

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



Direzione generale

Il Direttore Generale

Az. Osp. Univ. Ferrara
P.G. 0034329 20/09/2011
Classific. MA.7.1


Al Direttore Generale
Sanità e Politiche Sociali
Dott.ssa Mariella Martini
Regione Emilia Romagna
V.le Aldo Moro, 21
40127 Bologna

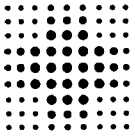
Oggetto:Conseguimento degli obiettivi 2010.

Con riferimento alla nota pari oggetto, prot. n. 194440 del 10/8/2011, si trasmette la relazione sui risultati raggiunti dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara in riferimento agli obiettivi regionali.

Distinti saluti.

Gabriele Rinaldi

Allegato



Il documento che segue è articolato in due parti in rapporto ai criteri di riferimento adottati per le verifiche stesse: la prima parte è costituita dalla rendicontazione sui risultati ottenuti in rapporto alle linee di programmazione regionali, la seconda parte è costituita dalla descrizione dei risultati ottenuti in rapporto al Piano annuale delle Azioni. Quest'ultima comprende anche la descrizione di risultati ottenuti in merito ad alcuni obiettivi specifici aziendali. Il piano annuale delle azioni era stato elaborato in rapporto ad esigenze di miglioramento o di consolidamento di attività in parte riguardanti ambiti di intervento in linea con le linee di programmazione regionali. Per questo motivo sono descritte e affrontate tematiche in comune alle aree di intervento nell'ambito delle quali è stata elaborata la verifica degli obiettivi rispetto alle linee di programmazione regionali stesse, sviluppate nella prima parte del documento.

VERIFICA DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI IN RELAZIONE ALLE LINEE DI PROGRAMMAZIONE REGIONALI ANNO 2010

AREE DI INTERVENTO:

- 1. QUADRO ECONOMICO FINANZIARIO**
- 2. POLITICHE DELLE RISORSE UMANE PER L'ANNO 2010**
- 3. POLITICA DEL FARMACO E GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA**
- 4. POLITICHE D'AREA VASTA E POLITICHE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI**
- 5. POLITICHE PER L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA E IL RISPETTO AMBIENTALE**
- 6. SANITÀ PUBBLICA**
- 7. LE CURE PRIMARIE**
- 8. RETI REGIONALI PER LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE**
- 9. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA**
- 10. IL PIANO REGIONALE SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA**
- 11. LA GESTIONE DEL RISCHIO**
- 12. RICERCA E INNOVAZIONE**
- 13. CITTADINI, COMUNITÀ E SERVIZIO SANITARIO**
- 14. ACCREDITAMENTO**
- 15. OBIETTIVI INERENTI I PROGETTI/SERVIZI ICT PER IL 2010**
- 16. SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE E DEBITI INFORMATIVI DELLE AZIENDE**
- 17. QUALITÀ DEI DATI CONTABILI, MODALITÀ DI RENDICONTAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI**

1. QUADRO ECONOMICO FINANZIARIO

La Delibera di Giunta 234 del 08.02.2010 "Finanziamento del Servizio sanitario regionale per l'anno 2010" recita che, per il 2010, l'equilibrio economico finanziario costituisce vincolo e obiettivo sia per il Servizio sanitario regionale che per le singole aziende e rimanda, nelle more dell'adozione di ulteriori atti formali, al contenuto della nota della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali P.G. 2010/503 del 04.01.2010. Detta nota prevede che la condizione di equilibrio per le aziende regionali viene definita a partire dal risultato di esercizio, al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31.12.2007 e non coperti da finanziamento pubblico.

Prevede, inoltre, nelle more dell'adozione di apposite linee di programmazione per l'anno 2010, che si intendeva prorogato il quadro degli obiettivi 2009 definito con la Delibera di Giunta 602/2009.

Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara la delibera 602/2009 prevedeva l'assegnazione di **16,300 milioni di Euro** a garanzia dell'equilibrio economico finanziario, nonché l'assegnazione di **Euro 2,1 milioni** a sostegno delle funzioni di alta specialità.

Il Bilancio Economico Preventivo 2010 (Delibera 139 del 30.04.2010) prevedeva una perdita di **2,514 milioni di Euro**, allineata al valore delle quote di ammortamento non sterilizzate per i beni in inventario al 31.12.2007, come da indicazioni regionali.

Con la Delibera di Giunta 1544/2010 avente ad oggetto "provvedimenti in ordine al finanziamento delle aziende del Servizio Sanitario Regionale per il 2010 e al relativo quadro degli obiettivi annuali – integrazione alla delibera 234/2010" veniva confermato l'obiettivo economico assegnato per il 2010.

A seguito di formale richiesta di "verifica dell'andamento delle gestioni aziendali 2010" da parte della Regione Emilia Romagna (nota prot. 30738 del 13 agosto 2010), l'azienda stimava in **-3,808 milioni di Euro** il risultato dell'esercizio 2010, con uno scostamento negativo rispetto all'obiettivo regionale (risultato di esercizio, al netto delle sole quote di ammortamento per beni mobili ed immobili già presenti in inventario al 31.12.2007 e non coperti da finanziamento pubblico) di **1,408 milioni di Euro**.

Al fine di ricondurre il risultato stimato a settembre verso l'allineamento al vincolo di bilancio assegnato, l'Azienda attivava le seguenti azioni di rientro.

- Incremento dell'attività sanitaria extra provincia per le discipline di riabilitazione, neuro-riabilitazione e altre funzioni hub attraverso l'incremento delle giornate di degenza per l'utenza fuori provincia, vista anche la maggiore complessità della casistica trattata.
- Pianificazione di azioni di rientro sul budget del materiale di consumo assegnato ai Dipartimenti ad attività integrata che presentano i disallineamenti più significativi, attraverso analisi puntuali dei singoli fattori produttivi in stretta relazione all'attività erogata.
- Revisione di alcuni contratti relativi a beni e servizi anche attraverso l'adesione alle gare INTERCENT-ER e Area Vasta. Ulteriore sviluppo delle iniziative di risparmio energetico.

Nonostante l'esito delle azioni di rientro e l'ipotesi di rideterminazione dell'obiettivo dell'equilibrio economico finanziario nella modalità definita a livello nazionale (cioè risultato di esercizio pari o inferiore alle quote di ammortamento non sterilizzate di tutti i beni a utilità ripetuta al 31.12.2010), in fase di concertazione 2010 emergeva comunque uno sfioramento del nuovo disavanzo autorizzato per effetto principalmente:

- della diminuzione dei ricavi per mobilità attiva infraregionale (- **792.000 Euro** rispetto alla previsione a settembre) e interregionale (- **534.000 Euro** rispetto alla previsione a settembre) derivante dal significativo calo di attività nel settore degenze nonché dal mancato incremento delle tariffe infraregionali nel 2010 (che incide per circa 200.000 Euro);
- di una riduzione del valore della mobilità attiva degenze nei confronti dell'azienda Usl di Rimini per effetto degli abbattimenti previsti nell'accordo di fornitura (**200.000 Euro**);
- di una imprevista richiesta di pagamento di fornitura di acqua relativa ad anni precedenti per errata lettura di un contatore aziendale da parte del fornitore, per circa **350.000 Euro**;
- dal parziale recupero del disallineamento previsto a settembre (1,408 milioni di Euro allora segnalati e non recuperati per circa **300.000 Euro**).

Con delibera n. 536 del 18.04.2011 avente ad oggetto "Provvedimenti in ordine alla spesa sanitaria regionale per l'anno 2010 e per la predisposizione dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie" la Giunta Regionale, richiamata la verifica straordinaria di settembre che, a fronte della sostanziale tenuta a livello regionale degli obiettivi economico-finanziari per il 2010, aveva evidenziato eccedenze di spesa rispetto all'obiettivo regionale per alcune aziende, tra le quali l'Ospedaliero Universitaria di Ferrara, confermava l'opportunità per queste Aziende di riconoscere come garantito l'equilibrio di bilancio nella modalità definita a livello nazionale (risultato d'esercizio pari o superiore alle quote d'ammortamento non sterilizzate di tutti i beni a utilità ripetuta al 31.12.2010). Con la stessa delibera la Giunta ridefiniva il riparto a garanzia dell'equilibrio ed assegnava all'azienda la somma di **17,6 milioni di Euro (1,3 milioni in più rispetto alla previsione)**

La nota regionale (nota prot. PG/2011/103742 del 26.04.2011) in merito all'adozione del Bilancio d'Esercizio 2010, richiama al rigoroso rispetto dei vincoli economico-finanziari assegnati alle Direzioni Aziendali per l'anno 2010 con la delibera 234/2010, come eventualmente ridefiniti con la delibera 536/2011.

Detta nota, inoltre, per quanto riguarda gli aspetti che interessano questa azienda, fornisce le seguenti indicazioni, così da noi seguite.

- Per il personale dipendente l'onere relativo all'indennità di vacanza contrattuale (inserito negli accantonamenti in fase previsionale) deve essere inserito tra i costi del personale dipendente. Inoltre l'azienda deve prevedere un accantonamento di risorse per contrattazione integrativa per Euro 338.297 cui corrisponde pari assegnazione regionale.
- Per la mobilità infraregionale l'Azienda si è allineata ai documenti riepilogativi inviati dal Servizio regionale Sistema Sanità e Politiche Sociali con nota prot. PG.2011/100992 del 21.04.2011. Detti documenti tengono conto degli importi concordati nei contratti di fornitura con l'Azienda Usl di Ferrara e l'Azienda Usl di Rimini. Per la mobilità interregionale le aziende devono fare riferimento agli archivi regionali delle SDO, attualmente valorizzati in base alla tariffa TUC 2009 con l'aggiornamento dei valori soglia specifici per DRG. E' in corso di approvazione da parte della Conferenza dei Presidenti delle regioni un aggiornamento della TUC, nelle more di detta approvazione le aziende contabilizzeranno i dati utilizzando le tariffe presenti nel sistema SDO. I valori iscritti nel Bilancio 2010 dall'Azienda sono stati estratti dalla banca dati regionale. Inoltre l'azienda ha inserito a Bilancio le variazioni derivanti dal ritorno della mobilità Interregionale 2009 (nota RER PG/2011/33957), nonché le ricadute derivanti dagli accordi 2009 Veneto e Marche (nota RER PG/2011/73808).
- I contributi in conto esercizio, come recita la nota citata, sono stati registrati in modo conforme alle indicazioni contenute nelle delibere di assegnazione e nei riepiloghi annuali predisposti a livello regionale.

Tutto ciò premesso, il Bilancio d' Esercizio 2010 si attesta su una perdita di **Euro 2.990.988**.

La citata delibera n. 536 del 18.04.2011 consente all'azienda di vedersi riconoscere come garantito l'equilibrio di bilancio nella modalità definita a livello nazionale (risultato d'esercizio pari o superiore alle quote d'ammortamento di tutti i beni a utilità ripetuta al 31.12.2010). Poiché detto importo nel 2010 è pari a **Euro 2.992.564** l'obiettivo è raggiunto.

2. POLITICHE DELLE RISORSE UMANE PER L'ANNO 2010

Contrattazione integrativa

L'Azienda ha continuato anche nell'anno 2010 nell'attuazione delle linee generali di contrattazione integrativa indicate dalla Regionale Emilia Romagna e dalla vigente normativa.

Nel corso del 2010 è stata perseguita l'alimentazione della banca dati del personale del S.S.R. con rispetto delle tempistiche fissate dalla competente struttura regionale. Sono stati altresì garantiti gli ulteriori flussi informativi richiesti dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali.

Gestione organici e spesa complessiva

Nell'anno 2010 è proseguita una attenta gestione del turn-over garantendo però in ogni caso il funzionamento delle funzioni sanitarie e tecnico amministrative.

Infatti anche per l'anno 2010 è stato conseguito l'obiettivo di mantenere la spesa complessiva per le risorse umane nel limite dell'onere previsto nell'esercizio 2006. L'aggregato di spesa costituito dal costo del personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile (partite IVA, lavoro interinale...), o con convenzioni è il seguente :

CONSUNTIVO 2010

| | |
|---|-------------------------|
| Consulenze sanitarie | € 58.154,72 |
| Lavoro interinale e collaborazioni sanitarie | € 2.367.848,65 |
| Consulenze non sanitarie | € 91.906,08 |
| Lavoro interinale e collaborazioni non sanitarie | € 399.650,29 |
| Personale dipendente Azienda Ospedaliera | € 128.500.513,00 |
| Personale Universitario | € 5.739.095,00 |
| Totale | € 137.157.167,74 |

La predetta spesa per una valutazione omogenea con quella riferita all'anno 2006 deve essere ridotta degli oneri conseguenti alle successive applicazioni dei CC.CC.NN.LL. del personale corrispondenti a € 10.148.369,14.

E' da tenere presente che nel lavoro interinale e collaborazioni sanitarie è stato considerato l'onere per l'assicurazione INAIL degli Specializzandi (di € 40.698) e degli assegni di ricerca sanitaria, collegati a progetti di ricerca finanziati dalla Regione Emilia-Romagna (€ 68.900).

Pertanto la spesa riallineata al 2006 è la seguente:

| | |
|---|--------------------------|
| Costo totale consuntivo 2010 | €. 137.157.167,74 |
| - oneri contrattuali | €. 10.148.369,14 |
| - oneri assicurazione inail specializzandi | €. 40.698,00 |
| - progetti di ricerca finanziati RER | €. 68.900,00 |
| Totale | €. 126.899.200,60 |

L'ammontare della spesa del personale di €. 126.899.200,60 così ricalcolata è rispettosa dei limiti di quella riferita al 2006 che era pari a €. 127.059.060.

Stabilizzazioni

Nell'anno 2010 è stata portata avanti una riduzione dei contratti precari e di limitazione delle forme di lavoro flessibile ciò è dimostrato in modo particolare dalla riduzione della spesa per lavoro interinale e collaborazioni sanitarie e non sanitarie passata da un valore di €. 3.682.566,30 a €. 2.767.498,94. Anche per quanto riguarda i rapporti di lavoro subordinati a tempo determinato sono stati contenuti nel numero di 70 unità, inferiore alle 76 unità del 2009 e alle 140 unità del 2008.

Nell'anno di cui trattasi si è concluso, sulla base delle Intese con le Organizzazioni Sindacali delle diverse aree, il processo di stabilizzazione per il personale del Comparto e per la Dirigenza Medica e sono state attivate le ultime due procedure concorsuali per la Dirigenza Sanitaria non medica che si concluderanno nel mese di gennaio 2011.

Libera Professione

Nell'anno 2010 è proseguita l'attività già iniziata nel 2009 per attivare le indicazioni contenute nella Legge 3 agosto 2007 n. 120 e successive regolamentazioni regionali, nonché nel piano aziendale. Sono state mantenute e anzi hanno avuto una riduzione le autorizzazioni in essere all'attività della c.d. intramoenia allargata. Sono stati inoltre rispettati i termini e le modalità per l'opzione fra i due regimi di disciplina della libera professione (rapporto esclusivo e non esclusivo).

Razionalizzazione strutture complesse e semplici con parametri di conferimento incarichi

Per quanto riguarda la razionalizzazione delle strutture complesse e semplici è opportuno precisare che per le complesse è ancora in corso una valutazione della attuale situazione con l'Università degli Studi di Ferrara, per definire la possibilità di una revisione della situazione attuale tenuto conto anche della cessazione dal servizio di alcuni Direttori di struttura complessa. Per le strutture semplici il Collegio di Direzione ha proceduto ad approvare le proposte dei Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa che hanno ridefinito il quadro degli incarichi adeguandolo alle attuali esigenze organizzative. Nel mese di dicembre 2010 si sono concluse le procedure di assegnazione della titolarità delle responsabilità.

3. POLITICA DEL FARMACO E GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA

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

Le LLGG e Raccomandazioni prodotte dai gruppi di lavoro multidisciplinari RER sono state presentate e discusse in varie sedute della Commissione Provinciale del farmaco (CPF).

Pur considerando che per ognuna delle raccomandazioni/LLGG nel panel degli esperti che hanno partecipato ai lavori erano presenti Clinici della nostra Azienda, il Dipartimento Farmaceutico, per conto della CPF, ha comunque provveduto alla diffusione delle LLGG attraverso l'invio delle stesse ai Direttori di UU.OO.coinvolti che, a loro volta, hanno diffuso attraverso specifici momenti ai clinici della loro equipe. Inoltre, il Dipartimento Medico Specialistico il cui Direttore di Dipartimento è componente della CPF, si è impegnato ad un incontro di condivisione al proprio interno visto che le specialistiche coinvolte dalle LLGG appartengono quasi tutte a tale Dipartimento (Dermatologia, Reumatologia, Ematologia ed Oncologia).

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 sono stati **monitorati trimestralmente** 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. Le UUOO hanno complessivamente raggiunto gli obiettivi di contenimento rispetto alle previsioni iniziali.

Si è provveduto anche alla verifica dell'applicazione di alcune raccomandazioni attraverso audit clinici multidisciplinari ed alla pianificazione delle prossime attività di verifica.

Di seguito è riportata una sintesi delle attività.

1. **Psoriasi placche** – F.Biologici: è stato eseguito un audit clinico sui trattamenti effettuati nell'anno 2010 con i farmaci biologici che ha mostrato la completa adesione alle raccomandazioni regionali;
2. **Artrite Reumatoide** - F.Biologici: lo specifico audit è in corso;
3. **Pemetrexed in NSCLC**: è stato eseguito un audit a Giugno 2010 nell'ambito della 2° edizione del corso di formazione RER sull'audit clinico. La verifica delle cartelle cliniche relative a pazienti trattati presso l'Azienda Ospedaliera ed ASL di Ferrara, ha messo in evidenza la completa adesione agli indicatori individuati dalla raccomandazione, I risultati dell'audit sono stati presentati alla CPF e ai professionisti coinvolti.
4. **Bevacizumab in NSCLC**: non è stato effettuato audit, in quanto il farmaco non è utilizzato sia in Azienda Ospedaliera che in ASL di Ferrara per quest'indicazione.
5. **Bevacizumab e Cetuximab** nel tumore del colon-retto: è prevista l'effettuazione del monitoraggio del rispetto delle Raccomandazioni, in relazione ai parametri previsti nelle stesse.
6. **Bevacizumab** nel tumore della mammella: anche in questo caso è previsto il monitoraggio dell'adesione alle raccomandazioni, sulla base degli indicatori previsti nelle stesse.
7. **Inibitori delle tirosin – kinasi** nel trattamento della LLC: è stato effettuato il monitoraggio dei parametri indicati nella raccomandazione. Sono state analizzate le cartelle cliniche dei pz che dal 2001 sono stati sottoposti a trattamento con imatinib (82); di questi 19 (pari al 23%) sono passati ad inibitori delle tirosin – kinasi di 2° generazione.

Dal 2009, entrata in commercio di Nilotinib, sono stati 6 i pz intolleranti/resistenti a imatinib avviati a terapia di 2° generazione e in tutti i casi di resistenza è stata effettuata analisi mutazionale ed individuata terapia conseguente; nei 2 paz intolleranti, la scelta è stata fatta sulla base delle caratteristiche dei pz (piastrinopenia; edemi, artralgie) in rapporto alle comorbidità, eventi avversi o tossicità.

8. **Farmaci antiematite**: per questa raccomandazione, è in corso la pianificazione dell'attività di audit che si prevede di svolgerà nel 2011, anche sulla base delle indicazioni RER relative al software.

Accanto a quest'attività, nel 2010 è proseguita 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, a partire dal 2008, monitoraggi specifici su un campione significativo dei trattamenti effettuati con le molecole oggetto dei maggiori incrementi di utilizzo per verificarne la congruenza.

Le molecole sottoposte a monitoraggio nel 2010 sono state: **Bosentan** per il trattamento dell'ipertensione polmonare, **deferasirox** per la terapia della talassemia, **lenalidomide** utilizzata in ambito ematologico (mieloma multiplo e sindrome mielodisplastica) e **farmaci antiretrovirali**. Sono state analizzate complessivamente 207 cartelle cliniche/ambulatoriali, di cui 14 riportanti prescrizioni di bosentan, 14 di deferasirox, 19 di lenalidomide, 160 di farmaci antiretrovirali, con percentuale di appropriatezza praticamente vicina al 100%.

Antimicrobici

In considerazione dell'elevato impiego, in termini di DDD, di antimicrobici in AzOSP FE risultante dai dati regionali forniti già nell'anno 2009 è stato formalizzato uno specifico **Programma di controllo** attraverso l'istituzione di un "**gruppo aziendale antimicrobici**", costituito da farmacista, farmacologo clinico, infettivologo e microbiologo facenti parte del CIO che, insieme al coordinatore del CIO stesso, valuta ogni trimestre i consumi e la spesa delle varie UUOO in rapporto ai dati microbiologici e qualora evidenzia delle criticità propone audit o incontri specifici con il referente medico SIOS della UO interessata.

Nel corso dell'anno 2010 sono stati effettuati audit clinici sull'impiego degli antibiotici di ultima generazione riguardanti il secondo semestre 2009 ed il primo trimestre 2010. E' in fase di progettazione anche un audit clinico che coinvolgerà le UUOO chirurgiche relativamente all'impiego degli antibiotici in profilassi per gli interventi sul colon retto per valutare la rispondenza alle LLGG nazionali. Sono anche in fase di aggiornamento le raccomandazioni aziendali per la profilassi antibiotica perioperatoria.

In ogni caso, dal confronto della spesa e del consumo in termini di DDD (dose definita giornaliera) degli antibiotici della intera azienda con altre realtà ospedaliere della RER emerge che, mentre i consumi espressi in DDD/100gg degenza sono tra i più alti come risulta dalla RER, l'altro indicatore, spesa/100gg degenza, vede l'AzOSP collocarsi tra i valori più bassi. Da ciò si presuppone che l'indicatore DDD/gg deg usato da RER non sia esaustivo, bensì fuorviato dall'utilizzo nella nostra Azienda di antibiotici la cui DDD è molto inferiore alla PDD.

Uso razionale e sicuro dei farmaci

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. A questo proposito viene anche monitorato lo specifico percorso in ambito provinciale definito in collaborazione con i clinici, fermo restando il governo a carico del "Programma interaziendale di Oncologia".

Inoltre ai fini dell'applicazione del **payment by results**, viene puntualmente 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. Infatti sono già stati ottenuti i rimborsi da alcune Ditte.

Il Dipartimento Farmaceutico, tra le sue attività prioritarie, ha da tempo inserito la **Farmacovigilanza** realizzando diverse iniziative per promuoverla quali ad esempio una risposta di ritorno commentata ai segnalatori, un bollettino periodico ed altre iniziative di formazione ed informazione. E' inoltre stato attivato un progetto di farmacovigilanza attiva in Pronto Soccorso aderendo al progetto MEREAFaPS della regione Lombardia.

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 ed a breve partirà un altro progetto per la valutazione preventiva delle interazioni tra le terapie prescritte alla dimissione e le terapie domiciliari del paziente.

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), nel 2010 è stata ulteriormente modificata sulla base della revisione n°2 della procedura RER, della raccomandazione sulla Ricognizione e della raccomandazione MinSal n.12 (farmaci LASA). Nel corso del 2010 inoltre si è realizzato un corso formativo in più edizioni destinato a tutte le farmacie ospedaliere della provincia, finalizzato alla sensibilizzazione di tutti gli operatori sul tema.

Centralizzazione laboratorio antiblastici (Rete delle farmacie oncologiche)

In Azienda è già realizzato ed attivo dal 2002 il laboratorio centralizzato di produzione Antiblastici (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. Inoltre, a seguito del 1° corso regionale della Rete delle Farmacie Oncologiche, sono stati accolti 1 farmacista ed 1 infermiere di altre Aziende in stages formativi.

E' in corso di completamento, in stretta collaborazione con il Programma Interaziendale di Oncologia, il progetto di centralizzazione della prescrizione e produzione a livello provinciale, comprendendo anche le terapie oncologiche degli Ospedali di Azienda USL.

A tale scopo il nuovo sistema informatico, 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 entrato parzialmente in produzione alla fine dell'anno 2010. Si evidenzia però che permangono difficoltà per la messa a regime, indipendenti dalla volontà del Dipartimento Farmaceutico, a causa di criticità di integrazione tra il programma Log 80 e SAP nella gestione del magazzino che il Dipartimento ICT e Log 80 stanno cercando di risolvere.

Si sta implementando anche nelle Oncologie di 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 informatiche ed operative dei reparti oncoematologici.

Nel corso del 2010 la nostra Azienda ha partecipato anche al progetto regionale di ricerca riguardante la stabilità dei farmaci oncologici di elevato impatto economico ai fini della razionalizzazione dei costi e si stanno individuando altri farmaci costosi da sottoporre ad indagine.

Si sta collaborando inoltre con il gruppo ROFO (rete oncologica Farmacie ospedaliere) per la creazione, con il contributo di alcuni clinici e responsabili di servizi informatici, di un minimum data set per l'oncologia, 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.

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

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 "generate" e raccomandazioni della CPF circa la prescrizione del farmaco equivalente nell'ambito della stessa categoria terapeutica.

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.

Anche per l'anno 2010 si è confermato uno specifico obiettivo di budget relativo al governo della prescrizione di principi attivi equivalenti in ambito cardiovascolare in erogazione diretta, aggiungendone uno specifico sulla prescrizione di losartan (primo farmaco della categoria sartani a brevetto scaduto nel corso del 2010).

I dati di erogazione diretta per l'anno 2010 confermano l'ottimo andamento.

Vista l'importanza dell'impatto della prescrizione in dimissione ospedaliera e della relativa ED dei farmaci sulla prescrizione territoriale, l'efficacia di questa strategia è dimostrata dai risultati: da un'analisi dei dati relativi all'anno 2009, sempre in riferimento alla categoria delle statine, la percentuale in quota di penetrazione di simvastatina è risultata per Ferrara la più alta tra tutte le aziende sanitarie della RER (Ferrara 34,6%, media RER 27,7%), senza comunque registrare una variazione complessiva di incremento di DDD totali (dato 2009 vs 2008 10,20% di incremento per Fe, media RER 11,5%).

Governo Dispositivi Medici (dm)

- E' stata attivata la **CPDM** - Commissione Provinciale Dispositivi Medici (Interaziendale) per il governo dei dispositivi medici.
- La CPDM ha lavorato nel corso del 2010 per la stesura del **Repertorio locale dei DM** (Delibera n. 337 del 30.12.2010 "Adozione del Repertorio Dispositivi Medici della Provincia di Ferrara da parte della Commissione Provinciale Dispositivi Medici - CPDM).
- Sono stati nominati 3 **RAV** - Referenti Aziendali per la Vigilanza sui dispositivi medici e medico-diagnostici in vitro, identificati rispettivamente nell'ambito della Farmacia e nell'ambito della Farmacia e delle Tecnologie Biomediche.
- Nel corso del 2010 l'Azienda è stata chiamata a partecipare all'attività della **CRDM** - Commissione Regionale DM per quanto riguarda la funzione di Direzione Medica in rappresentanza dell'Area Vasta Centro.

4. POLITICHE D'AREA VASTA E POLITICHE PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara continua la partecipazione alle gare di Area Vasta e aderisce alle convenzioni Intercent-ER che via via vengono attivate.

Sono state effettuate acquisizioni tramite Area vasta e Intercent-ER sulla base della programmazione predefinita. Il principale documento di rendicontazione di riferimento per l'attività aziendale in ambito di Area Vasta è la relazione "**RENDICONTAZIONE PROCEDURE ACQUISTI AVEC 2010**" del 31 gennaio 2011, prodotta dalla Direzione Operativa dell'Area Vasta Emilia Centro; le osservazioni analitiche di seguito riportate sono derivate da tale documento.

L'importo totale annuo di aggiudicazione è di € 37,93 mln. con un aumento di spesa complessivo di € 1,52 mln. pari al 4,01% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti. Tali ultimi valori risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 20,45 mln., si registra una riduzione dei costi totale di 2,10 mln., pari al 10,29%, **con risultati positivi per tutte le Aziende.**

La tabella seguente mostra il confronto sui dati attività nelle annate a confronto, come dato complessivo.

| | 2005 | 2006 * | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 ** |
|---|--------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| N° PROCEDURE CONCLUSE (GARE - RINNOVI) | 36 | 33 | 43 | 63 | 61 | 51 |
| IMPORTO TOTALE AGGIUDICAZIONE IN MLN € | 35,02 | 107,28 | 71,08 | 60,05 | 30,88 | 44,69 |
| RISPARMIO TOTALE IN VALORE (MLN €) | 2,58 | 10,30 | 2,61 | 4,10 | 2,15 | -1,52 |
| RISPARMIO PERCENTUALE | 8,91 | 11,80 | 4,59 | 6,86 | 6,99 | -3,40 |

* Comprensivo della gara farmaci che da sola vale 66 mln. di aggiudicato con un risparmio di 8.65 mln.

** I valori registrati risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3.62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27.21 mln., si registra un risparmio totale di 2.10 mln. pari al 7.73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

Nel 2010, a fronte di una conferma del numero medio di procedure concluse (36 nel 2005, 33 nel 2006, 43 nel 2007, 63 nel 2008, 59 nel 2009 e 51 nel 2010) risulta, rispetto al 2009, un aumento dell'importo totale di aggiudicazione (€ 35,02 mln. nel 2005; € 107,28 mln. nel 2006, € 71,08 mln. nel 2007; € 60,05 mln. nel 2008, € 28,24 mln. nel 2009 ed € 44,69 mln. nel 2010). A fronte di tale aumento si registra, per la prima volta, la presenza di un aumento globale di spesa sia in termini di valore (1,52 mln €.) che in termini percentuali (3,40%). Tali ultimi valori risentono, sia globalmente che per singola Azienda, dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali

procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari al 7,73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

Risultati economici per singola azienda

Il prospetto sottostante riporta i dati accertati di maggior/minor costo conseguenti alla comparazione degli stessi volumi di beni, servizi e attrezzature acquistati alle condizioni economiche del precedente contratto ottenuti dalle singole Aziende Sanitarie relativamente a tutte le procedure (gare e rinnovi) concluse nel 2010.

L'impatto sulle Aziende Sanitarie è determinato dall'esito negativo delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi che nelle Aziende Ospedaliero – Universitarie è stato compensato dai risultati delle rimanenti procedure, mentre nelle altre Aziende Sanitarie è rimasto negativo.

| AZIENDA | VARIAZIONI ECONOMICHE €* |
|---------------------|---------------------------------|
| AUSL BOLOGNA | - 927.320,09 |
| AOSP BOLOGNA | 217.112,78 |
| AUSL IMOLA | - 165.849,09 |
| IOR | - 355.569,99 |
| AUSL FERRARA | - 687.301,44 |
| AOSP FERRARA | 52.811,03 |
| TOTALE | - 1.866.116,80* |

Rapporti Area Vasta e Intercent-ER

Le linee guida regionali dedicate all'anno 2010 confermavano il mantenimento di una percentuale minima di committenza nei confronti di Intercent-ER pari al 25% del complessivo volume di acquisti, obiettivo già indicato per il 2009 e realizzato da questa Area Vasta. Tra le procedure affidate ad Intercent-ER, merita particolare menzione la procedura per l'acquisto di farmaci, di cui è stata aggiudicata una prima tranches di prodotti per un valore di circa 320 mln. € e che ha portato ad un **risparmio di circa 28,4 mln., pari all'8,2%**. Globalmente, la percentuale del 2010 per l'acquisto, da parte delle Aziende dell'AVEC, di beni e servizi sanitari e non sanitari e di attrezzature a livello regionale si attesta **al 26%** confermando quindi, anche per l'anno di riferimento, la realizzazione dell'obiettivo.

5. POLITICHE PER L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA E IL RISPETTO AMBIENTALE

Politiche per l'uso razionale dell'Energia

Gara Intercent-ER fornitura energia elettrica

Nel 2010 è stata effettuata l'adesione alla nuova gara Intercent-ER per la fornitura di energia elettrica, e con determinazione n. 984 del 02 dicembre 2010 è stata disposta l'adesione alla convenzione Intercent-ER per l'anno 2011 (importo complessivo € 2.400.000,00 IVA al 20% inclusa); l'ordinativo della fornitura è stato emesso con nota P. G. 46359 del 7 dicembre 2010.

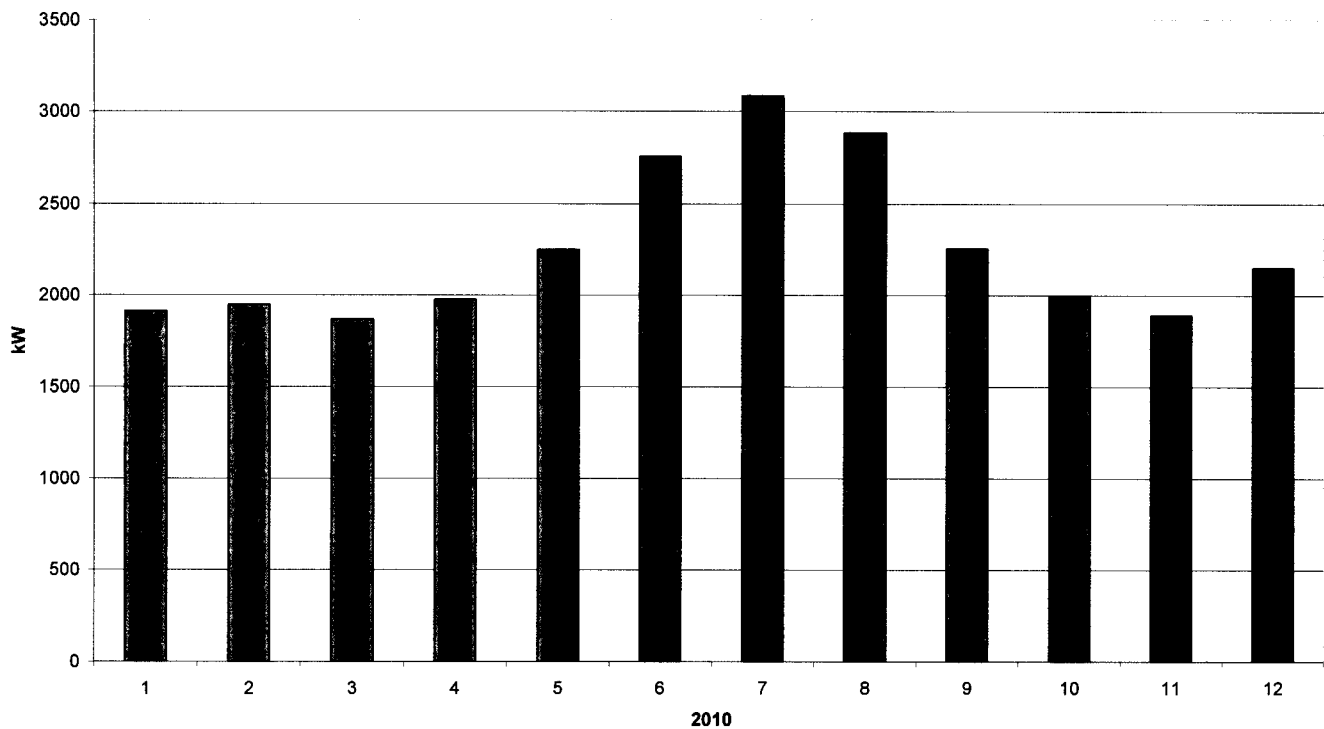
Monitoraggio quali quantitativo dei consumi di energia elettrica e termica

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.

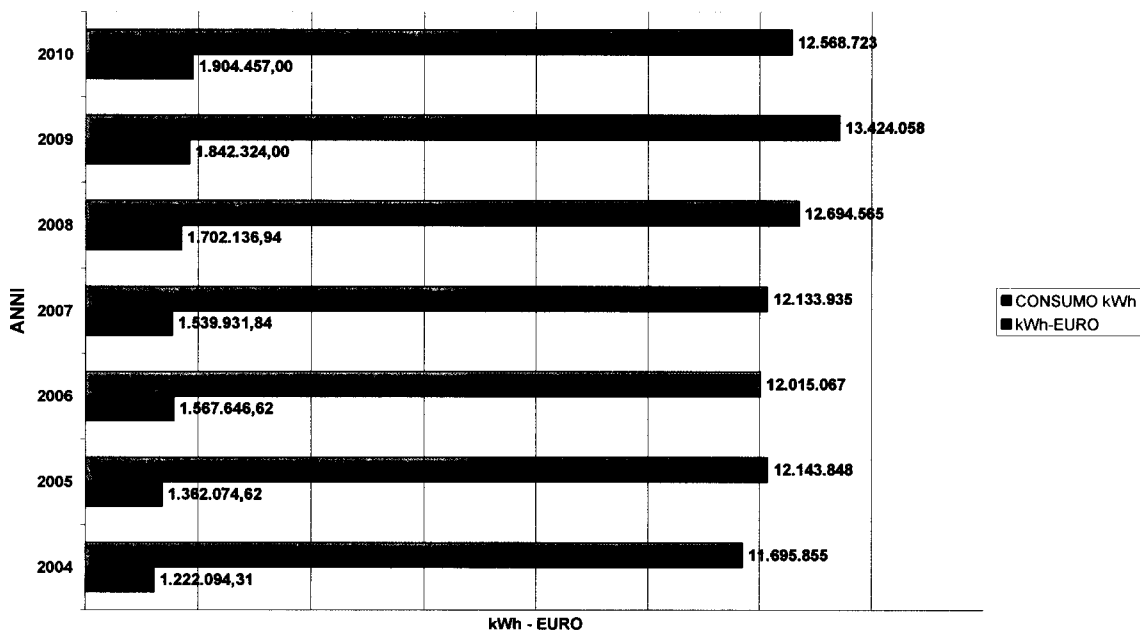
Di seguito, quale esemplificazione, si presenta l'aggiornamento al 31 dicembre 2010 degli istogrammi.

Consumi elettrici:

POTENZA kW RICHIESTA 2010



CONSUMI E SPESA ANNUA



Politiche Energetiche – Preferenza produzione/utilizzo energia da fonti rinnovabili

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:

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

Politiche Ambientali

Iniziative informative e monitoraggio gestione ambientale

- L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha inserito, già dal 2008, il tema della gestione rifiuti e gestione ambientale all'interno del Piano-Programma sicurezza e gestione del rischio 2008-2010. Sono stati definiti e monitorati specifici progetti di miglioramento della sicurezza e di riduzione degli impatti relativi alle diverse tipologie di rifiuti sanitari prodotti.
- Con Delibera n. 230 del 06/08/2010 "Adeguamento deliberazione n. 250 del 22/12/2008 ad oggetto: "Costituzione del Gruppo Aziendale Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile" è stata aggiornata la composizione del Gruppo gestione Ambientale dell'Azienda.
- Come per il 2009, nel 2010 (8 e 11 novembre, 2 edizioni ripetute) si è svolto in Azienda il Corso di formazione base "Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile" rivolto a tutti gli operatori aziendali (sanitari, tecnici e amministrativi) con partecipazione aperta agli operatori delle Ditte appaltatrici di servizi, con la partecipazione di 105 dipendenti.
- Il 17 settembre 2010 si è svolto inoltre in Azienda il Corso di formazione base "I sistemi di gestione ambientale: opportunità offerte e impegno richiesto per un Ospedale. Focus sulla certificazione ambientale volontaria secondo il Regolamento EMAS.", rivolto ai componenti del Gruppo Gestione Ambientale aziendale e ai loro colleghi delle UU.OO. di appartenenza.
- E' stata compilata la check-list di "Monitoraggio sulla conformità normativa ambientale alla normativa ambientale nelle Aziende Sanitarie" per la Struttura Ospedaliera "Nuovo S.Giorgio". Per quanto riguarda la nuova Struttura di Cona, la check-list è già stata valutata dal Gruppo Gestione Ambientale aziendale e si ritiene necessario richiederne la compilazione nel corso del 2011.
- Il Referente Gestione Ambientale aziendale ha partecipato regolarmente ai lavori del Gruppo Regionale.
- Annualmente l'attività di gestione dei rifiuti viene rendicontata con l'utilizzo di specifico registro di rilevazione della produzione rifiuti informatizzato e compilazione di specifica scheda di valutazione regionale preparata dal Programma.
- In data 26.04.2010 l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha firmato un Accordo Ambientale Volontario con AATO6 (Agenzia Territoriale d'Ambito Ottimale di Ferrara) – HERA S.P.A. Struttura territoriale di Ferrara con lo scopo di promuovere la raccolta differenziata dei rifiuti sanitari assimilati agli urbani (carta, plastica, toner, pile, ecc.) migliorando ulteriormente la qualità dei servizi offerti nel contesto locale. 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 che, per l'attività di raccolta differenziata finalizzata al recupero svolta nell'anno 2009, è stato di 5.000,00 euro, scontati per l'esercizio 2010 dalla tariffa igiene ambientale dell'Azienda. Il progetto, iniziato in fase sperimentale nel 2009, è diventato elemento stabile nella gestione dei rifiuti dell'Azienda da quest'anno 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 e quindi sui determinanti ambientali della salute.

- Il Referente Acquisti Verdi ha partecipato regolarmente ai lavori del Gruppo Regionale e ha adempiuto ai debiti informativi definiti in sede regionale.

Mobilità sostenibile

Il Mobility Manager ha partecipato regolarmente ai lavori del Gruppo Regionale e ha adempiuto ai debiti informativi definiti in sede regionale.

E' in corso di revisione da parte del Mobility Manager il Piano di spostamento casa-lavoro in vista dell'attivazione della nuova struttura di Cona.

E' stata monitorizzata la dotazione automezzi aziendale.

Piano Mobilità aziendale

Nel corso del 2010 si è proseguito con l'attività di mobility management; sono stati svolti vari incontri con le istituzioni cittadine 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.

Nell'ambito di un cofinanziamento governativo per la diffusione di azioni finalizzate al miglioramento della qualità dell'aria, il Comune di Ferrara ha presentato un progetto, denominato Co.N.A. (sviluppo del trasporto pubblico verso Cona), per la realizzazione del quale questa Azienda ha partecipato attivamente sia nella elaborazione e presentazione di dati che nell'invio di elaborazioni documentali.

Il progetto complessivo predisposto dal Servizio di Mobilità e Infrastrutture del Comune di Ferrara prevede un impiego complessivo di risorse pari a €. 1.307.821,00 di cui: €. 807.821,12 finanziati con contributo ministeriale, €. 349.999,88 a carico del Comune di Ferrara, €. 100.000,00 a carico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e €. 50.000,00 a carico dell'Università di Ferrara.

Il progetto è stato accolto dal Ministero in data 18 giugno 2010.

Sulla base del progetto di cui sopra è stato completato 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 (DGR n.234/2010), entro tale termine è stata inviata anche la scheda tecnica degli indicatori relativa al monitoraggio degli automezzi aziendali

Nel corso del 2010, in previsione del trasferimento del Pronto Soccorso a Cona, sono state condotte indagini, in collaborazione con la Centrale Operativa 118, per conto dell'Assessorato alla Salute e dell'Assessorato alla Mobilità del Comune di Ferrara, riguardanti i tempi di percorrenza dei mezzi di soccorso sia dalla periferia di Ferrara che da alcuni punti della città.

Sulla base dei risultati ottenuti si è provveduto a richiedere ai competenti organi istituzionali comunali la predisposizione di percorsi preferenziali per mezzi del Pronto Soccorso.

A seguito della richiesta della Commissione Tecnica di Accessibilità (C.T.A.) del Comune di Ferrara, si sono svolti diversi incontri tra i rappresentanti della stessa, i dirigenti aziendali interessati alla costruzione del nuovo Polo Ospedaliero di Cona, rappresentanti del Comune, di ATC, di AMI, della Provincia, ecc...al fine di verificare l'adeguatezza delle strutture realizzate, sia interne che esterne.

Ciò ha riguardato la viabilità interna, i parcheggi, il percorso e le fermate dell'autobus, della metropolitana di superficie, e dell'accessibilità alle varie zone interne.

Anche nel corso del 2010 è stata garantita la partecipazione del Mobility Manager ai lavori del Gruppo Regionale Mobilità Sostenibile.

Anche nel corso del 2010 è stata svolta attività didattica in merito alla gestione ambientale e allo sviluppo sostenibile e mobilità organizzato dall'Azienda in collaborazione con la Regione.

6. SANITÀ PUBBLICA

Sorveglianza e controllo malattie trasmissibili

Sorveglianza delle malattie infettive

- Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria è attivo il sistema regionale di segnalazione rapida degli eventi epidemici ed eventi sentinella e annualmente viene effettuata la revisione dei dati e del panel aziendale di Alert-organism. Per il governo del processo di segnalazione e intervento è presente una specifica Procedura aziendale P-104-AZ "Segnalazione delle malattie infettive e diffuse nell' L'Azienda Ospedaliero Universitaria" + MOD-101-AZ Scheda di segnalazione di caso – SSCMI/2006. La gestione del caso "alert" nelle UU.OO. di degenza e nei servizi sanitari trasversali è governata dalla P-105-AZ "Sorveglianza, gestione e controllo alert organism ed eventi epidemici ad essi correlati".
- L'Azienda Ospedaliero Universitaria partecipa ai sistemi regionali di sorveglianza della antibiotico-resistenza e delle malattie invasive batteriche.

Programmi di controllo specifici

- L'Azienda Ospedaliero Universitaria partecipa al tavolo locale permanente per la sorveglianza e il controllo delle malattie trasmesse da vettori.
- I contenuti delle Linee guida sulla legionellosi sono stati diffusi in specifico Corso di formazione nel 2008; la Legionellosi polmonare è inserita tra gli eventi infettivi aziendali "sentinella"; la ricerca attiva dell'Antigene urinario per Legionella viene effettuata in tutti i casi di polmonite ricoverati. E' stato attivato un Gruppo di lavoro multidisciplinare che sta provvedendo alla stesura del Water Safety Plan con la valutazione del rischio specifico nelle strutture ospedaliere aziendali. L'attività fino ad ora svolta dal Gruppo è stata rendicontata nel Questionario regionale "Strumento di valutazione dello stato di applicazione della DGR n. 1115/2008 "Approvazione linee guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi".
- Dopo la presentazione regionale delle LG sulla tubercolosi nel 1° semestre 2010, è stata inserita nella pianificazione del Comitato Infezioni aziendale la revisione delle Istruzioni Operative aziendali I-103-AZ "La gestione e l'isolamento del paziente con processo infettivo in atto. Precauzioni Standard. Precauzioni aggiuntive "specifiche" per le malattie infettive trasmissibili per via respiratoria, per droplet, per contatto" e della I-102-AZ "Sorveglianza della tubercolosi: flusso informativo obbligatorio e sorveglianza sanitaria dei soggetti esposti che è stata pianificata per l'anno 2011.
- Anche quest'anno, come nel 2009, è stata promossa tra gli operatori sanitari la vaccinazione antiinfluenzale

Programmi di Screening Oncologici

Il contributo aziendale all'attività di screening, ben consolidato, si articola in queste secondo queste modalità:

- Gestione dei flussi informativi (in larga parte riproposte come nel 2009);
- Continuità e integrazione multidisciplinare dei percorsi diagnostico terapeutici conseguenti alla positività del test;
- Gestione dei registri tumori di popolazione. Il registro tumori della provincia di Ferrara è attivo dal 1989 e produce dati epidemiologici sulla diffusione dei tumori nel territorio provinciale dal 1991.
- In particolare per lo screening mammografico gli aggiornamenti contrattuali con l'azienda committente hanno previsto l'esecuzione degli esami mammografici, approfondimenti diagnostici di primo e secondo livello e risonanze magnetiche per la popolazione compresa tra i 45 e i 47 anni. All'azienda committente compete l'esecuzione delle mammografie e degli approfondimenti diagnostici di primo livello, mentre all'azienda Ospedaliero Universitaria compete l'esecuzione di esami di secondo livello e Risonanze magnetiche necessarie.

Tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha attivato nell'anno 2010 una verifica puntuale delle modalità di accadimento per: infortuni biologici, infortuni da movimentazione manuale di carichi/pazienti e per quanto riguarda gli infortuni accidentali, vengono valutati dalla Posizione Organizzativa del Dipartimento che decide quali meritano di indagine specifica.

E' stata elaborata e pubblicata sulla intranet aziendale una specifica procedura, a valenza interaziendale, P-015-INTER Rev. 0 del 3/09/2010 "Gestione degli infortuni professionali" con le relative schede di indagine, MOD-017-INTER "Scheda di indagine per infortunio biologico" e MOD-018-INTER "Scheda di indagine per infortunio da MMC/P".

Le cause degli eventi infortunistici sono molto spesso il frutto di comportamenti non coerenti con quanto previsto dalle procedure e istruzioni operative per lavorare in sicurezza ed in alcuni casi non sono imputabili all'attività lavorativa. Con l'attivazione di queste indagini, ci si prefigge di evidenziare criticità correggibili e mistificazioni.

A partire da marzo 2010, per ogni infortunio da rischio biologico, da movimentazione manuale carichi/pazienti e accidentali (secondo procedura), un operatore del Dipartimento effettua un'indagine con le specifiche schede.

Nel 2010 sono state effettuate:

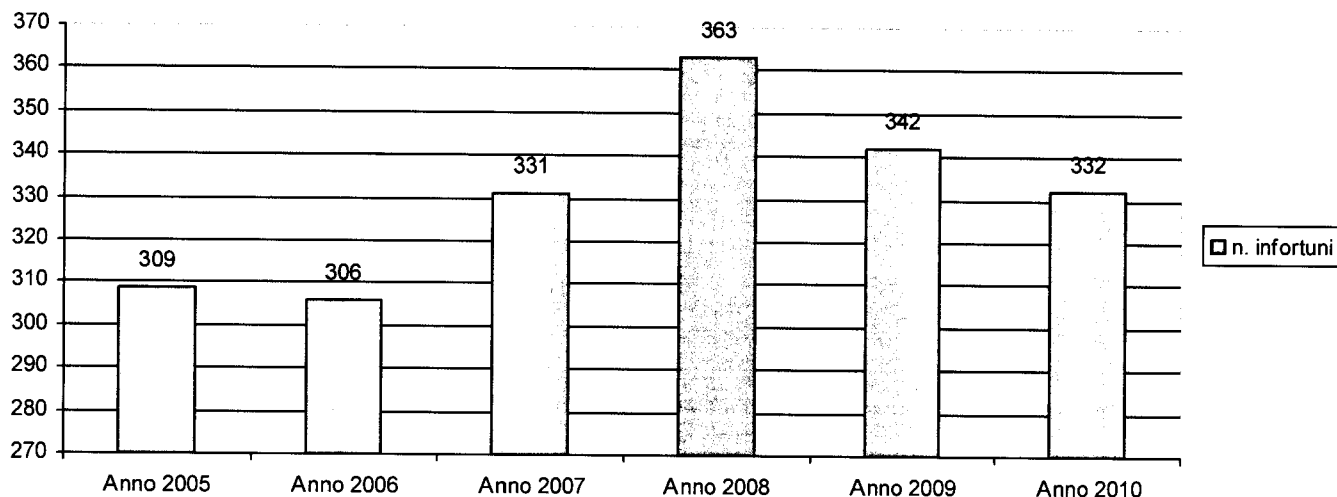
Infotuni Biologici: Totale Infotuni Anno 2010= 130 N° indagini effettuate = 129

Infotuni MMC/P: Totale Infotuni Anno 2010 = 62 N° indagini effettuate = 48

Infotuni Accidentali: Totale Infotuni Anno 2010 = 96 N° indagini effettuate = 31 (Come previsto dalla Procedura).

Il numero delle indagini, per quanto riguarda gli infortuni biologici e MMC/P, non corrisponde al numero totale di infortuni in quanto la verifica puntuale delle modalità di accadimento degli eventi infortunistici è entrata in vigore ad inizio marzo 2010, quindi per tutti gli infortuni accaduti precedentemente alla data di attivazione della nuova modalità di gestione degli eventi infortunistici, non è stato possibile effettuare l'indagine. Inoltre, il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e protezione, predispose report semestrali che invia ai Datori di Lavoro. La figura successiva mostra l'andamento degli infortuni nelle annate a confronto.

Andamento Inf.Az.Osp. 2005/2010



Programmi di promozione della salute. Piano Regionale della Prevenzione.

Supporto ai programmi di promozione della salute e di prevenzione

- Il **Background della Promozione della salute:** L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha aderito formalmente alla Rete Emiliano-Romagnola HPH & HS il 15 dicembre 1998 (Delibera n.1365/1998) ma, di fatto, tale filosofia non risulta ampiamente nota agli operatori. Dopo una attiva partecipazione alle attività della Rete, testimoniate anche dall'attribuzione alla nostra Azienda del coordinamento regionale di uno dei primi 6 Progetti interaziendali attivati, Progetto "Ospedale senza fumo", per gli anni 1999-2000, vi è stato un temporaneo indebolimento di attenzione che ha portato ad una progressiva sospensione delle attività aziendali sui temi della promozione della salute. Il processo di acculturamento ed empowerment aziendale sul tema non è proseguito e anzi sono state perse importanti occasioni di sviluppo e crescita intellettuale in linea con il contesto regionale, nazionale europeo e internazionale. Negli anni, tuttavia, diverse esperienze sono state comunque sviluppate nell'ambito di specifiche aree tematiche, grazie anche alla partecipazione a Progetti provinciali o regionali orientati all'attenzione a specifici target di popolazione o ai valori della promozione della salute:

| Progetto con orientamento alla promozione della salute | Livello di progettualità (area tematica) | Target |
|--|---|---|
| Ospedale senza fumo (dal 1999) | Internazionale (HPH-OMS) Regionale (Rete HPH "Progetto 5) Aziendale (HPH) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Migrant-Friendly Hospital (dal 2002) | Europeo (HPH-OMS) Regionale (Rete HPH) Inter-aziendale: AOUE-AUSLFE (HPH) Aziendale (HPH) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Ospedale senza dolore (dal 2002) | Nazionale Regionale InterAziendale Aziendale | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Emergenza caldo "Uffa che Afa" (dal 2004) | Nazionale (Sicurezza) Regionale (Sicurezza) Comunale: AOUE, Comune, AUSLFE, altri Enti e Istituzioni e Associazioni di Volontariato (Sicurezza) | pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Sicurezza stradale (2008) | Nazionale (Sicurezza) Provinciale: Osservatorio Provinciale Sicurezza Stradale (Sicurezza) | operatori visitatori |
| Igiene delle mani (dal 2007) | Internazionale OMS (Sicurezza) Nazionale (Sicurezza) Regionale (Sicurezza) Aziendale (Sicurezza) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Prevenzione controllo malattie infettive (dal 2008) | Nazionale (Sicurezza) Regionale (Sicurezza) Aziendale (Sicurezza) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Gestione ambientale e sviluppo sostenibile "A minore impatto" (dal 2008) | Regionale Aziendale (Sicurezza) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Medicina e salute di genere (dal 2008) | Regionale (Gestire le differenze nel rispetto dell'Equità) Provinciale: AOUE, AUSLFE, Comune, Provincia, Università (Gestire le differenze nel rispetto dell'Equità) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |
| Mobbing, pari opportunità (dal 2009) | Regionale (Gestire le differenze nel rispetto dell'Equità) Provinciale: AOUE, AUSLFE, Comune, Provincia, Università (Gestire le differenze nel rispetto dell'Equità) | operatori pazienti famigliari-caregiver visitatori comunità |

I legami e la partecipazione dell' Azienda Ospedaliero Universitaria alla Rete Emiliano-Romagnola sono ripresi a partire dal 2008, con l'intervento al Seminario regionale "Gli standard HPH e il sistema di qualità" (27 giugno 2008, Bologna), ai Laboratori Inter-Reti (2009, 2010), con la collaborazione per la XIII Conferenza nazionale HPH (Reggio-Emilia). Evidenza dell'impegno nella promozione della salute è stata data attraverso la stretta collaborazione con il Coordinamento regionale HPH e dai numerosi contributi portati nel corso di eventi nazionali e internazionali (18th International Conference on Health Promoting Hospital & Health Services, Manchester, 2010) sui temi della promozione della salute. L'Azienda ha inoltre partecipato nel 2009-2010 al Gruppo regionale per la stesura degli Standard regionali HPH applicati al Piano di Prevenzione 2008-2010.

Grazie a questa rinnovata partecipazione attiva, è emersa con evidenza la necessità di operare in maniera sinergica e integrata per potenziare il valore delle diverse esperienze singolarmente sviluppate in tema di promozione della salute ed empowerment di pazienti, operatori e comunità tutta, nei diversi aspetti maturati.

A questo proposito, la cornice internazionale, nazionale, regionale e locale ha confermato e rafforzato negli anni la necessità di sostenere e praticare all'interno delle Aziende sanitarie lo sviluppo dell'Empowerment di comunità, cioè della ricerca di una "progettazione partecipativa" delle strategie di intervento con il coinvolgimento degli stakeholders (pazienti, familiari, organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, associazioni di volontariato, enti locali e altri soggetti istituzionali, personale, sindacati) e della capacità di costruire contesti di dialogo quale presupposto per una efficace erogazione dei servizi in un contesto sicuro.

Pensando al trasferimento nel nuovo Ospedale di Cona, a fronte della necessità di consolidare i progetti esistenti, implementare nuovi progetti e promuovere le iniziative a livello regionale, Nazionale ed Europeo, è stato ideato uno specifico percorso formativo, previsto nel 1° semestre 2011, che ha l'intento di creare una Rete aziendale di

Promotori della salute composta da operatori sanitari motivati e selezionati, cui si affiancheranno componenti del CCM aziendale, che, a cascata, orientino l'attenzione verso l'approccio tridimensionale operatore – utente – comunità. L'impegno tra operatori riguarderà il valore salute, l'impegno tra operatori – utenti sarà guidato da obiettivi comuni e l'impegno tra operatori – comunità riguarderà la trasparenza verso i portatori d'interesse.

- Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria è nominato un Coordinatore aziendale, 2 Coadiutori e dal 16 dicembre 2010 è attivo un Gruppo di Coordinamento HPH, cui partecipa anche una rappresentanza del CCM aziendale, la cui formalizzazione con delibera aziendale è prevista per il 2011.
- Per l'anno 2011 verranno sviluppate le linee di azione indicate dagli obiettivi regionali, alcuni dei quali già ampiamente avviati, altri da attivare. In particolare i nuovi Progetti aziendali riguarderanno:
 - Surgical Patient Friendly Hospital
 - Benessere degli operatori
 - Percorso riabilitativo
 - Percorso oncologico.

7. LE CURE PRIMARIE

Gestione integrata paziente diabetico

Nel corso del 2010 sono state avviate alla gestione integrata con i Medici di Medicina Generale dell' AUSLFE 503 persone con diabete.

Al contempo in collaborazione con il dott. Dario Pellizzola, coordinatore della Diabetologia dell'Azienda Usl e con il dott. Mauro Navarra in rappresentanza dei Medici di Medicina Generale, si è altresì provveduto alla revisione del documento di indirizzo provinciale relativo alla gestione integrata stessa.

Nel triennio 2008-2010 le persone con diabete avviate alla gestione integrata sono state complessivamente 1390, a fronte delle 1366 negli anni 1996-2007.

Il registro Aziendale dei pazienti diabetici realizzato sul supporto informatico "Eurotouch" è stato quasi completato dal momento che, a fronte delle 9405 cartelle contenute nell'archivio cartaceo, ne sono state trasferite a tutt'oggi su tale supporto 9107. Si precisa le cartelle cartacee comprendono anche i 2802 diabetici avviati alla gestione integrata dal 1996 al 31/01/2011, quelli che sono passati ad altro ambulatorio diabetologico della provincia, i drop out per cause sconosciute e i diabetici deceduti dopo che la cartella era stata inserita nell'archivio; dai dati desumibili dal software Eurotouch, risulta che, nel corso del 2010, sono stati visti almeno una volta 4664 diabetici (497 tipo 1 e 4167 tipo 2) ai quali vanno aggiunti i circa 300 le cui cartelle non sono ancora state trasferite su Eurotouch. Si presume quindi, con ragionevole certezza, che i diabetici assistiti presso questa U.O. siano circa 5000; la media delle emoglobina glicate dei diabetici assistiti in questa U.O. sono rispettivamente $8,1 \pm 1,32\%$ per i diabetici tipo 1 e $7,5 \pm 1,44\%$ per i diabetici tipo 2.

Relativamente agli ulteriori indicatori richiesti, si precisa che tali dati si riferiscono a diabetici in gestione integrata che non afferiscono più al nostro ambulatorio e quindi non sono desumibili dal nostro data base.

Percorso Nascita

L'Azienda partecipa attivamente con i propri professionisti a tutti i gruppi di lavoro attivati dalla Commissione Nascita regionale sul PERCORSO NASCITA. Sono in fase di elaborazione gli indicatori previsti.

Le azioni poste in essere nel corso del 2010 sono state orientate in particolare all'estensione dell'offerta della PARTOANALGESIA da parte dell'Azienda. Ciò ha portato a raggiungere e a superare la soglia del 7% del totale dei parti nel corso del 2010.

E' proseguita, come per gli anni passati l'integrazione con il Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda USL di Ferrara, attraverso la collaborazione con il Centro Salute Donna di Via Boschetto e l'integrazione sia nell'ambito dello stesso Centro che presso la U.O. di Ostetricia-Ginecologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, dei Professionisti che prendo in carica la donna gravida nel corso del suo iter gestazionale.

Di seguito vengono riportati i dati relativi alla modalità del parto e al tipo di analgesia, derivati dalla compilazione delle documentazioni relative al CEDAP e quindi rilevabili dal medesimo documento elaborato dall'Azienda annualmente.

Modalità del parto

| | n | % |
|----------------------|------|------------|
| parti vaginali | 1076 | 68% |
| parti cesarei | 506 | 32% |
| Totale | 1582 | |

Tipo di analgesia

| | | |
|-------------------------------------|-----|----------------------------------|
| nessuna metodica | 553 | |
| epidurale | 115 | 10,7 % sui parti vaginali |
| metodiche farmacologiche | 23 | |
| metodiche non farmacologiche | 614 | 57,1 % sui parti vaginali |
| non indicato | 277 | |

Sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali: Definizione di protocolli per la gestione della gravidanza e del parto fisiologici

In ottemperanza ai disposti normativi regionali ed in assonanza con l'evoluzione culturale e la professionalizzazione raggiunta dalle professioni sanitarie, si sono implementati modelli organizzativi ed assistenziali che valorizzano ed integrano il contributo di tutti i professionisti, in modo aderente ai bisogni dei cittadini.

L'obiettivo prioritario perseguito ha riguardato il miglioramento della qualità assistenziale del percorso nascita, basato sullo sviluppo delle relazioni e del confronto continuo tra i diversi professionisti, pertanto nello specifico si è proceduto come segue:

1) Parto in analgesia: continua l'offerta della parto analgesia farmacologica su indicazione medica e il contenimento del dolore con tecniche non farmacologiche da parte dell'ostetrica, in particolare nell'anno 2010 sono stati effettuati:

- n° 327 travagli in acqua su 1.075 parti spontanei (n° 300 nel 2009 su 1.094 parti spontanei);
- n° 382 posizioni alternative su 1.075 parti spontanei (n° 217 nel 2009 su 1.094 parti spontanei);
- n° 113 parti in analgesia farmacologica su 1.075 parti spontanei (n° 66 nel 2009 su 1.094 parti spontanei).

2) messa a disposizione di visite guidate alle donne gravide ed ai partner con indicazioni rispetto al percorso di accesso all'ostetrica e visita della sala parto, in collaborazione con il centro Salute Donna dell'Azienda USL. Le visite sono condotte da un'ostetrica due volte alla settimana, il mercoledì ed il giovedì, per un massimo di dieci gravide per incontro. Nell'anno 2010 le gravide in visita sono state 296 e gli accompagnatori sono stati 197.

3) nell'anno 2010 sono stati organizzati quattro incontri con la popolazione con l'obiettivo di informarla sulle indicazioni tecniche del parto in analgesia e il contenimento del dolore in travaglio proposte dalla Clinica Ostetrico-Ginecologica. Tali incontri sono tenuti da una ostetrica, un ginecologo ed un'anestesista.

4) adesione al protocollo regionale "giù la testa" con la disponibilità alle gravide, con presentazioni anonale, di applicazione della tecnica di MOXA effettuata da un'ostetrica.

Si è continuata la formazione ed il counselling per favorire l'allattamento al seno.

Dimissione protetta

Presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara opera da anni una equipe di Valutazione Geriatrica Ospedaliera (UVGO) la quale, su segnalazione delle Unità Operative di ricovero, effettua la valutazione dei pazienti per i quali è prevista la dimissione protetta con modalità di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o in Lungodegenza Post-Acuzie.

Tale equipe è costituita da un Medico Geriatra dell'U..O. di Geriatria, da una Assistente Sanitaria della Direzione Medica di Presidio e da un Infermiere del Servizio Assistenza Domiciliare dell'Azienda USL di Ferrara.

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 2010 sono pervenute, dalle Unità Operative, richieste di valutazione di 1591 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, 1350 sono stati valutati per trasferimento in strutture di LPA, 241 per il proseguimento delle cure 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.

Gestione dell'attività Odontoiatrica,

Gli elementi di attività con maggior tendenza la consolidamento sono stati: l'integrazione con la AUSL e la garanzia assistenziale per le fasce di popolazione deboli.

8. RETI REGIONALI PER LE CURE PALLIATIVE E LA TERAPIA DEL DOLORE

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha provveduto ad inserire nel gruppo interaziendale della Rete delle Cure Palliative (RCP) (Delibera Azienda Usl Ferrara n. 149 del 28/05/2009 - delibera n. 118 del 21/05/2009 Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara) l'infermiera coordinatrice dell'unità operativa di Oncologia, signora Benetti Silvia e l'infermiera esperta in cure palliative, signora Lamborghini Elisa.

Lo scopo è di fornire un contributo diretto anche da parte di queste professioni sanitarie per la continuità dell'assistenza in tutte le fasi del percorso del paziente che necessita di cure palliative, e contribuire a trovare modalità efficaci per un modello organizzativo-assistenziale in grado di rispondere al bisogno di integrazione delle cure in questo campo.

In data 21 aprile 2010 si è tenuto il Seminario Interaziendale "Dai NODI alla RETE delle CURE PALLIATIVE in provincia di Ferrara". Da questo seminario è stato definito di:

- esplicitare in un documento ancora più dettagliato dell'attuale: Chi fa Che cosa al domicilio
- esplicitare da parte dei singoli NODI i documenti, moduli o percorsi formalizzati che consentono le interfacce cioè costituiscono la RETE (percorsi tra UUOO, ambulatori, DH, Hospice...ADI)
- proporre un unico COTSD (Comitato Ospedale-Territorio senza Dolore per la Provincia di Ferrara) ad oggi divenuto effettivo;
- attivare un Coordinamento provinciale funzionale (Cabina di Regia) per la Rete delle Cure Palliative;
- studiare la fattibilità della implementazione del CASE MANAGER infermieristico dedicato alle cure palliative che sia interfaccia dei nodi (Case Manager assistenziale ospedaliero paziente oncologico ad oggi in via di nomina in Azienda)
- attivare un Gruppo di lavoro per la definizione degli indicatori di elezione e di attività delle Cure Palliative
- studiare la fattibilità di assistenza domiciliare 7gg.su 7gg.
- presidiare la formazione specifica permanente
- presidiare la informazione e comunicazione tra i NODI per la corretta conoscenza del paziente (quantità di farmaci assunta, esami eseguiti, inutilità di esami di supporto alla RT eseguiti fuori sede..etc..)
- sviluppare in tal senso la piattaforma Progetto SOLE
- coinvolgere le Strutture Protette e le Case di Cura
- supportare la famiglia.

A seguito dell'incontro seminariale del 24 novembre 2010, avente per oggetto lo studio di fattibilità di un modello organizzativo che possa realizzare un'assistenza domiciliare palliativista, la sintesi dei lavori proposti è la seguente:

1. mantenere una cabina di regia interaziendale;
2. individuare due ambiti locali come possibile sperimentazione del modello organizzativo studiato riferiti ai territori con riferimento rispettivamente all'Hospice di Ferrara e DH Oncologico di Ferrara e all'Hospice di Codigoro e DH Oncologico del Delta;
3. sviluppare un modello organizzativo, compatibile con le risorse locali esistenti soprattutto del Volontariato, tendente ad offrire a livello domiciliare la consulenza medica palliativa, la continuità assistenziale infermieristica h/12 e 7 gg la settimana.
4. sperimentare il coinvolgimento del Servizio di Guardia Medica
5. portare a definitiva edizione il "Documento dell'offerta dei nodi della RCP.

9. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Riorganizzazione ospedaliera

L'elemento essenziale dei processi di rinnovamento già iniziati negli anni precedenti e portati avanti anche nel 2010 è il processo dell'integrazione, in particolare nel rapporto con l'Azienda territoriale. Le azioni sono sempre dirette verso le funzioni che supportano maggiormente le innovazioni produttive.

E' stata portata avanti la ristrutturazione organizzativa nel laboratorio Unico Provinciale, formalizzato come da delibera n. 232 del 28/10/2009. Sono stati definiti obiettivi organizzativi e di economicità.

Adeguamento alle indicazioni di cui alla DGR 1706/09

Foglio unico Terapia

Nel corso dell'anno 2010 la maggior parte delle Unità Operative dell' Azienda ha elaborato una Scheda/Foglio unico di terapia e ne ha conseguentemente iniziato l'utilizzo.

Presso altre Unità Operative tale strumento risultava già utilizzato; alcune Unità Operative del DAI Medico utilizzano invece un programma di prescrizione informatizzata della terapia e tale foglio viene utilizzato dal personale Infermieristico per la somministrazione

Di recente è stata completata la 2^a revisione della Procedura Aziendale "Gestione Clinica dei farmaci" che prevede l'utilizzo della Scheda/Foglio unico di terapia farmacologica da parte di tutte le Articolazioni Organizzative per la prescrizione e conseguente somministrazione della terapia.

Sicurezza dei sistemi Ris – PACS

Per migliorare la qualità del servizio e diminuire i tempi di attesa in Radiologia, il sistema Ris PACS rappresenta uno dei più avanzati sistemi: RIS (Radiology Information System) per la gestione del paziente (prenotazione , accettazione , refertazione , statistiche) e PACS (Picture Archive Computed System) per la gestione delle immagini diagnostiche in formato digitale.

L'introduzione nella struttura ospedaliera di sistemi radiologici digitali, implica innumerevoli vantaggi sul servizio offerto, tra cui la possibilità di elaborare con specifici algoritmi l'immagine acquisita migliorandone la qualità e l'accuratezza diagnostica, la possibilità di ridurre sul paziente la dose senza che questo vada a discapito della qualità dell'immagine, inoltre di immagini in altre strutture e consegna al paziente di immagini radiologiche su supporti digitali come CD.

E' stato programmato ed effettuato un corso teorico pratico che ha coinvolto tutto il personale della radiologia. Il corso prevedeva esercitazioni pratiche rivolte a piccoli gruppi, per garantire lo sviluppo di autonomia nell'utilizzo del sistema. Tale formazione ha coinvolto numerosi professionisti (Medici 41, Tecnici di radiologia 61 e Personale amministrativo 17) e tutti hanno superato le prove pratiche di apprendimento.

Accreditamento "Strutture di soccorso/trasporto infermi"

L'attività è stata sviluppata d'intesa con l'Azienda USL, in particolare per le associazioni di volontariato convenzionate che operano nell'ambito del trasporto pazienti.

Pronto Soccorso

La nostra Azienda ha messo in campo una serie di accorgimenti organizzativi finalizzati al miglioramento dell'efficacia dell'azione di filtro del Pronto Soccorso a fronte dell'incremento degli accessi (in primis attraverso il consolidamento dell'attività di OBI), ma anche all'ottimizzazione dei criteri di attribuzione del ricovero verso il Dipartimento Medico allo scopo di ridurre il ricorso ai posti letto aggiuntivi.

Flussi informativi 118 e Pronto Soccorso

L'Azienda è allineata alle indicazioni regionali e alimenta regolarmente i flussi informativi previsti

Programma Stroke Care

E' proseguito lo sviluppo del Programma interaziendale specifico, che vede l'integrazione del Sistema di emergenza territoriale 118 con il DAI di Neuroscienze e Riabilitazione dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. In particolare la Struttura di Neurologia Ospedaliera deputata ad effettuare la Trombolisi precoce risulta attualmente dotata di 12 posti letto dei quali 4 monitorizzati in grado di soddisfare i bisogni della popolazione provinciale. Nel 2010 sono stati trattati nella Stroke Care/Stroke Unit (12 pl dei quali 4 monitorati) dell'U.O. di Neurologia 237 stroke, come risulta dal registro interno dello stroke. Vengono di seguito riportate le caratteristiche salienti della casistica trattata:

| | | |
|--------------------------|-------------------|------------------------------------|
| Ictus 2010 | Totali | 237 |
| | Ischemie | 215 (90.7%) |
| | Emorragie | 6 (2.6%) |
| | ESA | 1 (0.4%) |
| | TIA | 15 (6.3%) |
| Decessi Intraospedalieri | Totali | 9 (3.8%) |
| | Ischemie | 8 (3.7%) |
| | Emorragie | 1 (16.6%) |
| Fibrinolisi ev | Totali | 41 (19% del totale delle ischemie) |
| | Decessi Intraosp. | 1 (2.4%) |

| | | |
|---|-----------------------|------------------------------------|
| | Off label | 3 (7.3%) (2 per tempo e 1 per età) |
| Fibrinolisi ia | Totali | 9 (4.2% del totale delle ischemie) |
| | Decessi Intraosp. | 1 (11.1%) |
| mRS dimissione | 0 | 40/228 (17.5%) |
| | 1 | 69/228 (30.2%) |
| | 2 | 27/228 (11.8%) |
| | 3 | 33/228 (14.5%) |
| | 4 | 46/228 (20.2%) |
| | 5 | 11/228 (4.8%) |
| Destinazione | Domicilio | 153/228 (67.1%) |
| | Struttura protetta | 4/228 (1.8%) |
| | RSA | 3/228 (1.3%) |
| | LPA | 32/228 (14.0%) |
| | UMR | 15/228 (6.6%) |
| | UGC | 13/228 (5.7%) |
| | Altro reparto | 6/228 (2.6%) |
| | Dimissione volontaria | 1/228 (0.4%) |
| Ammessi in Stroke Unit (P.L. monitorati) | | 120/237 (50.6%) |
| Durata media di degenza | | 13 giorni (range 1-112) |

I pazienti con DRG 14 trattati nella Stroke Care/Stroke Unit (237) rappresentano il 36.1% di tutti i pazienti ricoverati nel 2010 nelle varie UU.OO. dell'Azienda con DRG 14 (656 pz) ed il 41.5% dei transitati nell'U.O. di Neurologia (571)

Se si estrapolano dai dati totali Aziendali (656 pz) le emorragie che rappresentano il 22.7 % di tutti gli stroke (149 pazienti), gli ictus ischemici sono rappresentati da 510 pazienti, di questi il 42.1% (215/510) è stato ricoverato presso la stroke care unit dell'U.O. di Neurologia.

Dall'analisi statistica applicata alla nostra casistica in base ai dati nazionali, per cui il 30% dei pazienti con stroke ischemico arriva entro le 3 h ed il 25% di questi è trattabile con trombolisi i.v., il numero di pazienti afferenti alla nostra Azienda da trattare con trombolisi i.v. risulta 38, vale a dire il 25% del 30% dei 510 pazienti.

Se si considera che 3 pazienti dei 41 totali trattati con trombolisi i.v. erano off label, possiamo ragionevolmente affermare che il trattamento fibrinolitico i.v. ha coperto tutta la casistica dei pazienti affetti da ictus ischemico accolti entro le 3 h, quindi in linea con i dati statistici nazionali.

La degenza media (13 giorni) tiene conto di tutti i pazienti, compresi quelli con le degenze più lunghe.

I trasferimenti nelle UU.OO. di Riabilitazione (UMR e UGC) rappresentano il 12.3 % (28 pazienti) e le dimissioni in LPA/RSA/Struttura Protetta il 17.1% (39 pazienti).

Da notare, infine, l'alta percentuale dei pazienti accolti nella stroke unit (50.6% nei posti letto monitorati). Appare, inoltre, di particolare rilievo l'elevata percentuale di pazienti dimessi a domicilio (67.1%) a dimostrare l'efficacia della gestione complessiva del paziente con stroke nella Stroke Care/Stroke Unit della U.O. di Neurologia.

Percorso Epilessia

Nell'ambito dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara, l'attività assistenziale rivolta ai soggetti con Epilessia di età superiore ai 18 anni è svolta prevalentemente dall'Ambulatorio dedicato alla Diagnosi e Cura delle Epilessie dell'UO di Neurologia, istituito nel 1998.

L'Ambulatorio dedicato alla Diagnosi e Cura delle Epilessie, affidato a Neurologi esperti in Epilettologia, ha come obiettivo la presa in carico dei soggetti con Epilessia sia per quanto riguarda gli aspetti diagnostici e terapeutici che per il follow-up clinico e privilegia il rapporto con la persona "accompagnandola" nelle varie fasi della vita.

La presa in carico dei pazienti avviene nel contesto del "PERCORSO EPILESSIA", un iter diagnostico-terapeutico strutturato e diversamente articolato a seconda della condizione clinica del soggetto che prevede: 1. La definizione della diagnosi clinico-strumentale secondo la classificazione ILAE nei soggetti di nuova diagnosi; 2. La gestione e il follow-up clinico-terapeutico nei soggetti con diagnosi definita già in terapia; 3. La rivalutazione clinico-strumentale nei soggetti con epilessia farmaco-resistente.

L'accesso all'Ambulatorio avviene tramite CUP per le prime visite e controlli e in Autogestione per le visite urgenti e i pazienti che devono proseguire l'iter diagnostico e terapeutico dopo ricovero ordinario in Neurologia o altro reparto dell'Ospedale.

I medici dell'Ambulatorio Dedicato delineano e coordinano l'iter diagnostico-strumentale-terapeutico di ciascun paziente avvalendosi dei Percorsi Facilitati con Riserva di Accessi, la maggior parte dei quali si svolgono

all'interno delle UUOO del Dipartimento di Neuroscienze e Riabilitazione. I principali Percorsi Facilitati con riserva di Accesso riguardano :

- Laboratorio di Neurofisiologia Clinica -Settore di EEGrafia- per l'esecuzione di registrazioni EEGrafiche, Video-EEG, Video-poligrafiche anche prolungate sia in veglia che in sonno
- Laboratorio di Neurofisiologia Clinica -Settore di EMG/Potenziali Evocati – per l'esecuzione di potenziali evocati visivi, acustici, somestesici, stimolazione magnetica transcranica, blink reflex, c-reflex
- Laboratorio di Neuropsicologia (valutazione profilo cognitivo globale e di funzioni specifiche, valutazione delle competenze cognitive lobar)
- Servizio di Neuroradiologia (per l'esecuzione di RM con sezioni mirate e studio dettagliato di specifiche strutture corticali.)

Per alcune specifiche categorie di soggetti con Epilessia, in particolare le donne e i pazienti con tumori cerebrali la Struttura Organizzativa dell'Ambulatorio Dedicato ha attivato Percorsi Assistenziali Multidisciplinari. Per i pazienti affetti da epilessia sintomatica conseguente a neoplasia cerebrale è stato attivato un Ambulatorio Neuro-Oncologico. Le visite in questo Ambulatorio vengono effettuate da un team di specialisti (neurologo e oncologo) che affrontano in modo globale le problematiche del paziente, in particolare quelle legate alla politerapia con farmaci antiepilettici e antineoplastici con l'obiettivo di ridurre le possibili interazioni tra i farmaci e ottenere il miglior controllo delle crisi. In particolare per le donne in età fertile è attivato il percorso EPILESSIA e GRAVIDANZA , condiviso con L'Ambulatorio delle Gravidanze a Rischio dell'UO di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria S.Anna che prevede la presa in carico e il follow-up delle donne, dal counseling pre-gravidico, alla gravidanza, al parto e al post-partum. Questo percorso, dedicato alle donne affette da Epilessia ha ottenuto il riconoscimento del Bollino Rosa 2010 da parte dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna (O.N.D.a).

Accordo di fornitura

Nell'anno 2010 è stato confermato e consolidato l'Accordo sulla produzione delle Aziende Sanitarie; tale accordo si richiama 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 34/9 e 29/05. l'accordo risale al 2008 come contratto triennale 2008-10 successivamente rinnovato. Si è pervenuti anche ad una condivisa interpretazione dell'accordo di fornitura in materia di specialistica.

Tra le principali condizioni dell'accordo figuravano il contributo alla deospedalizzazione provinciale, l'appropriatezza dei ricoveri, l'appropriatezza prescrittiva, il contributo al contenimento dei tempi di attesa, la messa a CUP delle prime visite. Complessivamente la riduzione dei ricoveri provinciale non si è verificata, motivata dal recupero della mobilità passiva, dall'incremento dei ricoveri ordinari e dei Day Surgery. Nello specifico, si è verificata una riduzione dei ricoveri DH medici e un significativo sviluppo della attività di Osservazione Breve Intensiva. Il confronto con le altre Aziende Ospedaliere Universitarie per diverse tipologie di ricoveri a rischio di inappropriata spesa, ha evidenziato un buon posizionamento della nostra Azienda. La spesa farmaci in Fascia H è stata riconosciuta dall'Azienda committente in relazione alle verifiche di appropriatezza prescrittiva condotte dalla commissione interaziendale e attraverso l'attività di auditing svolta nelle discipline coinvolte. Il monitoraggio del contratto di fornitura è stato gestito attraverso l'allestimento di report di sintesi e di dettaglio pubblicati rispettivamente mensilmente e trimestralmente sulle pagine intranet aziendali

Tipologie di ricovero a confronto tra le aziende Ospedaliere Universitarie: Ricoveri Ordinari

Verifica Obiettivi 2010

| 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. |
| a) AOSPU PARMA | 436 | 1.9 | 537 | 2.3 | 11507 | 49.4 | 10795 | 46.4 | 23275 | 100.0 |
| b) AOSP REGGIO EMILIA | 271 | 1.5 | 323 | 1.8 | 10944 | 60.1 | 6685 | 36.7 | 18223 | 100.0 |
| c) AOSPU MODENA | 241 | 1.4 | 203 | 1.2 | 8627 | 49.1 | 8482 | 48.3 | 17553 | 100.0 |
| d) AOSPU BOLOGNA | 925 | 2.9 | 753 | 2.3 | 17433 | 54.1 | 13141 | 40.7 | 32252 | 100.0 |
| e) AOSPU FERRARA | 169 | 1.1 | 223 | 1.5 | 8191 | 54.1 | 6556 | 43.3 | 15139 | 100.0 |
| Totale | 2042 | 1.9 | 2039 | 1.9 | 56702 | 53.3 | 45659 | 42.9 | 106442 | 100.0 |

Tipologie di ricovero a confronto tra le aziende Ospedaliero Universitarie: Ricoveri Diurni

| 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. |
| a) AOSPU PARMA | 413 | 9.2 | 1708 | 37.8 | 2392 | 53.0 | 4513 | 100.0 |
| b) AOSP REGGIO EMILIA | 615 | 11.6 | 1078 | 20.3 | 3628 | 68.2 | 5321 | 100.0 |
| c) AOSPU MODENA | 858 | 14.0 | 1595 | 26.1 | 3659 | 59.9 | 6112 | 100.0 |
| d) AOSPU BOLOGNA | 348 | 7.4 | 2121 | 45.2 | 2220 | 47.3 | 4689 | 100.0 |
| e) AOSPU FERRARA | 312 | 6.7 | 1651 | 35.2 | 2726 | 58.1 | 4689 | 100.0 |
| Totale | 2546 | 10.1 | 8153 | 32.2 | 14625 | 57.8 | 25324 | 100.0 |

Tasso di Ospedalizzazione standardizzato per età nel 2010

| Az. USL di residenza | TOTALE | | | | |
|----------------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|
| | Ord | Day Hospital | | Tot. | |
| | | Med | Chir | | |
| PIACENZA | 137 | 23,5 | 22 | 45,85 | 183 |
| PARMA | 131 | 24,3 | 25 | 48,94 | 180 |
| REGGIO EMILIA | 126 | 23,2 | 27 | 49,88 | 176 |
| MODENA | 126 | 18 | 25 | 42,54 | 169 |
| BOLOGNA | 134 | 15,9 | 20 | 35,47 | 170 |
| IMOLA | 133 | 19,4 | 19 | 38,5 | 172 |
| FERRARA | 133 | 19,1 | 26 | 45,44 | 178 |
| RAVENNA | 131 | 20,4 | 22 | 42,12 | 173 |
| FORLÌ | 119 | 21,6 | 21 | 42,66 | 162 |
| CESENA | 131 | 19,8 | 19 | 38,6 | 169 |
| RIMINI | 138 | 21,7 | 21 | 42,2 | 180 |
| TOTALE | 131 | 20 | 23 | 42,71 | 174 |

Attività di controllo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e delle Cartelle Cliniche

Nell'ambito dei controlli predisposti in ottemperanza alle indicazioni normative vigenti, in accordo con l'Azienda committente che, attraverso la Commissione Interaziendale, è stata coinvolta direttamente nella pianificazione,

nella programmazione e nell'esecuzione delle attività di verifica, nel corso dell'anno 2010 sono state eseguite le verifiche nelle varie UUOO dell'Azienda, su un totale di 9009 casi pari al 23,28% dell'intera produzione aziendale. Alle verifiche di cui sopra vanno aggiunte quelle di secondo livello, finalizzate alla verifica della qualità della codifica, alla verifica di congruenza cartella clinica-SDO, all'analisi congiunta della documentazione clinica al fine di identificare la codifica appropriata, pari ad ulteriori 4.428 casi. La percentuale complessiva sulla produzione aziendale diviene così il 31,99%.

In riferimento alla Delibera di Giunta Regionale n. 1171 del Luglio 2009, con la quale vengono definite le linee Guida di indirizzo regionali in ordine alle attività di controllo sui ricoveri per quanto riguarda, in particolare, il controllo o la verifica della documentazione clinica, è stata effettuata una ulteriore verifica che ha avuto inizio nell'ultimo periodo dell'anno 2009 a cura della Direzione Medica di Presidio; sono state controllate 800 cartelle cliniche relative a pazienti dimessi.

I Principali aspetti positivi riscontrati, in generale nel corso della rilevazione sono i seguenti:

- presenza costante dei referti relativi alle prestazioni diagnostiche effettuate,
- presenza costante firma della S.D.O.,
- documentazione infermieristica completa ed esaustiva,
- diario clinico costantemente compilato e anamnesi particolarmente accurate per alcune UU.OO.,
- presenza documentazione inerente la valutazione anestesiológica e consenso all' intervento chirurgico nell'ambito delle cartelle relative ai ricoveri chirurgici,
- costante presenza della scheda/foglio di terapia.

I principali aspetti critici rilevati :

- presenza firme non sempre costante nell'ambito del diario clinico ed in altri documenti esempio : lettera di dimissione, in discreta percentuale del campione,
- S.D.O. a volte non presente all'interno della cartella clinica ,
- in alcuni casi assenza lettera di dimissione.

Le Azioni intraprese / previste per ovviare alle criticità sopra evidenziate:

- note informative ai Direttori delle UU.OO. in merito alla verifica argomento della presente con contestuale raccomandazioni/indicazioni sulla corretta gestione/compilazione della documentazione sanitaria : cartella clinica e S.D.O.

Il progetto Aziendale sul controllo integrato

Nell'Azienda Ospedaliero Universitaria, in relazione alla necessità di rispettare le adempimenti Regionali, è stato elaborato un progetto (a tutt'oggi in fase di implementazione e di analisi critica, da parte della Direzione) avente come linee di principio la possibilità di poter cogliere dall'analisi della cartella clinica e dalla SDO, gli elementi conoscitivi e tecnici per poter effettuare una valutazione più estesa e non "solo" legata alla completezza/correttezza della compilazione dei documenti. Il processo analitico diventa strumento tecnico per un approccio *integrato* sui seguenti ambiti:

- Compilazione e tenuta della cartella clinica
- Appropriately della codifica
- Appropriately organizzativa dei ricoveri
- Appropriately dei percorsi di cura

Per la maggior parte delle attività di controllo e di valutazione sopra indicate, la fonte delle informazioni è costituita dalla cartella clinica: perciò essa costituisce, per numerosi e diversi professionisti, aventi diversi ruoli/compiti, oggetto di analisi privilegiato.

Sistema dei controlli

Controllo cartella clinica

Il controllo della tenuta e della completezza della cartella clinica è stato effettuato dalla Direzione Medica e dalla Programmazione e Controllo di Gestione in un processo rallentato da difficoltà organizzative. Sono state controllate circa 800 cartelle contro le 2.000 attese (stimate in base al 5% di circa 40 mila ricoveri).

Controllo monitoraggio del dolore in cartella

L'attività del Referente Aziendale per il programma Ospedale Senza Dolore si è svolta in stretta relazione alle direttive definite a livello normativo (legge 38 2010) con particolare riferimento al controllo relativo alla scheda del dolore presente nella documentazione clinica. Sono state esaminate, a tal proposito, circa 15.000 cartelle per le quali la scheda del dolore è stato rilevate nel 100% dei casi. Oltre al controllo quantitativo sulla scheda del dolore sono stati svolti controlli di tipo qualitativo sulla scheda stessa, ancora in una fase iniziale e settoriale (nell'Unità Operativa di Ginecologia Ostetricia).

Cartella clinica e valutazione performance – revisione percorsi di cura

Nell'ambito del Bilancio di Missione e tra gli obiettivi ex DGR 234/2010 figurano indicatori di performance organizzativa e assistenziale che costituiscono l'esito di percorsi organizzativi e clinici cruciali per la qualità dei servizi sanitari, intesa in senso lato. Tali indicatori sono desumibili, nella maggior parte dei casi, dalla banca dati alimentata dal sistema informativo corrente. Gli indicatori permettono di riconoscere il posizionamento della nostra Azienda rispetto ai fenomeni osservati, ma non sono ovviamente in grado, da soli, né di migliorare la performance, né di "valutarla".

Area Governo clinico

Pazienti con frattura di femore

Nel corso del 2010 la percentuale aziendale di pazienti sottoposti a intervento per correzione della frattura di femore entro 2 giorni dall'ammissione è aumentata dal 15,2% registrato nel 2009 al 26%, calcolato sull'intera popolazione dei ricoverati. Il dato è significativamente migliorato rispetto al precedente, ma rimane ancora sotto il valore medio calcolato dalla Regione (44% sulla popolazione con età maggiore di 65 anni); ciò ad evidenza della necessità di introdurre ancora azioni di miglioramento e di analisi metodologiche al fine di migliorare il percorso specifico sulla frattura del femore.

Valutazioni sulla qualità dell'assistenza

Sono stati definiti a tutt'oggi, nell'ambito della valutazione della qualità dell'assistenza, una serie di indicatori della performance clinica in diverse aree assistenziali, in particolare:

- 7 indicatori in ambito oncologico
- 15 indicatori in ambito Cardiologico
- 6 indicatori in ambito Reumatologico

Nel corso del 2010 è stata condotta attività di Audit clinico su 150 casi di Infarto del Miocardio, sull'uso dei farmaci biologici nel trattamento del Carcinoma Polmonare, e sull'uso dei farmaci biologici in Reumatologia (Artrite Reumatoide in particolare)

Indicatori per il Bilancio di Missione

L'Azienda ha collaborato, per il tramite di un gruppo tecnico di referenti regionali, a definire un set di indicatori sulla qualità della assistenza ospedaliera che saranno inseriti nel Bilancio di Missione per l'anno 2010.

10. IL PIANO REGIONALE SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha collaborato con l'Azienda territoriale nel gruppo interaziendale specialistica ambulatoriale.

L'obiettivo congiunto tra le due Aziende 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.

Per l'anno 2010, per fornire garanzie al cittadino nel rispetto dei tempi di attesa, sono stati attivati, su richiesta dell'Azienda USL, i seguenti percorsi di garanzia: ecografia addome, dermatologia, ortopedia, orl-audiologia, endocrinologia, neurologia, EMG, cardiologia, oculistica, ecodoppler, urologia.

E' stata effettuata una prima riorganizzazione delle agende di prenotazione (programmabile e controllo/programmato.)

Sono stati avviati nuovi percorsi di day service ambulatoriale (ad esempio il Day service Oncologico e Nefrologico), per i quali la nostra Azienda collabora in tale senso in apposito gruppo regionale.

11. LA GESTIONE DEL RISCHIO

- L'Azienda nel 2010 ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per la mappatura dei pericoli. Il registro dei pericoli verrà adottato come strumento di guida alla revisione del Piano-Programma aziendale 2008-2010.
- Secondo pianificazione regionale l'Azienda sta procedendo nella implementazione del Progetto Sicurezza in sala Operatoria a cui sono state integrate le azioni specifiche già pianificate in precedenza relative agli obiettivi della DGR 1796/09.
- L'Azienda partecipa al sistema regionale e nazionale SIMES di segnalazione degli eventi sentinella. E' stato nominato il referente ES e, nel corso del 2010, è stata emessa specifica Procedura aziendale P-091-AZ "Gestione degli Eventi Clinici Maggiori – Eventi Sentinella" + MOD-082-AZ "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.
- Nel corso del 2010 è stata effettuata 1 RCA strutturata con la produzione di un Piano di azione, in corso di implementazione.
- L'Azienda effettua attività di Incident reporting in diversi ambiti assistenziali (sale operatorie e ostetricia).
- L'Azienda utilizza l'audit in diversi ambiti assistenziali ai fini del miglioramento della organizzazione, dei processi, di prevenzione del rischio e di aumentare il livello di sicurezza delle cure.

- L'Azienda ha utilizzato la tecnica FMEA/FMECA per la prima volta nell'anno 2010 nell'ambito dell'area di degenza di Terapia Intensiva Neonatale-Pediatrica. Da novembre 2010 ha avviato in tale ambito anche attività di Incident reporting.
- La realizzazione del progetto di miglioramento della sicurezza attraverso la partecipazione proattiva dei cittadini/familiari/loro associazioni si realizzerà, in particolare, nel corso del 2011 nell'ambito del progetto "Surgical Patient Friendly Hospital"

Rischio infettivo

- L'Azienda ha un Comitato per il Controllo delle Infezioni (CCIOS – Comitato per il Controllo delle Infezioni nelle Organizzazioni sanitarie) che, nel corso del 2010, si è riunito in Assemblea 3 volte per la definizione preventiva, la valutazione in itinere e consuntiva del raggiungimento degli obiettivi annuali e lo stato di avanzamento degli obiettivi pluriennali. E' attivo 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. Progetti attivi in Azienda:
 - Indagine di prevalenza I.C.A.
 - Studio prospettico storico I.C.A.
 - Progetto LaS-ER – lotta alla sepsi
 - Sorveglianza Microrganismi atb-resistenti "alert" e altri microrganismi sentinella
 - Procedura gestione alert organism ed eventi epidemici (P-105-AZ)
 - Disinfezione di alto livello, Procedura reprocessing endoscopi e audit
 - Gestione Emergenze infettive (Pandemia Influenzale ed altre emergenze infettive)
 - Promozione Igiene delle mani, con attività di osservazione della compliance e audit relativi alle pratiche assistenziali
 - Procedura di gestione cateteri vescicali (in fase di implementazione)
 - Raccomandazioni Antibiotico-terapia (in corso di stesura)
 - Raccomandazioni Antibiotico-profilassi perioperatoria e audit (in corso di stesura)
 - SITI-ER (partecipazione al flusso regionale; presenza software Margherita)
 - Progetto SIC-ER 2006-2008 (attualmente sospeso per criticità sul versante informatico).
- I progetti elencati sono sostenuti da attività formativa svolta in modalità blended a seconda del tema trattato e degli operatori target (classica in aula, teorico-pratica, pratica in Laboratorio di macrosimulazione, formazione sul campo). L'attività di formazione è estesa agli operatori delle Ditte appaltatrici di servizi, in particolare pulizie. Il sistema dell'assistenza sanitaria è un sistema ad alta complessità e come tale gravato da rischi per i pazienti. Nonostante i notevoli progressi ottenuti nella prevenzione, diagnosi e cura di molte malattie, gli eventi avversi nell'assistenza sanitaria sono ormai riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica. La Formazione e Aggiornamento ha svolto una funzione di supporto al risk manager aziendale e alla realizzazione degli obiettivi inclusi nel piano programma rischio dell'Azienda Ospedaliera programmando e gestendo diversi corsi di formazione tra cui:
 - Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute e della Regione Emilia Romagna Sicurezza in sala operatoria e adesione al progetto regionale "Sale operatorie sicure.net" Sono state programmate due edizioni di un corso teorico rivolto a tutto il personale operante nei blocchi operatori di chirurgia specialistica, seguito da progetti di formazione sul campo per facilitare l'applicazione delle conoscenze apprese. Attualmente è già in uso la check list in alcuni gruppi operatori e verrà estesa a tutta l'Azienda nell'anno 2011. L'U.O. formazione ha inoltre collaborato con le diverse strutture aziendali per l'effettuazione di diversi corsi riconducibili all'area del rischio clinico, finalizzati a promuovere la sicurezza in aree prioritarie, tra cui:
 - Corso di formazione avanzato "progetto las-er lotta alla sepsi" in Emilia Romagna
 - Progetto lotta alla sepsi – corso di formazione base
 - Gestione del rischio clinico nella medicina di laboratorio
 - Gestione del rischio di errore di terapia in magazzino
 - I sistemi di gestione ambientale: certificazione secondo il sistema EMAS
 - La sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro - D.LGS 81/2008 – Nuovi assunti

Nell'ambito della gestione del rischio, in Azienda ospedaliera si stanno elaborando e/o aggiornando diverse procedure operative, finalizzate a fornire raccomandazioni di comportamento ai professionisti.

E' stato però dimostrato che i professionisti manifestano resistenze al cambiamento che derivano sia da barriere comportamentali che organizzative. A tal fine la Formazione e Aggiornamento è stata coinvolta nella fase di implementazione delle procedure aziendali, collaborando con i clinici alla progettazione e erogazione di azioni formative finalizzata a sostenere il cambiamento organizzativo attraverso l'analisi critica dei comportamenti consolidati e la diffusione di nuove modalità di comportamento, tra cui l'implementazione procedura "protezione meccanica dell'utente" che ha previsto incontri di unità operativa rivolti a tutto il personale

L'attività del Comitato di valutazione dei sinistri

I Comitati di valutazione dei sinistri (in seno al Nucleo aziendale di valutazione dei sinistri) hanno trattato 40 sinistri nel corso del 2010. Negli stessi Comitati sono state attribuite congiuntamente con Loss.Adjusted le riserve sulle richieste di risarcimento danni pervenute.

Nel corso del 2010, è stato condotto un processo di ridefinizione delle interfacce, delle responsabilità, degli attori coinvolti e dei relativi ruoli, in merito all'attività relativa all'inserimento dati nel data base regionale dei sinistri.

12. RICERCA E INNOVAZIONE

ORI

Lo Staff Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione, insieme ad altre strutture dell'Azienda, ha partecipato attivamente al percorso del progetto regionale "Osservatorio Regionale dell'Innovazione", per la parte rivolta alle Aziende Ospedaliere.

Anagrafe aziendale della ricerca

I collaboratori dello staff Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione hanno partecipato a tutte le riunioni relative all'Anagrafe della Ricerca. Entro il 28.2.2010 sono stati immessi nel database, come richiesto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, i dati delle ricerche autorizzate dalla Direzione Aziendale nell'anno 2009 (134 fra ricerca istituzionale, spontanea e sponsorizzata). Fra il 15.3. ed il 12.11. i collaboratori hanno partecipato agli incontri di verifica, incontri di formazione e all'incontro di riavvio del database, organizzati in Regione. Entro il 31.12. sono state inserite 18 schede di ricerche istituzionali in cui la nostra Azienda è centro coordinatore.

PRIER

Molti professionisti dell'Azienda fanno parte dei gruppi di lavoro afferenti al "PRIER" regionale. A titolo d'esempio viene citato il gruppo di lavoro sull'Oncologia cui partecipano 9 persone fra Direttori di Struttura Complessa e Responsabili di Programma o Modulo.

FORMAZIONE

Accreditamento della formazione e dei provider

In merito al raggiungimento di questo obiettivo che prevede l'accREDITamento delle aziende sanitarie quali provider di formazione continua le attività finora svolte sono quelle relative alla partecipazione ai gruppi di lavoro regionali e nello specifico:

- *gruppo di lavoro sulla definizione dei requisiti generali e specifici per l'accREDITamento della formazione e dei provider* di formazione in ottemperanza a quanto previsto dall'accordo nazionale in materia che delinea il passaggio dall'accREDITamento del singolo evento (sistema in vigore nel quinquennio 2002-2007) all'accREDITamento del *provider* (per il 2008-2010) che potrà essere nazionale o regionale. Tale gruppo ha già concluso la prima fase di lavoro, in attesa delle nuove indicazioni da parte della Regione Emilia Romagna.
- *gruppo regionale dossier formativo (DF)* con il mandato di costruire uno strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale) come previsto dal nuovo sistema ECM. Il DF valorizza il diritto/dovere del professionista della sanità di acquisire crediti Ecm su tematiche coerenti con il proprio lavoro, profilo professionale e posizione organizzativa. I percorsi formativi dovranno essere coerenti sia ad obiettivi specifici professionali che a obiettivi derivanti dai piani sanitari nazionali, regionali e aziendali. Gli obiettivi individuali o di gruppo/gruppi troveranno collocazione nel dossier formativo ricomposti in un disegno aziendale che ripercorre la programmazione, la realizzazione / le evidenze e la valutazione

Nel 2010 le Aziende hanno sperimentato un proprio modello di DF, dal confronto e dalle riflessioni sulle esperienze maturate e nel rispetto di quanto espresso negli Accordi Stato -Regioni (2007 e 2009), verrà prodotto un documento di orientamento comune con i criteri minimi vincolanti, per la realizzazione del DF nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna.

Infine, nell'ambito di queste sperimentazioni, sono stati aggiornati strumenti utili o anche prodotti nuovi (es. schede di rilevazione del fabbisogno formativo, strumenti per l'autovalutazione,...) o implementate metodologie (es. bilancio delle competenze, metodi di autovalutazione,...) o definite competenze/funzioni di tutorship a sostegno del processo di costruzione del Dossier formativo e, in particolare, di autovalutazione del professionista e del gruppo.

Information Literacy

L'attività clinica e la ricerca biomedica finalizzata sono sempre più basate su dati e pubblicazioni di carattere scientifico che validino 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, di capacità di base di ricerca bibliografica e di selezione delle informazioni

di qualità. Questa capacità di base ad orientarsi nelle informazioni scientifiche è chiamata "information literacy" (con riferimento a questa capacità anche in altri settori non biomedici). Anche per l'anno in corso sono stati programmati ed effettuati corsi teorico pratici finalizzati al raggiungimento di autonomia nella ricerca degli esiti della letteratura clinica on-line.

I corsi hanno riguardato principalmente le modalità di consultazione di banche dati di letteratura primaria e secondaria e l'analisi delle potenzialità di WEB 2.0 in ambito clinico.

Inoltre, la biblioteca aziendale è disponibile a svolgere attività di consulenza personalizzata e ricerche mirate su quesiti specifici.

I dati di accesso alle risorse on-line vengono monitorati periodicamente e, nonostante non sia possibile ottenerli in modo completo dagli editori, si allega la sintesi relativa all'anno in corso.

STATISTICHE DI ACCESSO (01/01/2010-30/11/2010)

| PACCHETTO/ RISORSA | N. RIVISTE PER PACCHETTO | MODALITA' ACCESSO | PARZIALE | TOTALE |
|------------------------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|---------------|
| ELSEVIER | 2214 | IP PUBBLICO | 8.220 | 12.344 |
| | | CLAS | 677 | |
| | | ATOZ | 3.447 | |
| OUP | 101 | IP PUBBLICO | 197 | 350 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | 153 | |
| NATURE | 38 | IP PUBBLICO | 2.297 | 2.401 |
| | | CLAS | 25 | |
| | | ATOZ | 79 | |
| SPRINGER | 1425 | IP PUBBLICO | 1.037 | 1.806 |
| | | CLAS | 65 | |
| | | ATOZ | 704 | |
| WILEY | 395 | IP PUBBLICO | 189 | 1.879 |
| | | CLAS | 26 | |
| | | ATOZ | 1.664 | |
| ANNUAL REVIEWS | 6 | IP PUBBLICO | 645 | 683 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | 38 | |
| NEJM | 1 | IP PUBBLICO | 2.991 | 3.157 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | 166 | |
| GURITEL | - | IP PUBBLICO | 56 | 56 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | dato non reperibile | |
| UPTODATE | - | IP PUBBLICO | 2.715 | 2.728 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | 13 | |
| IL PENSIERO SCIENTIFICO | 14 | IP PUBBLICO | dato non reperibile | 58 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | 58 | |
| JCR | - | IP PUBBLICO | 1.104 | 1.104 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | dato non reperibile | |
| CODIFA | - | IP PUBBLICO | 1.047 | 1.047 |
| | | CLAS | dato non reperibile | |
| | | ATOZ | dato non reperibile | |

Valutazione qualità

Nel sistema certificato ISO 9000 la politica della qualità della formazione si esplica attraverso l'analisi e la soddisfazione delle esigenze dei propri "clienti" che sono:

- i partecipanti alle attività formative, in quanto destinatari diretti degli interventi pianificati e gestiti;
- la Direzione Generale e il Collegio di Direzione in quanto organi di indirizzo;
- i direttori dei Dipartimenti/Servizi, in quanto "utilizzatori" delle modificazioni nella cultura professionale e manageriale portate dalle iniziative di formazione e aggiornamento

A fronte di analisi svolte sugli specifici bisogni ed esigenze di tali soggetti, la Formazione ha identificato alcune garanzie prioritarie che intende assicurare e che rappresentano la Politica della Qualità del settore formativo.

In particolare si riportano gli obblighi contenuti nel Manuale qualità della formazione ed in particolare:

Ai partecipanti, si intendono garantire:

- proposte formative coerenti con i bisogni specifici e capaci di accrescere le competenze *professionali e personali*;
- *coinvolgimento di tutte le figure professionali*;

- *trasparenza nei meccanismi di gestione delle risorse disponibili.*
- informazione *chiare e tempestive* sulle iniziative e sulle modalità di accesso alle iniziative formative
- calendario e logistica compatibili con le attività operative;
- docenza esperta e materiale didattico *idoneo* a supporto;
- *gestione della banca dati ECM*
- attestazione delle attività frequentate in tempi brevi.
- Informazioni in merito ai crediti ECM acquisiti da ciascun dipendente secondo quanto previsto dal sistema di Educazione Continua in Medicina

Alla Direzione Generale, al Collegio di Direzione ed ai direttori dei Dipartimenti/Servizi, si intende garantire:

- pianificazione della formazione in linea con gli obiettivi aziendali e le criticità delle specifiche articolazioni organizzative;
- sviluppo di competenze spendibili nell'azienda nel breve/*medio* periodo;
- innovazione nei temi proposti e nelle metodologie adottate;
- utilizzo delle eccellenze interne per offrire anche all'esterno iniziative formative con conseguenti ritorni in termini di immagine e ricavi;
- modalità di erogazione ed organizzazioni delle iniziative compatibili con l'organizzazione dei servizi.
- rispetto del budget assegnato.
- Gestione della banca dati ECM

A fronte di tali considerazioni ed impegni, la Formazione Aziendale pone come obiettivi generali della propria attività e gestione:

- Elaborazione di un Piano della Formazione Aziendale coerente con le priorità aziendali, le indicazioni regionali (P.S.R.) e nazionali (P.S.N. , Legge 135/90, D. Lgs 81/08, ecc...).
- Progettazione ed attuazione di iniziative formative trasversali alle varie articolazioni organizzative e specifiche di unità operativa, in modo da fornire risposte diverse ai differenti bisogni.
- Adeguatezza dei progetti in relazione ai bisogni formativi espressi dall'utenza (tutte le figure professionali presenti) e dalla committenza (Direzione Aziendale, Collegio di Direzione e responsabili dei servizi).
- Predisposizione di progetti formativi metodologicamente corretti.
- Organizzazione del calendario e della logistica in modo tale da facilitare la partecipazione ai corsi del personale interessato.
- Utilizzo di metodologie formative aderenti alle competenze da sviluppare ed in linea con i moderni indirizzi della formazione degli adulti.
- Adozione di metodologie di valutazione dei corsi: gradimento, apprendimento, trasferibilità e *impatto*, al fine di misurare l'efficacia delle iniziative gestite.
- Formazione della rete dei referenti di dipartimento/servizio, per supportare i processi di analisi dei bisogni *formativi* e di gestione di iniziative tecnico specialistiche in modo adeguato.
- Predisposizione di procedure corrette per la gestione delle iniziative tecnico – specialistiche.
- Rispetto del budget assegnato.
- Consegna delle attestazioni in tempi brevi.
- Gestione della banca dati ECM.
- Progettazione e attuazione dei corsi a catalogo in relazione alle eccellenze e alle competenze presenti nell'Azienda.

L'Ufficio ha ottenuto la certificazione ISO 9000 nel giugno scorso per il settimo anno consecutivo.

Accordi protocollo di intesa per specializzandi e Valorizzazione tutor

Nell'anno 2010 è stata discussa con le Organizzazioni Sindacali una proposta su determinati principi quali ad esempio l'apporto assistenziale degli specializzandi e l'impegno richiesto al personale ospedaliero che svolge attività didattica e di tutor.

Per quanto riguarda la valorizzazione dei tutor è stato sottoscritto l'Accordo Aziendale in attuazione dell'Intesa Regionale in data 11.01.2010.

Sono state, in applicazione di detta intesa, corrisposte le quote economiche nel rispetto delle indicazioni regionali, solo in presenza dell'attestazione dei Direttori delle Scuole di formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia di positiva verifica del raggiungimento degli obiettivi didattici prefissati per l'attività di insegnamento e di tutor attribuita ai Dirigenti Medici.

13. CITTADINI, COMUNITÀ E SERVIZIO SANITARIO

Recepire a livello Aziendale il progetto Regionale "Differenze ed Equità"

Il modello è stato definito in modo formale aderendo nel 2008 al progetto di modernizzazione RER - Gestire le differenze nel rispetto dell'equità: strategie aziendali e modelli organizzativi - e rinnovato nel 2009 - Equasanià" 2009-2010 e la relativa delibera di approvazione- DGR 2337/2009 - Nomina di Responsabilità, da parte della Direzione Generale, della Dott.ssa Patrizia FABBRI e individuata la collaborazione della Dott.ssa Sandra BOMBARDI e Dott.ssa Teresa MATARAZZO (da settembre 2010)

L'obiettivo principale del progetto consiste nel 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 e verso cui il Piano Sociale e Sanitario Regionale fa preciso riferimento in quanto "sono a rischio le capacità" di specifiche fasce di popolazione per le differenze culturali, di genere, di età, di disabilità, vulnerabilità sociale, nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione.

In particolare, gli obiettivi del progetto sono finalizzati a rendere sistematica l'attività di valutazione dell'equità (equality assessment) all'interno delle aziende sanitarie in una prospettiva di processo continuo di miglioramento delle macro articolazioni: programmazione, accesso ai servizi e loro erogazione. L'attenzione è rivolta alle diversità presenti nella popolazione che sono maggiormente oggetto di discriminazione, secondo le indicazioni dell'ex art. 13 del trattato di Amsterdam/1997 (genere, età, origine etnica, tendenze/orientamento sessuale, religione/convincimenti personali, di-sabilità) e successivi atti assunti dalla Comunità Europea. I risultati saranno costituiti dalla messa a sistema di strumenti di equality assessment, predisposizione di un set minimo di indicatori di disuguaglianza sociale nella lettura dei profili di comunità, verifica di fattibilità di una anagrafica del personale dipendente in relazione alle variabili sensibili per orientare ed armonizzare politiche di diversity management.

1. Definire il proprio modello di gestione delle diversità

Condiviso a livello regionale la proposta dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara riguardo la necessità di definire il proprio modello di gestione delle diversità. La presente proposta necessita di condivisione a livello di direzione e formalizzazione con atto aziendale. Il documento comprende n. 3 LIVELLI DI LAVORO

- 1) Creazione di un COORDINAMENTO
- 2) Strumenti di VALUTAZIONE
- 3) Elaborazione di un PROGRAMMA EQUITA'

2. Produrre progetti di diversity management (aziendali o di area vasta) relativi a problemi o target specifici (di popolazione e/o dipendenti).

Il Diversity Management rende accessibili a qualunque dipendente le stesse opportunità ma in maniere diverse. Ogni risorsa viene quindi valorizzata secondo i suoi ritmi, le sue competenze e le sue qualità.

La nostra Azienda nel 2010 ha ottenuto n. 3 bollini rosa da parte di O.N.Da. Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna. L'iniziativa viene promossa per far emergere le strutture più attente alle esigenze femminili ed è ormai giunta alla quarta edizione, contribuendo a diffondere sempre più anche nel nostro Paese il concetto internazionale di 'women's hospital'. Inoltre, in collaborazione con l'AUSL di Ferrara e altre istituzioni del territorio (Comune, Provincia, Università) sono stati realizzati i seguenti progetti di diversity management:

- Convegno annuale riguardante il tema della Salute di Genere
- Corsi di Formazione interaziendali riguardo il tema del Mobbing e Pari Opportunità

Il progetto Equasanià" 2009-2010 prevede un'agenda di lavoro organizzata per sottoprogetti e aree vaste. L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara facendo parte dell'Area vasta Emilia Centro lavorerà nel 2011, coordinata dall'AUSL di Bologna, prevalentemente sulla Diversity management in particolare:

- mappatura delle fonti necessarie per costruire la demografia del personale dipendente;
- ricognizione della legislazione vigente in materia di diversity management.

3. Contribuire allo sviluppo e alla sperimentazione di indicatori di equality assesment individuati in contesto regionale.

Nel 2010 sono state svolte le seguenti attività formative, progettuali e di lavoro in gruppo:

n. 2 Laboratori formativi

- Lo sviluppo di un approccio strategico all'equità nei servizi sanitari: il modello scozzese - 1 e 2 luglio - Castel San Pietro Terme;
- Gli strumenti per l'equality assessment - 20 e 21 settembre - Rimini

n. 7 Incontri regionali: 18.02, 25 e 31.03, 30.04, 11.05, 7.09, 19.10

I laboratori e gli incontri hanno permesso di condividere buone pratiche ed il confronto sullo sviluppo di strategie che affrontano le diseguità nella fornitura di assistenza sanitaria. Implementare una strategia ed un governo, a livello aziendale, rispettoso delle differenze, per garantire equità richiede di attivare le seguenti strategie e competenze: Governance, Monitoraggio e valutazione dei progetti e d'impatto, Reporting, Coinvolgimento degli stakeholders.

Inoltre, il laboratorio sugli strumenti per l'equality assessment ha facilitato la comprensione riguardo al modo di costruire equità, nella pianificazione ed erogazione dei servizi sanitari, attraverso lo strumento di valutazione utilizzato nel sistema sanitario scozzese.

Qualità percepita

Sono state concluse nel 2010 le rilevazioni in Nefrologia (Ambulatorio Trapiantati), nelle UU.OO. del Settore Dipartimentale "Riabilitazione", nelle due Anestesi e in Fisiopatologia della Respirazione/Pneumologia. Molta attenzione è stata concentrata sul "Cliente Interno": i clienti dell'Ufficio Ricerca e il "Clima di Sicurezza" (1642 questionari). Da Luglio 2010, difficoltà organizzative (risorsa disponibile) hanno ostacolato il pieno raggiungimento dell'obiettivo.

14. ACCREDITAMENTO

Accreditamento

Lo staff Accreditamento Qualità Ricerca e Innovazione ha organizzato 8 visite ispettive interne nel 2010 (in 8 Dipartimenti ad Attività Integrata), focalizzando l'attenzione in particolare sugli aspetti della Gestione del Rischio Clinico, con l'uso della Checklist Regionale. E' stato perfezionato il software per gli standard di prodotto, punto di eccellenza a livello regionale. Nel corso della negoziazione di budget 2010 ha provveduto ad integrare gli obiettivi per l'accreditamento negli obiettivi annuali del budget aziendale.

Audit clinici

Sono stati conclusi gli Audit sull'Infarto Miocardico Acuto (151 cartelle), sull'appropriatezza prescrittiva del pemetrexed nel tumore del polmone NSC (interaziendale, tutti i casi di un anno) e sulla psoriasi medio-grave (tutti i casi eleggibili). L'audit sull'uso dei farmaci biologici in Reumatologia è stato avviato in Dicembre.

15. OBIETTIVI INERENTI I PROGETTI/SERVIZI ICT PER IL 2010

Progetto SOLE

Il Progetto SOLE si inserisce nel Piano Telematico Regionale: è finalizzato alla realizzazione di una rete telematica di collegamento tra i servizi ospedalieri e i servizi territoriali (MMG/PLS), per agevolare la comunicazione tra operatori sanitari.

Il progetto, una volta a regime, consentirà al MMG/PLS/specialista di fare una richiesta informatizzata di prestazione specialistica; all'Azienda erogante la prestazione di trasmettere, via telematica, al medico prescrittore: notifica di ammissione/dimissione; referti di laboratorio, radiologia, specialistica; lettera di dimissione; referto di pronto soccorso.

La realizzazione del progetto è vincolata, oltre all'integrazione informatica, anche all'acquisizione del consenso del paziente.

- Nell'anno 2010 sono state integrate, a livello interaziendale, le modalità organizzative finalizzate a gestire il consenso del paziente alla trasmissione dei dati tramite la rete SOLE;
- Nell'anno 2010 sono stati consolidati gli ambiti di integrazione seguenti: trasmissione referti Laboratorio Analisi, trasmissione referti Radiologia, trasmissione notifiche di ricovero e dimissione; è stato altresì implementata la trasmissione dei referti Pronto Soccorso.
- Sono stati effettuati incontri interaziendali finalizzati a realizzare la diffusione delle funzionalità SOLE a supporto della gestione integrata del paziente diabetico.

Supporto al Piano attuativo Regionale di contenimento dei tempi di attesa (SPARTA)

E' stato completato il processo relativo alla gestione informatizzata ed integrata, su scala interaziendale, dell'attività di prenotazione dell'attività specialistica ambulatoriale (CUP unico Provinciale). Con tale occasione è stato garantito l'inserimento di tutta l'offerta nel sistema CUP.

E' stata inoltre anche in parte ridefinita l'offerta aziendale in linea con le indicazioni da parte della committenza.

Sistema Integrato di Gestione delle liste di attesa (SIGLA)

L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha collaborato al Progetto Regionale SIGLA.

Le finalità del progetto sono di garantire la trasparenza nella gestione delle liste di attesa di ricovero (nomenclatore unico condiviso a livello regionale della lista di attesa e criteri uniformi per l'attribuzione della classe di priorità) e fornire informazioni sulle liste di attesa di ricovero. In particolare i dati acquisiti dalle liste di attesa informatizzate a livello aziendale vanno ad alimentare un "CRUSCOTTO" regionale, disponibile per una serie di interlocutori tramite il portale SOLE.

Rispetto alle 10 branche specialistiche che la RER ha individuato, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha già attivato le seguenti: Chirurgia, Ortopedia, Neurochirurgia, Ostetricia-Ginecologia.

Progetto PROFILER

Per quanto riguarda il Progetto PROFILER, obiettivo assegnato alla Direzione Attività Tecniche e Patrimoniali, questa 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 dell' 14 febbraio 2011.

Numero verde regionale

Implementazione e aggiornamento banca dati informativa e coordinamento con il livello regionale.

Il Numero Verde Regionale 800-033-033 è un servizio telefonico relativo alle informazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna reso operativo dal mese di ottobre dell'anno 2002 dopo un avvio sperimentale iniziato nel mese di giugno dello stesso anno. L'Area Comunicazione, attraverso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, è direttamente impegnata a svolgere attività di informazione di 2° livello supportando il Call Center Regionale nel fornire al cittadino informazioni aziendali non presenti nella Banca Dati dedicata.

Al fine di consentire un'adeguata e corretta implementazione delle informazioni aziendali di 1° livello presenti in questa banca dati, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, attraverso un'attività di costante monitoraggio e verifica sull'aggiornamento e sulla correttezza delle informazioni aziendali presenti ed in collaborazione con il Centro Servizi della Direzione Amministrativa di Presidio, provvede alla eventuale implementazione, correzione, aggiornamento delle stesse. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, oltre a fornire al cittadino informazioni aziendali di 2° livello con copertura fascia oraria 8.30/17.30 dal lunedì al venerdì, 8.30/13.30 il sabato, provvede anche alla compilazione per ogni telefonata trasmessa dal call center di un'apposita scheda dedicata nell'applicativo informatico regionale per il monitoraggio dell'attività svolta.

Report aziendale telefonate di 2° livello Numero Verde Regionale (800.033.033)

| Anno 2002 | Anno 2003 | Anno 2004 | Anno 2005 | Anno 2006 | Anno 2007 | Anno 2008 | Anno 2009 | Anno 2010 | Totale |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|
| 68 | 301 | 227 | 221 | 303 | 478 | 307 | 192 | 401 | 2498 |

Come si può evincere dalla tabella sopra riportata, il dato annuale di monitoraggio sulle telefonate di 2° livello gestite dal personale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico risente di variazioni legate alla specificità e periodicità di determinati eventi quali informazioni su sperimentazioni previste nella nostra Azienda, prestazioni specifiche di diagnostica e/o di laboratorio erogate dai nostri Centri HUB Regionali concernenti specifiche patologie o malattie rare. Queste informazioni non trovano riscontro in banca dati, poiché non inseribili, in quanto non rientrano nella tipologia prevista per il caricamento dei dati nell'applicativo regionale.

DOCAREA+ e dematerializzazione dei documenti

Il progetto DOCAREA intende dimostrare come l'organizzazione e la razionalizzazione del back-office costituisca un importante prerequisito per l'erogazione di servizi ai cittadini ed imprese efficaci nel rispetto delle leggi, della sicurezza delle transazioni e della privacy. Il progetto realizza, per le oltre 250 amministrazioni pubbliche appartenenti a diverse regioni italiane del nord, centro e sud che fanno parte del network, l'infrastruttura tecnologica ed organizzativa di back office documentale per condividere soluzioni tecniche e metodologie organizzative che coprono a 360° la tematica dei flussi documentali.

A tal fine sono stati formati 41 professionisti dell'area amministrativa la cui docenza è stata svolta da personale dipendente della Regione Emilia Romagna.

16. SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE E DEBITI INFORMATIVI DELLE AZIENDE**Attività a supporto del Progetto Tessera Sanitaria: Anagrafe medici prescrittori**

E' stato garantito l'aggiornamento dei dati dei ricettari assegnati ai medici prescrittori.

Assistenza farmaceutica: Alimentazione flusso FED

Il Dipartimento Farmaceutico provvede regolarmente, in collaborazione con ICT all'alimentazione del flusso FED secondo le indicazioni e i tempi definiti da RER. Provvede inoltre alla valutazione e correzione, per quanto di competenza, delle anomalie (es.scarti).

Adempimenti

L'Azienda ha provveduto "tempestivamente" a contribuire ad alimentare le banche dati specifiche per la completezza delle informazioni relative a:

- Modelli Ministeriali, NSIS, Specialistica ambulatoriale, assistenza farmaceutica, distribuzione diretta farmaci, SDO, CEDAP, DM.

- Mantenimento dell'erogazione dei LEA: verifiche sulle procedure di accreditamento, controllo delle aree di inappropriatezza, valutazione multidimensionale dell'anziano disabile, attività di controllo sulle cartelle cliniche-SDO
- Indicatori sui posti letto standard.

Governo dei dispositivi Medici (DM)

In ottemperanza alla DGR 1523 del 29/09/08, nella Provincia di Ferrara è stata istituita nel 2009 un'unica Commissione Provinciale dei DM. Tale commissione è coordinata dalla Direzione Medica dell'Azienda USL. Questa Commissione, che si avvale di un Gruppo di Coordinamento Tecnico e Scientifico riunitosi nel corso del 2010 già 4 volte con cadenza bimestrale, ha avuto la sua prima riunione plenaria il 21 settembre dove sono stati presentati e approvati il regolamento di funzionamento e il repertorio locale dei DM e presentati i documenti di indirizzo elaborati a livello Regionale. Le attività svolte nel I semestre 2010 sono state oggetto di una relazione che è stata inviata secondo una specifica scheda di rilevazione alla CRDM. I Repertori dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda USL sono stati deliberati entro la fine anno 2010.

Il Servizio di Farmacia ha già 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 circa il 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.

Sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

L'Azienda è allineata alle indicazioni regionali e alimenta regolarmente i flussi informativi previsti.

Mobilità Sanitaria

Nell'ambito della Mobilità inter-regionale, l'Azienda ha ridefinito la programmazione dei livelli di attrazione prevedibili sulla base dei rinnovati accordi tra le aziende territoriali delle regioni Veneto e Marche, a garanzia dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero e della prestazione ambulatoriale.

17. QUALITÀ DEI DATI CONTABILI, MODALITÀ DI RENDICONTAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Bilancio aggregato delle aziende sanitarie regionali

La Direzione Amministrazione delle Risorse Economico Finanziarie ha partecipato al gruppo di lavoro per la predisposizione del Bilancio aggregato regionale.

Gran parte delle indicazioni contenute nei documenti Regionali ricevuti vengono già applicate, sia sulla contabilità economica che per la redazione dei Modelli CE. Peraltro due dei documenti regionali sono stati proprio preparati dalla nostra Azienda.

La Direzione Amministrazione delle Risorse Economico Finanziarie ha promosso un incontro con le altre Direzioni Aziendali interessate, illustrando l'obiettivo di consolidamento regionale e consegnando a ciascuna i documenti di competenza.

In particolare è stata evidenziata la criticità relativa ai rapporti economici con l'Azienda Territoriale per il costo del personale coinvolto nei progetti/dipartimenti interaziendali, giungendo alla definizione di un percorso condiviso.

Sono stati analizzati trimestralmente con l'Azienda Territoriale, in occasione della predisposizione dei Modelli CE, i dati relativi ai rapporti a latere della mobilità, al fine di garantire l'esposizione dei medesimi valori nei dati relativi agli scambi tra le due aziende.

Adeguamento dei principali strumenti contabili

Per quanto attiene gli adempimenti specifici previsti, lo stato dell'arte è il seguente:

- Lo schema di bilancio, il piano dei conti aziendali e il piano dei fattori produttivi sono stati aggiornati sulla base delle indicazioni regionali e alimentano correttamente i modelli CE e SP.
- L'Azienda utilizza sempre l'ultimo schema regionale disponibile per la redazione della nota integrativa al Bilancio d'Esercizio e ha recepito integralmente le Linee Guida economiche e patrimoniali per l'omogenea alimentazione degli schemi di bilancio.
- L'Azienda assicura la corretta alimentazione dei modelli CE e SP e verifica dall'anno 2010 (sia in sede di consuntivo che di CE trimestrale) la corrispondenza degli scambi di prestazioni con l'Azienda Territoriale.
- Il modello LA viene correttamente alimentato nel rispetto delle scadenze previste.

Verifica delle procedure amministrativo – contabili

La nostra Azienda non ha un vero proprio "manuale di organizzazione contabile e di controllo di gestione" nel senso di un regolamento adottato con atto deliberativo. Tuttavia esiste una mappatura dei processi contabili, elaborata

per la prima volta in sede di avvio della contabilità economica (1996) e revisionata, con il contributo dei consulenti di organizzazione aziendale, in occasione dell'avvio del nuovo sistema informativo.
Esiste, inoltre, un regolamento interno non formalmente deliberato, che disciplina il processo di budget.
Si ritiene che l'adozione di un regolamento di organizzazione contabile possa essere rimandato al momento della definizione di specifici principi contabili regionali, la cui conclusione è prevista per il 30.06.2011.

Formazione in materia di amministrazione e controllo

L'Azienda ha individuato due funzionari che partecipano al corso organizzato dalla Regione in collaborazione con l'Alma Mater di Bologna.

Rendicontazione e valutazione dei risultati

La rendicontazione dei risultati aziendali è stata effettuata sulla base delle indicazioni contenute nel documento di Programmazione Regionale sia con riferimento al Bilancio d'Esercizio stesso sia per quanto contenuto nel Bilancio di Missione.

VERIFICA DEL PIANO DELLE AZIONI E DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI SPECIFICI PER IL 2010

INTEGRAZIONI INTERAZIENDALI SANITARIE

Azioni previste:

- Centrale 118 e Emergenza Territoriale: prosecuzione delle trattative in merito alla definizione dell'accordo con l'Azienda USL per il trasferimento della gestione dell'intero sistema a quest'ultima.
- Integrazione delle attività in ambito urologico: implementazione progettuale delle modalità e delle strategie con definizione del crono programma sulle attività sia di ricovero che di specialistica ambulatoriale urologica.
- Completamento dei processi in corso finalizzati alla integrazione delle attività del dipartimento laboratorio unico provinciale con centralizzazione sul S. Anna delle attività analitiche.

Azioni compiute:

- Emergenza territoriale:
La gestione dell'Emergenza territoriale è stata gestita in collaborazione con l'Azienda USL ma in stretta relazione alla necessità di rivedere l'assetto organizzativo e strategico in previsione della distribuzione dell'offerta sul territorio legata al nuovo ospedale di Cona. E' ancora in fase di analisi e verifica da parte della Direzione, in particolare per le strategie gestionali del personale. E' stato comunque definito il Responsabile unico dell'organizzazione e della gestione interaziendale.
- Integrazione delle attività in ambito urologico:
E' stato identificato un Responsabile unico del processo di integrazione tra le due Aziende; il progetto non ha ancora raggiunto la fase attuativa e di formalizzazione.
- Laboratorio unico provinciale:
Il processo è stato portato avanti: in particolare è stato definito il piano dell'organizzazione e delle ripartizione delle risorse dal responsabile del LUP. A ottobre 2010 è partito il processo di integrazione con centralità al S. Anna per i centri di Cento e Bondeno.

INTEGRAZIONI INTERAZIENDALI AMMINISTRATIVE

Azioni previste:

- Proseguimento delle azioni specifiche di riorganizzazione dell'attività di approvvigionamento di beni e servizi delle due aziende nell'ambito del dipartimento interaziendale Acquisti e Logistica economica con conseguente integrazione delle risorse presenti in entrambe le aziende
- Processo di analisi delle procedure informatiche esistenti nelle due Aziende al fine di addivenire all'unificazione di tutte le attività previste.
- Prosecuzione delle attività per predisporre la riorganizzazione del Dipartimento Interaziendale ICT al fine di gestire l'integrazione delle risorse presenti in entrambe le aziende.

Azioni compiute:

- Gestione e organizzazione del nuovo Dipartimento Interaziendale Gestionale "Acquisti e Logistica Economale"
Dopo la costituzione del Dipartimento Interaziendale Gestionale "Acquisti e Logistica Economale" al fine di unificare le risorse e realizzare economie di scala, nel corso dell'anno 2010 si è proseguita la rimodulazione delle strutture coinvolte.
Attraverso l'adozione di atti di organizzazione, si è dato corso all'interdipartimentalizzazione tra le due Aziende Sanitarie ferraresi per quanto attiene le funzioni acquisti e logistica economica.
In particolare si è provveduto a:
 - Effettuare incontri con il gruppo interaziendale di progetto;
 - Formulare una proposta di riorganizzazione;
 - Presentare la proposta di riorganizzazione alle Direzioni Generali che hanno approvato gli atti di riorganizzazione. Infatti, nel dicembre 2010 è stata presentata, alle Direzioni Generali delle Aziende

Sanitarie ferraresi, la proposta di riorganizzazione delle strutture denominata "seconda fase", discussa con le OO.SS. e che ha dato origine agli atti di riorganizzazione (Azienda Ospedaliero-Universitaria n.330/2010, Azienda USL n.565/2010).

- Gestione e organizzazione del nuovo Dipartimento interaziendale Gestionale "I.C.T. Tecnologie per la comunicazione e l'informazione"
Sono stati svolti incontri organizzativi all'interno del Dipartimento per la definizione delle attività da condividere fra i due Servizi.
E' stato predisposto il progetto di riorganizzazione.
Rimangono da definire i compiti da redistribuire al personale, in attesa della disponibilità dei locali per la ricollocazione del personale stesso.
E' stata predisposta l'analisi per l'integrazione delle Procedure amministrative e la redazione del Regolamento di Dipartimento.
- Gestione e organizzazione del nuovo Dipartimento Interaziendale Gestionale "Amministrazione del personale"
Nell'anno 2010 si è proceduto all'istituzione del Dipartimento Interaziendale Gestionale "Amministrazione del Personale" a decorrere dal 22.12.2010 la cui formalizzazione è avvenuta rispettivamente con atto n. 324 del 22.12.2010 dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e n. 556 del 28.12.2010 dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara.
L'istituzione del Dipartimento è stata preceduta dal confronto con le Organizzazioni Sindacali delle diverse aree del personale interessato.

ORGANIZZAZIONE DEL NUOVO S.ANNA

Azioni previste:

- Proseguimento e completamento del piano di trasloco in relazione allo sviluppo delle attività correlate per garantire la continuità assistenziale
- Proseguimento delle elaborazioni dei nuovi modelli organizzativi previsti presso la nuova struttura ospedaliera, in relazione alla definizione dei nuovi spazi previsti e della reingegnerizzazione dei percorsi assistenziali, finalizzati anche alla ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane.

Azioni compiute:

- Trasloco
Il Piano di trasloco in tutte le sue componenti di attrezzature, arredi e attività sanitaria è stato elaborato con relativo cronoprogramma. Il Piano potrà subire delle modifiche per quanto attiene il trasloco di attrezzature e arredi in base alle variabili interagenti (revisioni, aggiornamenti e finanziamenti disponibili).
Sono altresì stati avviati i confronti con l'Azienda USL di Ferrara per garantire le compensazioni produttive che dovranno essere poste in essere nel periodo di trasferimento in particolare per quanto riguarda la Specialistica ambulatoriale.
Aspetti legati alle tempistiche di attivabilità di diverse aree dell'ospedale potranno apportare modifiche al piano di trasloco delle attività assistenziali.
- Organizzazione ed organici
Nel corso del 2010 è proseguita l'attività volta a definire in maniera capillare l'assetto strutturale, tecnologico, impiantistico ed organizzativo del nuovo ospedale a Cona.
E' stata analizzata la dotazione tecnologica per arredi, attrezzature sanitarie e di dotazione strumentale finalizzata a definire il fabbisogno di acquisizione di nuove dotazioni.
Contestualmente si è operato sul versante della rimodulazione organizzativa con il coinvolgimento di tutte le componenti aziendali e dei diversi stakeholders esterni ed interni, per pervenire alla individuazione di nuovi e più moderni modelli organizzativi.
Sono stati portati a termine i lavori dei Gruppi organizzativi di Cona relativi a diversi settori (degenze, DH, Servizi di Diagnostica, ecc...).. Sono tutt'ora in essere, a diverso stadio di ultimazione, i gruppi organizzativi relativi alle organizzazioni delle Sale Operatorie, dei DS, degli Ambulatori, dei Pronto Soccorso.
I modelli organizzativi elaborati dai lavori dei gruppi saranno sottoposti alla validazione devono ancora essere validati in modo definitivo dalla Direzione Generale.
Si è inoltre operato anche sul versante della futura gestione dei servizi "no core" e dell'impatto che sarà generato sui servizi sanitari dalla scelta strategica collegata alla esternalizzazione degli stessi.
- Informatizzazione

Durante l'anno 2010 sono state svolte per il PROGETTO CONA diverse attività:

1. Definizione dei requisiti e progettazione della rete locale lan
2. Definizione dei requisiti e progettazione della rete wireless
3. Definizione dei requisiti e definizione della centrale telefonica comprensiva delle periferiche fisse e mobili
4. Definizione dei requisiti e progettazione della sala server
5. Studio dettagliato dei traslochi delle stazioni di lavoro (personal computer e stampanti)
6. Studio sulle nuove richieste organizzative da parte della direzione medica, per valutare le necessità di modifica dell'attuale sistema SAP ed implementazione di nuovi percorsi sanitari

Per alcuni di questi progetti (voci 1-2-4) è stato dato mandato a CUP2000 di eseguire le gare di appalto per l'acquisizione delle attrezzature necessarie e per la costruzione della sala server.

Gli altri progetti sono stati sviluppati interamente e per alcuni di essi sono in corso le gare di appalto o la definizione delle modalità di acquisizione attraverso le centrali di acquisto istituzionali (Consip o Intercenter)

E' stata data inoltre la massima disponibilità e assistenza alla direzione lavori per i seguenti lavori e gare d'appalto:

1. Sale operatorie (per quanto riguarda l'infrastruttura di rete informatica)
2. Monitoraggio pazienti (terapie intensive, zone risveglio, zone pre-operatorie)
3. Arredamento Laboratorio Analisi
4. Reparti di radiologia – radioterapia – alte tecnologie

E' stato dato il massimo supporto nel coordinamento e nel supporto alla direzione generale, risultando sempre presenti ad ogni riunione e convocazione.

RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ NELL'AMBITO DEI DAI E DI UOO SPECIFICHE

Azioni previste:

Pronto Soccorso Generale:

- Consolidamento attività OBI e dei relativi aspetti informatici e dei flussi informativi delle prestazioni eseguite in tale setting assistenziale.
- Ottimizzazione percorsi in emergenza: implementazione di un percorso specifico per la gestione della rimozione di corpi estranei delle prime vie aereo digestive con la collaborazione pluridisciplinare coinvolgente, almeno in fase iniziale, la Medicina d'Urgenza, la Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva e la Clinica ORL
- Integrazione del personale infermieristico del PS Ortopedico e di quello Generale: Completamento del processo di integrazione

Chirurgie Generali :

- Ridefinizione delle funzioni tra le chirurgie dopo l'aggiornamento dell'accordo attuativo locale: avvio attività della Chirurgia d'Urgenza con definizione ed applicazione delle missioni specifiche anche in previsione dell'assetto organizzativo chirurgico presso il nuovo ospedale.
- Azioni relative all'implementazione delle misure previste per la sicurezza in sala operatoria e all'adeguamento organizzativo rispetto all'osservanza di quanto previsto dalle check list regionali.
- Attivazione della IORT in collaborazione con la Radioterapia e la Fisica Medica

Banca degli epatociti:

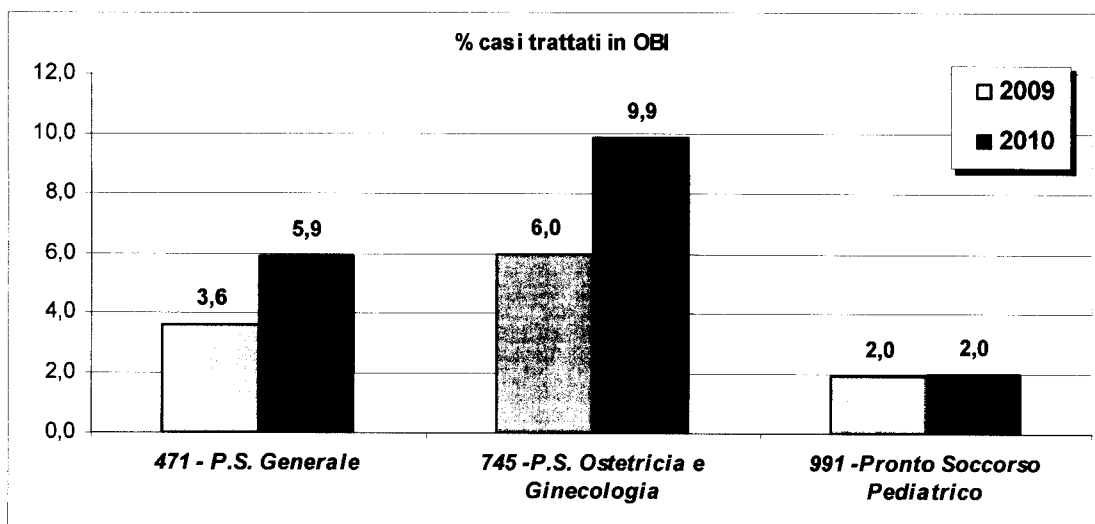
Rilancio della banca, con costituzione di un Comitato Scientifico volto ad indirizzare anche le attività di ricerca collegate

Completamento dei percorsi in emergenza per la ottimizzazione dei criteri di ripartizione delle afferenze dei ricoveri soprattutto in ambito internistico

Azioni compiute:

Pronto Soccorso Generale:

- È stato effettuato il consolidamento dell'attività OBI e dei relativi aspetti informatici e dei flussi informativi delle prestazioni eseguite in tale setting assistenziale.



| | | 2009 | | | 2010 | | |
|---|----------------|---------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| | | altro | OBI | Totale | altro | OBI | Totale |
| 388 -Pronto Soccorso Ortopedia | non ricoverati | 10.878 | 2 | 10.880 | 10.856 | - | 10.856 |
| | ricoverati | 353 | - | 353 | 351 | - | 351 |
| 436 -Pronto Soccorso Oculist. | non ricoverati | 9.182 | - | 9.182 | 9.086 | - | 9.086 |
| | ricoverati | 59 | - | 59 | 51 | - | 51 |
| 471 -Pronto Soccorso | non ricoverati | 26.663 | 1.262 | 27.925 | 27.452 | 1.770 | 29.222 |
| | ricoverati | 10.931 | 157 | 11.088 | 10.640 | 622 | 11.262 |
| 745 -Pronto Soccorso Ostetricia e Ginecologia | non ricoverati | 3.661 | 204 | 3.865 | 3.695 | 366 | 4.061 |
| | ricoverati | 1.905 | 150 | 2.055 | 1.747 | 231 | 1.978 |
| 991 -Pronto Soccorso Pediatrico | non ricoverati | 10.535 | 165 | 10.700 | 10.457 | 166 | 10.623 |
| | ricoverati | 1.057 | 67 | 1.124 | 1.139 | 70 | 1.209 |
| totale | non ricoverati | 60.919 | 1.633 | 62.552 | 61.546 | 2.302 | 63.848 |
| | ricoverati | 14.305 | 374 | 14.679 | 13.928 | 923 | 14.851 |
| totale | | 75.224 | 2.007 | 77.231 | 75.474 | 3.225 | 78.699 |

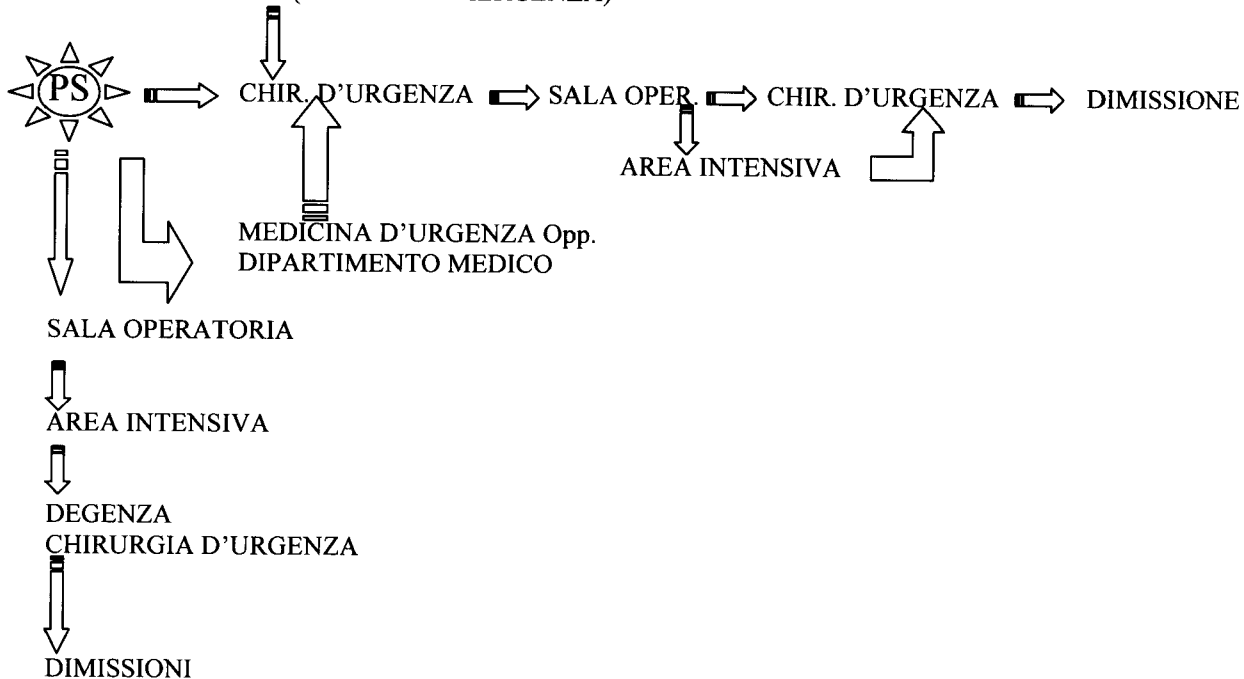
- È stato implementato un percorso specifico per la gestione della rimozione di corpi estranei per la parte relativa alla componente digestiva, con la collaborazione pluridisciplinare coinvolgente la Medicina d'Urgenza, la Gastroenterologia/Endoscopia Digestiva e la Clinica ORL. Il completamento del progetto è ancora in una fase di approfondimento organizzativo (personale competente e guardie).
- È stato sviluppato il processo di Integrazione del personale infermieristico del PS Ortopedico e di quello Generale: è presente un unico coordinatore in grado di gestire il personale in modo integrato.

Chirurgie Generali :

- Nel novembre 2010 è stato formalizzato l'avvio attività della nuova Chirurgia d'Urgenza con definizione ed applicazione delle missioni specifiche anche in previsione dell'assetto organizzativo chirurgico presso il nuovo ospedale.

Tipologie di percorsi in Chirurgia d'Urgenza:

REPARTO MEDICO (URGENZA/EMERGENZA)



- Sono state introdotte le azioni relative all'implementazione delle misure previste per la sicurezza in sala operatoria e all'adeguamento organizzativo rispetto all'osservanza di quanto previsto dalle chek list regionali. Il percorso è stato applicato nel 2010 limitatamente nel dipartimento Chirurgico specialistico come Dipartimento pilota.
- L'avvio dell'attività IORT (formalizzata e approvata) è stato rimandato a giugno 2011 per problematiche esclusivamente di tipo tecnico (sicurezza delle apparecchiature).

Banca degli epatociti:

Le attività e le progettualità che dovevano essere sviluppate o che erano state proposte, sono attualmente ferme in attesa di nuove indicazioni/disposizioni dalla Regione.

Miglioramento dei percorsi in emergenza

Sono state introdotte azioni sul miglioramento dei percorsi in emergenza per la ottimizzazione dei criteri di ripartizione delle afferenze dei ricoveri soprattutto in ambito internistico. In particolare sono stati definiti protocolli per il percorso del paziente con infarto,

LABORATORIO ANALISI

Azioni previste:

Proseguo/Consolidamento dei processi e delle attività informative-informatiche ed organizzative, anche nella logica di integrazione provinciale

Azioni compiute:

Nell'anno 2010 anche per il Laboratorio analisi sono stati consolidati i processi di integrazione informativa attraverso la rete SOLE: la trasmissione dei referti costituiva l'ambito specifico del Laboratorio Analisi. I processi di integrazione informatica sono proseguiti in relazione alle riorganizzazioni per i centri di Cento e Copparo.

RADIOLOGIE

Azioni previste:

Ridefinizione organizzativa e gestionale a seguito della revisione dell'offerta (secondo le linee guida regionali specifiche) e secondo gli accordi di fornitura previsti per il 2010 in materia.

Azioni compiute:

È stato completato il processo di integrazione delle radiologie; sono ancora da completare alcune revisioni organizzative sul versante del personale. Sono stati presi accordi per la prosecuzione dell'attività di screening del

cancro della mammella a seguito dell'estensione delle fasce di età delle pazienti da sottoporre a screening. Sono in fase di aggiornamento anche i relativi accordi tariffari.

DAY HOSPITAL DAY SURGERY

Azioni previste:

Analisi dei criteri per l'accessibilità al ricovero diurno DH-DS; Rivalutazione del numero dei Posti letto dedicati in relazione ai processi di riorganizzazione funzionale previsti e alla riduzione programmata per il nuovo ospedale

Azioni compiute:

Sono stati elaborati dalla maggior parte delle UUOO i profili delle attività di DH DS in modo da poter formulare proposte sulla organizzazione e funzionalità delle aree di ricovero diurno nel nuovo Ospedale. La definizione dei profili dei ricoveri diurni è stata formalizzata negli obiettivi assegnati ai DAI per il 2010.

PIANO INVESTIMENTI

Azioni previste:

Attivazione e completamento delle procedure finalizzate alla realizzazione dei programmi di investimento per arredi e attrezzature sanitarie definiti anche in previsione dell'attivazione del nuovo ospedale.

Azioni compiute:

Nel corso del 2010, oltre a partecipare ai gruppi di lavoro aziendali preposti all'attivazione del Nuovo Ospedale di Cona, sono state effettuate le seguenti acquisizioni di beni e servizi:

Arredi

- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali (T.34.02/T.34.03/T.34.04/T.35.17) relativi ai blocchi nn.34-35 del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 101.013,60 (I.C.) *Determina n.98 del 08.02.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali dedicati alla Dialisi (blocchi nn.21-22 piano terra) ed i locali di supporto della degenza oncologia-ematologia (blocco n.38 piano terzo) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 95.341,16 (I.C.) *Determina n.202 del 18.03.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire le aree dedicate al Triage (blocchi nn.31-32 piano terra) e alla Radiologia di Pronto Soccorso (blocco n.9 piano terra) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 98.459,22 (I.C.) *Determina n.203 del 18.03.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali dedicati al Centro Servizi (blocco n.44 piano terra) del Nuovo ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 124.800,00 (I.C.) *Determina n.321 del 29.04.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali dedicati all'Endoscopia Digestiva (blocchi nn.13-14-20 piano secondo) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 110.351,35 (I.C.) *Determina n.322 del 29.04.2010*
- Acquisto arredi per allestire n.44 cucinette dislocate in vari servizi sanitari del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 164.285,14 (I.C.) *Determina n.365 del 14.05.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali di supporto relativi al blocco n.39 (piani primo, secondo e terzo) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 123.999,52 (I.C.) *Determina n.903 del 11.11.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali di supporto relativi al blocco n.30 (piani terra, primo, secondo e terzo) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 85.421,98 (I.C.) *Determina n.904 del 11.11.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali di supporto relativi al blocco n.38 (piani primo e secondo) e al blocco n.39 (piano terra) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 157.691,03 (I.C.) *Determina n.921 del 18.11.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali di supporto relativi al blocco n.3 (piani terra, primo e secondo) e ai blocchi nn.9-27 (piano secondo) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 132.143,59 (I.C.) *Determina n.952 del 25.11.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali di supporto relativi ai blocchi nn.1-2-4-5 (piani primo e secondo) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 143.238,32 (I.C.) *Determina n.986 del 06.12.2010*
- Acquisto arredi sanitari per allestire i locali di supporto relativi al blocco n.38 (piano terra) e al blocco n.36 (piano terra) del Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo di spesa Euro 50.195,00 (I.C.) *Determina n.1093 del 30.12.2010*

Attrezzature sanitarie

- Determinazioni connesse all'acquisizione di attrezzature per l'allestimento delle Sale Operatorie del Nuovo Ospedale di Cona: approvazione del quadro economico e finanziario dell'intervento ex art.20 Legge n.67/1988 – IV Fase (1° stralcio) *Delibera n.54 del 26.02.2010*
- Indizione di procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di attrezzature e sistemi per sale operatorie – Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo presunto dell'appalto Euro 4.159.800,00 (I.C.) – Spese di pubblicazione Euro 20.000,00 (I.C.) *Determina n.204 del 18.03.2010*
- Procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di attrezzature e sistemi per sale operatorie – Nuovo Ospedale di Cona: approvazione atti di gara e ammissione ditte *Determina n.554 del 05.07.2010*
- Procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di attrezzature e sistemi per sale operatorie – Nuovo Ospedale di Cona: offerte pervenute *Determina n.783 del 30.09.2010*
- Procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di attrezzature e sistemi per sale operatorie – Nuovo Ospedale di Cona: nomina della Commissione Tecnica *Determina n.831 del 14.10.2010*
- Indizione di procedura ristretta per la fornitura e posa in opera, in leasing finanziario, di un'apparecchiatura di diagnostica per immagini PET-TC per la funzione di Medicina Nucleare – Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo presunto Euro 3.960.000,00 (I.C.) *Determina n.364 del 13.05.2010*
- Procedura ristretta per la fornitura e posa in opera, in leasing finanziario, di un'apparecchiatura di diagnostica per immagini PET-TC per la funzione di Medicina Nucleare – Nuovo Ospedale di Cona: approvazione atti di gara e ammissione ditte *Determina n.603 del 19.07.2010*
- Determinazioni connesse all'acquisizione di apparecchiature ed arredi sanitari per diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio e sistemi di monitoraggio per terapie intensive del Nuovo Ospedale di Cona: approvazione del quadro economico e finanziario dell'intervento ex art.20 Legge n.67/1988 – IV Fase (1° stralcio) *Delibera n.197 del 06.07.2010*
- Indizione di procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di arredo tecnico da laboratorio specialistico corredato di cappe ed apparecchiature integrate – Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo presunto dell'appalto Euro 3.341.900,00 (I.C.) *Determina n.741 del 21.09.2010*
- Procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di arredo tecnico da laboratorio specialistico corredato di cappe ed apparecchiature integrate – Nuovo Ospedale di Cona: approvazione atti di gara e ammissione ditte *Determina n.951 del 25.11.2010*
- Indizione di procedura ristretta per la fornitura e posa in opera di apparecchiature e sistemi di monitoraggio pazienti – Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo presunto dell'appalto Euro 1.500.000,00 (I.C.) *Determina n.846 del 21.10.2010*
- Determinazioni connesse all'acquisizione di attrezzature e arredi per il Nuovo Ospedale di Cona: approvazione del quadro economico e finanziario dell'intervento di cui al sesto aggiornamento del Programma Regionale di investimenti in sanità ex art.36 Legge n.38/2002 *Delibera n.273 del 14.10.2010*

Inoltre:

- è stata attivata la procedura di acquisizione di n.1 fibrolaringoscopio con canale operativo, n.11 fibrobroncoscopi portatili e n.2 fibrobroncoscopi per vari servizi sanitari (gara prot.n.40025 del 10.11.2009) per un importo complessivo presunto di Euro 167.115,00 (I.C.).
- è stata attivata la procedura di acquisizione di un trapano elettrico per Neurochirurgia (gara prot.n.43321 del 18.11.2010) per un importo presunto di spesa Euro 24.000,00 (I.C.)
- è stata attivata la procedura di acquisizione di un aspiratore ad ultrasuoni per Neurochirurgia (gara prot.n.43320 del 18.11.2010), per un importo presunto di Euro 100.000,00 (I.C.)

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Azioni previste:

- Completamento dei processi relativi alla gestione informatizzata ed integrata su scala interaziendale dell'attività di prenotazione dell'attività specialistica ambulatoriale (CUP unico Provinciale)
- Ridefinizione dei livelli di offerta aziendale in linea con le indicazioni da parte della committenza.

Azioni compiute:

- Realizzazione CUP Unico Provinciale
Si è provveduto alla sostituzione dei vecchi applicativi CUP (AOSP e AUSL) con il nuovo applicativo CUP Unico Provinciale, secondo le direttive regionali per il bacino di utenza unico provinciale. Installazione, configurazione, integrazione con gli altri applicativi collegati, raggiungimento e mantenimento della normale operatività di prenotazione, gestione dell'offerta e valutazioni a consuntivo. Miglioramento e consolidamento del maggior numero possibile di prestazioni erogate da entrambe le aziende nel database del nuovo CUP.

Il progetto ha comportato la creazione di un unico ambiente informatico e la definizione di una organizzazione coordinata, allo scopo di ottenere sinergie organizzative nell'attuale sistema di prenotazione.

Tra i principali vantaggi del CUP UNICO PROVINCIALE:

“omogeneità” di accesso ai diversi punti di prenotazione, una maggiore “visibilità” delle prestazioni erogabili a livello provinciale e la possibilità di effettuare il pagamento delle prestazioni in tutte le macchine incassatrici presenti nelle aziende sanitarie.

La programmazione e la tempistica erano le seguenti:

- Analisi entro il 15 Febbraio 2010
- Installazione provvisoria e configurazione generale dell'applicativo entro il 31 Marzo 2010.
- Collaudo delle principali integrazioni con altri applicativi entro il 15 Luglio 2010.
- Programmabilità delle agende entro 30 Settembre 2010.
- Attivazione dei front-office entro 30 Ottobre 2010.
- Collegamento di tutte le incassatrici
- Implementazione Farmacie entro Novembre 2010
- Collaudo e avvio il 12 dicembre 2010

Le tappe del crono programma sopra descritto sono state rispettate. Il Report di prova di funzionalità a consuntivo è stato elaborato in dicembre 2010

– Offerta aziendale in rapporto alla committenza

I livelli dell'offerta aziendale sono stati erogati in linea con le indicazioni da parte della committenza: per garantire il contributo al contenimento dei tempi di attesa sono stati attivati i “pacchetti di garanzia” come previsto dall'accordo contrattuale con l'Azienda USL.

AUTORIZZAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI CONA

Azioni previste:

Proseguo dell'attività di analisi strutturale dei requisiti previsti per l'Autorizzazione del nuovo Ospedale, con presentazione preliminare della documentazione prevista per pervenire alla fase conclusiva per il quarto trimestre.

Azioni compiute:

La Direzione medica si è impegnata insieme con la Direzione Lavori Cona nella verifica di tutti i criteri di autorizzazione nella struttura coinvolgendo la Società costruttrice negli adeguamenti strutturali e impiantistici propedeutici alla presentazione delle documentazioni al Dipartimento di Sanità Pubblica.

La Società costruttrice ha presentato al Dipartimento di Sanità pubblica la documentazione di autorizzazione. Sono iniziate da parte del Dipartimento Sanità Pubblica le analisi delle documentazioni presentate.

PROGETTI ICT

Azioni previste:

Proseguimento dei progetti ICT di competenza aziendale e mantenimento/sviluppo di sistemi informativi, in particolare per il Pronto Soccorso, per far fronte all'anagrafe dei medici prescrittori e per l'alimentazione del Flusso FED

Azioni compiute:

– Miglioramento qualità del flusso ASA e proseguimento dei progetti aziendali

A seguito dell'avvio del progetto CUP unico provinciale, si sono attivate le procedure per la gestione del processo del flusso e per il miglioramento della qualità e degli aggiornamenti necessari agli adeguamenti regionali.

È stato garantito il proseguimento dei progetti ICT di competenza aziendale e il mantenimento/sviluppo di sistemi informativi, in particolare per il Pronto Soccorso, per far fronte all'anagrafe dei medici prescrittori e per l'alimentazione del Flusso FED.

– Razionalizzazione spesa telefonica

Azienda Ospedaliero Universitaria - La consistenza delle linee attuali fornite da Telecom Italia e Lepida è complessivamente tra dati e fonia di 109 unità; I costi sostenuti per il settore Telecomunicazioni sono esposti nella scheda economica risparmi

| ANNO | 2008 | 2009 | Previsione 2010 | 2010 |
|--|-------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|
| MANUTENZIONE | € 83.230,00 | € 85.230,00 | € 105.000,00 | € 65.206 |
| NOLLEGGIO E LEASING | € 142.236,00 | € 126.800,00 | € 3.700,00 | € 3.720 |
| CANONI LINEE DATI FONIA | € 102.770,00 | € 107.570,00 | € 60.000,00 | € 101.959 |
| RIMBORSI CANONI | € 0,00 | € 0,00 | € -31.500,00 | € 34.290 |
| TRAFFICO | € 92.200,00 | € 92.200,00 | € 92.000,00 | € 105.681 |
| MOBILE | € 85.000,00 | € 84.500,00 | € 121.000,00 | € 90.868 |
| APPARECCHIATURE INFORMATICHE | € 245.000,00 | € 37.300,00 | € 50.000,00 | 0 |
| | € | | | |
| TOTALE ANNO | 750.436,00 | € 533.600,00 | € 400.200,00 | € 365.346,00 |
| RISPARMIO ANNUALE OTTENUTO | | € -216.836,00 | € -133.400,00 | € -168.254,00 |
| * RISPARMIO COMPLESSIVO NEL BIENNIO | | | * € -350.236,00 | € - 385.090,00 |

Il risultato previsto e ottenuto per il 2010 non tiene in considerazione le spese che saranno da affrontare per la sede di Cona riguardanti i canoni per i collegamenti dati fonia tra le sedi vecchie e il polo Ospedaliero, l'acquisto e messa in opera della centrale telefonica con relativi canoni per le linee di fonia e dati, la manutenzione in Outsourcing del sistema fonia dati, l'acquisto degli apparati di fonia.

Per l'Azienda Ospedaliero Universitaria è stata razionalizzata la spesa eliminando le linee inutilizzate e richiedendo rimborso di canoni pagati indebitamente come si evince dalla tabella sopra riportata.

E' stata Effettuata presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria una verifica capillare di tutti i contratti esistenti, delle linee presenti e cessate mediante procedure di qualità "analisi della rete di Telecomunicazione ed analisi della fatturazione"

Sono stati effettuati interventi di miglioramento e aggiornamento della rete di Telecomunicazione.

Nel corso del 2010 le linee attuali in fatturazione sono 47: ciò significa riduzione del 57% del numero delle linee ma come indicato nella scheda obiettivo presentata il dato rilevante è stato la riduzione della spesa a consuntivo prevista che risulta ampiamente raggiunto come da tabella presente nella scheda economica cioè spesa 2008 = 750.436€; spesa 2009 = 533.600€ (di cui - 31.500€ di rimborsi canoni non dovuti ottenuti nel 2010 caricati sul 2009) spesa 2010 = 365.346€ da cui riduzione annuale spesa di 168.254€ rispetto al 2009 e di 385.090€ rispetto al 2008.

SORVEGLIANZA E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Azioni previste:

- Proseguimento dei progetti di sorveglianza e controllo delle malattie infettive:
 - Sviluppo della gestione degli alert organism
 - Corretto lavaggio delle mani
 - Avvio tecnica proattiva di analisi e di miglioramento FMEA -SMECA
 - Lotta alla sepsi
 - Analisi prevalenza infezioni

Azioni compiute:

E' attivo in maniera permanente il Gruppo Operativo CCIOS, affiancato da specifici Gruppi Operativi di Progetto (team sepsi, gruppo antimicrobici, gruppo water safety Plan,...). Sono state consolidate le attività inerenti il controllo del rischio infettivo, negli aspetti organizzativi, nelle strategie gestionali. Sono state inoltre sviluppati i relativi piani formativi, in linea con le disposizioni regionali e secondo gli obiettivi specifici assegnati alle aziende sanitarie in materia. Come descritto anche nella relazione sulle linee di programmazione aziendali per il 2010, gli obiettivi aziendali sono coerenti con la presenza di situazioni aziendali emergenti, con la partecipazione a specifici Progetti di miglioramento e di eccellenza.

GESTIONE AMBIENTALE

Azioni previste:

Proseguimento dei progetti delle funzioni atti a garantire il miglioramento della sicurezza del processo, la riduzione dei rifiuti pericolosi, l'impegno per la promozione della raccolta differenziata

Azioni compiute:

Sono proseguite tutte le funzioni atte a garantire il miglioramento della sicurezza del processo, la riduzione dei rifiuti pericolosi, l'impegno per la promozione della raccolta differenziata. Sono stati definiti e monitorati specifici progetti di miglioramento della sicurezza e di riduzione degli impatti relativi alle diverse tipologie di rifiuti sanitari prodotti. E' stata attualizzata la composizione del Gruppo gestione Ambientale Aziendale.

Sono state portate avanti le attività formative specifiche: "Gestione Ambientale e Sviluppo Sostenibile", "I sistemi di gestione ambientale: opportunità offerte e impegno richiesto per un Ospedale. Focus sulla certificazione ambientale volontaria secondo il Regolamento EMAS."

E' stata compilata la **check-list** di "Monitoraggio sulla conformità normativa ambientale alla normativa ambientale nelle Aziende Sanitarie" per la Struttura Ospedaliera "Nuovo S.Giorgio". Per quanto riguarda la nuova Struttura di Cona, la check-list è già stata valutata dal Gruppo Gestione Ambientale aziendale e si ritiene necessario richiederne la compilazione nel corso del 2011. Sono stati regolarmente mantenuti i contatti col gruppo di lavoro regionale.

L'Azienda ha firmato un Accordo Ambientale Volontario con AATO6 (Agenzia Territoriale d'Ambito Ottimale di Ferrara) – HERA S.P.A. Struttura territoriale di Ferrara con lo scopo di promuovere la raccolta differenziata dei rifiuti sanitari assimilati agli urbani.

DIVERSITÀ ED EQUITÀ

Azioni previste:

Consolidamento delle attività in corso per l'anno precedente seguendo le programmazioni dei progetti regionali.

Azioni compiute:

Sono state consolidate e portate avanti le attività già in fase di implementazione

Nel 2010 sono state svolte le seguenti attività formative, progettuali e di lavoro in gruppo:

2 Laboratori formativi: 1) Lo sviluppo di un approccio strategico all'equità nei servizi sanitari: il modello scozzese - 1 e 2 luglio – Castel San Pietro Terme; 2) Gli strumenti per l'equality assessment - 20 e 21 settembre – Rimini

Sono stati organizzati 7 Incontri regionali

PIANO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Azioni previste:

Adeguamento ed aggiornamento del piano programma triennale sulla base dei risultati

Azioni compiute:

L'Azienda nel 2010 ha partecipato al gruppo di lavoro regionale per la **mappatura dei pericoli**. Il registro dei pericoli verrà adottato come strumento di guida alla revisione del Piano-Programma aziendale 2008-2010. Si sta procedendo nell'implementazione del **Progetto Sicurezza in sala Operatoria** a cui sono state integrate le azioni specifiche già pianificate in precedenza relative agli obiettivi della DGR 1796/09.

E' stato nominato il referente per gli eventi sentinella e, nel corso del 2010, è stata emessa specifica Procedura aziendale "**Gestione degli Eventi Clinici Maggiori – Eventi Sentinella**" e "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. E' stata effettuata 1 **RCA** strutturata con la produzione di un Piano di azione, in corso di implementazione. E' Stata effettuata attività di **Incident reporting** in diversi ambiti assistenziali (sale operatorie e ostetricia). Sono stati utilizzati gli **audit** in diversi ambiti assistenziali ai fini del miglioramento della organizzazione, dei processi, di prevenzione del rischio e di aumentare il livello di sicurezza delle cure. È stata utilizzata la tecnica **FMEA/FMECA** per la prima volta nell'anno 2010 nell'ambito dell'area di degenza di **Terapia Intensiva Neonatale-Pediatria**. Da novembre 2010 sono state avviate in tale ambito anche attività di **Incident reporting**.

E' stato realizzato il progetto di miglioramento della sicurezza attraverso la partecipazione proattiva dei cittadini/familiari/loro associazioni.

COLLABORAZIONE COL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE

Azioni previste:

– Proseguimento dei progetti di collaborazione col Dipartimento di Cure Primarie, in particolare la gestione integrata del paziente diabetico, il percorso nascita, il percorso della dimissione protetta, il programma di assistenza odontoiatrica ed il contenimento dei tempi di attesa.

– Proseguimento, in collaborazione con l'Azienda USL, dei programmi di sicurezza sul lavoro e di screening oncologico.

Azioni compiute:

Le attività inerenti la gestione integrata del paziente diabetico, il percorso nascita, il percorso della dimissione protetta, il programma di assistenza odontoiatrica ed il contenimento dei tempi di attesa, i programmi di sicurezza sul lavoro e di screening oncologico, sono consolidate e sono proseguite.

Per la Gestione integrata paziente diabetico, sono state avviate alla gestione integrata con i Medici di Medicina Generale dell'AUSLFE 503 persone con diabete e, in collaborazione con l'Azienda Usl si è provveduto alla revisione del documento di indirizzo provinciale relativo alla gestione integrata stessa.

Per il Percorso Nascita, le azioni poste in essere nel corso del 2010 sono state orientate in particolare all'estensione dell'offerta della PARTOANALGESIA da parte dell'Azienda.

Per la Dimissione protetta, nel corso dell'anno 2010 sono pervenute, dalle Unità Operative, richieste di valutazione di 1591 pazienti; di tali pazienti, 1350 sono stati valutati per trasferimento in strutture di LPA, 241 per il proseguimento delle cure 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.

Per la gestione dell'attività Odontoiatrica, proseguono le attività già in atto dagli anni scorsi, in particolare l'integrazione con la AUSL, e la garanzia assistenziali per le fasce di popolazione deboli.

UTILIZZO DI ENERGIA DA FONTI RINNOVABILI PER IL NUOVO OSPEDALE DI CONA

Azioni previste:

- Proseguimento della campagna di informazione ed orientamento per l'uso razionale dell'energia e nel portare avanti progetti di produzione/utilizzo di energia da fonti rinnovabili per il Nuovo ospedale di Cona.
- Promozione delle pratiche per la mobilità sostenibile
- Avvio del green public procurement: elaborazione dei criteri ed interventi di miglioramento per gli acquisti verdi

Azioni compiute:

Nell'ambito della produzione/utilizzo di energia da fonti rinnovabili è in fase di revisione da parte della Ditta concessionaria il progetto cogenerazione, produzione fotovoltaica e da solare termico presso il nuovo ospedale di Cona.

Per quanto concerne la Mobilità sostenibile il Mobility Manager ha adempiuto ai debiti informativi definiti in sede regionale. E' in corso di revisione da parte del Mobility Manager il Piano di spostamento casa-lavoro in vista dell'attivazione della nuova struttura di Cona. E' stata monitorizzata la dotazione automezzi aziendale.

Il Referente Acquisti Verdi ha partecipato regolarmente ai lavori del Gruppo Regionale e ha adempiuto ai debiti informativi definiti in sede regionale.

POLITICHE D'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

Azioni previste:

- Incremento del volume di acquisto tramite Intercent-ER per il mantenimento del target regionale di riferimento.
- Partecipazione continua alle gare di Area Vasta
- Definizioni delle progettualità relative ai percorsi d'integrazione in Area Vasta sulla base dei diversi livelli di programmazione territoriale ed istituzionale (ambito provinciale – CSST Ferrara; ambito metropolitano – CSST Bologna; circondario di Imola);

Azioni compiute:

Servizi

E' stata garantita l'adesione alla convenzione Intercent-ER relativa al "servizio di raccolta, trasporto e conferimento rifiuti per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna" – Nuovo Ospedale di Cona – Importo complessivo quadriennale presunto di spesa Euro 4.275.097,44 (I.C.) *Determina n.782 del 30.09.2010*

Inoltre, si è partecipato all'elaborazione del progetto per il servizio di trasporto merci, compreso carico e scarico, da e verso i Magazzini siti presso l'attuale sede S.Anna ed il Nuovo Ospedale di Cona e Presidi esterni, per un importo triennale presunto di Euro 1.931.671,944 (iva compresa).

Nel corso del 2010 è stato implementato un progetto dal titolo "INTEGRAZIONE ATTIVITA' INGEGNERIA CLINICA AREA VASTA EMILIA CENTRALE". Il progetto è essenzialmente caratterizzato dalla Proposta di un modello organizzativo e di integrazione, e dalla dall'introduzione di Azioni operative in ambito metropolitano. Il Piano operativo è costituito da procedure di Risk management (Sicurezza, qualità, formazione), procedure di manutenzione e gestione,

POLITICA DEL FARMACO

Azioni previste:

- Proseguimento del percorso di implementazione del sistema informatico (specifico per l'ambito onco-ematologico), unico tra le due Aziende sanitarie di Ferrara e propedeutico alla centralizzazione in ambito provinciale.
- Consolidamento della centralizzazione dei laboratori per l'allestimento di farmaci antitumorali.

Azioni compiute:

E' in corso di completamento, in stretta collaborazione con il Programma Interaziendale di Oncologia, il progetto di centralizzazione della prescrizione e produzione a livello provinciale, comprendendo anche le terapie oncologiche degli Ospedali di Azienda USL.

A tale scopo il nuovo sistema informatico, 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 entrato parzialmente in produzione alla fine dell'anno 2010 (permangono criticità indipendenti dalla volontà del Dipartimento Farmaceutico, a causa di criticità di integrazione tra il programma Log 80 e SAP nella gestione del magazzino che il Dipartimento ICT e Log 80 stanno cercando di risolvere).

ACCREDITAMENTO

Azioni previste:

Proseguimento delle attività di supporto per la manutenzione e per le seconde visite previste per i DAI (nel 2009 tutti i DAI hanno conseguito l'Accreditamento Istituzionale).

Azioni compiute:

Sono state organizzate 8 visite ispettive interne nel 2010 (in 8 Dipartimenti ad Attività Integrata), focalizzando l'attenzione in particolare sugli aspetti della Gestione del Rischio Clinico, con l'uso della Checklist Regionale.

GESTIONE DEL PERSONALE

Attuazione delle Intese con le OO.SS. Mediche per la gestione dei vari istituti collegati all'orario di lavoro

La Direzione Giuridica ed Economica delle Risorse Umane ha contribuito nel corso del 2010 all'attivazione delle intese intervenute con le Organizzazioni Sindacali Mediche per la gestione dei vari istituti collegati all'orario di lavoro. In particolare sono state implementate funzioni specifiche nell'ambito delle gestioni presenze per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive a favore dell'Azienda e le partecipazioni a gruppi di lavoro di particolare valenza aziendale nonché la definizione delle relative procedure amministrative.

Nel corso dell'anno sono state fornite in via continuativa tutte le informazioni per permettere alla Direzione Medica di Presidio di fare le valutazioni sui piani di lavoro presentati dai responsabili delle diverse articolazioni organizzative e anche della presenza effettiva in servizio del personale medico. Tali attività hanno permesso la formulazione di ulteriori proposte alle OO.SS. per quelle unità operative per le quali si sono evidenziate delle particolari necessità di integrazioni di attività. In questo ambito la Direzione Giuridica ed Economica delle Risorse Umane ha garantito l'acquisizione di alcune figure professionali ritenute necessarie in talune realtà organizzative.

DEFINIZIONE TRANSATTIVA DEGLI INTERESSI PASSIVI

Anche nel corso del 2010 l'Azienda ha provveduto a definire in via transattiva le fatture passive di interessi emesse dai fornitori per ritardato pagamento.

Sono stati contattati i fornitori offrendo la definizione degli interessi addebitati, solitamente in una percentuale attorno al 50% del tasso BCE+3%. In alcuni casi è stato ottenuto lo storno totale degli interessi già addebitati.

Questa attività, svolta in modo sistematico in occasione dei pagamenti ai fornitori, ha consentito di ottenere un beneficio sul Bilancio 2010 pari a circa 1.250.000 euro.

PROGRAMMAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA – adempimenti informative con la committenza.

Nell'anno 2010, sono stati formalizzati tempestivamente gli addebiti relativi ai contratti a latere in essere con l'azienda Territoriale, nel pieno rispetto dei tempi concordati.

Sempre seguendo gli accordi con l'azienda Territoriale, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha provveduto entro tempi congrui per le registrazioni nel bilancio 2010, ad inviare precocemente gli addebiti a saldo dei vari contratti. Questo per far sì che le due Aziende potessero registrare i costi/ricavi sul bilancio di competenza, salvo conguaglio una volta disponibili i dati definitivi.

PREDISPOSIZIONE DEI PROGETTI ESECUTIVI RELATIVI AI CONTRATTI PER LA GESTIONE DEI SERVIZI NO CORE E COMMERCIALI DEL NUOVO OSPEDALE DI CONA E DEFINIZIONE DELLE SUCCESSIVE MODALITÀ DI CONTROLLO.

Nel corso del 2010 la struttura "Realizzazione dei progetti esecutivi relativi ai contratti per la gestione dei servizi no core e commerciali del Nuovo Ospedale di Cona", con il contributo delle Direzioni coinvolte, ha svolto fino a giugno un'attività di messa a punto e definizione delle specifiche funzionali connesse all'esecuzione e gestione dei vari servizi no core ,per i quali erano disponibili gli elementi oggettivi di valutazione.

In precedenza con note prot. 45979 del 24/12/09, prot. 5524 del 12/02/10 e prot. 9373 del 09/03/10, si richiedevano alla Direzione Generale gli elementi necessari per il proseguimento delle attività.

Per contro, per i servizi per i quali l'analisi funzionale era stata conclusa, si richiedeva al Concessionario la predisposizione delle proposte di ATAGES, come previsto dal contratto di concessione (note di riferimento: prot. 10474 del 16/03/10 e prot. 16375 del 29/04/10).

A tutte queste note non è stato dato riscontro e quindi la Struttura si è trovata nell'impossibilità di procedere in modo efficace nel proprio lavoro.

Tenuto conto che nell'obiettivo è compresa anche la definizione delle procedure di controllo di detti servizi, oltre che la loro messa a regime nel nuovo ospedale, si è approfondita nel frattempo un'ipotesi idonea per le procedure di controllo.

Tale ipotesi dovrà essere oggetto di confronto con le direzioni interessate e il Concessionario e potrà essere completata solo al perfezionamento degli ATAGES.