centralizzato di produzione Antitumorali (UFA) che opera nell'ambito dell'U.O. Laboratorio di Produzione Galenica del Servizio di Farmacia. Tra i farmaci chemioterapici, gli anticorpi monoclonali e gli inibitori delle tirosin-kinasi sono già allestiti per drug-day, al fine del contenimento degli sprechi. E' in corso di valutazione delle Direzioni Aziendali, il progetto di centralizzazione della prescrizione e produzione a li-

vello provinciale, comprendendo anche le terapie oncologiche degli Ospedali dell'Azienda USL, stilato in stretta collaborazione con l'Oncologia Clinica dell'Azienda Ospedaliera e le competenti UU.OO. dell'azienda USL.

A tale scopo si evidenzia che il nuovo sistema informatico, Log80, specifico per l'ambito onco-ematologico ed unico tra le due Aziende sanitarie di Ferrara, è già stato implementato in tutta l'Azienda ospedaliera, dove è utilizzato in tutte le funzionalità presenti nella versione caricata a sistema. E' stato implementato anche nelle Oncologie dell'Azienda USL, consentendo in quest'ultimo caso tutte le valutazioni necessarie per l'organizzazione della produzione centralizzata e la consegna delle terapie nel bacino di utenza provinciale. La tempistica ha visto fino ad ora degli slittamenti determinati da difficoltà funzionali-organizzative.

Anche nel 2011 la nostra Azienda ha partecipato al progetto regionale di ricerca riguardante la stabilità dei farmaci oncologici di elevato impatto economico ai fini della razionalizzazione dei costi, contribuendo alla stesura di specifiche procedure per la gestione di questi farmaci.

Si è collaborato inoltre con il gruppo ROFO (rete oncologica Farmacie ospedaliere) per la creazione, con il contributo di alcuni clinici e responsabili di servizi informatici, del minimum data set per l'oncologia all'interno del programma Log80, che consenta la gestione complessiva delle terapie oncologiche nei diversi momenti della prescrizione, allestimento e somministrazione, così come la raccolta di dati sulle terapie effettuate e sugli esiti. Tale funzionalità è già stata presentata ai clinici e sarà implementata nella nostra Azienda, come previsto dal ROFO, nella primavera 2012.

3.2.6 Appropriatelyzza d'uso dei farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio

Per il 2011 l'obiettivo regionale è di monitorare, individuare, condividere e assegnare ai professionisti obiettivi misurabili, e di applicare modalità di monitoraggio, riconducendo gli usi entro i parametri delle Linee guida terapeutiche per onco-ematologia, reumatologia (artrite reumatoide), oculistica (trattamento della DMLE), dermatologia (psoriasi a placche) epatologia (antivirali nella epatite B, pediatria/endocrinologia (ormone della crescita), neurologia (sclerosi multipla).

Già a partire dall'anno 2010 tutte le Linee-Guida (LLGG) e Raccomandazioni prodotte dai gruppi di lavoro multidisciplinari RER vengono presentate e discusse in varie sedute della Commissione Provinciale del farmaco (CPF) e diffuse attraverso l'invio delle stesse ai Direttori di UU.OO. coinvolti che, a loro volta, diffondono attraverso specifici momenti ai clinici della

loro equipe.

Sempre al fine di perseguire un uso appropriato dei farmaci si è posta particolare attenzione ai farmaci potenzialmente innovativi in particolare nei confronti di farmaci antineoplastici, immunomodulatori, antiretrovirali, ematologici, biologici, stabilendo, tra l'altro, per ogni Unità Operativa e Dipartimento obiettivi specifici per tali farmaci.

Tali obiettivi vengono monitorati mensilmente con invio di specifiche reportistiche che per ogni farmaco ad alto costo evidenziano i trattamenti effettuati e la spesa sostenuta ai fini della verifica da parte dei direttori di UUOO della adesione agli obiettivi condivisi.

Si è provveduto anche alla verifica dell'applicazione di alcune raccomandazioni attraverso audit multidisciplinari ed alla pianificazione delle prossime attività di verifica, tenendo conto delle nuove raccomandazioni regionali implementate nel corso degli ultimi mesi del 2011.

Nel corso dell'anno è proseguita inoltre l'importante attività di una specifica Commissione Interaziendale, istituita nel 2008, coordinata da esperti esterni ("super partes") di health technology assessment ed EBM (Gruppo Italiano della Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE) che, dopo condivisione con i clinici dei criteri di utilizzo delle molecole innovative di elevato costo sulla base delle indicazioni AIFA, GREFO e CRF, sta realizzando, monitoraggi specifici su un campione significativo dei trattamenti effettuati con le molecole oggetto dei maggiori incrementi di utilizzo per verificare la congruenza sia in Azienda Ospedaliera che in Azienda USL di Ferrara.

Le molecole sottoposte a monitoraggio nel 2011 sono state: Cetuximab e Bevacizumab per il trattamento del Ca Colon-Retto e Bevacizumab per il trattamento del Ca mammella, sulle cartelle cliniche di pz dell'Azienda USL di Ferrara; Natalizumab, sulla base del documento Regionale per il trattamento della Sclerosi Multipla di pz afferenti all'Azienda Ospedaliera.

In Azienda Ospedaliera sono state analizzate 16 cartelle cliniche di pz trattati con Natalizumab, con una % di appropriatezza corrispondente al 100%, rispetto agli indicatori individuati nel Percorso Regionale di Diagnosi e Terapia della Sclerosi Multipla.

3.2.7 Prescrizione dei farmaci con brevetto scaduto

La Regione ha previsto per il 2011 un aumento del 10% dell'uso delle DDD a brevetto scaduto, tramite l'informazione ai cittadini e la formazione dei medici. L'incremento della prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto è da anni alla base degli obiettivi assegnati sia alla Medicina Generale che agli specialisti ospedalie-

ri. La prescrizione dei medicinali con brevetto scaduto costituisce uno strumento qualificante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale.

La promozione dei medicinali equivalenti è sempre stato un obiettivo aziendale, anche in un'ottica dipartimentale interaziendale, convinti che solo attraverso una politica Ospedale-Territorio sulle prescrizioni degli specialisti e dei MMG, si potesse realizzare un obiettivo strategico così trasversale.

Nel corso degli anni sono state inviate e diffuse capillarmente, in ottemperanza a specifiche indicazioni della RER, gli aggiornamenti sulle nuove molecole "genericate" e raccomandazioni della CPF circa la prescrizione del farmaco equivalente nell'ambito della stessa categoria terapeutica. Vengono elaborate tabelle costo-terapia per classi omogenee di farmaci ad elevato impatto prescrittivo in cui sia presente almeno un farmaco a brevetto scaduto. Le stesse, costantemente riviste ed aggiornate, vengono diffuse ai prescrittori tramite i siti aziendali del Dipartimento Farmaceutico e della Medicina Generale, nonché presentate in specifici incontri formativi. In particolare la revisione di giugno 2011 ha interessato i seguenti farmaci: ace-inibitori, sartani, statine, anti-ulcera, antidepressivi, farmaci per la terapia dell'osteoporosi. Inoltre viene effettuata rivalutazione da parte della Commissione Terapeutica Provinciale di un'intera classe terapeutica all'uscita sul mercato di un farmaco equivalente (generico) appartenente alla stessa al fine di favorire l'impiego del generico.

In particolare si è cercato di implementare la prescrizione di farmaci equivalenti in tutti gli ambiti di interfaccia con il territorio, ponendo particolare attenzione alla formulazione della lettera di dimissione da ricovero e da visita specialistica ambulatoriale individuando specifici obiettivi di budget per le UUOO coinvolte.

Per l'anno 2011, gli obiettivi assegnati agli specialisti dell'Azienda hanno riguardato le categorie critiche della Farmaceutica Convenzionata individuate dalla RER, applicabili al contesto ospedaliero: appropriata prescrizione PPI, aumento prescrizione Ace Inibitori sulla categoria Ace/Sartani, riduzione prescrizione Sartani, aumento prescrizione Losartan generico, prescrizione Statine generiche.

Ferrara è tra le ASL con la maggiore percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto a livello regionale, superata dalla sola ASL di Parma. A Novembre 2011 la % di prescrizione è stata superiore di 1 punto % vs media RER.

3.2.8 Monitoraggio dei dispositivi medici

Per il 2011 l'obiettivo regionale prevede di garantire procedure di verifica sul corretto utilizzo dei dispositivi

medici, migliorando l'informazione agli operatori.

In ottemperanza alla DGR 1523 del 29/09/08, nella Provincia di Ferrara è stata istituita nel 2009 un'unica Commissione Provinciale dei dispositivi medici (DM). Questa Commissione ha definito ed approvato il proprio regolamento di funzionamento, ha recepito i documenti di indirizzo elaborati a livello Regionale ed ha istituito il repertorio locale. Si avvale di un Gruppo di Coordinamento Tecnico e Scientifico che si è riunito nel corso del 2011 ed ha valutato, con rispettive istruttorie, 9 nuovi Dispositivi Medici. Le attività svolte nel 2011 sono state oggetto di periodiche relazioni strutturate secondo le modalità definite ed inviate dal coordinatore alla CRDM.

Secondo le linee di indirizzo regionale è stata elaborata una Istruzione Operativa per migliorare l'appropriatezza di utilizzo e il monitoraggio del trattamento con terapia a pressione negativa.

Il Servizio di Farmacia ha inoltre sviluppato la Vigilanza dei Dispositivi Medici organizzando incontri di formazione con gli operatori sanitari per aumentare la sensibilizzazione alla segnalazione di incidenti ed ha elaborato una specifica Istruzione Operativa Aziendale.

Il Servizio di Farmacia ha inoltre provveduto ad adeguare il repertorio locale, per i DM di propria competenza, completando le anagrafiche con la classificazione CND e il numero di Repertorio Nazionale del Ministero della Salute (100% CND e 100% N°Repertorio) in sintonia con la normativa del settore, per consentire la rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei DM tramite lo specifico flusso informativo DIME.

3.2.9 Mantenimento e sviluppo delle attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

Gli accordi, previsti dal Dlgs. 502/92 e succ. mod e dalla L.R. 29/2004 quale condizione essenziale per l'esercizio di attività a carico del SSR e per la concreta operatività dell'accreditamento, sono obbligatori qualora gli scambi tra Aziende sanitarie siano di entità significativa (superiori a 250.000€). Per le attività di controllo, le Aziende sanitarie, al fine del raggiungimento del limite minimo del 10% dei controlli previsto dal D.L. 112/2008 (art. 79, comma 1 septies), devono attenersi a quanto stabilito da detto atto deliberativo.

Nel corso del 2011 sono stati definiti dei gruppi di lavoro in seno alle Aziende Ospedaliere Universitarie della RER per la valutazione strategica delle proposte di contratto di fornitura provenienti dalle Aziende USL limitrofe (Bologna, Modena, Cesena, Rimini, Ravenna). È stato prodotto un documento in cui vengono descritte tre fasce di patologie:

- patologie per le quali si richiede che non siano soggette a nessun tetto di produzione (es.: le funzioni HUB e di eccellenza);
- patologie per le quali si ammette un tetto di riferimento (es.: tutti i DRG di peso inferiore a 2,5 e maggiore di 1);
- patologie per le quali è previsto un contenimento definito da una percentuale (in primis l'inappropriatezza e i DRG di peso inferiore a 1).

Questo documento è stato inviato in RER e inserito nella bozza delle linee guida di programmazione per il 2012; per il 2011 è stato chiesto dalle Aziende Ospedaliere Universitarie che sia riconosciuta in toto la produzione effettiva dell'anno.

È stato avviato il controllo sulla correttezza e completezza della compilazione della cartella clinica. Le cartelle cliniche sono state selezionate in ogni Unità Operativa in una logica di distribuzione proporzionale del complessivo 5% delle dimissioni da controllare come Azienda. Nel corso dell'anno 2011 sono state controllate circa 1600 cartelle cliniche sia di ricovero ordinario sia di Day Hospital; per ciascuna cartella è stata compilata da parte delle Unità Operative la check list per l'autovalutazione in precedenza definita e formalizzata tramite nota del Direttore Medico di Presidio, ed indirizzata a tutte le Unità Operative con degenza/Day Hospital. Le schede, pervenute in prima istanza all'Ufficio Dimissioni, sono state successivamente valutate da parte della Direzione Medica.

Sono stati effettuati controlli anche sul versante appropriatezza, sulla casistica-SDO e sulla concordanza tra SDO e correttezza della codifica. Questi controlli sono eseguiti all'interno dell'azienda e nell'ambito di una commissione interaziendale per il controllo sanitario. Nel corso del 2011 è stato definito un progetto relativo alle procedure di controllo sulla appropriatezza del ricovero e della compilazione della SDO e sulla concordanza tra il contenuto della cartella clinica e il contenuto della SDO.

3.2.10 Proseguimento dell'implementazione del programma Stroke Care

Nel 2011 la Regione ha posto l'obiettivo di completare la definizione delle reti stroke provinciali, potenziare l'accesso alla terapia trombolitica e partecipare all'audit clinico.

il percorso stroke è stato inserito come obiettivo di budget aziendale assegnato ai dipartimenti di Neuroscienze, Emergenza, Diagnostica per Immagini, Medico. Il traguardo concertato è l'implementazione di un PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) che è stato elaborato e redatto dai DAI in questione. L'U.O. di Neurologia è stata individuata come area de-

dicata alla gestione della fase acuta dell'Ictus ischemico e deputata ad effettuare la Trombolisi precoce. Nella degenza Neurologica è stata rimodulata l'organizzazione e sono stati individuati 12 posti letto dedicati all'Ictus, comprendenti una Stroke Unit con 4 posti letto monitorizzati, con personale formato e addestrato alla gestione del paziente.

Nel 2011 è stato insediato, in ambito provinciale, un gruppo di lavoro interaziendale per il PDTA Ictus, per arrivare alla definizione della rete stroke provinciale.

3.2.11 Proseguimento dell'implementazione dell'organizzazione dell'assistenza alle persone con epilessia.

L'obiettivo regionale per il 2011 prevede il completamento delle reti integrate di servizi, la condivisione del percorso diagnostico terapeutico con il Centro di riferimento regionale per il monitoraggio prolungato delle crisi e per la terapia chirurgica dell'epilessia nelle forme farmaco-resistenti e lo svolgimento delle attività necessarie per gli operatori.

In Azienda è stato effettuato l'inserimento dei percorsi epilessia come obiettivo di budget aziendale assegnato ai Dipartimenti Neuroscienze-Riabilitazione, Emergenza e Riproduzione-Accrescimento.

Benché non formalizzato, all'interno dell'Azienda esiste un percorso strutturato che ha come capofila l'U.O. di Neurologia. Dal 1998 è stato istituito un ambulatorio dedicato alla diagnosi e cura delle epilessie, affidato a neurologi esperti in epilettologia, che ha come obiettivo la presa in carico delle persone con epilessia sia per gli aspetti diagnostici e terapeutici sia per il follow-up clinico.

I medici dell'ambulatorio dedicato delineano e coordinano l'iter diagnostico-strumentale-terapeutico di ciascun paziente avvalendosi di percorsi facilitati con riserva di accessi, la maggior parte dei quali si svolgono all'interno delle UU.OO. del D.A.I. Neuroscienze/Riabilitazione. Inoltre, per alcune specifiche categorie di soggetti con Epilessia, donne e pazienti con tumori cerebrali, sono stati attivati Percorsi Assistenziali Multidisciplinari con l'Ambulatorio Neuro-Oncologico e con l'Ambulatorio delle Gravidanze a Rischio.

Questo percorso dedicato alle donne affette da Epilessia ha ottenuto il riconoscimento del Bollino Rosa da parte dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna.

I Medici Epilettologi dell'U.O. di Neurologia, infatti, hanno un ruolo riconosciuto sia a livello provinciale sia regionale, sono parte attiva del network degli Epilettologi della RER ed operano seguendo le linee guida della Regione e della competente comunità scientifica (LICE).

3.2.12 Diffusione dei modelli organizzativi per la gestione integrata delle patologie croniche

L'azienda intraprende con la USL un rapporto di collaborazione/integrazione nella gestione delle patologie croniche basato su due linee di principio:

- ottimizzazione delle iniziative igienico-preventive sul territorio applicate alla gestione pluridisciplinare delle patologie croniche al fine di ridurre il ricorso alle strutture ospedaliere e favorire l'assistenza o la presa in carico del problema clinico nel contesto territoriale.

- prevenzione delle complicanze.

- prevenzione dei ricoveri definiti "evitabili" poiché conseguenza dell'evoluzione della patologia in senso negativo favorendo la gestione della problematica a regime ospedaliero con la conseguente attivazione di ricoveri per la gestione delle complicanze in espressione di acuzie, e l'incremento della casistica dei ricoveri ripetuti favoriti dalla condizione di fragilità.

- redistribuzione dell'offerta delle prestazioni tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e il territorio. Nel 2011 è stato effettuato l'inserimento della gestione integrata per le patologie croniche nella programmazione del budget aziendale, secondo l'analisi di risparmio di risorse reinvestibili per il potenziamento della attività ad alta complessità e Hub.

La gestione integrata delle patologie e la redistribuzione dell'offerta nel territorio costituiscono uno principi basilari che hanno regolato l'accordo di fornitura di prestazioni fatto con l'azienda USL. Nel rispetto di detto accordo, le linee di programmazione aziendale sono state ben osservate durante l'anno: infatti la produzione per la provincia si è caratterizzata da una significativa riduzione dei ricoveri evitabili, a basso importo e a basso peso DRG (dove si concentra la potenziale inappropriata e la quota di attività gestibile attraverso setting assistenziali alternativi al ricovero ordinario o DH).

3.2.13 Monitoraggio dei pazienti con fratture di femore

La Regione pone l'obiettivo di incrementare la percentuale di interventi chirurgici per la correzione di frattura di femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione (media regionale calcolata per i residenti di età superiore a 65 anni = 44%) e promuovere l'adozione del modello orto-geriatrico.

Per il 2011 il percorso frattura di femore è stato inserito come obiettivo di budget aziendale assegnato al Dipartimento Emergenza. Va sottolineato che la percentuale raggiunta nella nostra Azienda, pur collocandosi ai livelli più bassi rispetto alla media regionale, si è significativamente alzata nel 2010 passando dal

13% al 23%.

Nel corso del 2011 è stato condotto un processo di audit sulla frattura di femore; il percorso è già entrato nella fase di analisi delle criticità organizzative che determinano i valori degli indicatori. Tali criticità hanno caratteristiche proprie specifiche di quest'ospedale, se paragonate a quelle descritte per le stesse procedure di altre Aziende Ospedaliere Universitarie. Dopo quest'analisi puntuale e le relative azioni correttive l'ultima rilevazione fatta ha rivelato un significativo miglioramento del valore dell'indicatore: 45,31% di fratture del femore ridotte entro le 48 ore dall'accettazione dei pazienti, in linea con la media regionale.

3.2.14 Donazione di organi tessuti e cellule e identificazione dei potenziali donatori

L'obiettivo regionale per il 2011 è di incrementare il procurement di organi e tessuti attraverso l'istituzione di un ufficio di coordinamento ospedaliero alle donazioni.

Le principali azioni compiute nel 2011 in quest'ambito sono di seguito sintetizzate:

- La donazione e il prelievo di organi e tessuti si effettua regolarmente nella nostra Azienda ed è monitorato dal Centro Riferimento Trapianti Regionale.
- L'identificazione dei potenziali donatori di organi (morte encefalica) avviene regolarmente nelle U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva da parte del coordinatore locale; appare ancora carente l'identificazione e l'arruolamento di tutti i potenziali donatori di soli tessuti. Per far fronte a questa situazione è stata prevista l'attivazione di un ufficio di coordinamento affidando ad un infermiere, già identificato, l'incarico di gestire i potenziali donatori di tessuti.
- Nella nostra azienda non si effettuano trapianti di organi solidi. Vengono comunque eseguiti trapianti di tessuti: cornea, innesti ossei, innesti cutanei e viene eseguito il trapianto autologo di midollo.
- E' stato elaborato un progetto relativo al programma per la preparazione al trapianto da vivente.
- E' inoltre attivo un percorso aziendale per la donazione del sangue cordonale (SCO) coordinato e gestito in Clinica Ostetrica. Il sangue cordonale viene inviato alla banca del sangue cordonale presso il Policlinico S. Orsola di Bologna.

3.2.15 I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali del carcinoma del polmone e dell'ictus

Nel corso del 2011 è stata condivisa in diverse occasioni una nuova strategia aziendale per il governo dei processi clinici ed il miglioramento della qualità, basata sulla costruzione di Percorsi Diagnostico Terapeutico

Assistenziali (PDTA), spesso anche chiamati "Percorsi di Cura" o "Clinical Pathways".

La Direzione Aziendale, dopo un attento riesame dei dati di performance clinica e dopo la ricognizione del materiale già esistente ha promosso la realizzazione dei seguenti PDTA nei prossimi anni: Ictus, Trauma, IMA, Scopenso cardiaco, Percorso Nascita, Ca Mammella, Ca Colon, Frattura Femore, Ca Polmone. E' sembrato "ragionevole" iniziare il progetto implementando due di questi, precisamente "Ictus" e "Carcinoma del Polmone".

Per ciascuno dei due progetti avviati è stato istituito uno specifico gruppo di lavoro. Quest'ultimo ha applicato la metodologia indicata dalla European Pathways Association (EPA) attraverso:

- costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare
- analisi della pratica corrente e dei punti critici;
- condivisione delle linee guida (evidenze) e dei criteri che sottostanno agli snodi decisionali;
- stesura del percorso in forma di diagramma di flusso;
- stesura del percorso in forma di matrici fasi/tempi/attività;
- identificazione di indicatori di monitoraggio del percorso ed individuazione degli standard;
- condivisione del percorso con i professionisti dell'Azienda;
- applicazione sperimentale del percorso e monitoraggio.

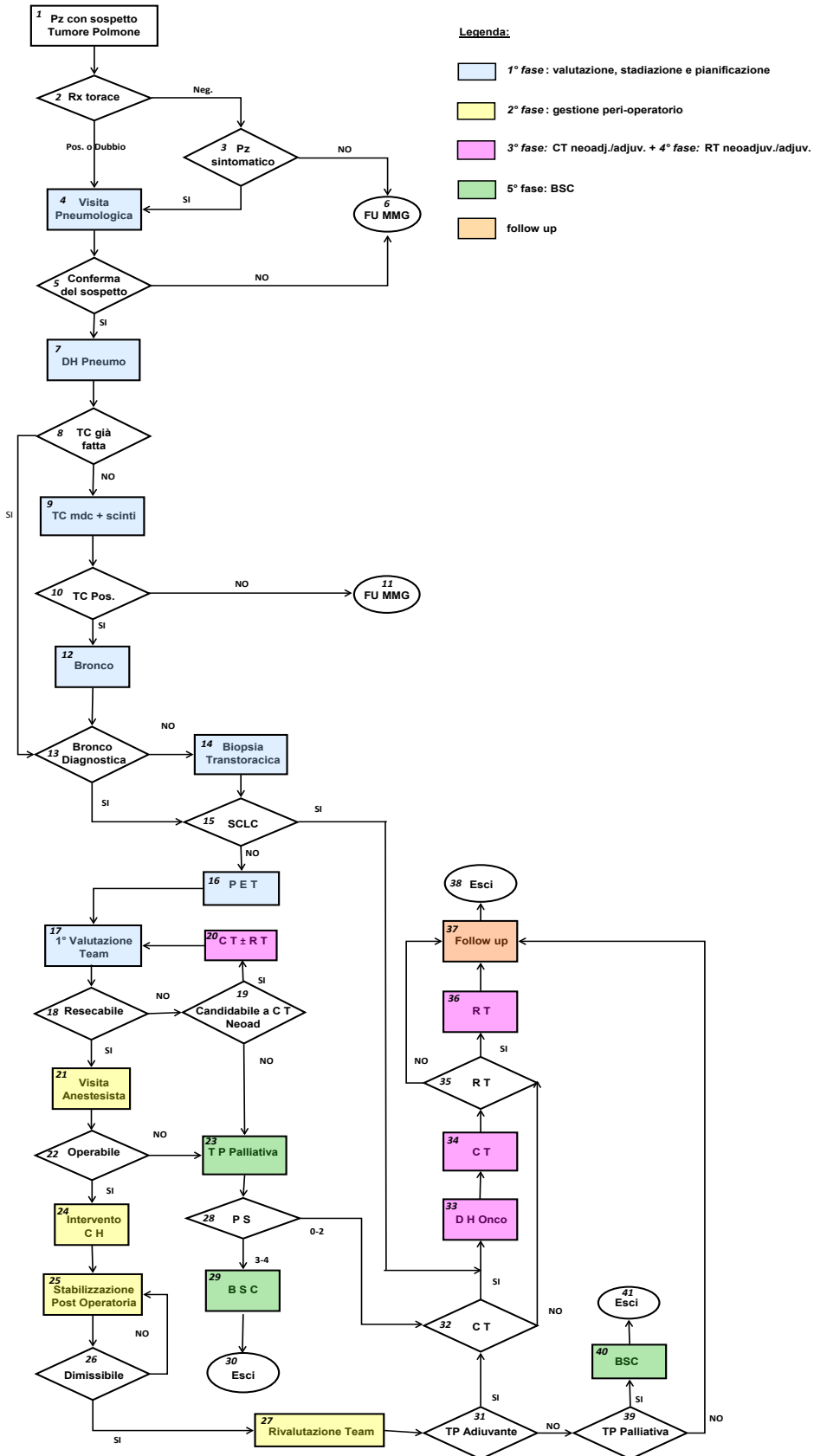
Nella costruzione delle matrici fasi/tempi/attività il gruppo di lavoro ha utilizzato come riferimento per la classificazione delle attività le nove categorie dell'assistenza:

- valutazione del paziente;
- educazione del paziente;
- pianificazione del percorso;
- esami diagnostici;
- interventi o procedure;
- consulenze;
- terapia farmacologica;
- nutrizione;
- attività per la sicurezza del paziente.

Le attività elencate all'interno delle matrici fasi/tempi/attività sono finalizzate al raggiungimento degli obiettivi delle varie fasi del percorso (goals), intesi come obiettivi di salute per il paziente intermedi o finali, obiettivi di processo, obiettivi di lavoro in team, obiettivi di servizio obiettivi di efficienza.

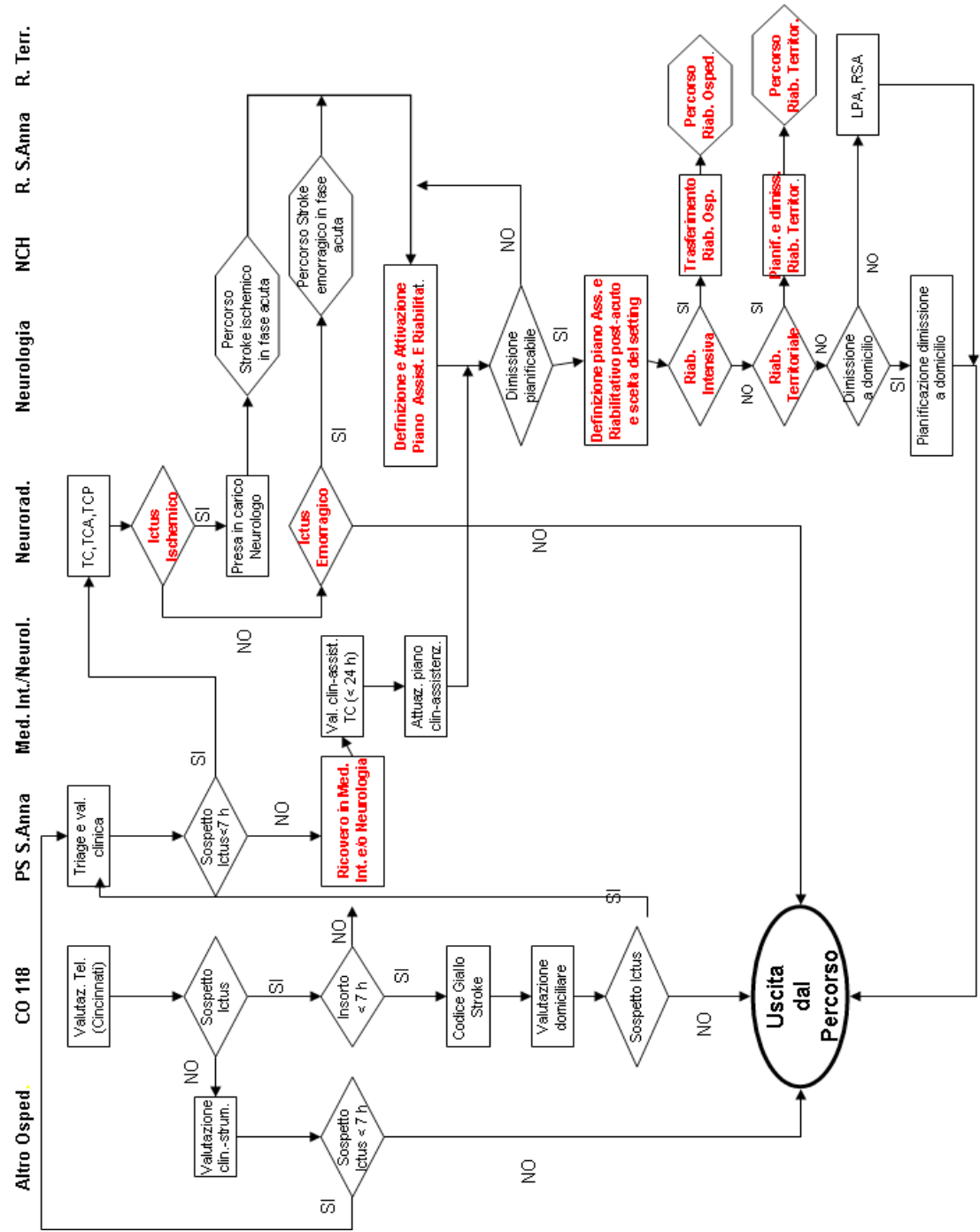
I due gruppi di lavoro hanno realizzato il mandato della Direzione: sono stati così formalizzati i due percorsi PDTA.

Figura 3.20 - Flow chart pdta carcinoma polmone



Fonte aziendale

Figura 3.21 - Flow chart pdta ictus



Fonte aziendale

3.3 Valorizzazione ed empowerment degli operatori

3.3.1 Implementazione e sviluppo delle attività di emergenza-urgenza secondo le indicazioni regionali

L'obiettivo regionale per il 2011 è di proseguire con le attività di facilitazione e accompagnamento dell'accreditamento delle strutture di soccorso trasporto infermi secondo quanto previsto dalla delibera 1544/2010. Questa attività e il suo monitoraggio è già in corso in azienda e sta proseguendo, in integrazione con l'azienda USL.

La Regione richiede inoltre di implementare le raccomandazioni organizzative formalizzate dal Comitato regionale urgenza-emergenza, in particolare relative a: strategie di contenimento dell'incremento di accessi al pronto soccorso, strategie di gestione dei posti letto che favoriscano la progressione del paziente utilizzando le risorse di ricovero più appropriate; mantenere e sviluppare la completa trasmissione degli eventi di flusso del 118 e pronto soccorso.

In Azienda è stata sviluppata nel corso del 2011 un'importante azione in materia di ricovero in emergenza-urgenza denominata "barelle 0". È stato progettato ed attivato un cosiddetto sistema "cruscotto" che ha consentito, dall'Aprile 2011 ad oggi, di eliminare il fenomeno della presenza di pazienti in barella o in letti aggiuntivi soprattutto nei reparti di Medicina. L'intervento è stato realizzato, su forte mandato della Direzione strategica, mediante il coinvolgimento e l'impegno delle unità operative di Pronto Soccorso, del Dipartimento di Medicina Interna e di tutte le altre U.O. di degenza. In vista dell'apertura del nuovo ospedale di Cona sono stati progettati i percorsi dei pazienti medici e chirurgici accolti dal Pronto Soccorso ed inviati nelle UU.OO. Mediche e Chirurgiche.

Attraverso l'introduzione dei nuovi files di Pronto Soccorso, prosegue l'attività informativa con la garanzia della periodica adempimento verso il flusso regionale.

3.3.2 Accoglienza e presa in cura di donne e bambini vittime di violenza e/o maltrattamento

L'obiettivo regionale 2011 consiste nel consolidare le buone prassi di accoglienza e presa in cura delle donne vittime di violenza e/o maltrattamento già sperimentate in alcune realtà locali e promuovere competenze valutative e relazionali efficaci per creare empatia tra operatore-donna violata, per migliorare la qualità dell'accoglienza e sostenere i percorsi di presa in cura da parte dei servizi sanitari e sociali.

D'intesa con tutte le Istituzioni presenti sul territorio

provinciale e coinvolte sui temi della violenza e maltrattamento delle donne è stato scritto ed adottato un protocollo operativo da utilizzare nei casi specifici.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (capofila) insieme all'Azienda USL di Ferrara ed al Centro Donne Giustizia ha partecipato all' "Avviso per il finanziamento di progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e stalking", bandito dal Ministero Pari Opportunità. Il progetto ha come titolo: "La violenza sulle donne. Accogliere in ambito sanitario e sociale" ed ha coinvolto tutte le professionalità più esperte nella progettazione di un percorso formativo atto a diffondere la procedura di presa in carico elaborata all'interno di un gruppo di progetto interistituzionale.

A seguito della sottoscrizione nel 2010 del "Protocollo d'Intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione ed al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e dei minori", coordinato dalla Prefettura di Ferrara, si sono formati due gruppi di lavoro, uno sulle procedure sanitarie e uno che ha elaborato le linee guida provinciali per l'approccio e la presa in carico di vittime di violenza, con particolare attenzione alla violenza domestica. Uno dei punti fondamentali nella gestione del Protocollo, riconosciuto da tutti i soggetti e le Istituzioni partecipanti, è la continuità di momenti formativi dedicati all'argomento, con diverso ordine di complessità e specificità professionale. In particolare, gli obiettivi condivisi, vogliono promuovere una conoscenza competente del fenomeno indagato, che coinvolga tutti i soggetti della rete da coinvolgere nelle situazioni di prevenzione e contrasto alla violenza alle donne.

I seminari di formazione rivolti agli operatori del settore sanitario e sociale si propongono di rafforzare le competenze della rete istituzionale attraverso l'attuazione di metodologie di intervento centrate su forme costanti di collaborazione per la stabilizzazione di procedure comuni che aumentino e qualificano l'integrazione degli interventi fra i servizi del Centro Donna Giustizia, del Centro Antiviolenza di Ferrara, delle Istituzioni Locali, delle Aziende Sanitarie, delle Forze dell'Ordine, delle Aziende Sociali di Servizi alla persona. In particolare si prevede lo svolgimento di un percorso formativo che, attraverso anche procedure pratiche di simulazione e non solo teoriche, permetta l'elaborazione di uno spazio interno ai luoghi di accoglienza e di momento di riflessione per gli operatori, presupposto indispensabile da cui parte l'accoglienza, e la elaborazione di una cultura dell'ascolto, in cui l'ascolto del dolore fisico è complementare e imprescindibile da quello psicologico. Il progetto è risultato conforme ed è in attesa di valutazione da parte del Ministero.

3.3.3 Integrazioni interaziendali per le attività sanitarie

La linea di principio che definisce la programmazione di queste integrazioni è dettata dall'esigenza di migliorare i percorsi diagnostici-terapeutici ed ottimizzare in questo modo i livelli qualitativi delle prestazioni rese all'utenza. Il miglioramento organizzativo e qualitativo avrà un impatto positivo sull'ottimizzazione delle risorse messe a disposizione dalle due aziende.

Nel corso del 2011 è stato completato il processo del trasferimento della centrale operativa e del 118 all'Azienda AUSL secondo i progetti sull'integrazione del sistema di emergenza tra le due aziende. Sono stati definiti e condivisi i criteri di allocazione delle risorse: personale e beni di consumo.

E' stato realizzato il progetto sull'istituzione del Laboratorio Unico Provinciale con la presa in carico da parte dell'azienda Ospedaliero Universitaria dell'attività hub e per esterni dell'intera provincia (avviata dal 2007 per Copparo e proseguita con l'estensione a Cento e Bondeno avvenuta nel 2010). Nel 2011 sono state ulteriormente portate avanti le azioni di integrazione, attraverso la centralizzazione anche del Laboratorio di Argenta. Sono ancora in una fase di condivisione i criteri di allocazione delle risorse prevedibili dopo la riorganizzazione, sia per quanto riguarda il personale che per i reagenti di laboratorio.

E' stata consolidata un'attività in convenzione con l'Azienda AUSL per il trattamento delle patologie oculari che vede coinvolti i professionisti dell'Unità Operativa Oculistica come riferimento per le suddette patologie nel territorio. Proseguono le attività specialistiche in campo ematologico con i presidi del territorio (Comacchio) nelle quali l'Unità di Ematologia è riferimento provinciale. Sempre nel corso del 2011 è stata formalizzata una collaborazione tra le due aziende per la gestione delle problematiche complesse in campo aritmologico, principalmente legata alla necessità di contenimento delle spese relative all'acquisizione di nuove strumentazioni specifiche (in primis angiografo).

3.3.4 Integrazioni interaziendali per le attività tecnico-amministrative

Oltre ai dipartimenti interaziendali costituiti negli anni precedenti, quali il Dipartimento Farmaceutico interaziendale, il Dipartimento Interaziendale Strutturale di Prevenzione e Protezione, il Dipartimento Interaziendale Gestionale Acquisti e Logistica Economale e il Dipartimento Interaziendale Gestionale I.C.T. Tecnologie per la Comunicazione e l'Informazione, alla fine dell'anno 2010 è stato costituito il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale,

che permetterà di superare nel breve tempo la disomogeneità delle regole e degli accordi che disciplinano il personale delle due aziende e le differenti procedure informatizzate e di gestione delle suddette attività.

Il primo obiettivo del Dipartimento, infatti, è stato quello di disporre di un applicativo informatico comune per entrambe le Aziende per la gestione del personale in quanto è stato ritenuto che due procedure informatizzate diverse sarebbero state un grosso ostacolo sia nello svolgimento dell'attività che nel processo di omogeneizzazione delle regole e degli accordi, in quanto anche le logiche dei due sistemi erano costruite tenuto conto della regolamentazione dei diversi istituti.

Si è ritenuto opportuno non seguire l'ipotesi di individuare un'ulteriore procedura informatica diversa rispetto alle due in uso ma effettuare una nuova gara per l'Azienda USL di Ferrara in cui era presente un applicativo ritenuto meno flessibile.

Sono previste inoltre altre due importanti funzioni a livello interaziendale quali la gestione delle tecnologie e la funzione legale/assicurativa.

L'attività di gestione delle tecnologie può essere, come quelle di Fisica Sanitaria e Fisica Medica, definitivamente risolta per entrambe le Aziende attraverso un rapporto convenzionale, che vede la gestione delle attività dell'AUSL svolte dai servizi presenti attualmente solo presso l'Azienda Ospedaliero Univeritaria. Per quanto riguarda la funzione legale/assicurativa, l'eventuale condivisione della gestione dei sinistri e del contenzioso con l'Azienda AUSL ha mostrato nel 2011 la persistenza di difficoltà di raccordo dovute alla diversa organizzazione delle due Aziende.

3.4 Promozione della salute e prevenzione delle malattie e del disagio

3.4.1 Gestione delle differenze per garantire equità

Il progetto regionale "Differenze ed Equità" si pone come obiettivo di rendere il principio di equità un elemento cardine e pervasivo della programmazione aziendale e delle modalità di accesso ed erogazione dei servizi, rispetto alle diversità che oggi caratterizzano le comunità regionali, interne (dipendenti) ed esterne all'azienda (utenti). In particolare, il lavoro nell'anno 2011 dei sottogruppi nelle Aree Vaste, ha creato le basi perché diventi sistematica l'attività di valutazione dell'equità (Equality Assessment) all'interno delle aziende sanitarie in una prospettiva di continuo miglioramento delle articolazioni: programmazione, accesso ai servizi e loro erogazione.

Le azioni sono state svolte nel perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Implementare metodologia e strumenti di equality assessment, attraverso la partecipazione ai periodici incontri di lavoro Regionali e Aziendali, ai laboratori di condivisione delle esperienze e al Convegno Nazionale "Equità in Sanità" svoltosi a Bologna e deliberando a livello aziendale il gruppo di lavoro definito "Board Differenze ed Equità" che si riunisce periodicamente per portare avanti il piano di azioni e monitorare lo stato di avanzamento del progetto.

- Produrre strategie di valutazione riguardo la coerenza e l'ottimizzazione delle risorse per l'equo accesso alle cure tramite la diffusione e l'applicazione dei principi e delle tecniche della "Health Literacy" per fare in modo che ogni persona sia in grado di comprendere e usare le informazioni sulla salute e sui servizi per prendere decisioni consapevoli, seguire correttamente le terapie, adottare stili di vita rispettosi della salute. A tal proposito n. 2 operatrici dell'Area Comunicazione e n. 2 operatrici dell'Oncologia Clinica hanno partecipato al percorso formativo regionale ed a livello aziendale è stato costituito un gruppo di lavoro comprendente referenti dell'Area Comunicazione, dell'Unità Operativa Formazione e Aggiornamento e dell'Oncologia.

- Facilitare la produzione di un'anagrafica del personale in azienda aggiornando la mappatura del cliente esterno ed interno per le articolazioni individuate, al fine di rendere evidenti le specifiche differenze presenti tra il personale, sposando il principio del "Diversity management" applicato alla gestione del personale, finalizzato alla creazione di un ambiente lavorativo inclusivo, che favorisca l'espressione del potenziale individuale e lo utilizzi come leva strategica per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

- Portare a sistema indicatori e requisiti di equità in sinergia con l'accreditamento tramite la partecipazione delle referenti aziendali al gruppo regionale che ha contribuito alla realizzazione della scheda d'impatto "I dieci passi per l'analisi dell'impatto" e la Realizzazione del documento "Introduzione del tema della equità nelle attenzioni del sistema di accreditamento: un percorso istituzionale e tecnico" che fornirà un impulso istituzionale all'obiettivo dell'equità.

3.4.2 Campagne informative di prevenzione

L'Azienda ha proseguito nel corso del 2011 la sua adesione a 16 campagne di prevenzione promosse dalla regione Emilia-Romagna contribuendo alla diffusione di locandine, opuscoli e manifesti da parte dell'Ufficio relazioni con il Pubblico.

Alcuni di questi ambiti di intervento sono: "La contraccettione, conoscere per scegliere", "L'insufficienza renale progressiva", "Io spengo lo spreco", "AIDS,

rafforziamo le difese", "Programma di screening per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto", "Al cuore si comanda. Dona sangue, mostra la tua vena migliore", "Influenza: "Io mi vaccino. Proteggi te, proteggi gli altri", "Valutiamo insieme il dolore", "Stop alle truffe", "Donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule", "Lunga vita alle signore!": lo screening mammografico dai 45 ai 74 anni".

Inoltre grazie al servizio di traduzione linguistica, gestito dall'Ufficio Accoglienza e Mediazione culturale, sono stati tradotti in molte lingue (ad esempio in russo, cinese, inglese, rumeno, urdu ecc...) e diffusi strumenti informativi sulle tematiche "Sono incinta", "Contro la zanzara tigre", "Allattamento al seno", "Genitori più", "Igienizzare le mani" ecc...

3.5 Sostenibilità, monitoraggio e regolazione del sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari

3.5.1 Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili delle Aziende Sanitarie

Il D.M. 18 gennaio 2011 ha disciplinato la rilevazione straordinaria che era stata prevista dall'art.11, comma 1, lettera a) del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012.

L'Azienda, già dall'entrata in vigore del decreto, ha partecipato a incontri di Area Vasta per l'analisi e la condivisione delle problematiche emerse dalla lettura del Decreto.

La Direzione Finanziaria è stata investita del ruolo di coordinamento per la redazione dei documenti (relazioni e schemi) richiesti.

A tal fine sono state coinvolte le Direzioni Aziendali interessate (Economato, Farmacia, Risorse Umane, ICT) per l'analisi dei documenti e la scelta delle soluzioni interpretative nonché delle modalità di compilazione. Ogni Direzione ha compilato le parti di propria competenza che sono state assemblate e spedite in Regione entro il termine fissato.

3.5.2 Mantenimento del patrimonio informativo sanitario, socio-sanitario e sociale

La Regione pone anche per il 2011 l'obiettivo di garantire l'alimentazione dei flussi informativi regionali.

L'azienda ha continuato anche nel 2011 ad alimentare i flussi informativi regionali/ministeriali, rispettando le scadenze definite dalle normative. Sono sempre stati alimentati con regolare periodicità i flussi informativi relativi alla banca dati SDO, alla Specialistica ambulatoriale, al Pronto Soccorso, alla farmaceutica. Vengono mantenute le adempienze per la raccolta dati del CEDAP.

Persiste anche una fase di studio volta al miglioramento continuo del percorso della tariffazione del dato ambulatoriale, in particolare la corretta compilazione della ricetta, l'appropriatezza nella attribuzione dei codici di esenzione, le prestazioni aggiuntive.

3.5.3 Le politiche d'acquisto di beni e servizi

Nell'anno 2011, sono state effettuate acquisizioni tramite la partecipazione alle gare di Area Vasta Emilia Centrale e tramite l'adesione alle convenzioni Intercent-ER. Tale obiettivo rientra nelle linee strategiche regionali nell'ambito delle politiche di gestione economica per la realizzazione di economie di scala sugli acquisti.

L'attività si concretizza nell'adesione alle gare in unione d'acquisto con le Aziende di Area Vasta Emilia Centrale e alle convenzioni attivate da Intercent-ER (es.: servizio di gestione integrata delle apparecchiature elettromedicali global service, servizio di assistenza, gestione e manutenzione di sistemi ed apparati di telefonia, acquisto personal computer desktop – fornitura di carburante per autotrazione mediante fuel card, ecc).

Per quanto riguarda le acquisizioni tramite Area Vasta, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha aderito, nell'anno 2011, a n. 57 procedure (gare, rinnovi e proroghe) per un importo complessivo di € 15.904.302,51.

Per quanto riguarda le acquisizioni tramite Intercent-ER, quest'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha aderito a n.33 convenzioni Intercent-ER, per un importo complessivo di € 74.047.407.

3.5.4 Progetti ICT e Sistema informativo regionale

Il CUP Unico Provinciale

Il CUP unico provinciale è attivo da dicembre 2010, il consolidamento delle informazioni relative alle prestazioni erogate da entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi in un database unico è indispensabile per una puntuale valutazione e un costante governo dell'offerta assistenziale. Inoltre i dati raccolti rappresentano la base da cui elaborare le risposte:

- al debito informativo regionale,
- al debito amministrativo aziendale,
- per la rilevazione dei tempi di attesa,
- per i flussi ASA,
- per il recupero crediti relativi al pagamento dei ticket,
- per la verifica di tutte le autocertificazioni di esenzione per età e/o reddito.

Per conseguire la realizzazione delle attività elencate è stato indispensabile procedere con le seguenti im-

plementazioni software:

- Sistema di monitoraggio delle trasmissioni delle prenotazioni e delle prestazioni erogate fra il CUP e i sistemi informatici dipartimentali (LIS, RIS, SAP, MEDOFFICE, ecc.).

- Procedura di recupero crediti e invio delle richieste di pagamento tramite POSTEL, collegamento alle procedure amministrative aziendali.

- Procedura per controllo dei tempi d'attesa relativi all'attività specialistica ambulatoriale (MAPS).

- Applicativo CUP ISES, che può essere utilizzato sia per prenotare, che per accettare le richieste di esami anche nei front-office del laboratorio. Si è così limitato l'uso dell'applicativo DnLabsolo all'interno del laboratorio, per la fase analitica. Questa scelta produce evidenti vantaggi:

- o Essendo il CUP già collegato all'Anagrafe Provinciale Centralizzata (APC), il LIS gestisce dati anagrafici migliori anche per i pazienti occasionali. Attualmente il LIS si limita solo ad interrogare passivamente APC, ma non invia nuove anagrafiche ad APC.

- o Il LIS non permette una raccolta veloce e completa di tutti i dati amministrativi obbligatori previsti nel flusso ASA.

- o La verifica della validità dell'esenzione per reddito (circolare regionale 15/2010) viene effettuata, per tutte le prestazioni erogate, dal database del CUP, anche per le richieste accettate direttamente dal laboratorio analisi.

- o I flussi ASA del laboratorio analisi verranno estratti da database del CUP e saranno perfettamente congruenti con le altre informazioni amministrative.

- o I pagamenti di tutti i ticket del laboratorio diventano pagamenti interni al sistema CUP (anche per le richieste accettate direttamente in laboratorio, senza prenotazione). Sarà garantito un perfetto allineamento fra le prestazioni effettivamente erogate e il calcolo dell'eventuale ticket. Al momento del ritiro del referto, le macchine incassatrici sono sempre in grado di incassare il ticket dovuto, comprensivo di eventuali prestazioni aggiunte in laboratorio, anche con fogli di pagamento consegnati al momento della prenotazione e quindi non aggiornati.

- o Il sistema di pagamento on-line è utilizzabile per tutte le richieste del laboratorio analisi.

- o L'attività di recupero crediti comprende anche le prestazioni richieste al laboratorio analisi e da questo accettate direttamente.

- o Tutto il personale di front-office e back-office delle segreterie e dei punti di prelievo del laboratorio utilizzerà lo stesso applicativo (CUP). Ciò permetterà di limitare l'unificazione dei sistemi gestionali del Laboratorio Unico Provinciale alla sola fase analitica, escludendo completamente tutto il personale che opera nella fase

pre-analitica.

È stato necessario ritardare, al mese di Dicembre, l'implementazione della procedura interaziendale di recupero crediti, a causa dell'entrata in vigore, a inizio Settembre, del pagamento del ticket per fasce di reddito. Attualmente sono in corso le attività complementari di collegamento alle procedure amministrative aziendali. Il modulo di ricetta elettronica (NRE) è stato realizzato e collaudato. La sua messa in funzione all'interno degli applicativi dipartimentali è stata ritardata dalla sospensione del trasloco dell'Ospedale Sant'Anna nella nuova sede di Cona. Attualmente è in corso l'implementazione nell'applicativo SAP (specialistica ambulatoriale).

Anagrafe Provinciale Centralizzata

A seguito delle attività condotte nel corso dell'anno, l'Anagrafe Provinciale Centralizzata (APC) può essere interrogata da tutti gli applicativi aziendali che trattano informazioni anagrafiche degli assistiti residenti o domiciliati in provincia di Ferrara e di quelli occasionali. In particolare, gli applicativi CUP, SAP, e RIS interagiscono con l'APC candidando, alla registrazione in anagrafica, i dati dei nuovi pazienti occasionali (non assistiti). Successivamente, quando la candidatura viene accettata, APC distribuisce le nuove informazioni anagrafiche a tutti gli applicativi dipartimentali collegati. Inoltre, secondo quanto previsto dal progetto regionale di realizzazione e funzionamento della Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (NAAR), tutti i dati anagrafici degli assistiti della provincia di Ferrara vengono trasmessi in tempo reale dall'APC alla NAAR.

Sistema informativo provinciale per la gestione informatizzata dei Centri Anti Diabetici

Il progetto prevede la realizzazione di un sistema informativo provinciale per la gestione informatizzata dei Centri Anti Diabetici (CAD) mediante l'integrazione e l'unificazione dei due sistemi presenti, che operano distintamente nelle Aziende Sanitarie Ferraresi. L'unificazione, oltre gli evidenti vantaggi clinici e organizzativi per i pazienti e per gli operatori sanitari, permetterà una migliore gestione della struttura informatica e una più sicura conservazione e consultazione delle informazioni.

Il progetto è stato completato con una prima fase di ricognizione e mappatura dei CAD esistenti, una seconda fase di unificazione dei dizionari per uniformare le modalità operative, una terza fase di migrazione vera e propria in un unico sistema.

Il sistema legge l'Anagrafe Provinciale Centralizzata (APC) per la ricerca dei dati anagrafici e trasmette ai

Medici di Base, tramite il sistema regionale SOLE, le attività sanitarie effettuate dai CAD.

L'applicativo è stato integrato con il sistema di gestione dei farmaci, permettendo così una corretta registrazione della erogazione diretta dei farmaci e quindi il completamento del flusso FED verso la Regione.

Infine è in corso di realizzazione l'integrazione con il Laboratorio Analisi Unico Provinciale, per registrare i referti degli esami richiesti dai pazienti diabetici.

Integrazione dei sistemi informatici di gestione degli screening

E' in fase di completamento l'integrazione fra il software SAP dell'Azienda Ospedaliera per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale e l'applicativo Infoclin dell'Azienda Usl per la gestione del programma di screening per la prevenzione dei tumori del colon retto.

Tale integrazione è stata realizzata per permettere ai medici endoscopisti di continuare ad utilizzare il software SAP per la gestione dei dati delle attività di screening e clinica, raccogliendo al tempo stesso anche tutti i dati necessari ad alimentare la procedura di gestione della campagna di screening e di qui ad alimentare in tempo reale il flusso regionale, eliminando l'attuale passaggio di informazioni con file periodici. Sempre nel corso del 2011 è stata completata l'integrazione tra l'applicativo gestionale di Anatomia Patologica (Windowpath) e l'applicativo di gestione del programma di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero (Demetra).

Progetto PROFILER

L'Azienda ha provveduto, e provvede periodicamente, come previsto dalle modalità gestionali del Progetto, ad aggiornare costantemente l'Assessorato Regionale in merito ai progetti finanziati dai programmi regionali, alle scadenze semestrali di febbraio e luglio; l'ultimo aggiornamento è stato predisposto entro il termine indicato dalla Regione del 1 marzo 2012.

3.5.5 Sviluppo e ottimizzazione dei processi di integrazione organizzativa

Le azioni per il 2011 sui servizi sanitari riguardano gli ambiti in cui proseguono le attività già avviate nelle annate precedenti e gli ambiti in cui vengono progettati e avviati nuovi processi organizzativi e strutturali. L'attivazione del nuovo ospedale di Cona esige, a tal proposito, che venga operata una revisione della programmazione ospedaliera provinciale, anche al fine di superare quei casi di eccessiva frammentazione del-

le casistiche che non rispondono a criteri di elevata competenza e limitano lo sviluppo della ricerca e di permettere una risposta adeguata per le prestazioni per le quali permane una significativa mobilità passiva. E' proseguito anche per il 2011 il lavoro di analisi e predisposizione dell'organizzazione della fase di trasferimento dell'ospedale dall'attuale sede alla nuova struttura a Cona. Il lavoro svolto è stato oggetto peraltro di un articolato confronto con gli organi di governo sanitario della Regione e con l'Ausl di Ferrara per il supporto logistico-organizzativo che si renderà necessario nella fase operativa del trasferimento.

Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso ha aumentato l'azione di "filtro" verso l'incremento del numero di accessi. Una delle strategie meglio sviluppate per il raggiungimento di tale obiettivo è legata alla funzione di OBI, che risulta incrementata rispetto agli anni precedenti. L'OBI si è introdotta e si è consolidata nell'organizzazione del pronto soccorso come setting assistenziale alternativo al ricovero inappropriato. Nel giugno 2011 si è formalizzata la riorganizzazione integrata del sistema di Emergenza Territoriale e 118 (delibera RER 2003/1349). Questa organizzazione ha consentito di realizzare l'integrazione fra i due sistemi d'emergenza urgenza territoriale, da un lato, e Ospedaliero dall'altro. Si è potuto garantire, in tal modo, il miglioramento della qualità dell'intervento cui si accompagna la realizzazione di economie di scala dell'intero sistema dei trasporti sanitari.

Miglioramento dei percorsi in emergenza

E' proseguita l'attività di collaborazione tra il dipartimento Emergenza e quello di Medicina Interna; in particolare vengono alimentati i percorsi tra la Cardiologia, la Medicina d'Urgenza e i reparti internistici, finalizzati all'immediato completamento della diagnostica interventiva.

Laboratorio analisi

Nel corso del 2011 sono state centralizzate le attività laboratoristiche del centro di Argenta, in unione al già consolidato percorso accentrato delle attività di Cento e Bondeno. Sono stati definiti i flussi informativi interaziendali e sono ancora in una fase negoziale le possibilità alternative di gestione economica del sistema laboratoristico.

Radiologie

E' stato completato il processo di integrazione delle Radiologie mediante la definizione dell'assetto organizzativo (distribuzione delle funzioni operative) e dell'assetto delle responsabilità.

Chirurgia

Il processo di sviluppo dell'attività IORT è stato un risultato ottenuto nel corso dell'anno: sono state effettuate 20 procedure, è stato definito il quadro delle collaborazioni e sono in fase di perfezionamento i criteri di allocazione delle spese sostenute per centro di costo.

Banca epatociti

Il percorso sulla gestione della banca degli epatociti si è formalmente concluso nel corso del 2011, in parallelo è anche terminato il finanziamento specifico da parte della Regione sul progetto.

3.5.6 L'accreditamento istituzionale

Dal Ottobre 2009 tutti i Dipartimenti ad attività integrata (DAI) risultano accreditati dalla Regione Emilia Romagna. Successivamente è stato rinnovato l'accreditamento del DAI Neuroscienze-Riabilitazione ed è stata fatta la richiesta di rinnovo dell'Accreditamento per i DAI "Emergenza" e "Riproduzione-Accrescimento". L'Ufficio "Accreditamento Qualità", in coerenza con il mandato ricevuto dall'Azienda, a partire dal 2004, ha creato un contesto facilitante per il miglioramento dell'assistenza offerta ai cittadini, garantendo alla Direzione Aziendale lo sviluppo di un sistema aziendale di gestione e miglioramento della qualità assistenziale ed organizzativa dei Dipartimenti e delle Unità Operative attraverso:

- . Supporto al percorso di accreditamento istituzionale dei Dipartimenti
- . Interfaccia con Agenzia Sanitaria Regionale
- . Sviluppo e mantenimento del Sistema Qualità Aziendale
- . Coordinamento dei Professionisti di Riferimento per l'Accreditamento
- . Gestione delle verifiche ispettive interne
- . Gestione della qualità dal lato dell'utente
- . Supporto metodologico, controllo e sviluppo del sistema degli Indicatori di Qualità Clinica, inclusa la gestione del progetto internazionale IQIP.

Sviluppo e mantenimento del Sistema Qualità Aziendale

I Processi sanitari ed organizzativi dei Dipartimenti e delle Unità operative sono stati documentati attraverso procedure, istruzioni e documenti scritti che insieme ai

Manuali Qualità compongono la documentazione del Sistema Qualità Aziendale con 182 documenti presenti sul Sito Intranet "Inospfe", regolarmente aggiornato. Nel 2011 sono stati redatti 55 nuovi documenti (di cui 21 aziendali e 34 interaziendali) e revisionati altri 16.

Gestione delle verifiche ispettive interne

La gestione delle Verifiche Ispettive Interne consente di valutare nel tempo l'adesione ai modelli normativi e procedurali di riferimento, di misurare i miglioramenti ottenuti, coinvolge molti soggetti aziendali e consente di dare risposte a norme e vincoli regionali. La bozza del Programma Annuale Aziendale delle Verifiche Ispettive Interne 2011 non ha trovato applicazione a causa del mancato trasferimento nel nuovo Ospedale S. Anna di Cona.

Sono state effettuate 3 visite ispettive interne per la Certificazione ISO 9001:2008 degli Uffici di Staff.

Durante l'anno 2011 è stato presidiato il monitoraggio degli indicatori di performance clinica definiti dai requisiti specifici RER e di quelli presenti all'interno del Database Aziendale; inoltre, rispetto al Database sono stati revisionati ed aggiornati 34 indicatori, definiti 25 standard ed è ripreso il monitoraggio degli Indicatori trasversali a molte UU.OO relativo al "Monitoraggio tempi di attesa per prima visita ambulatoriale" dopo il cambio del sistema informatico unico di prenotazione (CupISES).

Valutazione della qualità dal lato dell'utente

È esperienza comune che il cittadino che riceve una prestazione formula una propria valutazione. Da circa otto anni la nostra Azienda, nell'ottica del miglioramento continuo, ha messo a punto in successive sperimentazioni un questionario per la valutazione dei servizi ospedalieri. Lo scopo delle rilevazioni fino ad oggi effettuate è stato quello di capire la valutazione degli utenti attraverso l'analisi della loro esperienza di ricovero. Il questionario analizza sei aspetti dell'esperienza di ricovero: l'accoglienza, la qualità della prestazione ricevuta, gestione del dolore, il comfort, la dimissione e una parte dedicata ai commenti liberi. La rilevazione è avvenuta nel bimestre ottobre-novembre 2011 e ha considerato un campione statisticamente rappresentativo degli utenti dimessi da 24 UU.OO. della nostra Azienda. Sono stati distribuiti 504 questionari anonimi e ne sono stati restituiti il 94%. Il 40,3% dei pazienti ha dichiarato di non avere ricevuto materiale informativo al momento del ricovero e il 10,2% ha riferito che il personale medico e infermieristico ha parlato davanti a loro come se questi non fossero presenti; inoltre, gli intervistati hanno dichiarato di non essere stati coinvolti nelle decisioni sanitarie che li riguardavano. I pazienti che avevano avuto un dolore durante il ricovero non sempre sono stati adeguatamente infor-

mati e trattati. Al momento della dimissione il personale medico non ha fornito informazioni sempre chiare sulla convalescenza del paziente e sulla terapia da seguire a casa. Il 99,4% del campione ha dichiarato che il personale è stato cordiale e cortese. Rispetto all'ultima rilevazione ci sono stati miglioramenti significativi riguardo la capacità del personale medico di informare in modo chiaro i pazienti sul loro percorso di degenza e riguardo al livello di comfort percepito dai pazienti durante il ricovero (presenza di rumori notturni e stato di pulizia dei bagni). I risultati dell'indagine sono stati presentati al Comitato Consultivo Misto (CCM) aziendale nella seduta del 14.3.2012, invitando lo stesso CCM ad individuare delle priorità fra le criticità individuabili. Il CCM ha individuato 3 priorità che sono entrate a far parte del Riesame della Direzione Aziendale in data 5.4.2012 (1. Le è capitato che il personale parlasse di fronte a lei come se non ci fosse? 2. Durante il ricovero ha avuto un dolore? Sì e non ho ricevuto terapia. 3. Le sono state fornite informazioni chiare sui farmaci da prendere a casa?). La Direzione Aziendale, nel riesame dei risultati 2011 ha fatto propria questa valutazione, inserendo le azioni di miglioramento su queste criticità fra le priorità aziendali per il 2012.

Molta attenzione è stata posta alla verifica della soddisfazione del "Cliente Interno": durante l'anno 2011 è stato somministrato un questionario a tutti i Professionisti che, nel corso dell'anno 2010 hanno presentato alla valutazione del Comitato Etico della provincia di Ferrara almeno uno studio clinico.

L'obiettivo è stato quello di indagare quale fosse la soddisfazione degli Sperimentatori sull'infrastruttura a supporto della ricerca, cercando di coinvolgerli attivamente, recependo le eventuali criticità, le difficoltà incontrate durante l'intero percorso della sperimentazione dall'ideazione alla conclusione ed eventuali suggerimenti, in modo da essere, per il Professionista, non solo il Servizio che procede alla conclusione dell'iter burocratico delle pratiche, ma anche un supporto qualitativo e metodologico per la ricerca.

E' risultato che il supporto per tutto l'iter autorizzativo è stato apprezzato dagli Sperimentatori; essi si rivolgono all'Ufficio Ricerca sia per gli studi sponsorizzati che per quelli spontanei, per i quali riterrebbero invece necessario un ulteriore supporto metodologico, statistico e linguistico.

Da Luglio 2010 non è più disponibile la risorsa dedicata a questo specifico settore e non è stata sostituita; la rilevazione di Patient Satisfaction è stata effettuata con la collaborazione del Dott. Carlo Simeoni e di alcune Associazioni di Volontari.

Miglioramento dei processi clinici tramite Audit clinico

L'attività sul tema audit clinico comprende il supporto alle UU.OO. nell'organizzazione e realizzazione degli audit; gli audit clinici conclusi nell'anno 2011 sono:

- Percorso clinico di pazienti con tumori del Colon (interdipartimentale)
- Concorranza codici gialli al triage in PS generale (U.O. Medicina d'Urgenza)
- Rischio infettivo su taglio cesareo (U.O. Ostetricia e Ginecologia)

Gli audit ancora in corso nella nostra Azienda sono:

- Percorso Infarto Miocardico "Stemi" (Dipartimento Emergenza)
- Prevenzione della Trombosi Venosa Profonda in Chirurgia (tutte le chirurgie)
- Trattamento del Diabete tipo 2 (Dipartimento Medicine Specialistiche)
- Frattura del femore nel paziente anziano (U.O. Ortopedia e U.O. Geriatria)
- Profilassi antibiotica perioperatoria nel paziente adulto sottoposto a intervento chirurgico di protesi d'anca (U.O. Ortopedia e Traumatologia).



Arcispedale S. Anna – L'atrio di ingresso su Corso Giovecca

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

La quarta sezione del documento è volta a illustrare le scelte aziendali per la valorizzazione delle competenze del personale. Un'elevata qualità professionale degli operatori e la possibilità che alti livelli possano essere mantenuti sono infatti condizioni essenziali per assicurare il buon funzionamento del servizio sanitario, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione dei cittadini.

4.1 La "carta di identità" del personale

L'attività dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara viene svolta attraverso proprio personale dipendente, personale dipendente dall'Università degli Studi di Ferrara e personale con altre tipologie di rapporto di lavoro (incarichi libero professionali, co.co.co, assegnisti e borsisti).

Il personale dipendente dell'Azienda si compone di una percentuale del 77,47% di laureati. Una percentuale che negli anni è destinata ad incrementarsi, in quanto l'Azienda deve necessariamente privilegiare l'attività assistenziale sull'ammalato e pertanto favorire una riconversione della dotazione organica a tale

necessità.

Il ruolo sanitario da solo rappresenta il 74,28% del personale, a cui si devono aggiungere le unità del ruolo tecnico che collaborano più strettamente con l'attività assistenziale (Operatori Socio Sanitari e Autisti 118) che costituiscono il 10,47%, per un totale dell'84,75%. Nei prossimi anni con l'evoluzione professionale in atto del personale delle professioni sanitarie (infermieristiche, ostetriche, tecnico sanitarie e della riabilitazione) l'organizzazione lavorativa dovrà tener conto della presenza sempre maggiore di dipendenti in possesso della laurea specialistica.

L'Azienda ha perseguito nel corso dell'anno 2011 l'obiettivo di contenimento del numero di dipendenti a tempo determinato e di riduzione dei contratti temporanei di lavoro di altre tipologie in attuazione ai protocolli sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali delle diverse aree.

Il personale dipendente dell'Università degli Studi di Ferrara che svolge attività assistenziale presso l'Azienda Ospedaliera appartiene alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e viene identificato sulla base dell'Accordo Attuativo Locale. Pur mantenendo l'Università degli Studi la titolarità del rapporto di lavoro, dal punto di vista funzionale tale personale, per gli adempimenti dei doveri assistenziali, risponde al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera.

Tabelle 4.1 - La situazione al 2011

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2570	639	1931
Personale universitario	142	79	63
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	114	37	77

Fonte aziendale

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	>34-<44	>44-<54	>54-<64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2570	639	1931	263	803	1063	436	5	2	126
Dirigenti medici	398	202	196	24	117	126	127	4		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	69	17	52		15	25	28	1		1
Personale infermieristico	1215	204	1011	183	457	462	113		2	76
Personale tecnico sanitario	172	39	133	25	46	62	39			19
Personale della prevenzione	11	5	6		2	8	1			1
Personale della riabilitazione	67	9	58	11	11	31	14			10
Personale OTA, OSS, ausiliari	281	38	243	13	68	164	36			3
Personale amministrativo	175	27	148		45	97	33			8
Altro personale	182	98	84	7	42	88	45			5

Fonte aziendale

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	188	di cui: 37 pensionamenti - 62 dimissioni - 65 termine incarico - 2 licenziamenti - 4 dispense per inval. perm. - 7 decessi - 11 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	214	di cui: 9 mobilità da altre aziende

Fonte aziendale

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2010	14,32%	267	100

Fonte aziendale

Tabelle 4.2 - La situazione al 2010

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2551	635	1916
Personale universitario	147	85	62
Altro Personale (inc. libero professionali, CoCoCo, assegnisti, borsisti)	138	44	94

Fonte aziendale

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	34-44	44-54	54-64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2551	635	1916	253	839	1058	399	2	2	132
Dirigenti medici	391	206	185	17	104	143	126	1		3
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	64	17	47	1	13	27	23			1
Personale infermieristico	1210	200	1010	181	485	445	99		2	79
Personale tecnico sanitario	167	38	129	19	53	58	37			18
Personale della prevenzione	11	5	6		2	8	1			1
Personale della riabilitazione	75	10	65	18	13	30	13	1		12
Personale OTA, OSS, ausiliari	276	36	240	13	79	154	30			3
Personale amministrativo	181	28	153		48	101	32			10
Altro personale	176	95	81	4	42	92	38			5

Fonte aziendale

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	186	di cui: 77 pensionamenti - 41 dimissioni - 52 termine incarico - 1 licenziamento - 3 dispense per inval. perm. - 4 decessi - 8 mobilità c/o altre Aziende
Tot. Dipendenti assunti	208	di cui: 14 mobilità da altre aziende

Fonte aziendale

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale percentuale	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2010	16,39%	288	130

Fonte aziendale

Tabelle 4.3 - La situazione al 2009

Classificazione del personale dipendente per tipologia contrattuale

Tipologia contrattuale	Totale	Maschi	Femmine
Personale del SSR	2529	638	1891
Personale universitario	166	102	64
Altro Personale (inc. libero professionali, Co-CoCo, assegnisti, borsisti)	132	51	81

Fonte aziendale

Classificazione del personale dipendente per genere e fasce di età.

Categorie	n. totale	Maschi	Femmine	<=34	35-44	45-54	55-64	>=65	P-time uomini	P-time donne
Personale del SSR*	2529	638	1821	253	845	1034	395	2	4	134
Dirigenti medici	369	207	162	8	80	155	124	2		5
Altri dirigenti (sanitari-A.T.P)	68	17	51	3	9	31	25			2
Personale infermieristico	1212	199	1013	190	506	420	96		4	77
Personale tecnico sanitario	165	40	125	15	51	66	33			17
Personale della prevenzione	11	5	6		2	8	1			1
Personale della riabilitazione	68	9	59	9	12	30	17			11
Personale OTA, OSS, ausiliari	310	47	263	16	100	157	37			7
Personale amministrativo	174	24	150	3	42	93	36			12
Altro personale	152	90	62	9	43	74	26			2

Fonte aziendale

* I valori comprendono personale a tempo determinato e indeterminato

Personale in mobilità

Mobilità	n. totale	
Tot. Dipendenti dimessi	127	di cui: 31 pensionamenti, 39 dimissioni, 42 termine incarico, 2 decessi, 5 dispense per inval. perm., 2 licenziamenti 6 mobilità regionali e interregionali
Tot. Dipendenti assunti	131	di cui: 2 mobilità da altre aziende

Fonte aziendale

Gestione del rischio e sicurezza: denunce di infortunio

	n. totale %	con gg. assenza	a rischio biologico
n. infortuni denunciati all'INAIL nel 2009	14,70%	229	142

Fonte aziendale

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

4.2.1 Il Collegio di Direzione

Nel corso del 2011 è stata data forte enfasi all'importanza strategica dell'integrazione clinica e del governo clinico. Come citato nell'atto aziendale, le linee organizzative aziendali si realizzano, nell'ambito di un sistema di governo clinico che sappia coniugare la funzione manageriale e professionale, coordinando i diversi ambiti di responsabilità e autonomia delle figure professionali coinvolte.

Il Collegio di Direzione e i Dipartimenti ad Attività In-

tegrata costituiscono l'ambito organizzativo dove queste linee di governo si sviluppano e dove i principi, le metodiche e gli obiettivi ad esse correlati vengono valutati e condivisi al fine di essere tradotti in progetti operativi all'interno dei Dipartimenti e delle Unità Operative.

4.2.2 Il processo di Budget

Il processo di Budget rappresenta un momento di priorità strategica aziendale in cui figure professionali deputate a funzioni diverse interagiscono e partecipano alla programmazione delle attività e alla previsione dei costi e dei limiti di spesa per un intero anno. Nel 2011 tale processo è stato rivisto nella logica e

nei principi di definizione degli obiettivi. È stata attribuita particolare rilevanza alla qualità professionale dell'assistenza e alla misurazione dell'outcome, come elemento basilare di realizzazione di prospettive di miglioramento e di nuove strategie aziendali basate sull'ottimizzazione della gestione organizzativa ed

economica, in stretta relazione al miglioramento dei percorsi clinico diagnostico assistenziali.

E' stata introdotta anche la ricerca e didattica, ambito ancora in una fase iniziale, ma che ha posto le basi per un ulteriore cambiamento di impostazione del budget dei prossimi anni.

Tabella 4.4 Esempio di scheda di budget del 2011

OBIETTIVI	INDICATORI	Strumenti di misurazione dei risultati	Responsabile del monitoraggio	Peso (negoziato)	Frequenza del monitoraggio
Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriately ed Efficienza	INDICATORI DI DEGENZA ORDINARIA	Dati statistici on line	Progr. CDG	20%	Trimestrale
	INDICATORI DI DAY HOSPITAL		Progr. CDG		Trimestrale
	N. CARTELLE DA CONTROLLARE PER % SUPERIORE ALLA SOGLIA DI AMMISSIBILITA' DEI DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA ORD.> 1 GIORNO		Progr. CDG		Trimestrale
	PRESTAZIONI EROGATE PER INTERNI		Progr. CDG		Trimestrale
	AMBULATORIALE PER ESTERNI		Progr. CDG		Trimestrale
Miglioramento continuo della performance clinica	INDICATORI DI PERFORMANCE CLINICA	Indicatori del data base aziendale della qualità	Staff AcQuaRi	10%	In relazione alla periodicità predefinita della rilevazione
Governo della prescrizione farmaceutica	INDICATORI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	Report Farmacia	Dipartimento Farmaceutico	10%	Trimestrale
Ottimizzazione delle risorse e della economicità	DOTAZIONE PERSONALE E POSTI LETTO	Dati di produzione e costi on line	Progr. CDG-Ris Umane	25%	Trimestrale
	BENI DI CONSUMO		Progr. CDG / Farmacia / Economato		Trimestrale
	RAPPORTO CONSUMI E PERSONALE/RICAVI		Progr. CDG		Trimestrale
	RICHIESTA SERVIZI INTERMEDI		Progr. CDG		Trimestrale
	IMPORTO PRESTAZIONI RICHIESTE/RICAVI		Progr. CDG		Trimestrale
N. PRESTAZIONI RICHIESTE/RICOVERO	Progr. CDG	Trimestrale			
Ottimizzazione dei percorsi clinici documentali, organizzativi e audit clinico	PERCORSI CLINICI	Relazione del Direttore del DAI	Direzione Medica-Igiene Ospedaliera/Staff AcQuaRi/Direzione delle Professioni	20%	Semestrale
	PERCORSI ORGANIZZATIVI	Evidenze documentali/Relazione dell'UO	Direzione Medica-Igiene Ospedaliera/Programmi regionali di umanizzazione/Staff AcQuaRi/Direzione delle Professioni		Semestrale
	PERCORSI DOCUMENTALI	Relazione del gruppo specifico di Controllo o Rilevazione della Programmazione e Controllo di Gestione	Direzione Medica/PGdG/Programmi regionali di umanizzazione/Staff AcQuaRi/Direzione delle Professioni		Semestrale
Attività di ricerca didattica, formazione e innovazione	RILEVAZIONE DI TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE	Documento di sintesi	Direttore di Dipartimento	15%	Annuale
	ATTREZZATURE PIANO INVESTIMENTI	Documento aziendale piano investimenti	Direzione Medica		Annuale

Fonte aziendale

4.2.3 Il processo di Accredimento

Anche nel 2011, come negli anni precedenti, gli obiettivi erano diversamente distribuiti alle Unità operative in relazione al diverso traguardo da raggiungere: in particolare verso la preparazione delle riviste nelle fasi di manutenzione.

4.2.4 I programmi interaziendali

Anche questo argomento è stato descritto nelle sezioni specifiche. Elemento costitutivo comune ai piani interaziendali è la necessità di coinvolgimento e coordinamento di molte articolazioni organizzative in ambito aziendale e interaziendale.

4.3 Gestione del rischio e sicurezza dei lavoratori

Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha adottato, fin dalla sua costituzione, un mo-

dello di gestione qualità per processi che si è concretizzato nel 2008 con la certificazione ISO 9001-2008.

Il Dipartimento, in coerenza con il mandato ricevuto dall'Azienda Ospedaliera, ha creato un contesto facilitante per il miglioramento delle attività relative al percorso di promozione e monitoraggio della salute e sicurezza dei lavoratori attraverso:

- *l'elaborazione di procedure, istruzioni operative e altri documenti:* le attività del Dipartimento e quelle delle strutture organizzative considerate critiche sono state documentate attraverso procedure, istruzioni e documenti scritti che insieme al Manuale Qualità, compongono il Sistema Qualità del Dipartimento, pubblicato sul sito intranet dell'Azienda Usl e sul sito intranet dell'Azienda Ospedaliera.
- *l'attività di formazione:* tale attività è governata da una specifica procedura a valenza interaziendale, denominata "Pianificazione ed Integrazione nel Sistema di Gestione delle Attività di Informazione,

Addestramento e Formazione dei Lavoratori in Azienda” è rivolta ai lavoratori dell’Azienda ed è orientata allo sviluppo di una cultura della sicurezza fra gli operatori sanitari e all’adozione di competenze cognitive, operative e comportamentali relative alla salute e sicurezza nell’ambiente di lavoro.

- *la gestione del processo di Valutazione dei Rischi:* il Dipartimento, elabora il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) attraverso una valutazione globale e documentata di tutti i rischi presenti nell’ambiente lavorativo. A partire dal 2011, il Dipartimento ha pianificato le attività per elaborare il Documento di Valutazione dei Rischi del nuovo ospedale di Cona ed ha avviato la fase di acquisizione delle informazioni necessarie per la valutazione stessa.
- *la gestione della Sorveglianza Sanitaria:* tale processo è gestito dalla U.O. di Medicina del Lavoro dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Anna ed è descritto da una specifica procedura interaziendale, denominata “Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori esposti a rischi presenti nell’ambito lavorativo” e prevede il controllo dei lavoratori esposti a rischi lavorativi mediante visite preventive, periodiche. Nel 2011 sono state effettuate le seguenti attività di sorveglianza sanitaria:

Tabella 4.5 - Attività di sorveglianza sanitaria Anno 2011

Tipologia	N.
Visite periodiche	852
Visite preventive	384
Visite a richiesta del lavoratore	67
Vaccinazioni Antiepatite B	66
Vaccinazioni Antitetaniche	275
Vaccinazioni Antinfluenzale	344

Fonte aziendale

- *la gestione dell’infortunio:* l’intero processo è gestito da una specifica procedura aziendale che prevede dal 2010 un’attività di verifica puntuale delle modalità di accadimento per gli infortuni biologici, da movimentazione manuale dei carichi/pazienti ed accidentali allo scopo di migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro ed attivare le necessarie azioni preventive e/o correttive.

Tabella 4.6: - Report Infortuni Anno 2011:

Infortuni Biologici	164
Infortuni Movimentazione Manuale dei Carichi/Pazienti	81
Infortuni Accidentali	100
Infortuni Itinere	24
Giornate perse per Infortuni	6.041
Vaccinazioni Antinfluenzale	344

Fonte aziendale

Tabella 4.5 - Rilevazione degli indici di incidenza per l’anno 2010

	N° casi	n° infortuni/n° totale dipendenti
Infortuni totali	332	13,01%
Infortuni a rischio biologico	130	5,10%

Fonte aziendale

Tabella 4.6 - Rilevazione degli indici di incidenza per l’anno 2011

	N° casi	n° infortuni/n° totale dipendenti
Infortuni totali	362	14,08%
Infortuni a rischio biologico	164	6,38%

Fonte aziendale

- *la gestione dei dispositivi di protezione individuale*: tale processo è gestito attraverso una specifica procedura, a valenza interaziendale, denominata "Gestione dei dispositivi di protezione individuale". Dal 2010 è possibile segnalare al Dipartimento, attraverso uno specifico modulo, eventuali anomalie o reclami relativi ai DPI. Nel 2011 è stato elaborato il "Catalogo dei DPI" con le schede tecniche di tutti i DPI presenti in Azienda.
- *la gestione del processo relativo al rischio incendio ed esecuzione delle prove di evacuazione*: è stato predisposto il Piano Generale per la gestione delle Emergenze ed Evacuazione di Cona, il Piano Sostitutivo in attesa del trasloco definitivo dell'ospedale e i Manuali operativi per la gestione emergenza riferiti alle unità operative che traslocheranno per prime.
- *la gestione della sicurezza negli appalti di lavori, forniture e servizi*: tale processo è governato attraverso due procedure a valenza interaziendale "Informazione sui rischi da trasmettere alle ditte appaltatrici di lavori/servizi, compreso l'eventuale DUVRI, art. 26 D.Lgs. 81/08". L'attività effettuata, che consiste nell'individuare i rischi interferenti derivanti da attività svolte da lavoratori dipendenti di aziende o imprese esterne che svolgono il loro lavoro all'interno dell'Azienda, è di elaborare il Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI). Nell'anno 2011 sono stati prodotti 33 DUVRI. La figura del Coordinamento della Sicurezza nei Cantieri in fase di Esecuzione è stata attivata all'interno del Dipartimento, a partire dal 2011. Tale processo è governato da una specifica procedura interaziendale, denominata "Coordinamento della Sicurezza nei Cantieri in fase di Esecuzione" ed è finalizzato a garantire la presenza di una figura istituzionale all'interno dell'organizzazione aziendale che riesca ad assicurare la sicurezza nei cantieri di lavoro all'interno dell'Azienda. Nell'anno 2011 sono stati attivati 6 Coordinamenti.

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

4.4.1 La ridefinizione dei nuovi quadri di responsabilità

L'Azienda sta sviluppando modelli organizzativi che prevedono una maggiore partecipazione del personale con assunzione di responsabilità diretta nella gestione dell'attività aziendale.

La nuova organizzazione della Direzione delle Professioni Infermieristiche, Ostetriche, Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione ha comportato

la necessità di rivedere alcune posizioni organizzative esistenti adeguandole anche all'attivazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata.

Durante il corso dell'anno 2010 si è continuato ad identificare i Referenti di attività mediante specifiche procedure di selezione e conseguente formulazione di graduatorie per singole articolazioni organizzative. L'istituzione di tale figura comporta una maggiore partecipazione del Personale nella gestione dell'attività dell'Azienda con assunzione di responsabilità diretta. L'attività dei titolari delle richiamate funzioni è soggetta a valutazione annuale e si inserisce in un quadro di crescita professionale delle figure interessate con lo scopo di un miglioramento continuo della qualità delle prestazioni sanitarie erogate nel complesso delle diverse unità operative.

Nell'anno di riferimento sono state altresì espletate le procedure selettive per individuare figure sanitarie del Comparto come Facilitatori, Case Manager e Consulenti per i quali è prevista l'attribuzione di specifici obiettivi.

L'Azienda basa la gestione dei professionisti sui principi dell'informazione, del coinvolgimento e della partecipazione, nel rispetto delle responsabilità/autonomie di ciascun ruolo organizzativo, della sistematica verifica, valutazione e definizione dei processi operativi, attraverso il confronto chiaro ed esplicito fra i diversi livelli di responsabilità. L'Azienda intende orientare in misura crescente tutta la struttura verso tali stili gestionali, consapevole anche della loro forte valenza formativa.

4.5 Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti

4.5.1. Procedure di valutazione

L'Azienda sta sviluppando modelli organizzativi che prevedono una maggiore partecipazione del personale con assunzione di responsabilità diretta nella gestione dell'attività aziendale.

Nell'anno 2011 si è continuato a subordinare l'attribuzione delle quote economiche collegate alle incentivazioni della produttività, per il Personale del Comparto, e alla retribuzione di risultato, per i Dirigenti, al raggiungimento degli obiettivi individuati a conclusione della discussione del budget.

Il Nucleo di Valutazione ha proceduto ad accertare il raggiungimento o meno degli obiettivi, e in tale ultima ipotesi, in assenza di riscontro di motivate giustificazioni, il Nucleo ha definito anche la conseguente riduzione delle corrispondenti quote economiche.

Le procedure di valutazione sono improntate ai seguenti principi generali:

- Trasparenza dei criteri e delle metodologie adottate ed obbligo di motivazione della valutazione espressa;
- Informazione adeguata e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione e il contraddittorio.

La valutazione e verifica degli incarichi di natura professionale e di quelli di direzione di struttura semplice o complessa, attribuiti ai dirigenti delle professioni sanitarie, infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, della professione ostetrica e dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, dipendenti del S.S.R. ed universitari integrati, è operata dagli organismi preposti: valutatori di prima istanza e Collegio Tecnico.

Per il personale Dirigente Sanitario e per i Professori e Ricercatori Universitari equiparati gli organismi di valutazione sono costituiti con le stesse modalità dei dipendenti del S.S.R. Il Nucleo di Valutazione supporta la Direzione Generale nella valutazione e verifica dei risultati di gestione collegati al sistema di incentivazione (produttività e risultato).

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

L'Azienda si prefigge di implementare sistemi di valutazione, che tenendo debitamente conto dell'esperienza maturata, siano sempre più funzionali e rispondenti anche alla necessità di far crescere le competenze collegate alla profonda riorganizzazione già iniziata e che dovrà essere sviluppata e completata nel medio periodo, anche con riferimento alla nuova normativa in materia (D.Lgs. 150/2009).

La contrattazione nazionale e locale, su istanza sindacale, ha nel tempo favorito l'incremento della parte fissa della retribuzione rispetto a quella variabile.

Le risorse collegate alla retribuzione variabile sono le seguenti:

- Area Dirigenza Medica € 1.944.007;
- Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa € 270.596;
- Area Comparto € 3.659.784;

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

4.6 Sistema informativo del personale

Nell'ambito della gestione del personale sono attivi specifici indirizzi intranet dedicati in particolare a taluni aspetti collegati al trattamento economico, alla gestione delle presenze e alla regolamentazione dell'attività

libero professionale del personale avente diritto. All'interno di questi indirizzi sono presenti sia indicazioni normative che stampati per richieste da presentare all'Amministrazione, negli uffici di riferimento, per singole tematiche, con i riferimenti di contatto.

Nell'ambito della piattaforma integrata per la gestione delle risorse umane, è attivo lo sportello self-service per il dipendente. Ciò permette, attraverso una applicazione web, uno scambio di informazioni tra gli uffici della Direzione Giuridico ed Economica delle Risorse Umane e i singoli dipendenti.

Il dipendente può effettuare consultazioni sul proprio cartellino delle presenze, sulla situazione di fruizione delle ferie, sui crediti e debiti orari, sul cedolino dello stipendio. Potrà inoltre compilare e trasmettere direttamente per via informatica variazioni e indicazioni inerenti la propria situazione personale aventi valenza anche economica per l'Azienda.

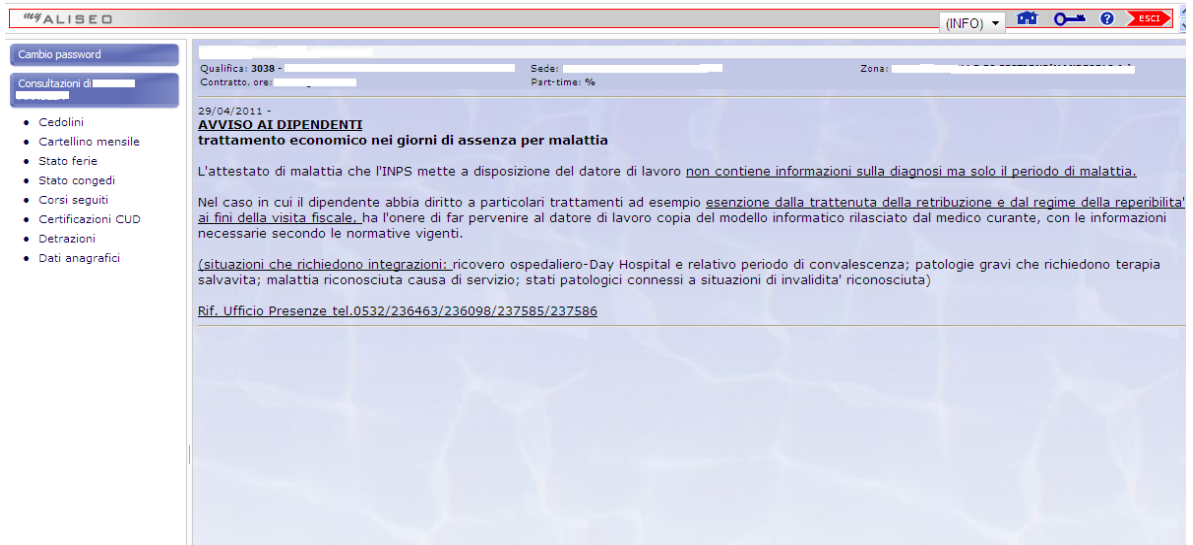
Nel 2011 sono state ampliate le funzioni legate alla formazione del personale con la pubblicazione degli attestati dei corsi svolti nell'ambito della propria attività professionale. Tale funzione è stata utilizzata in maniera massiccia a livello informativo di messaggistica individuale e di gruppo, primo step attraverso cui l'applicativo proseguirà verso un utilizzo integrato con le diverse realtà aziendali.

La procedura è utilizzabile sia attraverso la rete intranet che internet.

La Direzione Giuridico ed Economica delle Risorse Umane in collaborazione con le altre articolazioni amministrative, tecniche, sanitarie aziendali ha redatto un manuale con allegato CD denominato "Kit del neoassunto", che viene consegnato a tutti i lavoratori di qualsiasi ruolo all'atto dell'assunzione. In detto manuale sono contenute informazioni giuridiche, organizzative, economiche, sanitarie, tecniche, al fine di dare al lavoratore uno strumento di conoscenza sintetico, ma esaustivo della realtà organizzativa e strutturale dell'Azienda e facilitare l'inserimento di nuovo personale.

Nell'anno 2011 si è continuato altresì a dare attuazione alle norme in materia di trasparenza procedendo alla pubblicazione nel sito dell'Azienda dei dati relativi ai tassi di assenza e presenza del personale; ciascun Dirigente e titolare di posizione organizzativa ha poi la possibilità di inserire nel sito aziendale il proprio curriculum professionale e formativo, nonché le proprie pubblicazioni. Infine la Direzione Giuridico ed Economica delle Risorse Umane ha iniziato ad attivare per tutto il personale medico dei Dipartimenti ad Attività Integrata la firma digitale che permette la visualizzazione telematica di esami e referti eliminando la movimentazione cartacea.

Figura 4.2 - Homepage dello sportello self service per il dipendente



Fonte aziendale

4.7 Formazione

La centralità acquisita dalla formazione in ambito professionale si è tradotta in una grande quantità di programmi formativi rivolti a diverse figure, in vari ambiti produttivi e con finalità molto differenziate: formazione professionale di base, post – base, specialistica e permanente.

In questo scenario di forte crescita, una posizione di rilievo è occupata dalla formazione nelle organizzazioni di lavoro. Si tratta di quei processi formativi rivolti a lavoratori già inseriti o che stanno per essere inseriti in una organizzazione produttiva.

Oggi la formazione continua è unanimamente considerata un fondamentale strumento per la gestione e lo sviluppo delle risorse umane nei contesti di lavoro, l'azione formativa nelle organizzazioni garantisce lo sviluppo di abilità fondamentali per la gestione dei ruoli organizzativi e lo sviluppo potenziale dei professionisti: saper innovare, saper guidare gli altri, saper cooperare e saper decidere.

Inoltre, la formazione è uno strumento strategico per diffondere e consolidare la cultura organizzativa, chiarire norme e vincoli, trasmettere valori e generare identificazione e senso di appartenenza all'organizzazione, soprattutto per i nuovi membri.

Tuttavia, governare la formazione nelle organizzazioni significa dedicare particolare attenzione a diversi aspetti: obiettivi e strategie dell'organizzazione, connessione tra interventi formativi e politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane e infine apprendimento nei luoghi di lavoro, che non avviene solamente all'interno dei corsi di formazione ma anche attraverso una vasta gamma di situazioni non formali.

E' ormai condivisa una nuova "vision" per le strutture che gestiscono la formazione aziendale, intese come leve strategiche per il cambiamento e fattori determinanti per lo sviluppo delle competenze dei professionisti.

Il Piano Formativo del biennio vuole sviluppare non solo percorsi legati agli aspetti clinico - assistenziali ma anche a quelli relazionali e di comunicazione efficace, indispensabili per fornire una risposta il più completa possibile ai malati, connotandosi però per essere il piano predisposto per supportare il passaggio al nuovo polo ospedaliero che comporta non solo un cambiamento di struttura logistica, ma di modelli organizzativi del lavoro e quindi dell'assistenza globalmente intesa .

Altro aspetto basilare è l'innovazione nel governo dell'assistenza che si vuole attivare nel nuovo polo ospedaliero. Il processo di innovazione non riguarda solo le politiche e la programmazione per dare risposte globali a bisogni complessi (con l'assetto di governance previsto dalla direzione generale), riguarda anche la capacità di governare la ricerca e di introdurre quelle innovazioni tecnologiche e di processo che la ricerca mette a disposizione dei servizi sanitari e quelle innovazioni organizzative e professionali che sono necessarie per sostenere l'evoluzione dei problemi prioritari di salute dei cittadini ferraresi ed insieme migliorare la qualità dei servizi erogati.

Analisi dei bisogni formativi

Lo sviluppo di un approccio sistemico nell'analisi del bisogno formativo deve soddisfare la conoscenza ap-

profondità della rappresentazione che ne viene data da ciascuna componente. A tal fine la stesura del Piano di formazione (PAF) ha richiesto l'approfondimento di tutte le componenti dell'Azienda, con le seguenti modalità:

- Rilevazione top-down, realizzata con interviste alla Direzione Aziendale e a testimoni rappresentativi delle strutture strategiche.
- Rilevazione bottom-up, realizzata attraverso strumenti di analisi del bisogno formativo attraverso piattaforma web 2.0.

Anche per l'anno 2011, il Piano Aziendale di Formazione ha previsto tre livelli distinti:

1. Percorsi formativi a valenza "di sistema";
2. Eventi formativi orientati alla promozione ed allo sviluppo di competenze "trasversali".
3. Eventi formativi relativi a specifici temi di tipo Tecnico-Professionale;

Nel Livello 1, sono proposte dalle Direzioni, occasioni di conoscenza, incontro, confronto, studio ed aggiornamento circa il contesto socio-economico-culturale, per la sua rilevata capacità di produrre evidenti e naturali ripercussioni sullo sviluppo dei sistemi sanitari.

Al livello 2 sono stati inseriti tutti quegli eventi formativi orientati alla promozione ed allo sviluppo di competenze "trasversali".

Al Livello 3, ogni Dipartimento ha identificato le proprie proposte formative dall'analisi del fabbisogno delle

single articolazioni organizzative (U.O., Servizi, ecc.) e in base alle esigenze delle diverse qualifiche professionali presenti nell'organico, a partire da un pool di competenze basilari, specifiche e collegate alla mission delle diverse realtà operative che costituiranno le aree tematiche di formazione. Si tratta, pertanto, delle competenze tecnico professionali indispensabili a garantire il raggiungimento dei risultati. In questo Livello, inoltre, sono stati inseriti momenti formativi legati alla condivisione e diffusione di particolari know-how, legati a tecnologie ed innovazioni specifiche o a particolari tipologie di pazienti.

4.7.1 Formazione aziendale e crediti ECM

L'accordo stato regioni del 19 Aprile 2012 stabilisce che: I crediti E.C.M. vengono attestati dal provider riconosciuto ai partecipanti agli eventi formativi o programmi educazionali una volta accertato un adeguato apprendimento a sono validi su tutto il territorio nazionale.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, la condizione relativa al conseguimento crediti ECM da parte del personale sanitario, può essere così rappresentata:

Tabella 4.7 Crediti ECM conseguiti dal personale sanitario

Profilo Professionale	<26	Fr%	da 26 a 50	Fr%	>50	Fr%	Totale complessivo
BIOLOGI	12	44	8	30	7	26	27
COLL.PROF.SAN. ESP-PERS.INFERMIER.	35	29	52	43	35	29	122
COLL.PROF.SAN. PERS.INFERM.	631	58	261	24	188	17	1.080
COLL.PROF.SAN.ESP-PERS.FUNZ.RIABILITAZ.	3	43	3	43	1	14	7
COLL.PROF.SAN.ESP-PERS.TECNICO SANIT.	11	55	6	30	3	15	20
COLL.PROF.SAN.ESP-PERS.VIGILANZA ISPEZ.	1	50	1	50	0	0	2
COLL.PROF.SAN.PERS.RIABIL.NE	30	50	9	15	21	35	60
COLL.PROF.SAN.PERS.TECNICO SAN.	98	64	33	22	21	14	152
COLL.PROF.SAN.PERS.VIG.ISP.NE	8	89	1	11	0	0	9
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	3	100	0	0	0	0	3
FARMACISTI	4	44	2	22	3	33	9
FISICI	5	83	1	17	0	0	6
INFERMIERE GENERICO ESPERTO	3	100	0	0	0	0	3
MEDICI	207	52	110	28	81	20	398
OP.PR.SAN.PERS.LE INFERM.CO	4	80	0	0	1	20	5
OPERATORE PROF.LE 2^CATEGORIA	1	100	0	0	0	0	1
PSICOLOGI	1	100	0	0	0	0	1
PUERICULTRICE ESPERTA	2	100	0	0	0	0	2
Totale complessivo	1.059	56	487	26	361	19	1.907

Tale rappresentazione traccia sia i crediti ECM conseguiti attraverso la formazione in sede che fuori sede, attestati dal dipendente. Tale rappresentazione è verosimilmente sottodimensionata per dimenticanza, da parte dei singoli, dell'invio delle attestazioni di formazione fuori sede o FAD all'U.O. Formazione.

4.7.2 Accreditemento eventi formativi

L'U.O. formazione ha visto continuare l'impegno al sostegno della formazione permanente e, in attesa dell'avvio del "Nuovo sistema ECM" che prevede l'accreditemento del singolo provider, sono stati gestiti numerosi eventi formativi sia ECM che non, riportati nella tabella seguente:

Tabella 4.8 – Tipologia e numero corsi

Tipologia attività formativa	Numero corsi
Formazione residenziale ECM	305
Formazione sul campo ECM	93
Formazione residenziale non ECM	15
TOTALE	413

Fonte aziendale

Si osserva un costante aumento delle iniziative di formazione sul campo, (addestramento, gruppi di miglioramento, audit, ricerca, etc) ossia quelle attività che sono state attuate per sostenere i cambiamenti organizzativi previsti nel nuovo presidio ospedaliero di Cona.

Questo, recuperando rapidamente alcune direttrici di azione e utilizzando al meglio strumenti centrati sul riconoscimento e la valorizzazione delle competenze acquisite direttamente sul lavoro. Questi ultimi, oltre ad essere elementi indispensabili per il singolo professionista in un contesto in rapido mutamento, rappresentano la condizione primaria attraverso la quale promuovere la consapevolezza del valore stesso della formazione e, in generale, dell'apprendere.

I crediti conseguiti da tutto il personale dipendente e convenzionato attraverso percorsi di formazione interna ed esterna, possono essere così descritti:

Tabella 4.9 - Crediti conseguiti per figura professionale

Figura professionale	In sede	Fuori sede e FSC
ASSISTENTE SANITARIO	58	24
BIOLOGO	643	316,6
DIETISTA	34	97
FARMACISTA	234	106
FISICO	20	47
FISIOTERAPISTA	2325	92,2
INFERMIERE	17032	14.983
LOGOPEDISTA	38	0
MEDICO	6827	6.085
ORTOTTISTA/ASSISTENTE DI OFTALMOLOGIA	70	117,5
OSTETRICO	1744	143
PSICOLOGO	35	0
TECNICO AUDIOMETRISTA	37	12
TECNICO AUDIOPROTESISTA	52	8
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE	156	0
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	143	35
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	1615	531
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	1511	554
TOTALE COMPLESSIVO	32583	23.151,3

Fonte aziendale

L'Azienda Ospedaliero Universitaria svolge attività di formazione prevalentemente rivolta al personale interno, ma significativo è il numero di crediti ECM erogati attraverso iniziative di formazione in sede che hanno coinvolto anche personale esterno:

Tabella 4.10 - Crediti conseguiti da personale interno e esterno

Corsisti	Crediti
Dipendenti	32.583
Convenzionati	711
Liberi professionisti, etc	417
Professionisti esterni	11.251
TOTALE	44.962

Fonte aziendale

4.7.3 Budget della formazione aziendale

L'Azienda Ospedaliera, anche in base agli indirizzi regionali, costituisce annualmente un fondo all'interno del proprio bilancio di previsione per la formazione continua del personale dipendente.

Una quota del fondo viene destinata annualmente ai Dipartimenti per le attività di formazione esterne all'Azienda Ospedaliera. La quota restante del fondo viene destinata annualmente per le attività di formazione interna di ambito trasversale o comandi finalizzati che la Direzione Generale ritenga strategici, in relazione agli obiettivi della programmazione regionale e aziendale.

Il budget utilizzato nell'anno 2011 è così rappresentato:

Tabella 4.11 - Budget della formazione

Tipologia attività formativa	Budget utilizzato	N. partecipanti	Costo procapite
Aggiornamento in sede	145.200	5.745	25,23
Aggiornamento fuori sede	80.000	415	192,77
Comandi finalizzati	171.000	140	1.221,42
TOTALE	396.200	6.300	

Fonte aziendale

4.7.4 Attività di docenza e tutorato

La formazione tecnico specialistica è una componente essenziale nello sviluppo delle professioni sanitarie; affinché sia efficace è oltremodo importante che i contenuti siano contestualizzati, in allineati con l'organizzazione che li deve applicare.

A tal fine il personale dipendente e convenzionato, di tutte le qualifiche professionali è ampiamente coinvolto nelle attività di docenza a tali corsi; nell'anno 2011 i dipendenti che hanno svolto attività di docenza sono stati 303.

Inoltre, il contributo fornito dalle strutture aziendali nell'ambito della formazione Universitaria riguarda diversi aspetti:

1. Lezioni teoriche: il personale dipendente svolge lezioni relative alle discipline professionalizzanti nell'ambito dei propri settori scientifico disciplinari

2. Gestione dei tirocini: Il programma di tirocinio è definito dal Coordinatore dell'attività formativa professionalizzante unitamente ai docenti delle discipline professionalizzanti .

Le attività di tirocinio vengono organizzate per obiettivi, per anno di corso, e per aree organizzative.

Le attività svolte dagli studenti sono illustrate nei programmi di tirocinio e registrate nel libretto personale dello studente.

Il tirocinio prevede che lo studente, assegnato ad una determinata sede abbia come riferimento una Guida di Tirocinio.

Il ruolo della Guida di Tirocinio viene esercitato da un infermiere che ha frequentato un corso specifico di 40 ore e un aggiornamento annuale.

Il numero di professionisti che ha svolto attività di guida di tirocinio è rappresentato dalla seguente tabella:

Tabella 4.12 - Tutor per figura professionale

Tutor	N.
Infermieri	127
Tecnico di laboratorio	23
Tecnico Sanitario di radiologia medica	42
Ostetriche	37
TOTALE	278

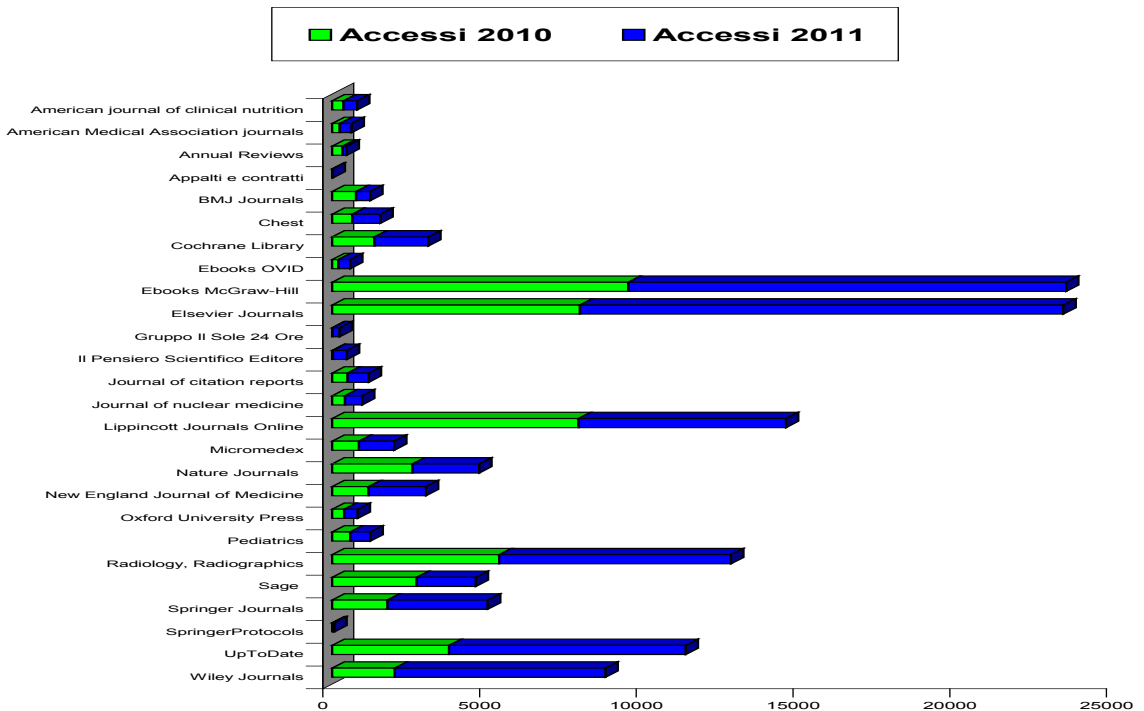
Fonte aziendale

4.7.5 Biblioteca digitale di scienze della salute

L'attività clinica e la ricerca biomedica finalizzata sono sempre più basate su dati e pubblicazioni di carattere scientifico in grado di validare scelte, metodi, terapie o nuove iniziative di ricerca. A tal fine è essenziale la disponibilità di un elevato numero di fonti (periodici elettronici e banche dati) per la consultazione corrente e, da parte dei medici, dei ricercatori e degli operatori sanitari.

Nell'anno 2011 vi è una sostanziale conferma delle risorse a disposizione negli ultimi anni con una spesa complessiva pari a 246.000 euro. Si riporta di seguito la tabella relativa agli accessi alle risorse online possedute dalla Biblioteca per gli anni 2011 e 2010, dove risulta il significativo aumento nell'utilizzo della maggioranza delle risorse on line.

Figura 4.1 - Accessi alle risorse online



Fonte aziendale

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

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

L'Azienda esprime la massima attenzione al rispetto dei modelli relazionali previsti dai CC.NN.LL (contrattazione, informazione concertazione) delle tre aree che nella Sanità sono: Dirigenza Medica, Dirigenza Sanitaria Tecnica Professionale e Amministrativa, Comparto. ponendo in essere tutte le forme di rapporto con tutte le Rappresentanze sindacali

La contrattazione aziendale è, insieme a quella nazionale, la principale fonte di regolazione dei rapporti di lavoro e, al contempo, un essenziale meccanismo di adattamento di norme generali alle situazioni del lavoro locale.

Preliminarmente alla attivazione di nuovi modelli organizzativi aziendali o la revisione di quelli in essere, in tutti i casi in cui sono coinvolte le diverse professionalità presenti in Azienda, viene data formale informazione a tutte le aree sindacali e se necessario o richiesto vengono attivati i tre tavoli sindacali di confronto, uno per ogni area contrattuale.

Contestualmente o successivamente, per aspetti organizzativi o regolamentari di particolare complessità, vengono attivate Commissioni Tecniche che approfondendo tecnicamente quanto in discussione e fermo restando il potere organizzatorio in capo alla Direzione Aziendale, consentono di definire, con il contributo delle Rappresentanze Sindacali, proposte condivise. Nell'anno 2011 sono stati effettuati, a vario titolo, incontri per le seguenti aree contrattuali:

- Dirigenza Medica n. 33
- Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa n. 11
- Comparto n. 40

In particolare per le tre aree sindacali a tavoli disgiunti, oltre agli incontri attinenti ad aspetti contrattualmente previsti, si sono svolti periodici tavoli informativi quindicinali con la Direzione Aziendale relativi ai percorsi organizzativi attinenti al trasloco dell'attuale Ospedale S. Anna al nuovo ospedale di Cona.

In relazione ad argomenti di interesse generale per tutta l'Azienda o per singole articolazioni sono organizzati incontri con il personale per illustrare azioni che si ritiene necessario perseguire.

Per consentire la massima informazione al personale sul portale del sito Aziendale sono inserite tutte le procedure, regolamenti e modulistica ed in particolare tutti gli accordi e linee di intesa definiti con le Rappre-

sentanze Sindacali

4.8.2 Azioni promosse per i dipendenti

Le attività del Club Aziendale

L'utilizzo dei locali dell'Ufficio Fotoriproduzione e Stampa, come sede del Club S. Anna, viene confermato anche per il 2010. Ciò ha contribuito ad identificare il Club come un'entità reale, un punto di riferimento e di incontro per i dipendenti e per gli interlocutori esterni al S. Anna che vogliono intrattenere rapporti convenzionali con il Club. Ha agevolato lo svolgimento delle attività e la diffusione delle informazioni.

Il Club S. Anna comunica con tutti i dipendenti e Soci attraverso i seguenti strumenti:

1. mailing list di tutti i dipendenti che hanno un indirizzo @ospfe.it
2. mailing list dei Soci e dipendenti che hanno un indirizzo e-mail personale
3. invio al domicilio delle comunicazioni Club per chi ne fa richiesta
4. bacheche dislocate all'interno del S. Anna, le cui principali sono ubicate presso l'edicola interna e la mensa aziendale
5. newsletter mensile, con spazio riservato alle comunicazioni del Club S. Anna.

Le attività del Club Aziendale sono finalizzate a migliorare i rapporti tra dipendenti, condividendo interessi personali e sono dettagliate sulle pagine dedicate al Club del sito intranet aziendale.

Strumenti di dialogo tra dipendenti (sito intranet aziendale):

- Aggiornamento del Mercatino on line (scambio – vendo – compro).

Servizi ai dipendenti e alle loro famiglie:

- Convenzioni con esercizi commerciali di ogni tipo
- Convenzione con Scuole di musica e Scuole specializzate per la preparazione degli studenti delle scuole superiori e dell'Università
- Convenzione con UISP Ferrara, che controlla sul territorio tutte le piscine, per consentire ai dipendenti di accedere ai corsi di nuoto attraverso una 'corsia preferenziale'.
- Convenzioni con le piscine di Copparo e Occhiobello per l'offerta oltre le mura cittadine
- Fiere: distribuzione di biglietti a prezzo ridotto per le principali manifestazioni fieristiche organizzate a Ferrara
- Corso di Nordic Walking, disciplina finalizzata al

benessere psico-fisico con benefici all'apparato cardio-circolatorio

Momenti di aggregazione fra dipendenti:

- Partecipazione a mostre e organizzazione di viaggi

Iniziative che mettono in evidenza attitudini e abilità dei dipendenti:

- 7° edizione del Gran Premio Club S. Anna dedicato ai ciclisti amatoriali.

Rapporti con associazioni locali:

- Scambi culturali con il Gruppo Archeologi Ferraresi (visita guidata al Museo di Spina, partecipazione ad iniziative organizzate dal Club per i Soci GAF e viceversa)
- Diffusione delle iniziative dell'Associazione culturale 'Pico Cavalieri'.
- Rapporti con Touring Club Italiano con proposte a favore di tutti i dipendenti del S. Anna, Soci e non Soci.



Arcispedale S. Anna – La Cappella e abitazione delle Suore, affacciate sul cortile interno

5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

Premessa

Il Piano programma dell'Agenzia Sanitaria Regionale, che ha elaborato un insieme di indicazioni strategiche per le Aziende Sanitarie indirizzando le priorità di intervento e le attività del triennio 2011-2013, tenuto conto del pregresso lavoro svolto all'interno dei vari ambiti aziendali in questi anni, ha ridefinito nuovi ambiti di sfida che è importante prendere in esame per intraprendere azioni coerenti e che si ispirino a valori chiave come: "Ascolto, Comunicazione ed Empowerment" e che per competenza e responsabilità coinvolgono l'Area Comunicazione e Accoglienza.

Sul fronte interno viene posta particolare enfasi allo sviluppo di capacità in grado di mantenere vivo l'orgoglio e la motivazione degli operatori delle organizzazioni sanitarie attraverso la creazione di linee di ascolto e confronto con i dipendenti e le loro esigenze, tramite la relativa valorizzazione laddove sia presente la spinta creativa e innovativa in cui il professionista viene visto come detentore di un know-how prezioso ed essenziale allo sviluppo del sistema e responsabile/protagonista all'interno dei cambiamenti.

Sul versante esterno invece viene messo in luce come il cittadino manifesta motivazione ad agire e ad intervenire attivamente e dispone di potere, inteso come repertorio di possibilità valide ed efficaci, ma spesso risulta disorientato di fronte alle molte informazioni che si trova a gestire spesso con pochi strumenti a disposizione per comprenderle.

In linea con queste premesse molte sono le iniziative e le attività che vengono portate avanti a livello regionale, all'interno delle quali alcuni operatori dell'Area Comunicazione partecipano al fine di assimilarne gli elementi utili per promuovere i progetti e contribuire alla messa a punto di linee operative e indicatori sui temi dell'Umanizzazione, Equità, Health Literacy e Partecipazione.

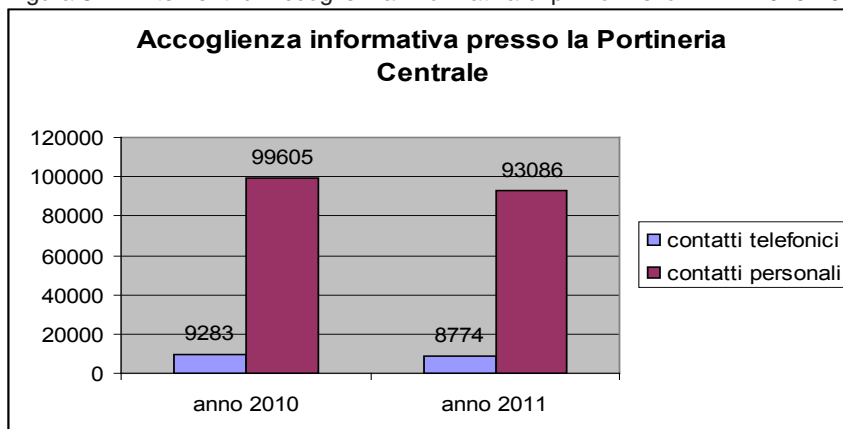
Inoltre l'Area Comunicazione e Accoglienza, tenendo presente il grande cambiamento legato al passaggio epocale verso il nuovo Polo ospedaliero di Cona ha portato avanti come prioritario il mandato relativo alla gestione dei fattori inerenti i rapporti con le Istituzioni locali, i mass media, la cittadinanza ed i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, realizzando il piano di comunicazione come strumento di lavoro principe per il governo della comunicazione verso l'esterno e verso l'interno.

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

5.1.1 Accoglienza informativa e supporto all'utenza

Per quanto riguarda la gestione del Punto informativo, durante il 2011, è stata consolidata sia l'attività di front office sia l'erogazione di informazioni telefoniche presso la sede di Corso Giovecca n° 203 a Ferrara. La classificazione delle esigenze informative ha permesso il monitoraggio di bisogni del cittadino/utente/dipendente, che hanno richiesto interventi correttivi e di miglioramento.

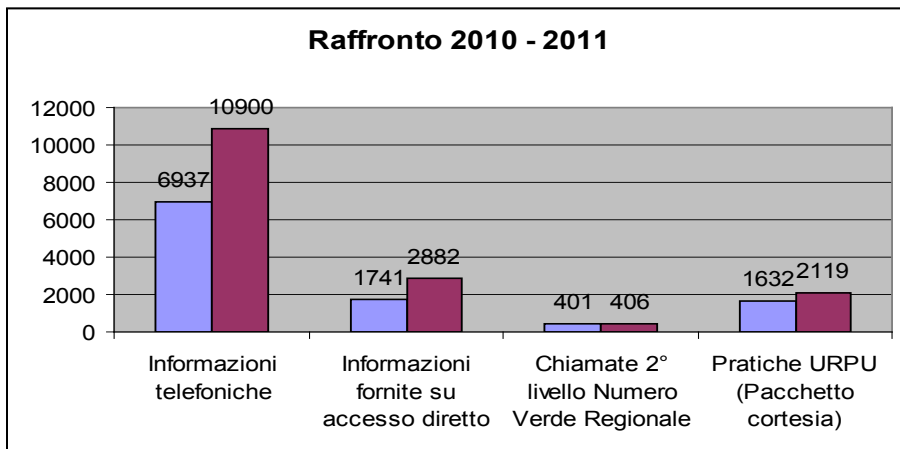
Figura 5.1 - Interventi di Accoglienza informativa di primo livello - Anni 2010-2011



Inoltre l'anno 2011 è stato caratterizzato da un intervento formativo di ampia portata che ha coinvolto il personale della Società Media Group, incaricato della gestione del servizio di Call Center - Reception del nuovo ospedale a Cona, una volta effettuato il trasferimento. La formazione ha consentito al personale di conoscere i sistemi informativi utili a fornire le informazioni all'utenza e le procedure organizzative per la gestione di eventuali problematiche, contando sul supporto informativo e organizzativo dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Alla formazione in aula seguirà un periodo di affiancamento al personale in servizio presso il Punto informativo del S. Anna a Ferrara, per mettere in pratica quanto appreso ed entrare in contatto diretto con le necessità dei cittadini/utenti/dipendenti.

Per quanto riguarda la gestione delle informazioni di secondo livello si evidenzia che presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico i dati inerenti tutte le tipologie di contatto sono aumentati rispetto al 2010 (le colonne di sinistra corrispondono all'anno 2010).

Figura 5.2 - Interventi di Accoglienza informativa di secondo livello - Anni 2010-2011



Fonte aziendale

5.1.2 Accoglienza informativa rispettosa delle differenze per garantire equità

Un importante mezzo per la diffusione delle informazioni è anche la distribuzione del materiale informativo multilingue, composto da brochure, poster e libretti di educazione alla salute, per un totale complessivo di 615 pezzi nel solo anno 2011. Questi materiali sono stati distribuiti attraverso i 7 Nodi di Rete della funzio-

ne interaziendale di mediazione, tenendo conto della richiesta e della necessità di ogni singolo attore della network.

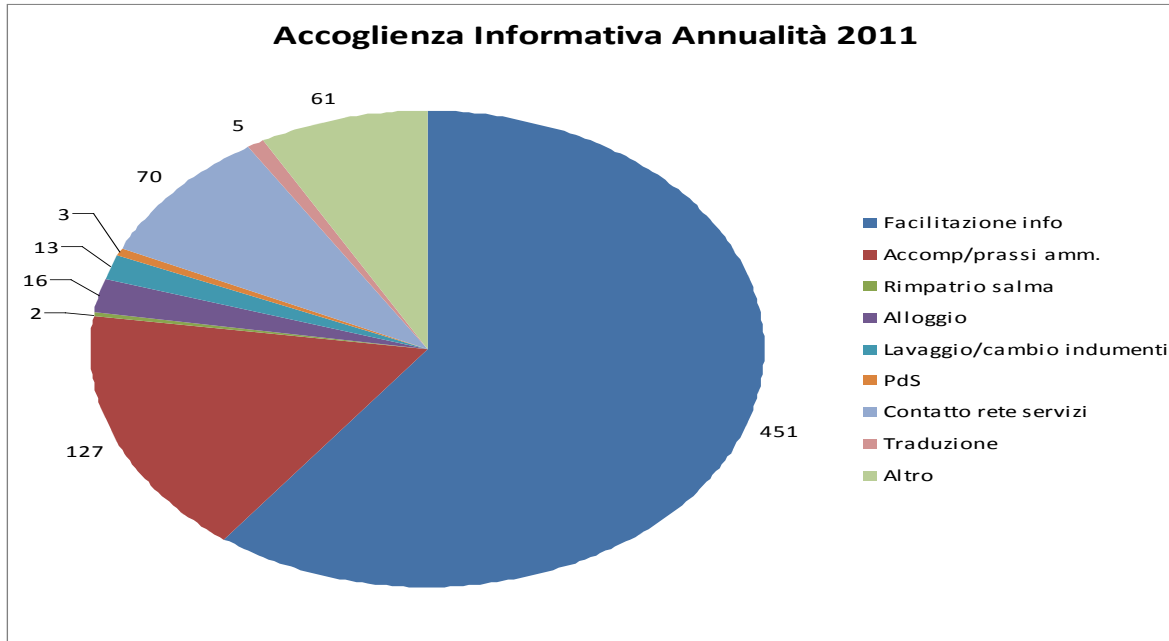
Nell'anno 2011 le attività svolte all'interno dell'Ufficio Accoglienza e Mediazione sono state complementari all'attività svolta dal servizio stesso e all'attività svolta dall'Ufficio Relazioni con il pubblico, al fine di offrire un supporto in grado di far fronte ai bisogni differenziati degli utenti come si evince dalla tabella che segue:

Tabella 5.1 - Tipologia di interventi di facilitazione svolta presso l'Ufficio Accoglienza

Tipo di attività svolta	N.
Facilitazione informativa	451
Accompagnamento/Prassi amministrativa	127
Rimpatrio salma	2
Richieste alloggio	16
Lavaggio/Cambio indumenti	13
Permesso di Soggiorno	3
Contatto Rete Servizi	70
Traduzioni	5
Altro	61
TOTALE	749

Fonte aziendale

Figura 5.3 - Interventi di Accoglienza informativa presso l'Ufficio Accoglienza e Mediazione



Fonte aziendale

5.1.3 La funzionalità della Mediazione Interculturale

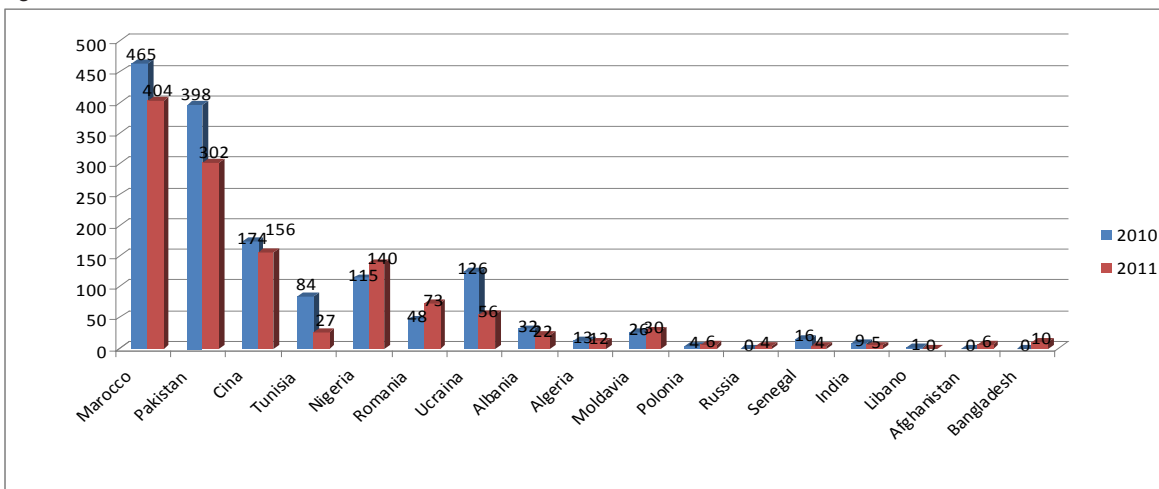
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Ferrara, ha conosciuto un aumento di ricoveri di cittadini stranieri, tuttavia, per quanto concerne le mediazioni svolte, l'inflessione delle richieste è in linea con l'andamento interaziendale.

Analizzando nello specifico, è possibile notare – come per il 2010 - l'altissimo numero di interventi in favore di utenti provenienti dall'area magrebina: il Marocco, nonostante il decremento, è ancora saldamente al primo posto, mentre al secondo posto rimane il Pakistan, esattamente come per l'anno precedente.

L'utenza cinese si posiziona al terzo posto, lasciando perciò inalterata la triade del 2010. La Nigeria è protagonista di un ulteriore balzo in avanti, aumentando il numero di richieste di mediazione interculturale per l'anno appena trascorso. Gli interventi di mediazione a supporto di cittadini dell'Est Europa vede una leggera crescita per la Romania, un decremento per l'Ucraina, segnando un percorso contrario al 2010 che non tocca la Moldavia, stabile nel biennio.

I recenti fatti socio-politico-economici che hanno toccato un paese come la Tunisia all'inizio del 2011, portando a Ferrara diversi profughi, non hanno gravato particolarmente sulla richiesta di mediazioni per utenti provenienti da tale paese.

Figura 5.4 - Interventi di mediazione interculturale svolti e Nazionalità in AOU di Ferrara Anno 2010-2011



Fonte aziendale

L'altissima presenza femminile presso l'Ospedale non può che coincidere con una richiesta di mediazione molto elevata in Unità Operative e Servizi facenti capo al Dipartimento Accrescimento e Riproduzione (nella tabella 5.2 è possibile consultare dettagliatamente la legenda).

La Genetica Medica, centro di riferimento regionale per la diagnosi prenatale - che accoglie coppie straniere provenienti non solo da Ferrara, ma anche da tutte le altre province emiliano-romagnole - ha mantenuto costante la collaborazione con l'Ufficio Accoglienza e Mediazione, attestandosi tra i Servizi che maggiormente richiedono l'intervento della mediazione interculturale.

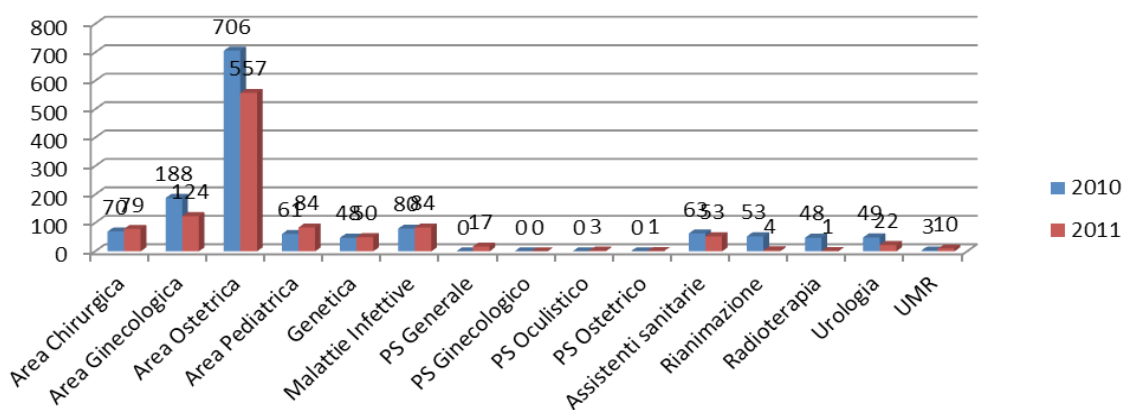
Lo stesso discorso vale per il Reparto di Malattie Infettive, che ha chiamato in causa il mediatore per pazienti quasi esclusivamente cinesi e pakistani. L'Area Pediatrica, in special modo la Chirurgia, ha richiesto la mediazione interculturale soprattutto in concomitanza di interventi chirurgici su bambini provenienti dall'Est Europa e dalla regione del Nord Africa, seguiti da As-

sociazioni Onlus che hanno sostenuto le famiglie nel loro viaggio e soggiorno a Ferrara.

La struttura del San Giorgio ha visto protagonista la mediatrice moldava che ha sostenuto il personale sanitario in Unità Gravi Cerebrosi, seguendo un caso per tre mesi consecutivi, e la mediatrice pakistana in Unità di Medicina Riabilitativa, impegnata nella mediazione con un rifugiato politico (incontri bisettimanali), che aveva richiesto molte mediazioni linguistico-culturali in diversi Nodi di Rete anche nel 2010.

Si sottolinea, come l'anno 2011 abbia suggellato l'ottima collaborazione tra il personale della Neurochirurgia e il servizio di Mediazione Interculturale: ha destato molto interesse - non solo a livello scientifico/sanitario, ma anche mediatico - l'asportazione di un tumore al cervello su una paziente pakistana sveglia, operazione alla quale ha partecipato la mediatrice in forza al Nodo di Rete di Portomaggiore, che, grazie ad una lunga preparazione assieme allo staff dell'U.O., ha consentito di elevare ulteriormente l'eccellenza del lavoro svolto dall'équipe medica.

Figura 5.5 - Numero di interventi di mediazione interculturale Anni 2010-2011



Fonte aziendale

Tabella 5.2 - Interventi mediazione interculturale e Unità Operative/Servizi in AOU Ferrara Anni 2010-2011

Area Ostetrica	Area ginecologica	Area Chirurgica	Area Pediatrica
Ostetricia DH gravidanze a termine DH gravidanze a rischio Nido Sala Parto	Ginecologia DH ginecologico Ginecologia preventiva	Chirurgia generale Neurochirurgia Chirurgia maxillo-facciale	Pediatria Chirurgia pediatrica

Fonte aziendale

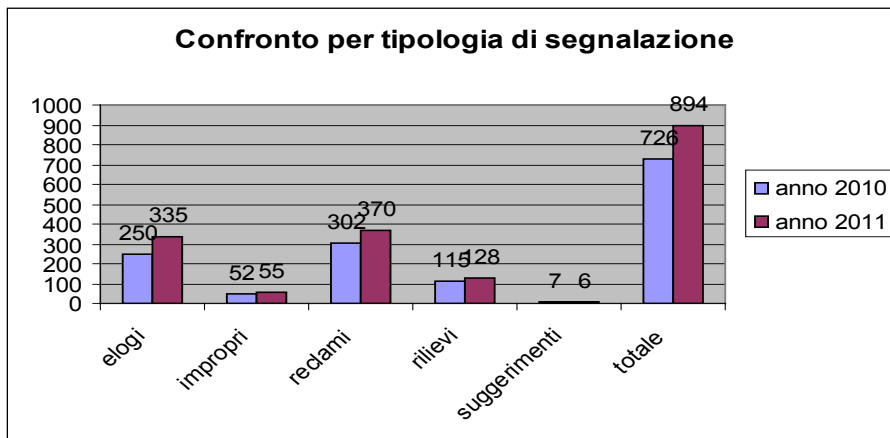
5.1.4 Gestione delle criticità e delle relazioni con il pubblico

Le attività finalizzate a raccogliere e gestire le segnalazioni dei cittadini e del personale relativamente a problemi, suggerimenti e aspetti positivi del servizio ricevuto, relative all'anno 2011, rivelano una significativa diminuzione di reclami rientrati nel "fisiologico" numero annuale ed evidenziano un importante incremento degli "elogi" (+ 85 rispetto all'anno precedente).

Si evidenzia che dal conteggio dei reclami sono state escluse n. 176 segnalazioni di cittadini (pervenute nel

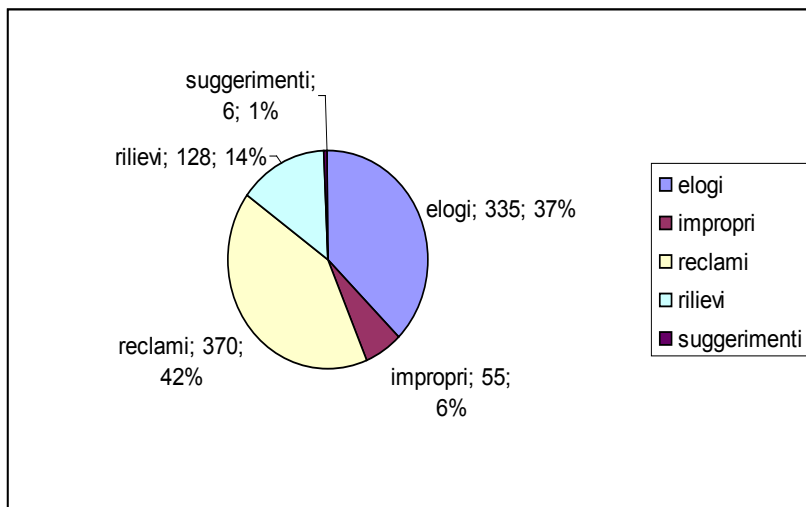
periodo febbraio/marzo 2011), che contestavano l'applicazione del ticket per prestazioni di Pronto Soccorso o di Day Service (PAC): tale criticità, oltre ad essere gestita a livello aziendale ha comportato l'accordo che tali pratiche sono state impropriamente considerate reclami. Si sottolinea come la funzione di tutela del cittadino è stata garantita anche attraverso il rispetto dei tempi di chiusura dei reclami, che al 31/12/2011 era al 90,1% dei casi e tramite la prima risposta nei tempi previsti dal Regolamento di Pubblica Tutela (97,4% dei casi).

Figura 5.6 - Tipologia di segnalazioni, raffronto 2010-2011



Fonte aziendale

Figura 5.7 - Tipologia di segnalazioni, 2011



Fonte aziendale

Sul fronte delle iniziative dedicate alla Umanizzazione, oltre alle consuete attività di ascolto e mediazione dei conflitti ormai consolidate, è stata effettuata una mappatura delle buone pratiche realizzate e in corso all'interno delle Unità Operative nell'erogazione dei servizi sanitari.

Inoltre, grazie alla collaborazione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico con il Comitato Consultivo Misto, il Gruppo Reclami ha effettuato incontri mensili di analisi reclami per migliorare l'apporto propositivo al miglioramento delle criticità che si verificano.

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

5.2.1 Gestione dell'identità e dell'immagine aziendale verso l'esterno

Il 2011 ha mantenuto l'attenzione alle attività di routine inerenti: la realizzazione di strumenti di comunicazione (es. volumi, depliant, presentazioni), la diffusione di informazioni di interesse aziendale attraverso la pubblicazione di notizie, eventi, corsi e convegni sul portale Saluter, i rapporti con i mass media, la gestione di comunicati e conferenze stampa e il coordinamento dell'House Organ, periodico trimestrale.

Figura 5.8 - Copertina dell'House Organ – numero di ottobre 2011



NUOVO S. ANNA, CI SIAMO! L'inizio delle attività è previsto per fine ottobre

Il conto alla rovescia è ormai prossimo alla fine mancano poche settimane alla seconda metà di ottobre, che è il periodo nel quale prevediamo l'inizio delle attività presso il nuovo Ospedale S. Anna.

La Ditta di Ferrara si sta avvicinando sempre di più alla fine di un traguardo personale, che porterà alla realizzazione di un'opera importantissima per la popolazione. Per garantire un servizio sanitario contemporaneo, corretto in questi giorni si stanno ultimando i lavori tecnici funzionali, elettrici, meccanici, gas medicali, acustici e cablaggio installato in vista della messa in servizio.

Una qualità è il nuovo miglioramento di servizio, l'arricchimento delle soluzioni tecnologiche ed impiantistiche, il nuovo stile, come è sempre stata, di umanità.

Alle attività medio termine proseguiranno nei tempi e nei modi previsti le gare per le acquisizioni delle tecnologie di nuova introduzione, le apparecchiature diagnostiche sono in via di trattamento dopo l'aver rappresentato dal trasferimento della risonanza magnetica, gli

spettatori proseguono secondo un piano di attività analitico, che tiene conto di spostamenti delle prestazioni.

Così come sono soggetti di confronto con il fornitore gli enti ausiliari (Ripart) che riguardano la gestione dei servizi in cura. Ogni settimana vengono tenute riunioni con il gruppo di lavoro che verifica il corretto sviluppo dei servizi secondo un concept programmatico che resterà il frame fondamentale delle attività.

Ogni settimana il collegio di direzione riceve informazioni da diverse unità funzionali dell'attività e fornisce informazioni alla Direzione sulla base dei lavori del "gruppo" nel "tempo libero".

Ogni 15 giorni sono previsti incontri con l'organizzazione medica della Direzione e nel Comitato di Rilev. di garantire una corretta informazione, alla luce di tutte le attività secondarie di ottobre e il ragionamento il periodo



a noi guardiamo per la partenza. Si tratta di una partenza preparata, finalizzata a diverse fasi che si susseguiranno in un periodo di tempo da non definire più del trasferimento e da contenere il disagio recato ai pazienti e ai dipendenti ospedalieri.

Ad oggi il vecchio S. Anna rimane in funzione, il nuovo è in corso di completamento e indovineremo quando ci sarà la partenza. Ci sarà un periodo di transizione, ma saremo consapevoli che il trasferimento avverrà in un periodo di tempo di qualità, ma con poche affezioni, senza termini di urgenza, che ne vada la pena.

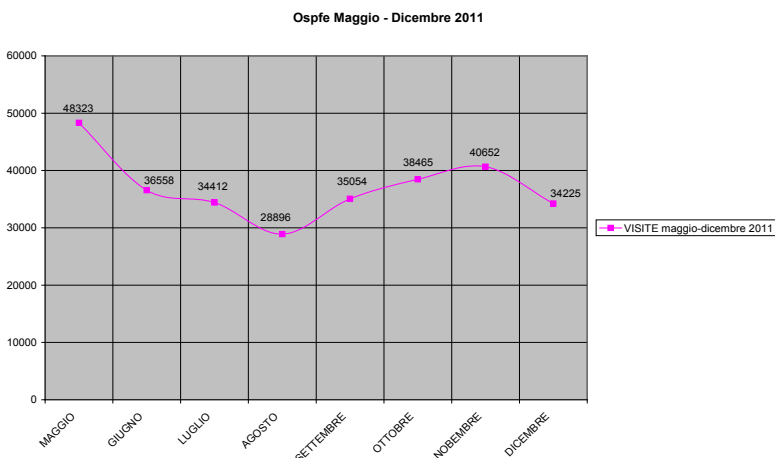
Gabriele Risaldi
Direttore Generale

Fonte aziendale

Inoltre all'interno dell'Area è stata integrata una nuova funzionalità di produzione di prodotti multimediali ed erogazione di servizi audiovisivi. Per quanto riguarda lo sviluppo innovativo in linea con le nuove potenzialità offerte dalle tecnologie, il 2011 si è caratterizzato per una importante tappa legata al portale web rappresentata dalla ri-progettazione di entrambi i siti (internet e intranet) all'interno di un'unica piattaforma.

Questo step ha rappresentato un miglioramento sia dal punto di vista dell'utente, che ora consulta le informazioni con una nuova logica dei contenuti suddivisa "per percorsi", sia dal punto di vista gestionale in quanto la rete dei redattori dispone ora di strumenti per la pubblicazione che ne riducono ridondanze e ne agevolano la pratica operativa.

Figura 5.9 - Statistiche di accesso a www.ospfe.it dalla messa online con nuove funzionalità



Fonte aziendale

5.3 Gli strumenti per la comunicazione interna aziendale

5.3.1 Sito intranet

Per facilitare la comunicazione interna, parte dell'attività è stata dedicata all'aggiornamento delle competenze delle persone che fanno parte della redazione web, che aggiorna i contenuti presenti sui siti aziendali, e alla formazione di nuovo personale a cui trasmettere le conoscenze tecnico-redazionali utili per la pubblicazione delle informazioni presenti sui siti internet e intranet.

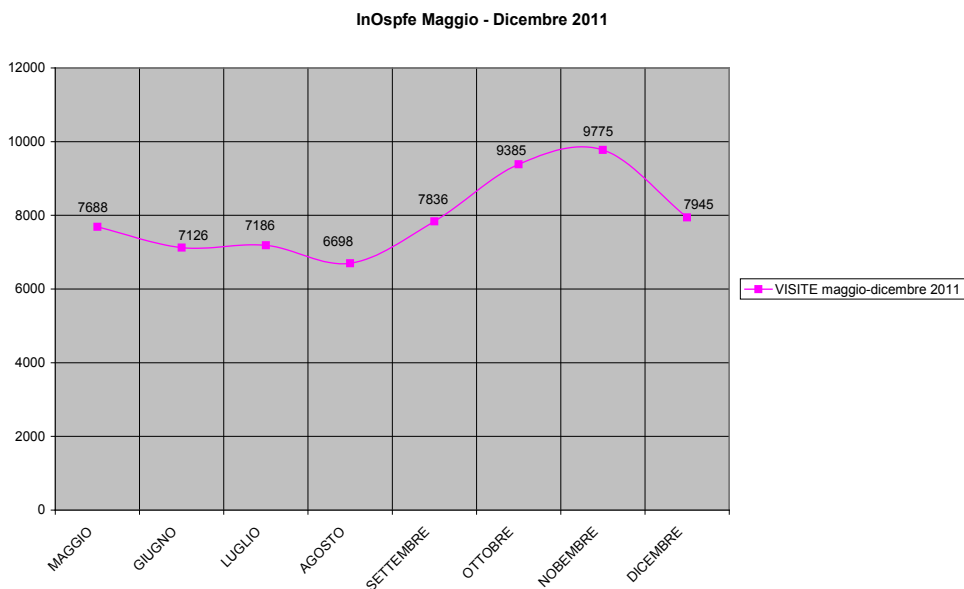
Tabella 5.3 - Attività di formazione e incontri inerenti la gestione dei siti aziendali

Anno 2011	Corsi svolti	Redattori aggiornati	Redattori nuovi	Riunioni
1° trimestre	9	85	7	0
2° trimestre	1	0	11	4
3° trimestre	0	0	0	0
4° trimestre	4	0	29*	0
TOTALE	14	85	47	4

Fonte aziendale

* Rete dei referenti Informativo/Informatico per gestione documentazione qualità dipartimentale

Figura 5.10 - Statistiche di accesso al sito intranet dalla messa on line con nuove funzionalità



Fonte aziendale

Verso la fine dell'anno sono stati introdotti alcuni nuovi strumenti di comunicazione con il personale per fornire risposte su quesiti relativi al trasferimento dell'ospedale. Ad esempio il Cona-Help, sistema informatizzato di invio di e-mail, ha fornito oltre 20 tipologie di risposte nel periodo tra ottobre/novembre/dicembre.

5.3.2 Newsletter

Il periodico opuscolo informativo rivolto a tutti i dipendenti ha mensilmente aggiornato sui temi inerenti l'ospedale ed è stato inviato tramite l'indirizzario aziendale tutti@ospfe.it.

Figura 5.11 - Copertina della newsletter – numero di ottobre 2011

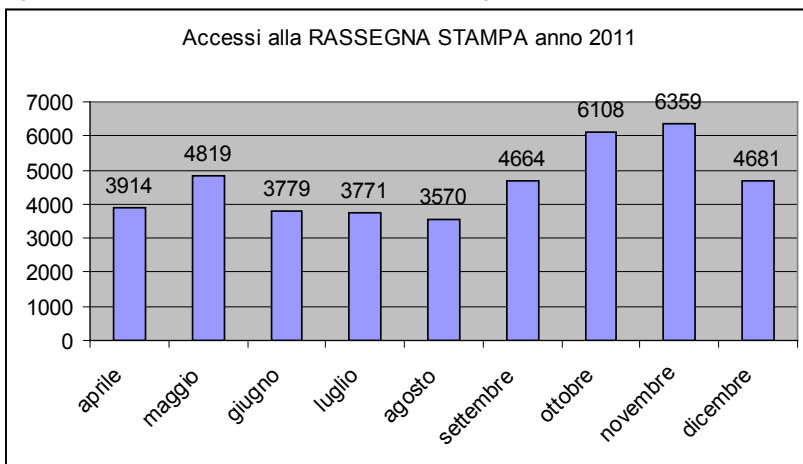


Fonte aziendale

5.3.3 Rassegna stampa

La rassegna stampa ha quotidianamente rispettato lo standard di qualità (numero di giornate in cui è rispettata la pubblicazione sul sito intranet rispetto al numero di giornate lavorative) nell'anno 2011 che è di 252 su 252 garantendo un servizio al 100% secondo i parametri. Nel grafico vengono riportate le statistiche di accesso da parte dei dipendenti a partire da aprile, mese in cui la pubblicazione della rassegna stampa ha iniziato a risiedere sul nuovo sito intranet aziendale.

Figura 5.12 - Statistiche di accesso alla rassegna stampa anno 2011



Fonte aziendale



Arcispedale S. Anna – La degenza-infermeria di uno dei padiglioni: un unico ambiente per 30 posti letto

6. Governo della Ricerca ed Innovazione

Il Servizio sanitario regionale (SSR) ha assunto come principio la rilevanza delle attività di ricerca come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico. Tale importanza si esprime attraverso la definizione della ricerca come funzione istituzionale fondamentale propria di tutte le Aziende sanitarie in cui il SSR si articola, al pari di quella assistenziale, con la quale deve essere funzionalmente integrata. La valorizzazione delle attività di ricerca e di didattica svolte dal SSR ha proceduto contestualmente da un lato alla ridefinizione del ruolo e delle funzioni delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, rafforzando le forme di collaborazione con il sistema delle Università della regione, secondo quanto previsto dalla L.R. 29/2004, e dall'altro, attraverso il Programma di ricerca Regione Università con avvio di progetti finalizzati in alcune specifiche aree cliniche e metodologiche, teso a rafforzare e sviluppare la rete collaborativa fra le Aziende Sanitarie, l'Università e gli IRCSS.

6.1 Azioni dell'infrastruttura locale ed integrazione dei sottosistemi aziendali

Negli anni dal 2006 al 2011 l'Azienda si è dotata di un Ufficio "Ricerca e Innovazione". Le principali funzioni attualmente svolte dall'ufficio risultano essere le seguenti:

- Supporto metodologico al controllo e al miglioramento dei processi clinici, che comprende lo sviluppo e coordinamento delle attività di Audit Clinico, la gestione del database di Indicatori di Performance Clinica, la partecipazione al tavolo aziendale sul Rischio Clinico, il coordinamento del progetto IQIP (International Quality Indicator Project);
- Coordinamento Aziendale per le tematiche relative al Comitato Etico, compresa l'attività di Segreteria Aziendale amministrativa ed economica del Comitato Etico;
- Supporto al collegio di Direzione, per le attività di ricerca e innovazione;
- Gestione di studi clinici, che comprende il coordinamento dell'iter autorizzativo, la valutazione di impatto economico/organizzativo, la gestione di contratti e convenzioni connessi, le attività amministrative di supporto, la gestione e controllo dei fondi istituzionali per la ricerca in ambito sanitario, il monitoraggio della ricerca scientifica svolta all'interno dell'azienda, la cura ed aggiornamento dei database e dei flussi informativi relativi alle attività di sperimentazione e ricerca (interni, AIFA, Regione);
- Gestione Ricerca Istituzionale, che comprende la

raccolta dei bandi istituzionali, la trasmissione ai Professionisti coinvolti, la ricezione dei progetti inoltrati dai Professionisti e l'invio agli Enti istituzionali pertinenti, la raccolta e verifica dei relativi contratti, le attività amministrative di supporto, le relazioni con i servizi coinvolti, la predisposizione dei documenti autorizzativi, il monitoraggio della ricerca scientifica svolta all'interno dell'azienda, la cura ed aggiornamento dei database e dei flussi informativi relativi alle attività di sperimentazione e ricerca (interni, AIFA, Regione).

Tra le innovazioni apportate all'organizzazione dell'attività, maggiore rilievo è sicuramente rivestito dall'utilizzo di una "procedura aziendale di gestione degli studi clinici", relativa al percorso processuale delle sperimentazioni, condivisa con tutti gli attori coinvolti e tesa a favorire l'omogeneità nella visione della "mission" affidata allo staff, sia al proprio interno che con i soggetti che a qualsiasi titolo entrano nel processo. Questo ha prodotto una maggior integrazione tra gli operatori dell'Ufficio ed anche con le interfacce interne ed esterne all'azienda, ma anche con i "clienti interni", nonché una maggiore chiarezza sulle competenze e responsabilità.

Infatti la implementazione della procedura aziendale ha permesso il coinvolgimento dei settori, con i quali l'ufficio collabora maggiormente, quali la Farmacia (per la parte che gli compete di accoglimento, distribuzione, preparazione e restituzione dei farmaci), la Farmacologia Clinica (per il monitoraggio clinico interno degli studi), della Direzione Risorse Economico Finanziarie e Contabilità (predisposizione delle procedure condivise di fatturazione, inoltro dati fiscali ed anagrafici, rendicontazioni, ecc.), della Direzione Approvvigionamento Beni e Servizi e Attività Economiche (per la definizione del percorso inerente i comodati d'uso, se previsti dagli studi) ed infine con l'Ufficio Legale e la Direzione Amministrativa di Presidio (per i percorsi inerenti le Assicurazioni e la predisposizione dei contratti conseguenti alla attivazione di studi clinici). Il percorso sopra descritto è certificato ai sensi della norma ISO 9001-2008.

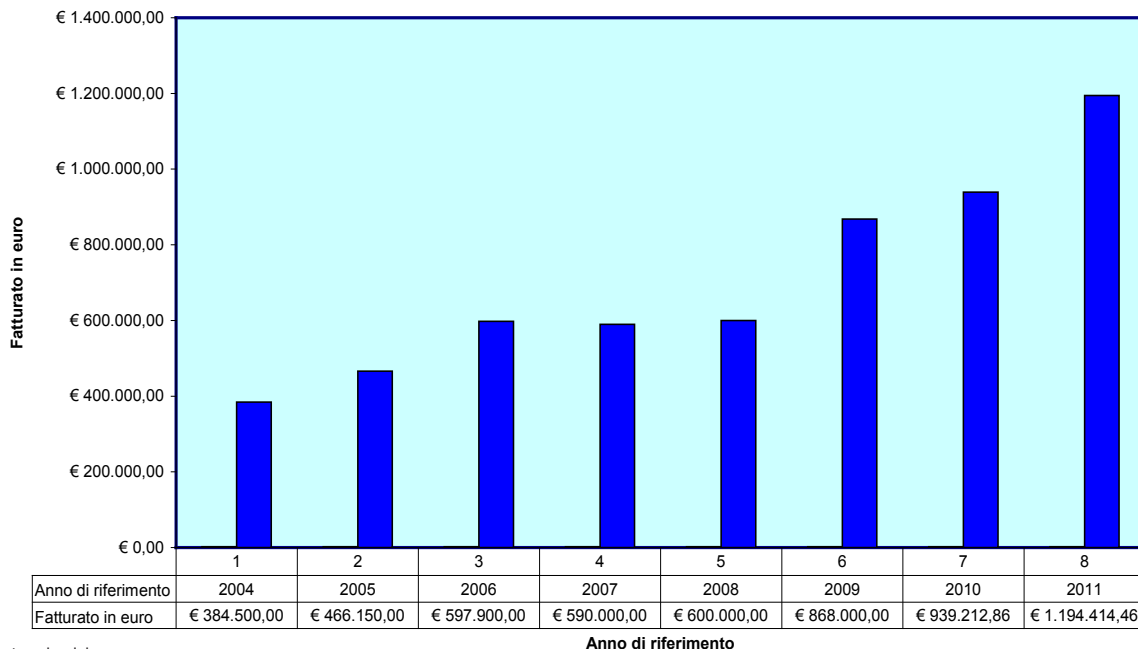
6.2 Capacità di attrazione di risorse finanziarie

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stata catalizzatore di alcuni progetti di ricerca relativi al bando ministeriale "Giovani Ricercatori" che nell'anno di pertinenza hanno ricevuto un finanziamento complessivo pari a € 803.488,50 da parte del Ministero della Salute, e di un progetto clinico relativo alle patologie oncologiche finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) per un importo di € 458.000,00. L'Azienda ha partecipato al bando per la ricerca final-

izzata ex art. 12 D.Lgs. 502/92, emesso nell'ottobre 2011, con molteplici progetti, fra i quali sono stati finanziati 2 progetti di ricerca finalizzata ed 1 progetto del Bando Giovani Ricercatori per un importo complessivo pari a € 647.500,00.

Per quanto concerne lo specifico campo delle sperimentazioni sponsorizzate, emerge dal database aziendale che i fondi incassati per sperimentazioni si attestano su valori superiori a quelli degli anni precedenti e precisamente pari a € 1.194.414,46.

Figura 6.1 – I fondi incassati per sperimentazioni



Fonte aziendale

6.3 Sviluppo della cultura relativa alla ricerca sanitaria

All'interno del Programma "Ricerca Regione-Università" (Area 3) era stato approvato, con delibera 2002/09 il finanziamento di un Corso Avanzato di Formazione per Facilitatori dell'Audit Clinico e della Ricerca Valutativa, assegnandone la titolarità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

In letteratura esistono numerose evidenze a sostegno che i programmi di Audit Clinico o Ricerca sui servizi, nelle aziende sanitarie, abbiano successo solo se supportati da professionisti metodologicamente competenti, spesso chiamati "facilitatori".

I professionisti dovranno quindi essere formati al ruolo di "Facilitatori di Audit Clinico e Ricerca Valutativa", il profilo del Facilitatore può essere così descritto:

- ha come riferimento una Funzione aziendale (Ricerca, Innovazione, Qualità, Governo Clinico..)
- collabora con i professionisti/clinici nella progettazione di AC e RV
- effettua ricerche in letteratura su evidenze esistenti, linee guida, standard
- assiste i professionisti/clinici nella definizione degli standard
- progetta questionari e moduli informatici per la raccolta dati
- agevola il ritrovamento della documentazione clinica
- analizza i dati elettronici organizzati per progetti di AC e RV, anche con l'uso di database
- collabora alla stesura di report e presentazioni di AC e RV
- contribuisce alla formazione dei professionisti/clinici su AC e RV
- favorisce la comunicazione fra le parti coinvolte nei progetti di AC e RV
- contribuisce alla gestione dei progetti rispetto a scadenze e mandati
- funge da collegamento per progetti nazionali/regionali di AC e RV
- garantisce la confidenzialità e sicurezza dei dati.

Gli obiettivi del corso sono stati:

- la formazione di 45 facilitatori appartenenti principalmente al Servizio Sanitario Regionale,
- la creazione e validazione di un percorso formativo riproducibile, adatto alle esigenze di aziende sia ospedaliere che territoriali.

Le attività didattiche si sono tenute in due edizioni parallele, una a Bologna (S.Orsola) ed una fra Ferrara e Ravenna. Le attività sono iniziate nella primavera del 2010, per una durata complessiva di un anno. Sono stati attribuiti crediti ECM sia per l'anno 2010 che il 2011.

I destinatari sono stati professionisti impegnati nelle strutture di Ricerca e Innovazione, Formazione, Qualità, Clinical Effectiveness, Governo Clinico, Direzione Medica o Assistenziale, Gestione del Rischio delle proprie aziende, oppure professionisti coinvolti in processi clinico-assistenziali di dipartimento che in futuro possano essere impegnati come "facilitatori" di Ricerca Valutativa e Audit Clinico. Perciò la partecipazione al corso prelude ad una prospettiva di attività di supporto ad audit, anche negli anni successivi, e per le aziende che inviano partecipanti si apre una prospettiva di lavoro in rete.

Il corso ha compreso 147 ore in aula (lezioni, esercitazioni, aula informatica, lavoro attivo in gruppi), più di 40 ore di formazione a distanza e un Project Work (PW), con supervisione di colleghi esperti. Le attività in aula seguivano passo a passo lo sviluppo dei PW. Il corso si è concluso con un evento pubblico in data 8 Aprile 2011, alla presenza dell'Assessore Regionale. Sono stati organizzati, inoltre, 2 seminari speciali: "Significant Event Audit" (M. Pringle) e "Being safe is not different from being right" (V. Kazandjian) e due Workshop Nazionali sull'Audit Clinico.

L'impatto del progetto sul SSR è stato duplice:

1. coinvolgimento di istituzioni regionali e ripercussioni su progetti, documenti ed indicazioni prodotti da esse: il progetto

- ha portato a precisazioni metodologiche, condivise con il settore "Gestione del Rischio",
- ha impattato in maniera decisiva sull'interpretazione del requisito generale 9.3. per l'accreditamento delle strutture sanitarie,
- ha generato un filone di attività nel settore "Politica del Farmaco" nell'Assessorato Regionale.

2. ricadute sulle aziende del SSR, in termini di acquisizione di competenze e know how organizzativo: c'è riscontro che

- i project work hanno coinvolte 23 aziende
- formando 65 professionisti,
- due aziende sedi del progetto hanno integrato l'Audit Clinico sistematicamente nelle attività di miglioramento della qualità e governo dei processi clinici,

- un'altra azienda ha già sperimentato il progetto formativo.

6.4 Facilitazione dell'accesso alle conoscenze e alle competenze per il corretto utilizzo della informazione scientifica

Si può affermare che nel corso dell'anno 2011 si è ulteriormente sviluppata e consolidata la collaborazione con la Biblioteca Scientifica Multimediale Interaziendale, fonte di molte informazioni a carattere scientifico cui hanno accesso sia i professionisti che i componenti del Comitato Etico. Nel 2010 sono stati scaricati 27.748 articoli scientifici dal catalogo elettronico aziendale, sono stati stipulati 4195 abbonamenti con riviste scientifiche internazionali.

6.5 Incentivazione dello sviluppo di collaborazioni con altre istituzioni

Nell'anno 2011 è proseguita l'attività di ricerca del Programma Ricerca Regione Università avviato nel 2008. Nel 2011 erano in corso 16 Progetti approvati dalla Regione che vedevano la nostra azienda come capofila, e in altri 15 era centro collaboratore.

Entrambe le tipologie vedono la collaborazione attiva di altre Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna e di Dipartimenti dell'Università di Ferrara (convenzionati o meno con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara), favorendo così l'integrazione della componente aziendale con la componente universitaria in materia di ricerca.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha siglato con le altre aziende sanitarie coinvolte nel Programma di ricerca, dei Protocolli d'Intesa per regolamentare i rapporti con le stesse e stabilire le quote di finanziamento da erogare o da introitare.

L'Ufficio Ricerca ed innovazione ha svolto un ruolo fondamentale per la gestione amministrativo-contabile dei progetti e relativi finanziamenti. Ha intrattenuto costanti e regolari rapporti con tutte le aziende e dipartimenti coinvolti nei predetti progetti di ricerca. In particolare ha svolto un ruolo di intermediazione fra le unità partecipanti ai progetti e le Direzioni Aziendali preposte all'attivazione di figure professionali coinvolte nei progetti (borse di studio, assegni di ricerca ecc.), o preposte alle acquisizioni di materiali, attrezzature e quant'altro necessario alla riuscita dell'attività di ricerca.

Ha provveduto a trasmettere alla Segreteria Scientifico-Organizzativa del Programma di Ricerca Regione Università, istituita presso l'Agenzia Sanitaria, le relazioni scientifiche, stilate dai Responsabili Scientifici dei progetti e le relative relazioni economiche, stilate

dall'Ufficio Ricerca stesso.

6.6 Mappatura dei progetti multidisciplinari.

Fra le numerose ricerche a carattere multidisciplinare può essere citato come esempio lo studio osservazionale sui donatori di sangue "Ricchezza per la società o salvaguardia per l'individuo ?" Questo studio vuole valutare se per i donatori di sangue esiste un vantaggio in termini di minore incidenza delle patologie più comuni, che permetta di correlare la donazione alla salvaguardia della salute dell'individuo.

6.7 Valorizzazione del ruolo del Comitato Etico

Nel maggio 2010 si è pervenuti al rinnovo del Comitato Etico Provinciale, che ha continuato la propria attività di valutazione dei protocolli scientifici presentati, confrontandosi con un numero sempre maggiore di studi. Il Personale dell'Ufficio Ricerca e Innovazione riveste il ruolo di Segreteria Amministrativa del Comitato Etico svolgendo le mansioni tipiche dedicate, quali:

1. Fase informazione, accoglienza e istruttoria pre Comitato Etico;
2. Fase post Comitato Etico (gestione verbale, ecc.)
3. Aspetti assicurativi
4. Monitoraggio Database AIFA
5. Predisposizione report periodici per monitoraggio attività e riesame gestione studi clinici
6. Archiviazione della documentazione relativa agli studi clinici

L'attività svolta dal Comitato Etico si riassume con le seguenti cifre:

Attività Comitato Etico (C.E.)

	Totali
Sedute del Comitato Etico	11
Studi valutati	152
Studi AOU Ferrara	122
Studi AUSL Ferrara	18
Studi Università di Ferrara	11
Altri Enti	1
Rilascio di pareri unici	9

Studi suddivisi per aziende – anno 2011

	AOU	AUSL	UNIFE
Totale studi valutati	122	18	11
Studi sponsorizzati da case farmaceutiche	39	11	-
Studi promossi da enti istituzionali (ISS-AIFA Ministero)	4	1	-
Studi promossi da fondazioni-enti no profit	33	3	2
Studi spontanei	34	3	9
Uso compassionevole	12	-	-

L'Ufficio Ricerca e Innovazione ha stipulato 50 contratti per studi proposti da Ditte Farmaceutiche ed ha rilasciato 64 autorizzazioni alla effettuazione di Studi Spontanei.

6.8 Coinvolgimento del Comitato Etico in decisioni aziendali

Il Comitato Etico è stato diverse volte coinvolto da varie Unità Operative aziendali, in merito al rilascio di pareri in relazione a procedure cliniche, all'uso compassionevole dei farmaci ed anche in merito a pareri medico legali su particolari esecuzioni di prestazioni cliniche.

6.9 Regole di trasparenza verso finanziatori pubblici e privati

Nel corso dell'anno 2011, l'Ufficio ha revisionato la procedura per la rilevazione dell'impatto economico organizzativo conseguente alla effettuazione di studi clinici di qualsiasi natura e tipologia, con particolare attenzione agli studi che presentano prestazioni che esulano dalla normale routine clinica, ed ha implementato il monitoraggio degli studi clinici in collaborazione con la Farmacologia Clinica.

Si deve registrare, una notevole collaborazione e partecipazione da parte dei professionisti che con maggiore attenzione forniscono i dati utili alla rilevazione dei dati.

Parallelamente tutti gli studi istituzionali, per i quali è prevista una rendicontazione, vengono contabilizzati dai collaboratori dell'Ufficio Ricerca e Innovazione e trasmessi agli Enti/Istituzioni competenti.

Gli Operatori dell'Ufficio Ricerca e Innovazione hanno partecipato attivamente ai lavori della Agenzia Sanitaria Regionale, per la predisposizione del database regionale per l'Anagrafe della Ricerca, inserendo tutte le informazioni necessarie per la fase pilota.

6.10 Ricerca e Didattica

6.10.1 Ricerca

Nel corso del 2011 hanno operato in azienda in totale 107 Assegnisti di ricerca, 88 con docente di riferimento convenzionato dei quali 25 svolgono anche attività assistenziale presso l'azienda e 19 Assegnisti con docente di riferimento non convenzionato. C'è stato inoltre 1 Collaboratori di ricerca.

Tabella 6.1 - Dottorati di Ricerca della Macroarea Medico-Biologica nell'anno 2011

Denominazione Dottorato	Coordinatore	Iscritti I anno	Iscritti II anno	Iscritti III anno
BIOCHIMICA, BIOLOGIA MOLECOLARE E BIOTECNOLOGIE	Prof. Francesco Bernardi	11	7	9
BIOLOGIA EVOLUZIONISTICA E AMBIENTALE	Prof. Guido Barbujani	5	4	8
FARMACOLOGIA E ONCOLOGIA MOLECOLARE	Prof. Antonio Cuneo	14	8	10
SCIENZE BIOMEDICHE	Prof. Silvano Capitani	5	4	10
SCIENZE CHIMICHE	Prof. Carlo Alberto Bignozzi	6	2	2
SCIENZE FARMACEUTICHE	Prof. Stefano Manfredini	5	3	4

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Finanziamenti

Le tavole seguenti evidenziano i finanziamenti del 2011 classificati per tipologia e allocazione

Tabella 6.2 – Progetti PRIN 2009 approvati nel 2011

Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim.	PRIN 2009
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	43.664
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	77.310
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmcc	121.620

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.3 - Finanziamenti e fondi in riferimento all'attività di ricerca

Finanziatori	Importo
Enti pubblici nazionali	€ 2.587.634
Enti pubblici internazionali	€ 1.881.460
Privati non profit (es. fondazioni, associazioni)	€ 1.019.927
Privati profit (aziende farmaceutiche e biomedicali)	€ 1.672.562

Fonte: Università degli studi di Ferrara

La tabella mostra le Risorse finanziarie ottenute per attività di ricerca dai dipartimenti universitari di Discipline Medico Chirurgiche, della Comunicazione e del Comportamento, Medicina Sperimentale e Diagnostica, Scienze Biomediche e Terapie Avanzate e Scienze Chirurgiche Anestesiologiche e Radiologiche. Non è stato possibile determinare i progetti riferibili a ciascun docente in convenzione. Il dato si riferisce quindi agli importi complessivi

(dato di cassa) ricevuti dai dipartimenti di afferenza dei docenti convenzionati e non nel corso dell'anno 2011.

Le tavole successive mostrano i dati relativi al Fondo Ateneo per la Ricerca locale negli anni 2010 e 2011

Tabella 6.4 - Fondo di Ateneo per la Ricerca Locale (FAR) - Anno 2010

Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim.	FAR 2010
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 2.726
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 6.544
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 1.116
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 3.194
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche, anestesilogiche e radiologiche	€ 2.197
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 5.760
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 1.216
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 985
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 5.576
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 3.743
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 11.882
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 4.395
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 2.156
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 6.493
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 4.652
Area 3	Scienze biomediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Biochimica e biologia molecolare	€ 2.335
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 4.743
Area 3	Scienze biomediche	05/07 scienze biologiche e scienze agrarie	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 16.137
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche, anestesilogiche e radiologiche	€ 7.994

Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 5.525
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 5.081
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 1.808
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 4.627
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 10.305
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 2.452
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 890
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 597
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche, anesthesiologiche e radiologiche	€ 2.408
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 2.171
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche, anesthesiologiche e radiologiche	€ 2.838
			TOTALE	€138.460

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.5 - Fondo di Ateneo per la Ricerca Locale (FAR) - Anno 2011

Area statutaria	Subarea	Comm.scientif.	Dipartim.	FAR 2011
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 1.567
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 5.995
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 10.678
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 1.234
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 4.675
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche, anesthesiologiche e radiologiche chirurgiche, anesthesiologiche e radiologiche	€ 1.145
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 7.244
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 1.945

Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 2.012
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 7.663
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 3.820
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 1.932
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 10.595
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 6.367
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche	€ 6.454
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 3.264
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 7.149
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 2.481
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 4.454
Area 3	Scienze biomediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Biochimica e biologia molecolare	€ 3.678
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 3.841
Area 3	Scienze biomediche	05/07 scienze biologiche e scienze agrarie	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 12.598
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche	€ 12.676
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 5.408
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 3.855
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 2.218
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 2.697
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 6.995
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina sperimentale e diagnostica	€ 3.513

Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 2.358
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Dmccc	€ 5.404
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Medicina clinica e sperimentale	€ 3.444
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche	€ 3.644
Area 4	Scienze chirurgiche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche chirurgiche,anestesiologiche e radiologiche	€ 6.525
Area 4	Scienze mediche	06 scienze mediche e chirurgiche	Scienze biomediche e terapie avanzate	€ 6.790
			TOTALE	€176.318

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione

Tabella 6.6 - Progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione con azienda ospedaliera universitaria anno 2011

TITOLO DEL PROGETTO	AREA DISCIPLINARE	INIZIO	SCADENZA	PROGR. UE	U.O. AZIENDA COINVOLTE	NUMERO PARTECIPANTI ALLA RICERCA		
						UNIVERSITARI CONVENZIONATI	UNIVERSITARI NON CONVENZIONATI	DEL SSR
EvA - Markers for emphysema versus airway disease in COPD	Medicina Clinica e Sperimentale	01/10/2008	31/03/2012	7° PQ - HEALTH	dato non disponibile	1 (docente)	2 (assegnisti)	dato non disponibile
NMD-Chip - Development of targeted DNA-Chips for High Throughput Diagnosis of NeuroMuscular Disorders	Medicina Sperimentale e Diagnostica	01/10/2008	30/09/2011	7° PQ - HEALTH	NO	3 (2 docenti e 1 tecnico)	4 (1 amm.vo, 3 assegnisti)	0
MentDis_ICF65+ - Prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly: Relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation	Discipline Medico-Chirurgiche della Comunicazione e del Comportamento	01/10/2008	30/09/2012	7° PQ - HEALTH	NO	3 (docenti)	1 (assegnista)	0

BIO-NMD - Identifying and validating pre-clinical biomarkers for diagnostics and therapeutics of Neuromuscular Disorders	Medicina Sperimentale e Diagnostica	01/12/2009	30/11/2012	7° PQ - HEALTH	NO	3 (2 docenti e 1 tecnico)	9 (3 docenti, 1 amm.vo, 5 assegnisti)	0
AirPROM - Airway Disease PReducing Outcomes through Patient Specific Computational Modelling	Medicina Clinica e Sperimentale	01/03/2011	28/02/2016	7° PQ - ICT	dato non disponibile	"1 (docente)"	0	dato non disponibile

Fonte: Università degli studi di Ferrara

NR. PROGETTI	5
NR. PROGETTI NEI QUALI UN DIPENDENTE DELL'AZIENDA E' CAPOFILO O RESPONSABILE SCIENTIFICO	0
NR. COORDINATORI/RESPONSABILI DI PROGETTO:	
- UNIVERSITARI	5
- DEL SSR	0

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Su 5 progetti comunitari che coinvolgono personale in regime di convenzione, tutti hanno Coordinatori o Responsabili universitari.

Pubblicazioni

Nel corso del 2011 sono state prodotte le seguenti pubblicazioni, classificabili per tipologia e quantità. Va tenuto presente che i dati di seguito riportati sono suddivisi per Dipartimenti Universitari, individuati in base al criterio di afferenza di personale medico strutturato e non, docente/ricercatore e non.

Figura 6.2 – Cataloghi Ateneo prodotti dal Dipartimento di Discipline Medico-Chirurgiche della Comunicazione e del Comportamento

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
ALTRO	2	1,1%
Articolo	174	91,1%
Capitolo, articolo, contributo di Libro	7	3,7%
Lettera, Replica, Commento e simili	1	0,6%
Monografia o Trattato Scientifico	2	1,1%
Riassunto (abstract)	5	2,7%
NON SPECIFICATO	0	0,0%

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Figura 6.3 – Cataloghi Ateneo prodotti dal Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
Articolo	160	73,4%
Capitolo, articolo, contributo di Libro	8	3,7%
Coordinamento Proget.Ricerca Regionali Naz. ed Internaz.	1	0,5%
Lettera, Replica, Commento e simili	5	2,3%
Monografia o Trattato Scientifico	1	0,5%
Relazione o comunicazione a congresso	15	6,9%
Relazione o comunicazione a congresso	8	3,7%
Riassunto (abstract)	15	6,9%
Riassunto (abstract)	5	2,3%
NON SPECIFICATO	0	0,0%

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Figura 6.4 - Cataloghi Ateneo prodotti dal Dipartimento di Medicina Sperimentale e Diagnostica

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
Articolo	78	71,6%
Capitolo, articolo, contributo di Libro	3	2,8%
Commentari	1	1,0%
Coordinamento Proget.Ricerca Regionali Naz. ed Internaz.	1	1,0%
Cura di Atti, Volumi, Cataloghi e numeri speciali di riviste	1	1,0%
Relazione o comunicazione a congresso	17	15,6%
Relazione o comunicazione a congresso	3	2,8%
Riassunto (abstract)	4	3,7%
Riassunto (abstract)	1	1,0%
NON SPECIFICATO	0	0,0%

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Figura 6.5 - Cataloghi Ateneo prodotti dal Dipartimento di Morfologia ed Embriologia

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
ALTRO	2	2,8%
Articolo	47	63,6%
Coordinamento Proget.Ricerca Regionali Naz. ed Internaz.	1	1,4%
Direzione o Responsabilità Riviste	1	1,4%
Relazione o comunicazione a congresso	17	23,0%
Relazione o comunicazione a congresso	3	4,1%
Riassunto (abstract)	2	2,8%
Riassunto (abstract)	1	1,4%
NON SPECIFICATO	0	0,0%

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Figura 6.6 - Cataloghi Ateneo prodotti dal Dipartimento di Scienze Biomediche e Terapie Avanzate

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
ALTRO	10	6,7%
Articolo	79	52,7%
Capitolo, articolo, contributo di Libro	20	13,4%
Concordanze, indici, bibliografie, pubbl. fonti inedite, dizionari e glossario	1	0,7%
Monografia o Trattato Scientifico	1	0,7%
Relazione o comunicazione a congresso	6	4,0%
Relazione o comunicazione a congresso	5	3,4%
Riassunto (abstract)	5	3,4%
Riassunto (abstract)	23	15,4%
NON SPECIFICATO	0	0,0%

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Figura 6.7 - Cataloghi Ateneo prodotti dal Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Anestesiologiche e Radiologiche

Tipologia Catalogo Ateneo	Totale	Percentuale considerati
Articolo	26	65,0%
Brevetto	2	5,0%
Capitolo, articolo, contributo di Libro	2	5,0%
Cura di Atti, Volumi, Cataloghi e numeri speciali di riviste	1	2,5%
Relazione o comunicazione a congresso	3	7,5%
Riassunto (abstract)	5	12,5%
Riassunto (abstract)	1	2,5%
NON SPECIFICATO	0	0,0%

Fonte: Università degli studi di Ferrara

6.10.2 Didattica

Nell'anno 2011 il personale dell'Università di Ferrara che ha svolto attività assistenziale o con ricaduta assistenziale presso l'azienda ospedaliera è composto di 25 Professori Ordinari, 28 Associati, 47 Ricercatori, 1 Assistente e 50 Tecnici Amministrativi.

Nelle tavole seguenti sono evidenziati i master di interesse medico attivi nel 2011 e la situazione dei corsi di laurea attivati per la professione medica e le altre professioni sanitarie.

Tabella 6.7 – Master nel 2011

Denominazione corso	Tipologia	Iscritti A.A. 2010/11	
		maschi	femmine
ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SERVIZI SANITARI	Master di Secondo Livello	8	13
EMODINAMICA E CHIRURGIA VENOSA AVANZATA	Master di Secondo Livello	7	1
MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE (INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO E OSTETRICA)	Master di Primo Livello	14	24
SCUOLA DI RICERCA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA	Master di Secondo Livello	0	8

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.8 – Master nel 2011

Denominazione corso	Tipologia	Iscritti A.A. 2010/11	
		maschi	femmine
ECONOMIA E MANAGEMENT DEI SERVIZI SANITARI	Master di Secondo Livello	8	13
EMODINAMICA E CHIRURGIA VENOSA AVANZATA	Master di Secondo Livello	7	1
MANAGEMENT PER LE FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE (INFERMIERE, INFERMIERE PEDIATRICO E OSTETRICA)	Master di Primo Livello	14	24
SCUOLA DI RICERCA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA	Master di Secondo Livello	0	8

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.9 - Iscritti totali Facoltà di Medicina e Chirurgia a.a. 2010/11 (per Corso e Anno di Corso)

Tipo Corso di Studi	Corsi di Studio	2010/2011								
		Iscritti IC						Iscritti IC	Iscritti FC	Totale iscritti (IC+FC)
		1	2	3	4	5	6	Totale	Totale	
LS (Laurea specialistica)	SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE	12	12	-	-	-	-	24	2	26
	SCIENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICODIAGNOSTICHE	11	10	-	-	-	-	21	2	23
	SCIENZE E TECNICHE DELL'ATTIVITA' MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA	0	0	-	-	-	-	0	25	25
	SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	19	21	-	-	-	-	40	9	49
LM (Laurea Magistrale)	SCIENZE E TECNICHE DELL'ATTIVITA' MOTORIA PREVENTIVA E ADATTATA	18	22	-	-	-	-	40	0	40
LMCU (Laurea magistrale a ciclo unico)	MEDICINA E CHIRURGIA	176	154	-	-	-	-	330	3	333
	ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA	11	12	-	-	-	-	23	0	23
LSCU (Laurea a ciclo unico)	MEDICINA E CHIRURGIA	-	-	155	228	132	125	640	148	788
	ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA	-	-	16	17	14	-	47	4	51
CDL (corso ante riforma)	MEDICINA E CHIRURGIA	-	-	-	-	-	1	0	149	150

Tipo Corso di Studi	Corsi di Studio	2010/2011								
		Iscritti IC						Iscritti IC	Iscritti FC	Totale iscritti (IC+FC)
		1	2	3	4	5	6	Totale	Totale	
L (laurea triennale)	DIETISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Dietista)	9	7	6	-	-	-	22	3	25
	EDUCATORE PROFESSIONALE SANITARIO (abilitante alla professione sanitaria di Educatore professionale sanitario) - SEDE DI ROVERETO (TN)	29	30	27	-	-	-	86	5	91
	FISIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista)	24	23	19	-	-	-	66	8	74
	FISIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista) - SEDE DI BOLZANO	19	19	21	-	-	-	59	1	60
	FISIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Fisioterapista) - SEDE DI FAENZA	22	21	18	-	-	-	61	4	65
	IGIENE DENTALE (abilitante alla professione sanitaria di Igienista dentale)	10	10	9	-	-	-	29	1	30
	INFERMIERISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Infermiere)	142	141	117	-	-	-	400	117	517
	INFERMIERISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Infermiere) - SEDE DI CODIGORO	33	23	19	-	-	-	75	24	99
	INFERMIERISTICA (abilitante alla professione sanitaria di Infermiere) - SEDE DI PIEVE DI CENTO	55	38	26	-	-	-	119	32	151
	LOGOPEDIA (abilitante alla professione sanitaria di Logopedista)	10	11	9	-	-	-	30	1	31
	ORTOTTICA ED ASSISTENZA OFTALMOLOGICA (abilitante alla professione sanitaria di Ortottista ed assistente di oftalmologia)	10	8	5	-	-	-	23	0	23
	OSTETRICIA (abilitante alla professione sanitaria di Ostetrica/o)	20	18	15	-	-	-	53	14	67
	SCIENZE MOTORIE	-	-	104	-	-	-	104	108	212
	TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica)	11	9	2	-	-	-	22	2	24
	TECNICHE AUDIOMETRICHE (abilitante alla professione sanitaria di Audiometrista)	0	0	6	-	-	-	6	1	7
	TECNICHE AUDIOPROTESICHE (abilitante alla professione sanitaria di Audioprotesista)	18	14	10	-	-	-	42	9	51
TECNICHE DI LABORATORIO BIOMEDICO (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di laboratorio biomedico)	13	13	18	-	-	-	44	1	45	
TECNICHE DI RADIOLOGIA MEDICA, PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA (abilitante alla professione sanitaria di Tecnico di radiologia medica)	41	40	40	-	-	-	121	10	131	
L270 (laurea di 1° livello D.L. 270)	SCIENZE MOTORIE	125	93	-	-	-	218	2	220	
Totale		838	749	642	245	146	126	2746	685	3431

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Scuole di Specializzazione

Le tavole successive descrivono il quadro per Scuole di Specializzazione, le tipologie, gli iscritti negli anni di corso previsti.

Per quanto riguarda la formazione medico-specialistica, il numero di scuole con struttura di sede nell'azienda sono 33 e vedono 484 medici iscritti; di questi nell'anno Accademico 2009-2010 se ne sono diplomati 86.

A seguito della contrattualizzazione dei medici in formazione specialistica a partire dal 2006/07, l'anno accademico viene a coincidere con l'anno di contratto con conseguente ricaduta in termini di scadenza per la conclusione del percorso formativo. Nell'anno 2011 non risultano quindi avere conseguito titolo finale medici iscritti alle Scuole di Specializzazione di durata quadriennale, ma solo per quelle di durata quinquennale e sessennale.

Tabella 6.10 - Elenco delle Scuole di Specializzazione con struttura di sede nell'azienda (aggiornato al 2011)

N.	DENOMINAZIONE DELLA SCUOLA
1	ANATOMIA PATOLOGICA
2	ANESTESIA E RIANIMAZIONE
3	AUDIOLOGIA E FONIATRIA
4	CARDIOLOGIA
5	CHIRURGIA GENERALE (ind.Chirurgia d'urgenza)
6	CHIRURGIA GENERALE (Ind.Chirurgia generale)
7	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
8	CHIRURGIA PEDIATRICA
9	CHIRURGIA TORACICA
10	CHIRURGIA VASCOLARE
11	DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA
12	EMATOLOGIA
13	ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO
14	GASTROENTEROLOGIA
15	GENETICA MEDICA
16	GINECOLOGIA ED OSTETRICIA
17	MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO
18	MALATTIE INFETTIVE
19	MEDICINA DEL LAVORO
20	MEDICINA INTERNA
21	MEDICINA LEGALE
22	MEDICINA NUCLEARE
23	NEUROCHIRURGIA
24	NEUROLOGIA
25	OFTALMOLOGIA
26	ONCOLOGIA
27	ORTOGNATODONZIA
28	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
29	OTORINOLARINGOIATRIA
30	PATOLOGIA CLINICA
31	PEDIATRIA
32	RADIODIAGNOSTICA
33	REUMATOLOGIA

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Le tabelle seguenti mostrano gli iscritti alle Scuole di Specializzazione con specifica dell'anno; in colore rosso sono evidenziati i medici non contrattualizzati ed entrati su posti riservati a dipendenti del SSN (soprannumerari). Nei totale in colore nero sono ricompresi i soprannumerari che sono evidenziati in colore rosso. Si precisa che i dati sono comprensivi di 86 medici in formazione contrattualizzati che hanno conseguito il titolo a ottobre 2011, tra cui n.2 soprannumerari.

Tabella 6.11 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A. 2010/2011 Nuovo ordinamento

Scuola di Specializzazione	Medici in Formazione						Totale frequentanti
	Iscritti I anno		Iscritti II anno		Iscritti III anno		
	dal 30/06/2011		dal 17/05/2010		dal 30/06/2009		
	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede aggregata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	Sede di Ferrara	Assegnazioni all'Ateneo di Ferrara come Sede federata (non capofila)	
ANATOMIA PATOLOGICA		1		1		1	3
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	11		11		12 (1)		34 (1)
AUDIOLOGIA E FONIATRIA					2		2
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	6		5		5		15
CHIRURGIA GENERALE	5		5		5		15
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE		1		1	1 (*)		3
CHIRURGIA PEDIATRICA				1		1	2
CHIRURGIA TORACICA		1		1		1	3
CHIRURGIA VASCOLARE		1		1		1	3
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA		1		1		1	3
EMATOLOGIA		1		1		1	3
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	3		3		3 (1)		9 (1)
GASTROENTEROLOGIA		1		1		1	3
GENETICA MEDICA		1		1		1	3
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	4		3		3		10
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	3(1)		3		1		7 (1)
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO		2		2	2		6
MALATTIE INFETTIVE		1		1		1	3
MEDICINA DEL LAVORO		1		1		1	3
MEDICINA DELLO SPORT		1		1		1	3
MEDICINA INTERNA	4		3		3		10
MEDICINA LEGALE	4		5 (1)		3 (1)		12 (2)
MEDICINA NUCLEARE				1	1 (*)	1	3
NEUROCHIRURGIA		1				2	3
NEUROLOGIA		2		2	2		6
OFTALMOLOGIA	7		5		3		15
ONCOLOGIA MEDICA	5		4		3		12
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5		4		3		12
OTORINOLARINGOIATRIA	4		7		2		13
PATOLOGIA CLINICA		2		1		1	4
PEDIATRIA	6		5		7		18
PSICHIATRIA	3		3		2		8
RADIODIAGNOSTICA	6		6		6		18
REUMATOLOGIA		0		3	1 (*)	1	5
TOTALI	76 (1)	19	72 (1)	21	69 (3)	15	272 (5)

Fonte: Università degli studi di Ferrara

(*) Gli iscritti al secondo anno in Reumatologia, Medicina nucleare e Chirurgia maxillo-facciale inseriti nella colonna "sede di Ferrara" sono effettivamente iscritti a Ferrara in quanto derivanti finanziamenti esterni formalizzati dall'Università di Ferrara, anche se la Scuola è Federata ove Ferrara non è capofila.

Tabella 6.12 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A 2010/2011 Vecchio ordinamento

Scuola di Specializzazione	Medici in Formazione Specialistica			
	IV anno	V anno	VI anno	Totale Iscritti
ANATOMIA PATOLOGICA	1	1		2
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	9			9
AUDIOLOGIA E FONIATRIA	1			1
CARDIOLOGIA	10 (1)			10 (1)
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO CHIRURGIA GENERALE	2	4	3	9
CHIRURGIA GENERALE INDIRIZZO CHIRURGIA D'URGENZA	3	1	2	6
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	2	2		4
CHIRURGIA PEDIATRICA	1	1		2
CHIRURGIA TORACICA	1			1
CHIRURGIA VASCOLARE	1	1		2
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	1			1
EMATOLOGIA	3 (1)			3 (1)
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	2	1		3
GASTROENTEROLOGIA	2			2
GENETICA MEDICA				
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	5 (1)	2		7 (1)
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	2			2
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	2			2
MALATTIE INFETTIVE	1			1
MEDICINA DEL LAVORO	1			1
MEDICINA DELLO SPORT	1			1
MEDICINA INTERNA	4	4		8
MEDICINA LEGALE	4 (2)			4 (2)
MEDICINA NUCLEARE	1			1
NEFROLOGIA	2	1		3
NEUROCHIRURGIA	1			1
NEUROLOGIA	2	2		4
OFTALMOLOGIA	4			4
ONCOLOGIA	4			4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	3		6
OTORINOLARINGOIATRIA	1			1
PATOLOGIA CLINICA	1			1
PEDIATRIA	6	5		11
PSICHIATRIA	3			3
RADIODIAGNOSTICA	8			8
REUMATOLOGIA	2			2
TOTALI	97 (5)	28	5	130 (5)

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.13 - Iscritti alle Scuole di Specializzazione A.A 2010/2011 Scuole sanitarie

Scuola di Specializzazione	N. Iscritti per anno					Totale Iscritti
	I anno	II anno	III anno	IV anno	V anno	
GENETICA MEDICA IND. TECNICO				4		4
ORTOGNATODONZIA	24	24	24			72
PATOLOGIA CLINICA IND. TECNICO				3	3	6
TOTALI	24	24	24	7	3	82

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.14 - Medici in formazione specialistica che hanno conseguito il titolo nell'anno 2011. Area Medico-Chirurgica

Scuola di Specializzazione	N. specializzati nell'anno 2011
Anatomia Patologica	0
Anestesia e Rianimazione	9 (1)
Audiologia e Foniatria	1
Cardiologia	3
Chir. Gen - Ind Chirurgia d'urgenza	2
Chir. Gen - Ind Chirurgia Generale	3
Chirurgia Maxillo-Facciale	0
Chirurgia Pediatrica	0
Chirurgia Toracica	0
Chirurgia Vascolare	0
Dermatologia e Venerologia	1
Ematologia	2
Endocrinologia e Mal. del Ricambio	0
Gastroenterologia	2
Genetica Medica (Ind. Medico)	4
Ginecologia ed Ostetricia	0
Igiene e Medicina Preventiva	1
Malattie dell'Apparato Respiratorio	3
Malattie Infettive	0
Medicina del lavoro	0
Medicina dello Sport	1
Medicina Interna	0
Medicina Legale	2
Medicina Nucleare	0
Nefrologia	0
Neurochirurgia	0
Neurologia	0
Oftalmologia	3
Oncologia	3
Ortopedia e Traumatologia	0
Otorinolaringoiatria	2
Pediatria	0
Psichiatria	1
Radiodiagnostica	8 (1)
Reumatologia	2
TOTALE	53 (2)

Fonte: Università degli studi di Ferrara

Tabella 6.15 - Medici in formazione specialistica che hanno conseguito il titolo nell'anno 2011. Area Sanitaria

Scuola di Specializzazione	N. specializzati nell'anno 2011
Genetica Medica	4
Ortognatodonzia	26
Patologia Clinica	3
TOTALE	33

Fonte: Università degli studi di Ferrara



Arcispedale S. Anna – Padiglione Operatorio – la Sala operatoria

7. Il bilancio di genere

7.1 Premessa

Il Bilancio di Genere (o Gender Budgeting) è il consuntivo delle Politiche di genere, è l'azione che l'ente pubblico sviluppa secondo prospettive che sono fra loro legate, di "mainstreaming" e di azioni positive, per superare diversità e discriminazioni. E' una pratica di rendicontazione sociale, infatti integra la prospettiva di genere nella lettura di documenti di programmazione economica che declinano le politiche del welfare.

E' anche volano per programmare attività condotte in Azienda nel rispetto del:

- principio di equità senza differenze: l'Azienda deve occuparsi delle questioni legate al genere e ridurre le disuguaglianze tra uomini e donne;
- principio di efficienza (durata della degenza, razionalizzazione dei percorsi, soddisfazione, umanizzazione);
- principio di trasparenza delle politiche adottate verso i dipendenti e verso gli utenti.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha carattere universalistico e solidaristico, fornisce cioè l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzione alcuna; rispetta quanto sancito dall'OMS nel 2008 nel suo Rapporto sulla salute mondiale, il "gender challenge", per valutare, con un'analisi di genere della salute, i fattori di rischio e distinguere cause biologiche e cause sociali dei differenziali sanitari fra donne e uomini.

Grazie all'analisi di genere del cliente interno ed esterno in Azienda è possibile superare gli ambiti di discriminazione, conoscere la relazione fra i bisogni sanitari e l'uso dei servizi sanitari, la situazione socioeconomica e il ruolo delle donne e degli uomini, di qualsiasi etnia, cultura e religione e pianificare le risposte sanitarie, sviluppando le relazioni empatiche, il counselling, il linguaggio della comunicazione scritta e parlata, nel rispetto della dignità della persona, dell'accessibilità, della qualità, della sicurezza e della continuità delle cure.

Il Bilancio di Genere costituisce una delle azioni collocate nelle linee Programmatiche di "S. Anna: ospedale senza differenze". Incrocia due filoni:

- l'analisi "macro", relativa alle risorse umane (distribuzione, ruoli, carriere, ...),
- le differenze nella domanda di salute, per genere e per esito, delle persone ricoverate.

La popolazione ammessa al S. Anna, nel 2011, è stata prevalentemente di genere femminile. Le patologie causa di ricovero sono state di tipo cardio e cerebrovascolare, artrosico, del tessuto connettivo.

Le donne vivono di più, si ammalano di più e usano

farmaci con maggiore frequenza; la tutela della salute femminile dovrebbe essere realizzata con strategie di prevenzione primaria.

Sul tema "Salute e genere" nel 2011 il Comitato Unico di Garanzia ha concretizzato, in collaborazione anche con i CUG dell'ASL e dell'Università di Ferrara, un Convegno Nazionale e ha partecipato attivamente a percorsi e progetti provinciali, di Area Vasta, regionali, nazionali, e internazionali sui temi del diversity management, della conciliazione tempi di vita - tempi di lavoro, per avviare la promozione di politiche attive nelle relazioni familiari.

Azioni positive sono state decise, in base a risultati di analisi epidemiologiche aziendali, verso le persone anziane, soprattutto donne, ricoverate, per rispondere alle richieste espresse di umanizzazione e personalizzazione delle cure. Nell'anno 2012 saranno avviati percorsi per rispondere ai dettati dell'OMS e stimolare l'invecchiamento attivo.

Le azioni positive di comunicazione e sensibilizzazione sul tema dell'equità di genere, interistituzionali, sono state sviluppate al Tavolo Salute donna del Comune di Ferrara, al Tavolo provinciale sul tema delle Pari Opportunità, dei Comitati Unici di garanzia, al Tavolo sulla violenza sulle donne e sui minori provinciali, e i risultati sono stati oggetto di ricerche e di comunicazioni presentate in Convegni regionali, nazionali, internazionali. Il rispetto della legge 125/91, della Legge 903 del 77, i report nazionali e internazionali in termini di sicurezza sul lavoro sono stati oggetto di azioni di sensibilizzazione del personale sanitario.

Lo sviluppo aziendale, in linea con i programmi di Area Vasta, degli strumenti di equality assessment, di analisi della coerenza e dell'ottimizzazione delle risorse per un equo accesso alle cure, la produzione anagrafica del personale con le specifiche differenze, il monitoraggio di specifici indicatori, la realizzazione e delibera del Board aziendale di Equality assessment, l'Equity e il diversity management e l'integrazione con i sistemi di qualità, ha permesso lo sviluppo di nuova cultura fra tutti gli operatori dell'Azienda e nuove forme di formazione (laboratori, residenziali, formazione sul campo, lezioni frontali). La distribuzione equilibrata tra donne e uomini di diritti, responsabilità, equità nella spesa e nel controllo delle risorse è un processo lento e difficile, necessita comunque di un cambiamento culturale e di sempre nuovi investimenti finanziari. Gestire e valorizzare le differenze individuali delle risorse umane eterogenee è una meta ancora lontana e necessita di un approccio strategico che porti a migliorare il clima aziendale, la motivazione e la produttività, con l'utilizzo di sistemi di flessibilità.

3 bollini rosa: il S. Anna a misura di donna

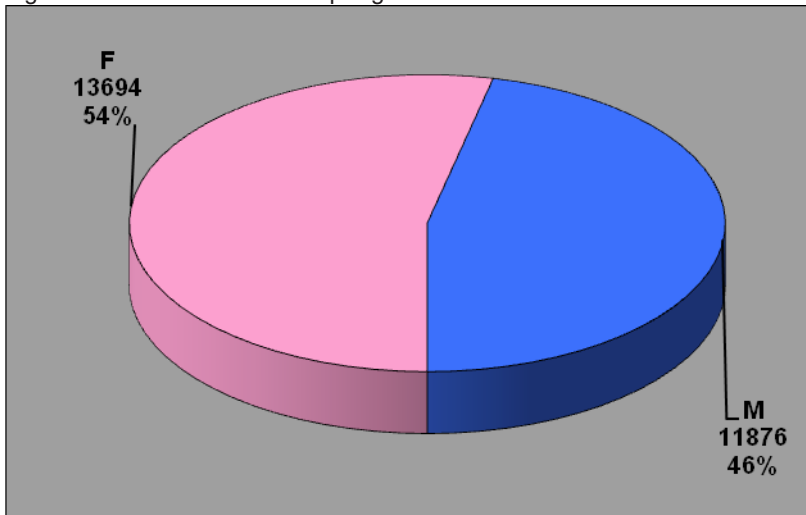
Anche per il 2011 l'Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Anna di Ferrara ha ottenuto, per la seconda volta consecutiva, tre bollini rosa (il punteggio massimo) nel Programma Bollini Rosa organizzato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna. Ogni bollino corrisponde a un livello crescente di attenzione alla salute della donna. Per tre bollini rosa, infine, oltre ai requisiti per ottenere 2 bollini rosa occorre che siano state presentate pubblicazioni scientifiche su patologie femminili, l'applicazione della normativa vigente sull'ospedale senza dolore (Gazzetta Uff. Rep. 29/6/2001) ed il controllo del dolore nel parto e analgesia ostetrica.

7.2 Genere e salute, il contesto demografico della provincia: la storia sanitaria dei dimessi nel 2010

La popolazione residente della provincia di Ferrara al 01 Gennaio 2012 risultava essere di 359.686 persone di cui 187.914 donne e 171.772 uomini. La composizione per età della popolazione in base al genere evidenziava un invecchiamento della popolazione, legato all'aumento della longevità e alla bassa natalità con maggiore presenza delle donne nelle classi di età avanzata. Le persone ricoverate sono state 36.415, di cui 19.602 donne e 16.813 uomini.

I pazienti dimessi in Azienda in ricovero ordinario sono stati 25.570, di cui 13.694 donne e 11.876 uomini.

Figura 7.1 - Totale dei dimessi per genere



Fonte aziendale

I pazienti deceduti sono stati 547 donne e 569 uomini. La distribuzione per classi di età dei pazienti in regime di ricovero ordinario mostra una prevalenza di età superiore a 45 anni, con una larga distribuzione soprattutto per il genere femminile nell'età avanzata.

Si riporta di seguito la distribuzione dei dimessi e dei deceduti per classe di età e regime di ricovero (Ordinario/DH). Le caratteristiche dell'età del campione dei dimessi riflette la distribuzione per classi di età della popolazione per l'USL di Ferrara.

Tabella 7.1 – Totale ricoverati per classe di età e per genere. Ricovero ordinario

REGIME DI RICOVERO Ordinario			
	GENERE		TOTALE
	UOMINI	DONNE	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
ETÀ DEL PAZIENTE			
0	346	311	657
1 -- 4	407	284	691
5 -- 14	516	374	890
15 -- 44	1.709	3.625	5.334
45 -- 64	2.811	2.651	5.462
65 -- 74	2.486	2.052	4.538
75 -- 84	2.622	2.670	5.292
> 84	979	1.727	2.706
TOTALE	11.876	13.694	25.570

Fonte aziendale

Le persone ricoverate in regime di ricovero Day Hospital sono state 10.845, di cui 5.908 donne e 4.937 uomini. La distribuzione per classi di età mostra una prevalenza nella classe compresa fra 15 e 44 anni e fra 45 e 64 anni soprattutto nel genere femminile.

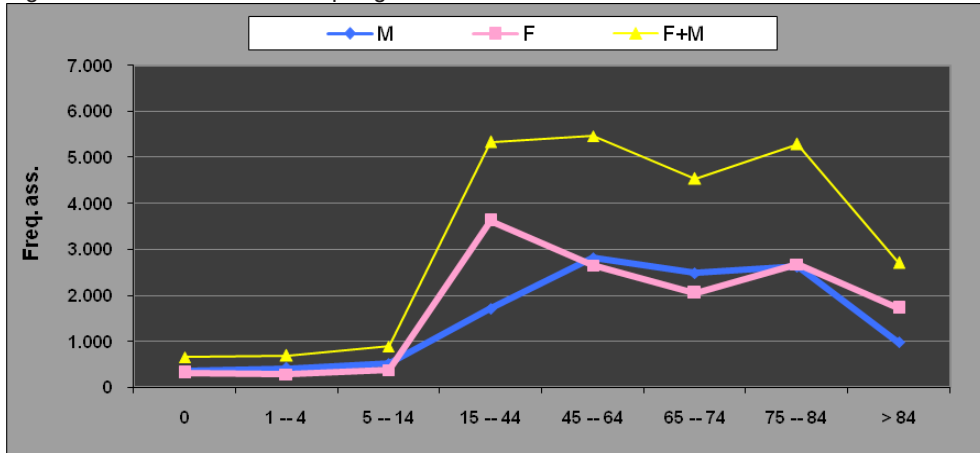
Tabella 7.2 – Totale ricoverati per classe di età e per genere. Day Hospital

REGIME DI RICOVERO Day Hospital			
	GENERE		TOTALE
	UOMINI	DONNE	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
ETÀ DEL PAZIENTE			
0	13	28	41
1 -- 4	144	81	225
5 -- 14	229	170	399
15 -- 44	1.221	1.961	3.182
45 -- 64	1.560	1.952	3.512
65 -- 74	995	890	1.885
75 -- 84	645	658	1.303
> 84	130	168	298
TOTALE	4.937	5.908	10.845

Fonte aziendale

Nella figura sottostante sono rappresentati i pazienti dimessi non deceduti distribuiti per classe di età, in ricovero ordinario.

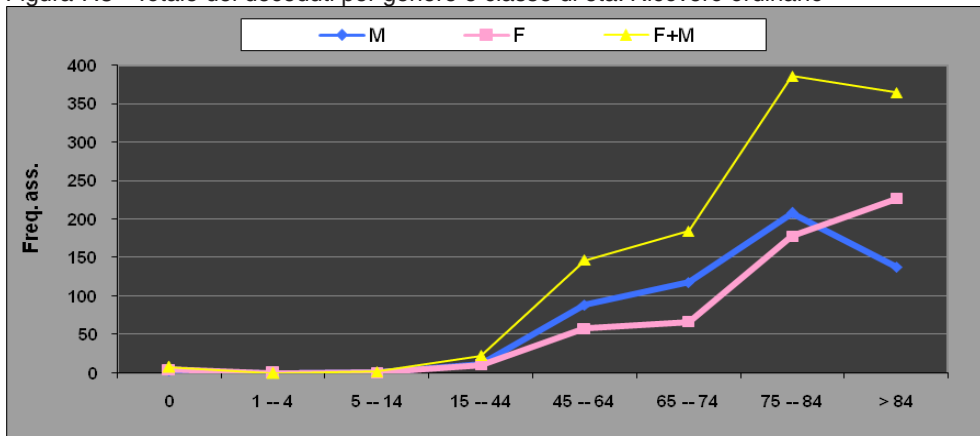
Figura 7.2 - Totale dei dimessi per genere e classe di età. Ricovero ordinario



Fonte aziendale

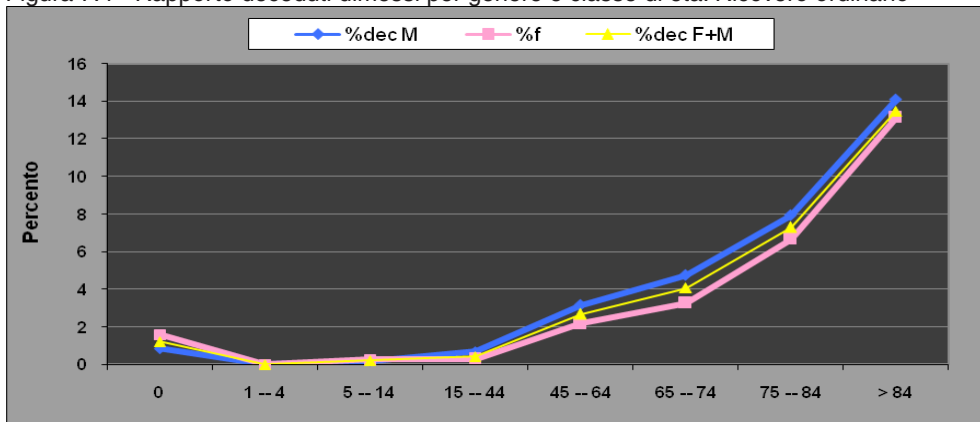
Nella figure sottostanti vengono rappresentati prima i pazienti dimessi deceduti per classe di età e a seguire il rapporto fra la % di deceduti rispetto ai non deceduti, in ricovero ordinario.

Figura 7.3 - Totale dei deceduti per genere e classe di età. Ricovero ordinario



Fonte aziendale

Figura 7.4 - Rapporto deceduti dimessi per genere e classe di età. Ricovero ordinario



Fonte aziendale

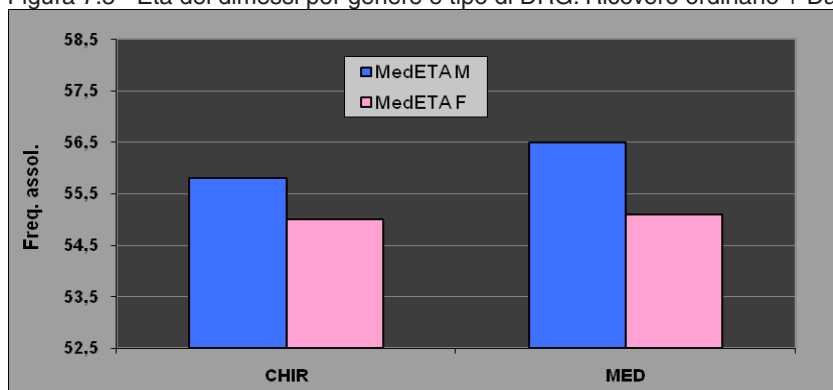
Sono state dimesse più donne sia con DRG chirurgico che medico. Le donne nel campione totale dei ricoveri (ordinari e DH) sono più giovani degli uomini. Le donne dimesse, nei ricoveri con DRG medico sono più giovani degli uomini

Tabella 7.3 - Totale dimessi suddivisi per classe di DRG

REGIME DI RICOVERO Ordinario + Day Hospital						
	GENERE				TOTALE	
	UOMINI		DONNE			
	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N.DIMISS.	ETA' MEDIA	N. DIMISS.	ETA' MEDIA
DRG MEDICO	7.644	55,8	8.684	55,0	16.328	55,4
DRG CHIRURGICO	9.169	56,5	10.918	55,1	20.087	55,7
TOTALE	16.813	56,2	19.602	55,1	36.415	55,6

Fonte aziendale

Figura 7.5 - Età dei dimessi per genere e tipo di DRG. Ricovero ordinario + Day Hospital



Fonte aziendale

Nel 2011 le cause più frequenti di ricovero in ospedale in regime di ricovero ordinario sono state: parto vaginale senza complicanze, insufficienza cardiaca e shock, emorragia intracranica o infarto cerebrale. Molte persone sono state dimesse con diagnosi di insufficienza renale, edema polmonare ed insufficienza respiratoria. In ambito chirurgico prevalgono i parti cesarei senza complicanze, interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore, interventi su dorso e collo, patologie otorinolaringoiatriche. Fra le patologie neoplastiche prevalgono quelle dell'apparato respiratorio e della mammella.

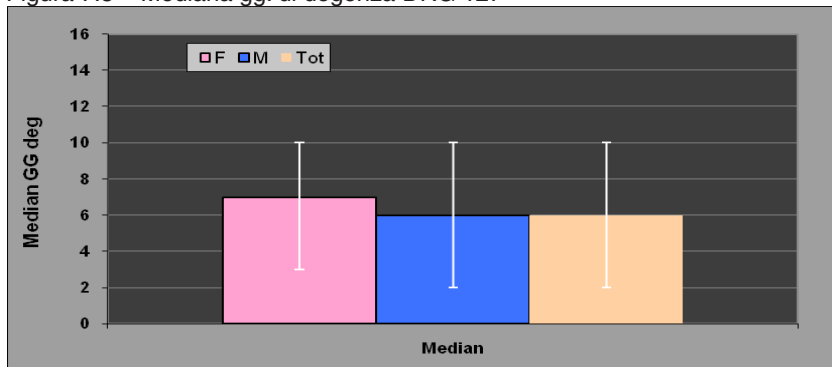
Tabella 7.4 – DRG per genere. Ricovero ordinario (CC sta per complicanze)

REGIME DI RICOVERO Ordinario			
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
373 M-Parto vaginale senza diagnosi complicanti	940	0	940
127 M-Insufficienza cardiaca e shock	390	351	741
014 M-Emorragia intracranica o infarto cerebrale	326	295	621
316 M-Insufficienza renale	251	234	485
087 M-Edema polmonare e insufficienza respiratoria	233	240	473
371 C-Parto cesareo senza CC	385	-	385
555 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	110	188	298
500 C-Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	133	146	279
060 C-Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	117	153	270
089 M-Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	141	109	250
576 M-Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	141	107	248
310 C-Interventi per via transuretrale con CC	79	165	244
082 M-Neoplasie dell'apparato respiratorio	73	167	240
557 C-Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	58	172	230
544 C-Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	162	61	223
290 C-Interventi sulla tiroide	169	53	222
183 M-Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	129	86	215
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	210	-	210
260 C-Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	209	-	209
053 C-Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	77	131	208
055 C-Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	83	125	208
012 M-Malattie degenerative del sistema nervoso	114	89	203
125 M-Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	89	114	203
149 C-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	105	87	192
162 C-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	22	164	186
494 C-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	97	86	183
552 C-Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	69	107	176
524 M-Ischemia cerebrale transitoria	103	69	172
241 M-Malattie del tessuto connettivo senza CC	118	54	172
042 C-Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	78	94	172
395 M-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	123	48	171
408 C-Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	87	84	171
311 C-Interventi per via transuretrale senza CC	36	134	170
203 M-Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	63	104	167
210 C-Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	129	37	166
240 M-Malattie del tessuto connettivo con CC	107	46	153
TOTALE	13.694	11.876	25.570

Se valutiamo la durata della degenza (rappresentata con la mediana) per il DRG 127 (insufficienza cardiaca e shock) gli uomini hanno una durata di degenza inferiore di un giorno alle donne; per il DRG 014 (emorragia intracranica,infarto cerebrale), non ci sono differenze fra i generi, mentre per i DRG 087 (edema polmonare/insufficienza respiratoria) e 316 (insufficienza renale) risulta più lunga per gli uomini.

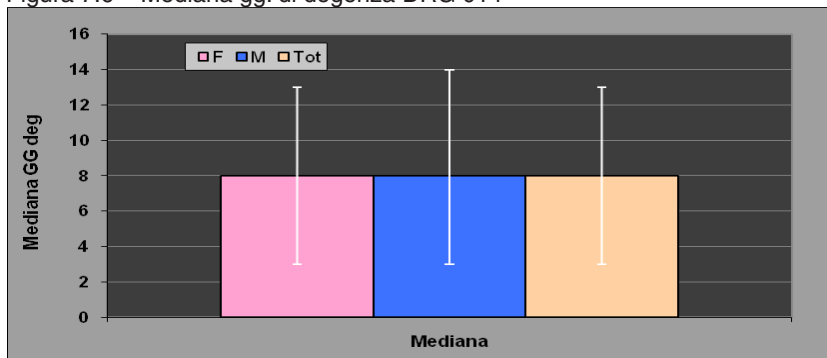
A seguire le figure relative al numero di dimissioni e alle giornate di degenza delle principali diagnosi dei dimessi in regime di ricovero.

Figura 7.5 – Mediana gg. di degenza DRG 127



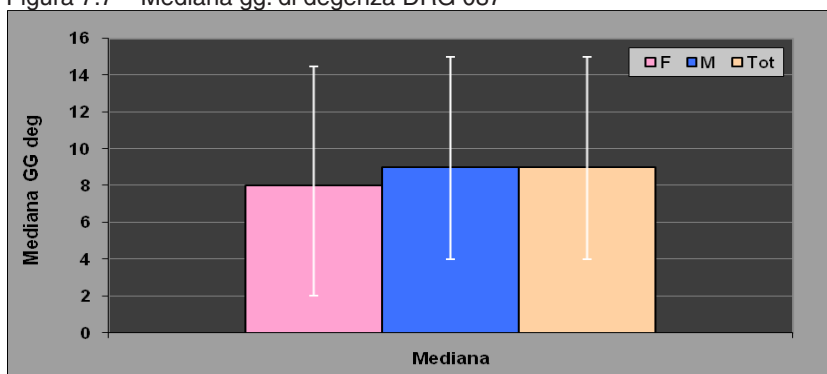
Fonte aziendale

Figura 7.6 – Mediana gg. di degenza DRG 014



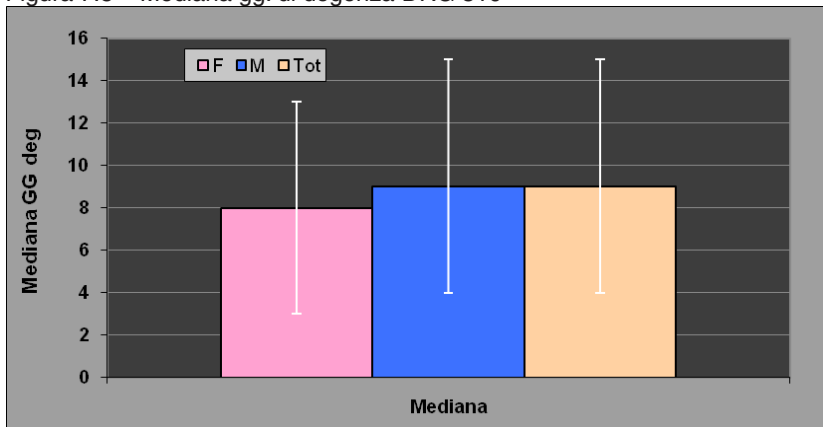
Fonte aziendale

Figura 7.7 – Mediana gg. di degenza DRG 087



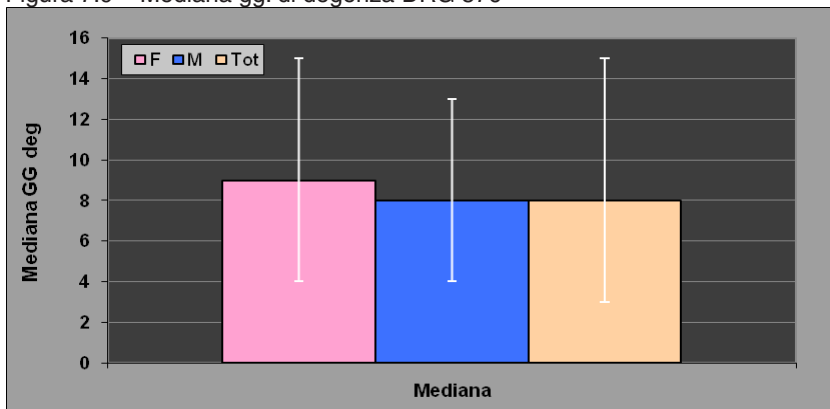
Fonte aziendale

Figura 7.8 – Mediana gg. di degenza DRG 316



Fonte aziendale

Figura 7.9 – Mediana gg. di degenza DRG 576



Fonte aziendale

Se consideriamo i DRG più rappresentati in regime di DH/DS dei 10.845 pazienti, prevalgono le cause di ricovero per trattamenti terapeutici e per patologie neoplastiche ematologiche, con una prevalenza del genere femminile.

Tabella 7.5 - DRG per genere. Day Hospital

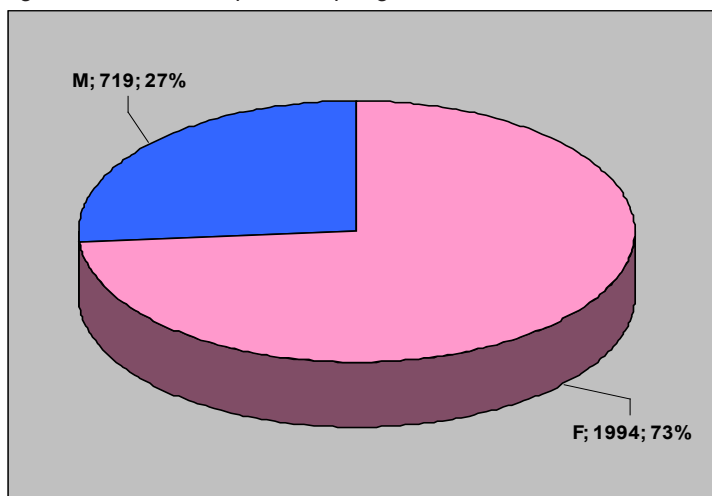
REGIME DI RICOVERO Day Hospital			
DRG	GENERE		TOTALE
	DONNE	UOMINI	
	N. DIMISS.	N. DIMISS.	N. DIMISS.
410 M-Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	496	433	929
395 M-Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	405	305	710
036 C-Interventi sulla retina	373	295	668
381 C-Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	424	-	424
364 C-Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	401	-	401
012 M-Malattie degenerative del sistema nervoso	142	173	315
131 M-Malattie vascolari periferiche senza CC	75	215	290
119 C-Legatura e stripping di vene	195	90	285
040 C-Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	119	138	257
266 C-Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	144	112	256
013 M-Sclerosi multipla e atassia cerebellare	156	69	225
380 M-Aborto senza dilatazione e raschiamento	186	-	186
359 C-Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	176	-	176
270 C-Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	72	98	170
TOTALE	5.908	4.937	10.845

Fonte aziendale

7.3 Il cliente interno: i dipendenti dell'Azienda

Il personale dell'Azienda al 31 Dicembre del 2011 è di 2.713 dipendenti, di cui 1.994 donne e 719 uomini. Prevale il genere femminile (73% vs 27%) in tutte le tipologie contrattuali, eccetto che per il personale universitario in convenzione, in cui prevale il genere maschile.

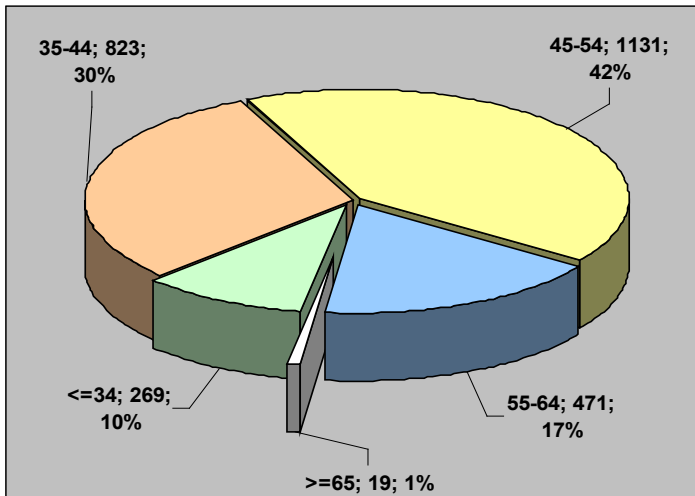
Figura 7.10 – Totale dipendenti per genere



Fonte aziendale

La classe di età più rappresentata per le donne e per gli uomini è quella compresa fra i 45 e i 54 anni di età.

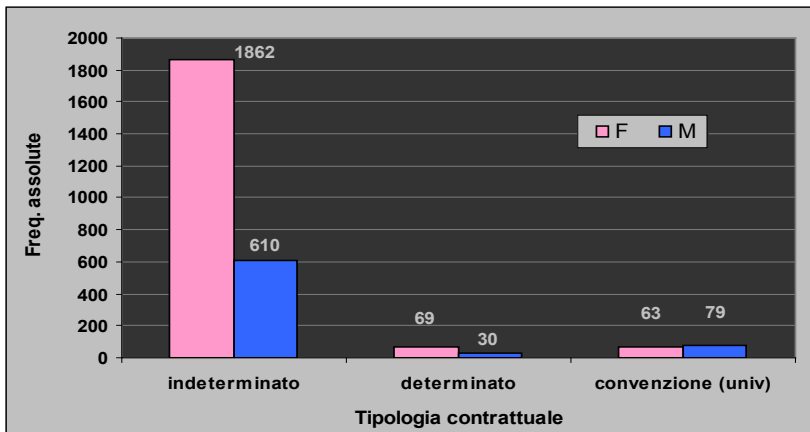
Figura 7.11 – Totale dipendenti per classe di età



Fonte aziendale

Per quanto riguarda la tipologia contrattuale, gran parte del personale (93%) ha un contratto a tempo indeterminato, il 4% risulta invece avere un contratto a tempo determinato e il 3% è universitario in convenzione.

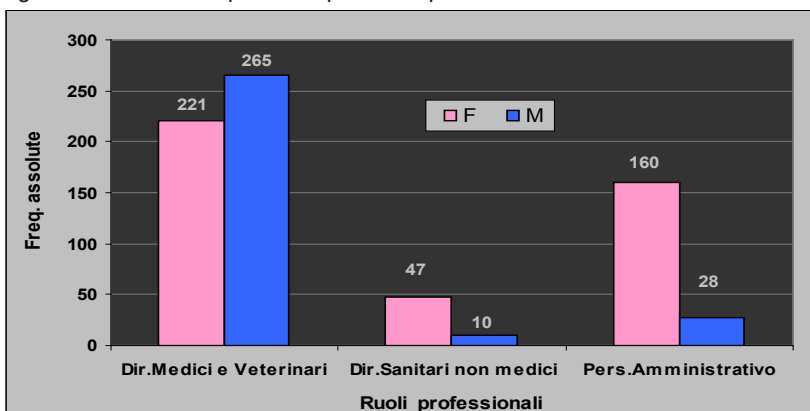
Figura 7.12 – Totale dipendenti per genere e tipologia contrattuale



Fonte aziendale

Fra i dirigenti medici prevalgono gli uomini (265/221), fra i dirigenti sanitari non medici prevalgono le donne come fra il personale amministrativo.

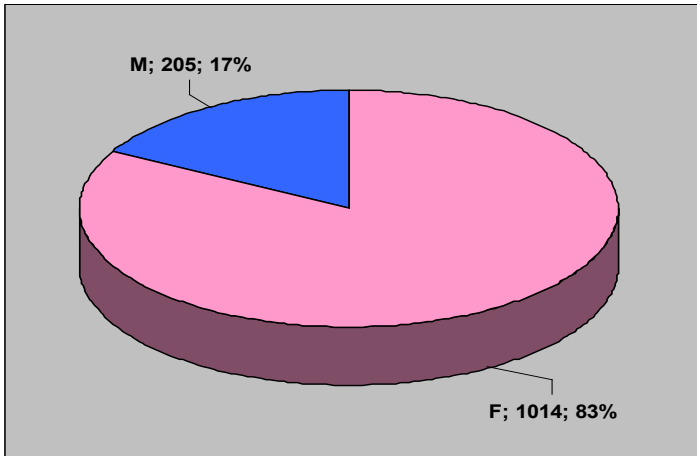
Figura 7.13 - Totale dipendenti per ruolo professionale



Fonte aziendale

Il personale professional dell'Azienda è prevalentemente di genere femminile (1124 D/ 368 U): fra gli infermieri (1014 D/205 U), la maggior parte non ha ruoli organizzativi, 92 (73 D/19 U) sono coordinatori e 48 (36D/12 U) hanno una posizione organizzativa.

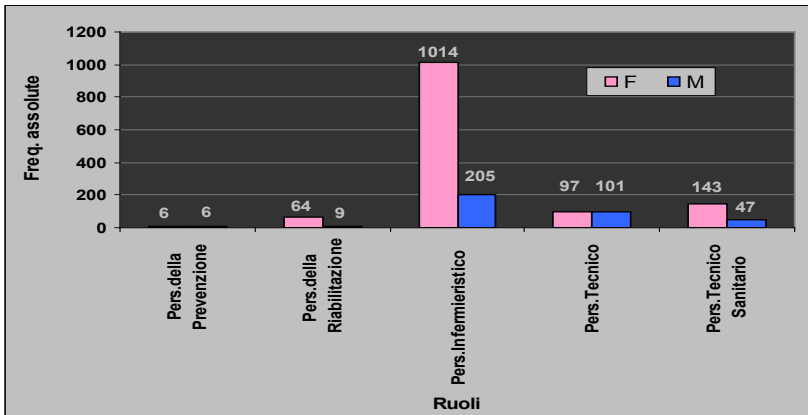
Figura 7.14 – Personale "professional", per genere



Fonte aziendale

Fra gli altri professional il personale tecnico è prevalentemente di genere maschile e quello tecnico sanitario di genere femminile

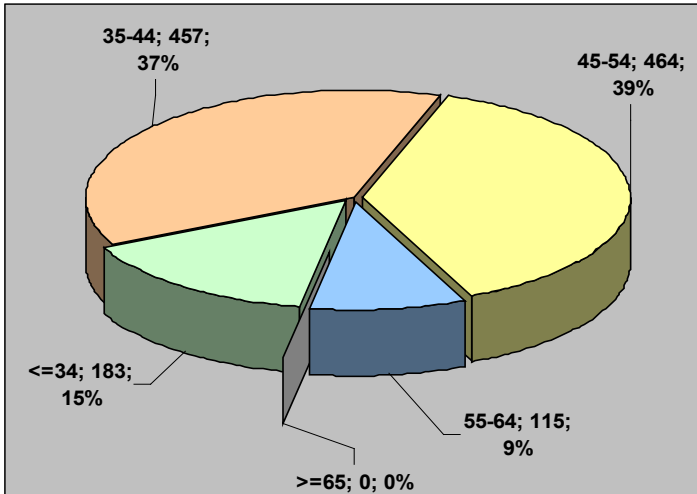
Figura 7.15 – Personale "professional", per genere e tipologia



Fonte aziendale

La distribuzione degli infermieri per classe di età è presentata nella figura sottostante: hanno in prevalenza un'età superiore ai 45 anni, ma è ben rappresentata anche la classe di età compresa fra i 35 e i 44 anni.

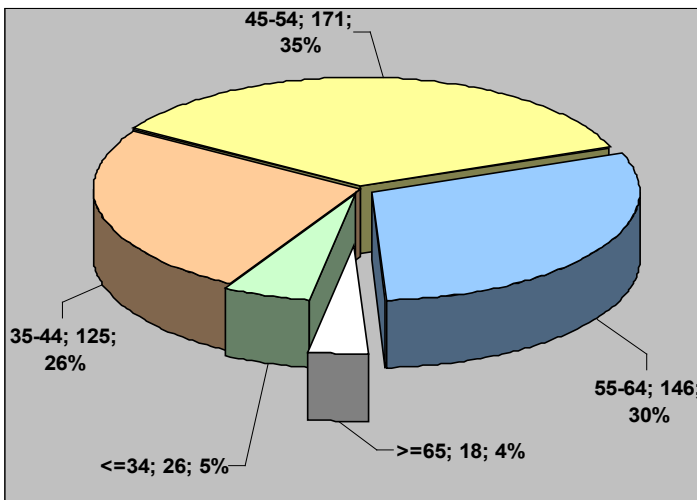
Figura 7.16 – Personale infermieristico per classe di età



Fonte aziendale

I dirigenti medici hanno una distribuzione diversa: prevale l'età più avanzata.

Figura 7.17 – Dirigenti medici per classe di età



Fonte aziendale

Nel personale non compreso nella dirigenza le disabilità sono maggiormente presenti nel genere femminile, solo 3 dipendenti donne sono in categoria protetta.

Tabella 7.6 - Personale con disabilità o in categoria protetta

	Disabili		Categoria Protetta	
	F	M	F	M
Dirigenti PTA				
O.S.S.	6			
O.T.A.	1			
Pers.della Prevenzione				
Pers.della Riabilitazione	3			
Pers.Infermieristico	19	2	1	
Pers.Tecnico	3	10	1	
Pers.Tecnico Sanitario			1	
Qualif. atipiche ruolo tecnico				
Qualif. atipiche ruolo amm.vo				

Fonte aziendale

31 dipendenti sono nati all'estero fra cui 21 infermieri,6 operatori socio sanitari.

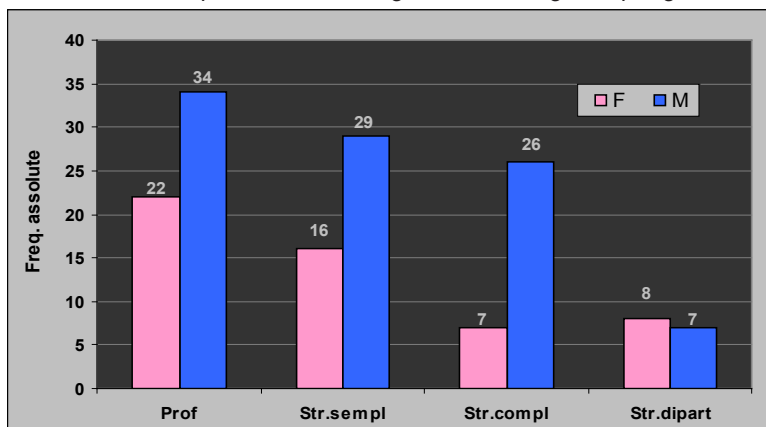
Tabella 7.7 - Ruolo professionale per luogo di nascita

	Italia		Estero	
	F	M	F	M
O.S.S.	219	36	6	
O.T.A.	4			
Pers.Amministrativo	160	28		
Pers.della Prevenzione	5	6	1	
Pers.della Riabilitazione	64	9		
Pers.Infermieristico	993	205	21	
Pers.Tecnico	97	101		
Pers.Tecnico Sanitario	141	47	2	

Fonte aziendale

Nonostante la maggior presenza di donne fra i dipendenti sono gli uomini che hanno un maggior numero di incarichi e che prevalgono soprattutto nelle responsabilità apicali (struttura complessa).

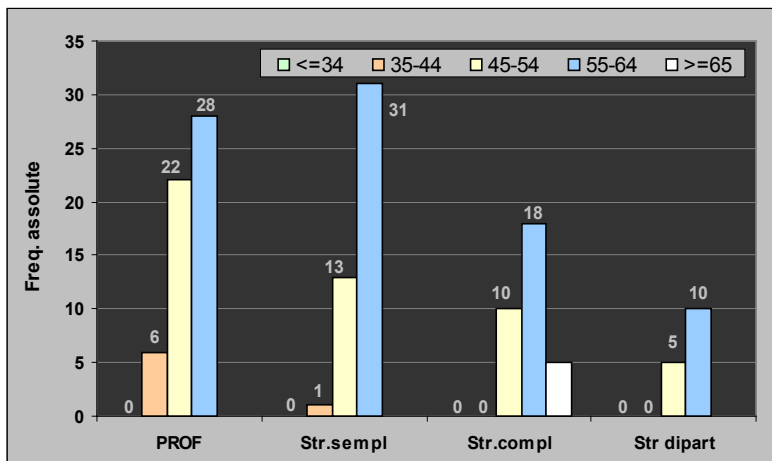
Tabella 7.18 - Composizione ruolo organizzativo dirigenza per genere



Fonte aziendale

La classe di età più rappresentata fra il personale della Dirigenza medica con incarichi è superiore ai 55 anni.

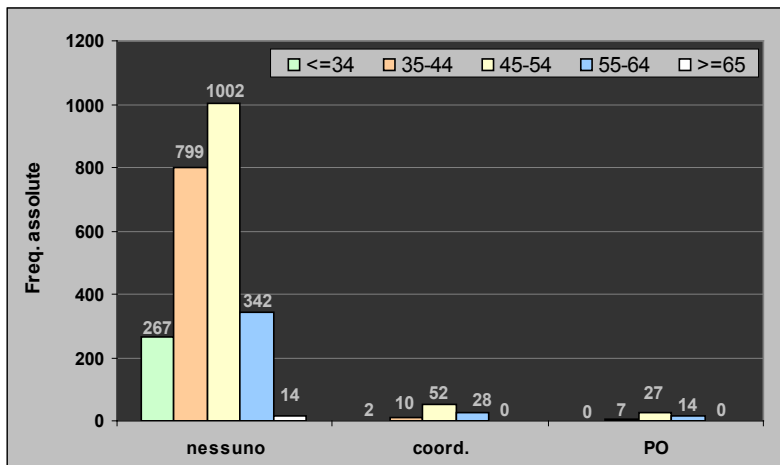
Tabella 7.19 - Composizione ruolo organizzativo dirigenza per età



Fonte aziendale

Tra il personale infermieristico le persone con ruoli organizzativi hanno un'età superiore a 45 anni.

Tabella 7.20 - Composizione ruolo organizzativo personale infermieristico per età



Fonte aziendale



Nuovo Sant'Anna a Cona - Ingresso visitatori alle degenze

8. Nuovo Ospedale di Cona

8.1 La programmazione delle sedi

Nel 2011 è avvenuta la sostanziale ultimazione dei lavori per il nuovo ospedale. L'organizzazione delle attività, la programmazione, l'analisi dell'offerta e la negoziazione delle funzioni esternalizzate hanno caratterizzato i punti cardine più sviluppati nel corso dell'anno.

Di seguito vengono riportate (con aggiornamenti specifici) le descrizioni tecniche già presenti nell'edizione precedente.

Nel 2011 le attività sono state espletate su due sedi principali, quella storica di Corso Giovecca, di proprietà dell'Azienda e quella denominata "Pellegrino", in affitto dall'INAIL, che ospita la quasi totalità delle funzioni del dipartimento di riabilitazione, il cosiddetto "Ospedale S. Giorgio".

L'Azienda dispone inoltre di un immobile destinato alla didattica per le lauree infermieristiche/tecnico-sanitarie e della riabilitazione, denominato Varano, sito nel centro storico della città.

Nell'ambito della sede ospedaliera storica alcuni edifici sono stati realizzati con finanziamenti dell'Università, con il vincolo di destinazione di uso.

Vi sono inoltre alcune funzioni che sono svolte presso sedi dell'Università esterne all'area ospedaliera (parte dell'anatomia patologica, la genetica medica, la medicina legale, la riabilitazione cardiologia) o presso una sede in affitto insieme alla Azienda USL (odontoiatria).

La programmazione varata nell'anno 2004 per il nuovo ospedale di Cona aveva previsto la sistemazione in tale ambito di tutte le funzioni assistenziali dell'Azienda, realizzando pertanto la loro concentrazione su un'unica sede.

Nel settembre 2005 si è attivato un percorso di verifica della suddetta programmazione, attuato su indicazione del Comune di Ferrara, e svolto nell'ambito della Commissione, nominata d'intesa fra Comune, Università, Azienda Ospedaliero - Universitaria ed Azienda USL (denominata Commissione "Lugli" dal nome del coordinatore), preposta a identificare indirizzi e progetti di utilizzo dell'attuale area ospedaliera del S. Anna.

La suddetta Commissione è pervenuta alle seguenti condivise proposte circa la localizzazione delle funzioni ed attività sanitarie, che in parte hanno modificato la originaria programmazione di Cona:

1. Mantenimento delle funzioni del Dipartimento di Riabilitazione " S. Giorgio" presso l'attuale sede (Pellegrino);
2. Mantenimento presso parte dell'attuale sede os-

pedaliera di Corso Giovecca di una serie di attività ambulatoriali di 1° livello;

3. La conferma della programmazione presso il nuovo ospedale di Cona di tutte le attività di degenza (day hospital/surgery comprese), delle attività di emergenza, delle alte tecnologie e delle funzioni ambulatoriali collegate e/o HUB;
4. La conferma a Cona dell'Hospice ospedaliero (non presente però nel progetto guida e conseguentemente nel progetto offerta);
5. La previsione dell'inserimento a Cona del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, non originariamente previsto in quanto funzione dell'Azienda USL.

In data 19 aprile 2006 la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria di Ferrara ha approvato la suddetta programmazione delle funzioni e delle sedi.

Si è successivamente rivista, in parte, la distribuzione delle funzioni assistenziali per aree omogenee rispetto alla determinazione assunta dall'Azienda circa la nuova organizzazione nei dipartimenti.

Il nuovo ospedale di Cona sarà anche la principale sede delle funzioni didattiche e di ricerca dell'Azienda. Le esigenze di spazi collegate alla componente clinica della Facoltà di medicina e chirurgia non erano però state incluse nel progetto preliminare, se non per la disponibilità del terreno su cui realizzare, da parte dell'Università, una struttura dedicata.

Nel corso dell'elaborazione del progetto definitivo è emersa da un lato la necessità di ampliare l'area della diagnostica di laboratorio, anche al fine della ricerca (patologia clinica, microbiologia, anatomia patologica, medicina trasfusionale e laboratori di alcune funzioni HUB) e dall'altro la possibilità di rispondere a gran parte delle esigenze di didattica e ricerca con la realizzazione di un polo didattico, tramite una conversione di alcuni volumi ed un limitato ampliamento.

Tutte le azioni sopradescritte si inquadrano negli obiettivi riorganizzativi e di razionalizzazione che possono essere previsti con il nuovo Ospedale; in particolare:

- Un assetto logistico che cerca di ricreare, anche spazialmente, i Dipartimenti ad Attività Integrata già implementati nell'attuale struttura;
- Un'articolazione spaziale in aree omogenee per funzioni ed intensità assistenziale per:
 - Degenze per acuti, diurne, intensive;
 - Ambulatori;
 - Sale operatorie;
 - Aree di diagnostica;
 - Aree di laboratorio
 - Aree direzionali e didattiche.

Gruppi di lavoro stanno elaborando il programma organizzativo e di dotazione di personale, tenendo conto della sopraccitata articolazione organizzativa e della

concessione in appalto di tutti i servizi “no core” dell’ospedale.

8.2 La programmazione ospedaliera

La programmazione dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria all’atto della gara di concessione - gestione per il completamento e l’ampliamento di Cona, come da progetto preliminare adottato nel maggio 2004, aveva previsto a Cona tutte le funzioni ed attività sanitarie dell’Azienda, dimensionandole, per quanto riguarda le degenze, su 860 posti letto.

L’articolazione dei suddetti 860 posti letto per tipologia o intensità di cura era prevista con 670 posti letto di degenza ordinaria, 75 di terapia intensiva/subintensiva, 75 di day hospital/surgery e 40 posti letto per libera professione.

La programmazione adottata nel 2004, con l’avvio della gara di concessione – gestione del nuovo ospedale di Cona, è stata rivista in riduzione per quanto riguarda i posti letto di terapia intensiva / subintensiva (-42 posti letto).

La suddetta scelta è stata operata sulla base di una rideterminazione delle esigenze di intensità di cura ed appropriatezza dei ricoveri e della compatibilità di gestione economica.

I posti letto esistenti all’1.1.2010 e la programmazione dei posti letto prevista a regime con l’attivazione del nuovo ospedale di Cona è la seguente:

Tabella 8.1 - Posti letto esistenti e programmati Azienda Ospedaliero Universitaria: Cona e S. Giorgio

Posti Letto	1/1/2010		Previsione con Cona	
	S. Anna	S. Giorgio	Cona	S. Giorgio
Ordinari	630	80	596	80
Terapia intensiva/subintensiva	34	-	33	-
Day Hospital/Surgery	106	10	75	10
Dozzinanti	-	-	40	-
TOTALE	770	90	744	90
Hospice ospedaliero	-	-	12	-
Serv. Psichiatrico D. C. (azienda USL)	15	-	20 (di cui 5 di DH)	-
Totale generale p.l.	785	90	776	90

* sono presenti anche ulteriori 20 poltrone di dialisi

8.3 Il nuovo ospedale di Cona

Nel 2011 sono stati raggiunti i seguenti traguardi nella costruzione dell’ospedale:

- conclusione dei lavori: 31 luglio;
- superamento dei collaudi: ottobre;
- certificazione dell’agibilità: 28 ottobre;
- presa in carico e affidamento al concessionario: 3 novembre.

8.4 Progetto relativo all’area dell’attuale S. Anna

All’inizio dell’anno 2006 è stato elaborato lo “Studio di fattibilità progettuale sull’utilizzo del complesso ex Arcispedale S. Anna di Ferrara” da parte di una Commissione nominata di intesa fra Comune di Ferrara, Università di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria ed Azienda USL (“Commissione Lugli” dal nome del coordinatore). Lo Studio di fattibilità per quanto riguarda la programmazione e le sedi delle funzioni ospedaliere è stato fatto proprio dall’Azienda ed approvato dalla Conferenza Territoriale Socio Sanitaria di Ferrara in data 19 aprile 2006. Il suddetto studio ha previsto la suddivisione dell’area dell’attuale Arcispedale S. Anna in tre zone, con diversa destinazione:

a. Zona per funzioni sanitarie e socio-sanitarie, destinata a: Azienda Ospedaliero Universitaria per attività

ambulatoriali non trasferite nel nuovo ospedale di Cona; Azienda USL per attività sanitarie ed amministrative; Comune di Ferrara per servizi sociali.

b. Zona destinata all'Università per funzioni di ricerca e di didattica non integrate nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

c. Zona destinata alla trasformazione urbanistica: riqualificazione ad usi residenziali, direzionali e commerciali.




La suddetta suddivisione per zone è riportata nella seguente planimetria.

Per l'approfondimento tecnico circa la destinazione ed utilizzo dell'Area dell'Arcispedale S. Anna elaborato dalla Commissione "Lugli", è stato attivato, nel mese di gennaio del 2007 (sempre d'intesa fra Comune, Università, Azienda USL ed Azienda Ospedaliero Universitaria) uno specifico Gruppo tecnico di lavoro (denominato commissione Pinelli - Preger) che ha presentato e consegnato il proprio "Rapporto Finale" alle Amministrazioni interessate in data 13 giugno 2007.

Tale rapporto, nello sviluppare l'ipotesi preliminare di riassetto dell'area, ha confermato la fattibilità della cessione di parte della stessa, con destinazione residenziale, direzionale, commerciale, per un valore immobiliare atteso dalla vendita in linea con le previsioni aziendali di 31 milioni di euro.

In data 26 febbraio 2008 è stato sottoscritto il Documento Programmatico del Gruppo di lavoro del Programma d'Area "Programma Speciale d'Area – Progetto di valorizzazione del Centro Storico - Azioni per lo sviluppo urbanistico delle aree di eccellenza della città di Ferrara", nel quale è stata inserita, fra le modifiche e/o integrazioni dell'Allegato 1 di cui alla Delibera del Consiglio Comunale PG. 59546 del 23/07/2007, anche l'Area dell'Arcispedale S. Anna, con le destinazioni di uso prima illustrate.

Figura 8.1 – Planimetria dell'attuale Arcispedale S. Anna

-  **b:Area destinata ad Università**
-  **a: Area per funzioni sanitarie e sociosanitarie**
-  **c: Area oggetto di valorizzazione e dismissione**

ATTUALE SEDE OSPEDALIERA DOPO LA ATTIVAZIONE DI CONA



In data 4.12.2008 è stato sottoscritto fra Comune, Azienda Ospedaliero – Universitaria ed Azienda USL l'Accordo ex art. 15 della L. 241/1999 ed il Programma Speciale d'Area "Progetto di valorizzazione del Centro Storico" (di cui alla L.R. n. 30/1996) per l'area Arcispedale S.Anna.

Il Comune di Ferrara, con Delibera di Giunta del 15 dicembre 2009 ad oggetto ha determinato la "costituzione gruppo di progetto per la redazione del Piano di Recupero di iniziativa pubblica (PdR) del complesso dell'Arcispedale Sant'Anna in attuazione del "Programma Speciale di Area – Azioni per lo sviluppo urbanistico delle aree di eccellenza della Città di Ferrara" – collaborazione con l'Università di Ferrara e con l'ARPA Bologna – Struttura Tematica di ingegneria ambientale".

Stato di realizzazione del progetto attuale S. Anna:

a. Zona per funzioni sanitarie e socio-sanitarie:

In data 7/10/2008 è stato già firmato il preliminare di vendita di 20.000 mq. all'Azienda USL per un valore di 10,3 milioni di euro, con contestuale pagamento di 10 milioni.

Per quanto riguarda l'area da riservare ai Servizi Sociali del Comune, indicata in 3.000 mq., si è definito, nell'ambito dell'Accordo ex art. 15 prima citato, un concorso dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria per 2.000 mq. e dell'Azienda USL per 1.000 mq. .

Si sta concludendo la programmazione delle funzioni ambulatoriali dell'Azienda da mantenere nell'attuale sede ospedaliera; per queste ultime si è avviato un confronto con l'Azienda USL per una programmazione integrata delle sedi delle attività erogate da entrambe le Aziende.

La suddetta programmazione comporta l'adeguamento dell'area dell'attuale ospedale che rimane di proprietà dell'Azienda, per provvedere, in stretta successione al trasferimento nel nuovo ospedale, la concentrazione in tale area delle attività ambulatoriali che rimarranno al S.Anna, attualmente allocate in via diffusa in tutti i padiglioni ospedalieri. Ciò al fine di dismettere nel più breve tempo possibile le aree oggetto di vendita e di evitare di mantenere in funzione una pluralità di settori dell'ospedale solo per alcuni spazi ambulatoriali, situazione che comporterebbe elevati costi di gestione.

b. Zona destinata alla Università:

E' stata raggiunta una preliminare intesa con l'Università per la stesura di un Accordo sui seguenti punti:

- L'Università rinuncia alla destinazione perpetua che ha su una serie di edifici presso l'attuale S. Anna, realizzati con il suo contributo economico, e che rientrano nelle suddette zone a) e c);

- L'Azienda Ospedaliero Universitaria trasferisce all'Università la proprietà della zona identificata con la lettera b);
- L'Azienda Ospedaliero Universitaria destina all'Università, per la durata di 99 anni, presso il nuovo ospedale di Cona parte dei previsti spazi didattici e cede una superficie di terreno di 20.000 mq. per realizzare ulteriori necessari spazi didattici, laboratori di ricerca e spazi per studenti.

Nel primo semestre 2010 dovrebbe perfezionarsi il suddetto accordo, acquisite le necessarie autorizzazioni regionali e la garanzia, da parte dell'Impresa Concessionaria, che l'area dei 20.000 mq. sia libera da vincoli (attualmente insistono sulla stessa circa 130.000 mc. di terreno di riporto).

c. Zona destinata alla trasformazione urbanistica.

Per l'approfondimento tecnico circa la destinazione ed utilizzo dell'Area dell'Arcispedale S. Anna elaborato dalla Commissione "Lugli", è stato attivato, nel mese di gennaio del 2007 (sempre d'intesa fra Comune, Università, Azienda USL ed Azienda Ospedaliero Universitaria) uno specifico Gruppo tecnico di lavoro (denominato commissione Pinelli - Preger) che ha presentato e consegnato il proprio "Rapporto Finale" alle Amministrazioni interessate in data 13 giugno 2007.

Tale rapporto, nello sviluppare l'ipotesi preliminare di riassetto dell'area, ha confermato la fattibilità della cessione di parte della stessa, con diverse destinazioni e utilizzo, per un valore immobiliare atteso dalla vendita in linea con le previsioni aziendali di 31 milioni di euro.

In data 26 febbraio 2008 è stato sottoscritto il Documento Programmatico del Gruppo di lavoro del Programma d'Area "Programma Speciale d'Area – Progetto di valorizzazione del Centro Storico - Azioni per lo sviluppo urbanistico delle aree di eccellenza della città di Ferrara", nel quale è stata inserita, fra le modifiche e/o integrazioni dell'Allegato 1 di cui alla Delibera del Consiglio Comunale PG. 59546 del 23/07/2007, anche l'Area dell'Arcispedale S. Anna, con le destinazioni di uso prima illustrate.

In data 4.12.2008 è stato sottoscritto fra Comune, Azienda Ospedaliero Universitaria ed Azienda USL l'Accordo ex art. 15 della L. 241/1999 ed il Programma Speciale d'Area "Progetto di valorizzazione del Centro Storico" (di cui alla L.R. n. 30/1996) per l'area Arcispedale S.Anna.

Attualmente si è in attesa delle proposte circa il Piano di Recupero di iniziativa pubblica da parte del gruppo di progetto costituito dal Comune di Ferrara, con Delibera di Giunta del 15 dicembre 2009 ad oggetto "costituzione gruppo di progetto per la redazione del Piano di Recupero di iniziativa pubblica (PdR) del

complesso dell'Arcispedale Sant'Anna in attuazione del "Programma Speciale di Area – Azioni per lo sviluppo urbanistico delle aree di eccellenza della Città di Ferrara" – collaborazione con l'Università di Ferrara e con l'ARPA Bologna – Struttura Tematica di ingegneria ambientale" .

Si richiama che fra le fonti di finanziamento del nuovo Ospedale entrano altre due alienazioni: il "S. Giorgio" ex sede della riabilitazione e l'edificio "Varano", attuale sede della formazione.

Conclusioni del Direttore Generale

Giunta ormai alle soglie di un importante cambiamento strutturale ed organizzativo, legato all'imminente trasferimento verso una nuova struttura ospedaliera, l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara si è presentata alla popolazione ferrarese (e non solo), come una struttura con un elevato livello organizzativo, in grado di erogare prestazioni qualitativamente e quantitativamente adeguate, pur essendo "impegnata" nella gestione di una fase di transizione di tale entità. Il Bilancio di Missione, anche nel 2011, si rivela come strumento di rendicontazione "narrata" in grado di documentare risultati raggiunti in un siffatto contesto storico ed evolutivo. In otto capitoli sono contenuti esiti, azioni e contesti che hanno permesso di inquadrare in quale posizione si trova la struttura in tutti gli ambiti di valutazione: dal contesto normativo, ai rapporti con l'università, dal profilo produttivo ed economico alla ricerca-didattica ed innovazione, dalla descrizione di attività erogate alla misurazione della performance, dalla qualità professionale a quella percepita dall'utenza, dall'organizzazione delle risorse umane alla descrizione delle linee di principio di un bilancio di genere.

E sulla base della esperienza narrata su tali tematiche e su come possano crearsi percorsi integrativi tra esse, diventa possibile enfatizzare, come considerazioni conclusive, alcuni risultati scaturiti o favoriti da (e a loro volta in grado di promuovere) processi di integrazione.

- Formalizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: attraverso lo sviluppo della cultura del miglioramento della qualità, dei percorsi, e della centralità del cittadino, è stato possibile definire un obiettivo sfidante come quello di creare percorsi specifici aziendali. Una linea progettuale ben articolata, dalla strategia della Direzione alla condivisione tra i professionisti, attraverso lo strumento del budget, all'istituzione di gruppi di lavoro, si è tradotta in un'attività coordinata e controllata con rigore metodologico dallo Staff Accreditamento-Qualità.Ricerca-Innovazione. Per il 2011 i prodotti elaborati sono stati due: il percorso dell'Ictus e del Carcinoma del Polmone. La prospettiva è la prosecuzione del filone di attività con altre tematiche come il Carcinoma della mammella e l'Infarto miocardico. Questi strumenti sanciscono la risposta in termini di qualità ed efficienza, dell'Azienda alla pressione epidemiologica di tali patologie.
- L'accordo di fornitura con l'Azienda USL: è stata concordata una linea di principio di collabora-

zione tra le due aziende, basata sulla redistribuzione dell'offerta sanitaria in relazione alle tipologie di livello assistenziale. Alla nostra Azienda spetta il compito di gestire e garantire i livelli produttivi di elevata complessità e di esclusività erogativa (alta specializzazione). Queste linee di programmazione si sono messe in relazione ai livelli di economicità delle attività e ai target di sviluppo su cui favorire la ricerca e la didattica. I risultati hanno evidenziato la diminuzione dei ricoveri provinciali ma con un sensibile incremento della casistica di alta complessità a scapito di quella di medio e basso livello di complessità. È stato dato anche un contributo al contenimento della mobilità passiva. Sono stati anche conseguiti risultati positivi in merito alle azioni di governo sulla prescrizione farmaceutica.

- La revisione del processo di Budget è stata caratterizzata da tre elementi distintivi rispetto agli anni precedenti: maggiore "spazio" agli obiettivi organizzativi e di qualità, introduzione di un obiettivo sull'ambito ricerca-didattica-formazione, condivisione metodologica con le organizzazioni sindacali. Articolato in tal modo, il processo di budget è divenuto un "comune denominatore" tra funzione assistenziale, didattica, organizzativa, relazionale.
- Nel 2011 è avvenuta la sostanziale ultimazione della nuova struttura ospedaliera di Cona: nella sua posizione, nella sua logica funzionale, nel suo contesto programmatico, l'imminente trasloco (2012) segnerà un cambiamento epocale della realtà sanitaria ferrarese. Il nuovo ospedale dovrà garantire la prosecuzione della mission aziendale ma cambierà logiche organizzative, funzionali, relazionali e gestionali. La struttura è costruita e articolata secondo un criterio assolutamente innovativo: l'ospedale per intensità di cure. L'introdursi in una struttura che eroga prestazioni secondo queste linee di principio richiederà a tutti i professionisti un importante impegno e sforzo verso un cambiamento delle modalità di erogazione dell'assistenza e cura. Il nuovo ospedale è in grado di garantire, nella propria organizzazione e funzionalità, l'integrazione delle attività, erogando prestazioni ad ampia diffusione sia mediche che chirurgiche, mantenendo però i vincoli contrattuali con la Committenza, ma anche prestazioni a bassa diffusione cioè ad elevata eccellenza e specializzazione.

Il processo di integrazione, evidenziato in questi pochi esempi, ma senza togliere significato anche a tutti gli altri ambiti narrati nel Bilancio di Missione, è apparso anche nel 2011 come obiettivo strategico perseguito

da questa Direzione. Questo si è delineato intrinsecamente verso i rapporti con l'Università e l'Azienda committente, ha trovato enfasi organizzativa ed interdisciplinare nei percorsi diagnostico terapeutici e diverrà il macro obiettivo "sfidante" nei processi organizzativi del nuovo ospedale "per intensità di cure".

Sarà compito prioritario anche per il 2012, per il Bilancio di Missione, delinearsi come strumento di rendicontazione ma, dato l'evento "storico", anche di "testimonianza documentale" delle azioni compiute per permettere la nascita della nuova realtà sanitaria della provincia di Ferrara.

Un doveroso ringraziamento va ancora una volta a tutti gli attori che hanno contribuito alla elaborazione del documento finale, avendo generato un prodotto in grado di proiettare l'immagine aziendale verso stakeholders istituzionali e verso il cittadino, del quale viene costantemente ribadita la centralità nel sistema.

Dott. Gabriele Rinaldi

