

Bilancio sociale 2014

Azienda Ospedaliero

Universitaria Ospedali Riuniti

Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

D_iM_a
Dipartimento di Management



Bilancio sociale 2014
Azienda Ospedaliero
Universitaria Ospedali Riuniti
Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi

TRASPARENZA



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

D_iM_a
Dipartimento di Management



Prof. Stefano Marasca

Professore ordinario nel settore disciplinare "Economia Aziendale"
Dipartimento di Management - Università Politecnica delle Marche

Dott. Paolo Galassi

Direttore Generale
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi"

Dott. Mario Piani

Direttore
Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale

Dott.ssa Vania Carignani

Direttore SO Controllo di Gestione
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi"

Dott.ssa Alessia D'Andrea

Dottore di ricerca in "Economia Aziendale"
Dipartimento di Management - Università Politecnica delle Marche

Prof.ssa Lucia Montanini

Professore associato nel settore disciplinare "Economia Aziendale"
Dipartimento di Management - Università Politecnica delle Marche

Prof. Alberto Manelli

Professore associato nel settore disciplinare "Finanza Aziendale"
Dipartimento di Management - Università Politecnica delle Marche

Dott.ssa Martina Vallesi

Assegnista di ricerca nel settore disciplinare "Finanza Aziendale"
Dipartimento di Management - Università Politecnica delle Marche

Presentazione del Direttore Generale



Il bilancio sociale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, è giunto alla sua seconda edizione. Si vuole continuare nel percorso di rendicontazione sociale volta alla cittadinanza, agli operatori e a tutti gli stakeholder di riferimento, cercando di rendere questo documento ancor più innovativo rispetto alla edizione precedente.

La prima novità di rilievo è che per il 2014 integriamo il bilancio sociale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, con la rendicontazione socio-economica del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale, che con la propria attività sul territorio marchigiano supporta le necessità medico-cliniche dei pazienti di questa Azienda.

Il lavoro si articola sempre in cinque sezioni: *identità aziendale, relazione sociale, relazione ambientale, relazione economica e obiettivi di miglioramento*. In ciascuna sezione vengono presentati i contenuti dell'AOU nel suo complesso con focus specifici per quelli riferiti al DIRMT.

I dati che afferiscono all'identità aziendale sono stati aggiornati ed integrati al fine di illustrare sempre meglio i valori aziendali, l'organizzazione, il contesto di riferimento, le strategie e la mappa degli stakeholder. Approfondimenti importanti vengono presentati sulla ricerca e sull'innovazione che costituiscono, dopo l'assistenza e insieme alla didattica, le altre anime dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

La relazione sociale illustra i principali dati di attività organizzati per "stakeholder", quindi, riferiti a Regione ed istituzioni, risorse umane, pazienti, terzo settore e fornitori.

La sezione dedicata all'impatto ambientale sottolinea ancora una volta il nostro impegno per la tutela dell'ambiente naturale.

La relazione economica presenta le determinanti dei risultati finanziari, patrimoniali ed economici, garantiti al Sistema Sanitario Regionale e lo sforzo profuso verso l'efficientamento del sistema, verso un equilibrio tra risorse impiegate e risorse create nel garantire i livelli essenziali di assistenza. Anche in tal caso, la logica di presentazione dei risultati economici è innovata rispetto all'edizione precedente perché si è cercato di mettere in evidenza l'articolazione dei costi e dei ricavi per "stakeholder".

Gli obiettivi di miglioramento chiudono il lavoro proiettando le analisi al biennio futuro dopo aver rendicontato lo stato di implementazione degli obiettivi strategici 2014-2016.

I fini perseguiti con questo secondo documento sociale vogliono andare oltre il dettato normativo sulla trasparenza che impone la rendicontazione dei risultati conseguiti a tutta la cittadinanza, ampliare le informazioni utili ad una valutazione sociale del nostro operato e rendere la lettura curiosa ed interessante.

Paolo Galassi

Direttore Generale

Azienda Ospedaliero-Universitaria
Ospedali Riuniti di Ancona

Presentazione del Rettore



Come ho avuto modo di evidenziare già nel precedente anno, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona presenta importanti specificità rispetto alle altre strutture della Regione sia per gli aspetti di "alta complessità" nelle prestazioni di diagnosi e terapia erogate con caratteristiche di unicità per il territorio, che per l'abbinato servizio di "emergenza-urgenza" su scala regionale. L'Azienda è anche un "ospedale d'insegnamento" dove, in stretta collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, vengono svolte attività didattiche di alto livello per la preparazione dei giovani medici e degli operatori sanitari futuri, impegni che combinati con le eccellenti attività di ricerca svolte forniscono prestazioni di eccellenza al massimo delle conoscenze nella pratica clinica.

Un'Azienda così complessa si basa su un modello organizzativo integrato sia a livello operativo che gestionale, capace di garantire un'alta qualità e contenere i costi soprattutto in questo periodo congiunturale dove le ridotte risorse disponibili devono essere utilizzate nel migliore dei modi.

Pertanto il presente documento costituisce uno strumento per orientare le strategie e le azioni d'integrazione dell'Azienda, all'interno del Servizio Sanitario della Regione, polo di riferimento anche per le altre Regioni limitrofe e perno della rete assistenziale regionale per la gestione delle complessità.

Il documento risponde perfettamente ai principi di un bilancio sociale con totale trasparenza, completezza e rispondenza delle informazioni presentate e piena responsabilità e impegno dell'Azienda nell'esibire il proprio operato con dati economici-patrimoniali e sociali per dare la possibilità a tutti gli interlocutori di formulare giudizi e decisioni. Quest'anno al bilancio sociale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria si unisce il documento di rendicontazione socio-economica del Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale, un altro ottimo esempio di organizzazione e efficienza.

La lettura di questo bilancio sociale, sono certo, sarà d'interesse per tutti gli attori del territorio che con continuità e determinazione stanno operando per l'innalzamento dei livelli di qualità ed efficienza del Sistema Sanitario Regionale.

Sauro Longhi

Rettore

*Università Politecnica
delle Marche*

Guida alla lettura e note metodologiche

Il bilancio sociale 2014 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" (AOUOORR) rendiconta le risorse economiche e fisico-tecniche impiegate dall'Azienda per rispondere alle richieste dei pazienti. Il documento è frutto di un processo di rendicontazione sociale, che ha preso avvio lo scorso anno. La presente edizione mostra una veste nuova rispetto alla precedente sia nei contenuti sia nella struttura. Da un'impostazione tesa ad evidenziare la catena del valore di tutte le attività a beneficio dei pazienti, si sviluppa un approccio incentrato sugli stakeholder, quali attori e interlocutori dell'Azienda nel perseguire il fine di tutela della salute pubblica. Ciascun portatore di interesse - che è influenzato e influenza l'attività aziendale - diviene nella presente edizione, il riferimento per la definizione del sistema di indicatori e delle informazioni orientate alla trasparenza. Si supera, pertanto, l'articolazione per livelli essenziali di assistenza, che all'inizio del processo hanno rappresentato la base di partenza nella definizione delle aree di rendicontazione sociale. L'attenzione al singolo stakeholder (la Regione Marche e le Istituzioni, le altre Aziende Sanitarie regionali e nazionali, le risorse umane, i pazienti e i cittadini, i fornitori di beni e servizi) consente di orientare la presentazione degli obiettivi, delle azioni e dei risultati alle attese di ciascun interlocutore (o gruppo di interlocutori). Il sistema di relazioni - formali e informali - che lega l'organizzazione alle diverse categorie di stakeholder trova esplicitazione nelle singole sezioni, all'interno delle quali le diverse attività (sanitarie e non sanitarie) sono rappresentate in correlazione con la mission e il sistema di governance.

L'obiettivo principale del bilancio sociale 2014 è l'acquisizione di legittimazione e una completa *disclosure* circa le azioni intraprese dall'Azienda verso tutti gli stakeholder. Le informazioni fornite mirano a dimostrare il grado di coerenza tra le scelte relative alla governance, i processi intrapresi, i risultati conseguiti - da una parte - e la mission dichiarata e le risorse (umane, economiche e tecniche) disponibili - dall'altra parte. Partendo dalla centralità dell'attenzione verso il paziente, si sviluppa la considerazione del complesso network sanitario in cui è coinvolta l'Azienda: si promuove la crescita di una cultura orientata ad un processo di rendicontazione "a doppio senso", cioè che coinvolge più soggetti, ma tutti ugualmente attivi, alla stregua di partner delle azioni intraprese, in merito a ciascuna relazione creata.

Lo standard AA1000 (1999) ha orientato la costruzione della fase iniziale del percorso metodologico. Alla base è stato riconosciuto il principio di "inclusività", che richiede il riconoscimento, agli stakeholder, del diritto ad essere ascoltati ed accettare l'impegno a dare loro conto della propria attività e scelte. L'Azienda, in tal senso, ha deciso di indirizzare le informazioni alle specifiche categorie di soggetti portatori di interessi, bisogni e necessità. A tal fine l'Azienda ha sviluppato un modello di raccolta delle informazioni e implementato un sistema informativo socio-economico, atto a cogliere le relazioni con i propri stakeholder. Obiettivi, azioni e risultati sono, quindi, stati definiti e perseguiti, pensando nell'ottica del beneficiario quale, ad esempio, un collaboratore piuttosto che un paziente o, ancora, un attore che si collochi a monte o a valle degli stadi della catena di stretto presidio aziendale.

Pertanto, rispetto alla precedente edizione - focalizzata sulle attività - si presenta un documento che vuole essere una promessa di trasparenza e di avvicinamento a tutti coloro che hanno aspettative, bisogni verso l'azienda e contribuiscono alla sua operatività ed efficienza.

Ciò ha richiesto di attuare un processo che è possibile ricondurre alle seguenti fasi (AA1000, 1999; AA1000 SES, 2008):

- a) identificazione e comprensione dei risultati e degli impatti economici, sociali ed ambientali delle attività, dei prodotti e dei servizi dell'organizzazione;
- b) comprensione delle aspettative degli stakeholder, dei loro bisogni e percezioni;
- c) traduzione di quanto appreso in politiche e pratiche organizzative;
- d) risposta coerente alle aree critiche emerse;
- e) capacità di rendere conto agli stakeholder delle decisioni, azioni ed impatti.

La definizione operativa del sistema informativo di supporto è stata frutto dell'integrazione tra i risultati del processo di analisi attuato per la precedente edizione (2013), lo studio approfondito della normativa sui requisiti di rendicontazione economica e sociale e, infine, gli incontri di confronto e approfondimento attuati con i rappresentanti delle diverse categorie di stakeholder (incontri avviati in base ai feedback ricevuti dopo la presentazione del documento del 2013).

La presente edizione è innovata non solo nei contenuti e nella struttura, ma è arricchita nell'informativa che accoglie la rendicontazione del sistema trasfusionale regionale. Dal punto di vista meramente formale, la ratio di tale scelta si trova nei dettati normativi regionali (come da Legge Regionale n.13/2003; DGRM n.529/2004; DGRM n.873/2008; DGRM n.1731/2010), che affidano alla direzione dell'Azienda, la rendicontazione obbligatoria delle risorse impiegate dalle unità organizzative di Medicina Trasfusionale, operanti sul territorio regionale. Tali unità afferiscono a una configurazione dipartimentale (Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale - DIRMT), autonoma per gli aspetti logistici, organizzativi e gestionali. Ma, l'interazione tra le due strutture va al di là di tali aspetti normativi: il legame assume caratteri solidaristici e strategici. L'assicurazione della disponibilità di sangue ed emocomponenti ad una struttura di alta complessità regionale - come nel caso dell'AOUOORR - è garantita dalla rete di raccolta e donazione sviluppata sull'intero territorio marchigiano. Le strategie e le politiche di gestione del DIRMT influenzano e sono influenzate dai bisogni e dai fabbisogni dell'AOUOORR. È dalla necessità di tutela della salute dei pazienti che prende origine il carattere strategico di tale integrazione, la quale ha guidato la scelta di ospitare la direzione DIRMT nella struttura dell'AOUOORR e di riconoscere ruoli direzionali al Direttore del DIRMT nelle politiche aziendali. In tale scenario, la rendicontazione sociale del Sistema Trasfusionale Regionale completa e qualifica il presente documento (*con un focus specifico in ogni sezione*).

Il presente documento si articola nelle sezioni di seguito descritte.

IDENTITÀ AZIENDALE	con esplicitazione delle variabili socio-demografiche che caratterizzano il panorama regionale, della mission e degli obiettivi strategici e operativi, del sistema di governance e delle attività esercitate nonché della mappa degli stakeholder.
RELAZIONE SOCIALE	articolata per tipologia di stakeholder per ciascuna della quale (Regione Marche e Istituzioni, altre Aziende Sanitarie, risorse umane, pazienti, terzo settore, fornitori di beni e servizi) sono riportate le informazioni quantitativo-fisiche e narrative che evidenziano le relazioni con l'Azienda nonché le attività esercitate in relazione agli obiettivi stabiliti.
RELAZIONE AMBIENTALE	con descrizione - attraverso narrazioni e dati fisico-tecnici - dei principali impatti delle attività aziendali sull'ambiente naturale.
RELAZIONE ECONOMICA	con indicazione del valore economico distribuito o assorbito dalle diverse categorie di stakeholder e breve relazione sui principali indicatori economico-finanziari che caratterizzano la gestione aziendale nel suo complesso.
OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO	con elencazione dei miglioramenti che l'Azienda si propone di rispettare, dopo aver attivato il dialogo con gli stakeholder e aver monitorato gli indicatori di performance e di outcome dell'attività sanitaria.

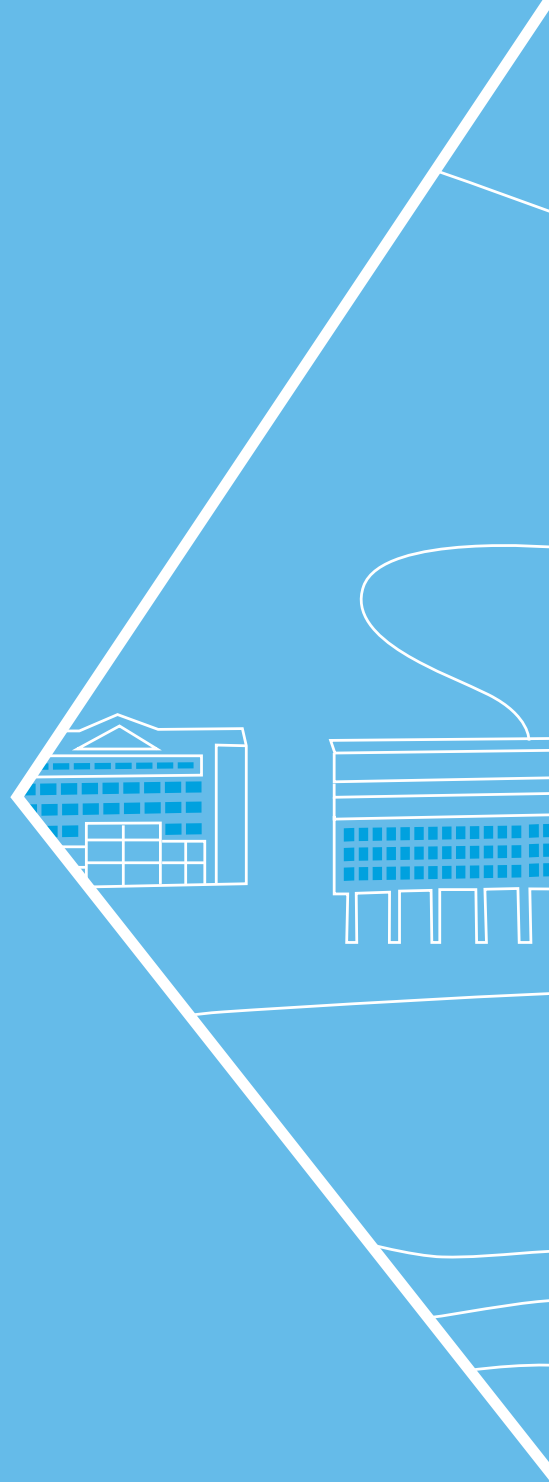
Prof. Stefano Marasca

Direttore del Dipartimento di Management
Università Politecnica delle Marche

Sommario

PRIMA SEZIONE - L'identità aziendale	13
1.1 I contesto di riferimento	16
1.1.1 L'analisi del contesto socio-sanitario del territorio	17
1.1.2 La popolazione assistita	20
1.2 La mission, la vision e i valori	21
1.3 La governance e l'organizzazione	23
1.3.1 Gli organi aziendali	24
1.3.2 Gli organismi collegiali e di consultazione	25
1.3.3 La struttura amministrativa e di staff	26
1.3.4 I dipartimenti ad attività integrata	26
1.3.5 Le strutture organizzative dipartimentali	27
1.4 Le strategie, gli obiettivi e le attività	29
1.4.1 Le attività sanitarie e i numeri	32
1.4.2 La ricerca a beneficio dell'assistenza	35
1.4.3 L'innovazione tecnologica e di processo	38
1.5 La mappa degli stakeholder e le relazioni	42
1.6 L'identità del Sistema Trasfusionale della Regione Marche	45
1.6.1 La mission e le strategie	45
1.6.2 L'organizzazione	46
1.6.3 Gli stakeholder	47
SECONDA SEZIONE - La relazione sociale	51
2.1 La Regione Marche e le Istituzioni	53
2.1.1 Lo Stato, la Regione e l'AOUOORR	53
2.1.2 Gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale	54
2.2 Le Risorse Umane	56
2.2.1 La composizione delle risorse umane	56
2.2.2 La gestione delle risorse umane	61
2.2.3 Il dialogo con i collaboratori	74
2.3 I pazienti	78
2.3.1 Il servizio di emergenza sanitaria territoriale	78
2.3.2 Le prestazioni in ambulatorio ai pazienti	80
2.3.3 I ricoveri ai pazienti	89
2.3.4 L'assistenza farmaceutica	104
2.3.5 I servizi alla persona	104
2.3.6 Il dialogo con i pazienti e i cittadini	116
2.4 Il Terzo Settore	118
2.4.1 Le Fondazioni	118
2.4.2 Le associazioni di volontariato a servizio dei pazienti	122
2.5 I fornitori di Beni e Servizi	125
2.5.1 Il profilo dei fornitori	125
2.5.2 Il dialogo con i fornitori	127
2.6 La relazione sociale del Sistema Trasfusionale della Regione Marche	131
2.6.1 I donatori	131
2.6.2 I collaboratori	136
2.6.3 I pazienti	144
2.6.4 I fornitori di beni e servizi	150

TERZA SEZIONE - La Relazione Ambientale	155
3.1 Il progetto Green@Hospital: avviato il percorso verso la sostenibilità	157
3.2 Le politiche di smaltimento rifiuti	159
3.3 Le politiche di risparmio energetico	161
3.4 La relazione ambientale del Sistema Trasfusionale della Regione Marche	162
QUARTA SEZIONE - La Relazione Economica	165
4.1 Le relazioni economico-finanziarie con i diversi stakeholder	167
4.2 La sintesi del valore economico da distribuire: le risorse impiegate e i contributi ricevuti	175
4.3 Il patrimonio aziendale dell'ultimo triennio	179
4.4 Gli equilibri tra gli investimenti effettuati e le fonti	184
4.5 La relazione economica del Sistema Trasfusionale della Regione Marche	186
4.5.1 Le risorse economiche a disposizione del Dipartimento	186
4.5.2 I costi delle risorse umane operative nelle UU.OO. di Medicina Trasfusionale	187
4.5.3 I rimborsi alle Associazioni di donatori	188
4.5.4 Le risorse economiche impiegate per beni sanitari e non, esclusi dalla gara centralizzata	189
QUINTA SEZIONE - Gli obiettivi di miglioramento	191
5.1 Il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi del 2014	193
5.2 Gli obiettivi di miglioramento	199
5.3 Gli obiettivi di miglioramento del Sistema Trasfusionale della Regione Marche	200
Glossario	205
Ringraziamenti	209
Indice delle figure	211
Indice delle tabelle	213
Questionario di valutazione del bilancio sociale 2014	217



Prima sezione
Identità aziendale





L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" (di seguito **AOUOORR**) ha la sede legale in **Via Conca n.71 a Torrette di Ancona**. Essa si articola in due sedi ospedaliere, la principale, collocata a Torrette di Ancona, riunisce l'ospedale ad orientamento universitario e quello monospecialistico cardiologico - Presidio Lancisi; la seconda sede, collocata nel centro di Ancona, accoglie l'ospedale monospecialistico pediatrico - Presidio Salesi.

All'interno della sede di Torrette di Ancona, è collocata la Direzione del **Dipartimento Regionale Interaziendale di Medicina Trasfusionale (DIRMT)**, istituito con Legge Regionale n.13/2003 (art.25). La Deliberazione n.1731 del 29/11/2010 (e la precedente DGR Marche n.873/2008) regola il Dipartimento e lo caratterizza come strumento organizzativo e gestionale sotto il profilo tecnico, scientifico, logistico e amministrativo di tutte le attività trasfusionali; demandando le funzioni propriamente amministrative all'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi". Approfondimenti sull'identità nonché sugli obiettivi, le attività e i risultati del DIRMT sono riportati nel documento di "I bisogni, i valori, i numeri del Sistema Trasfusionale della Regione Marche 2014".

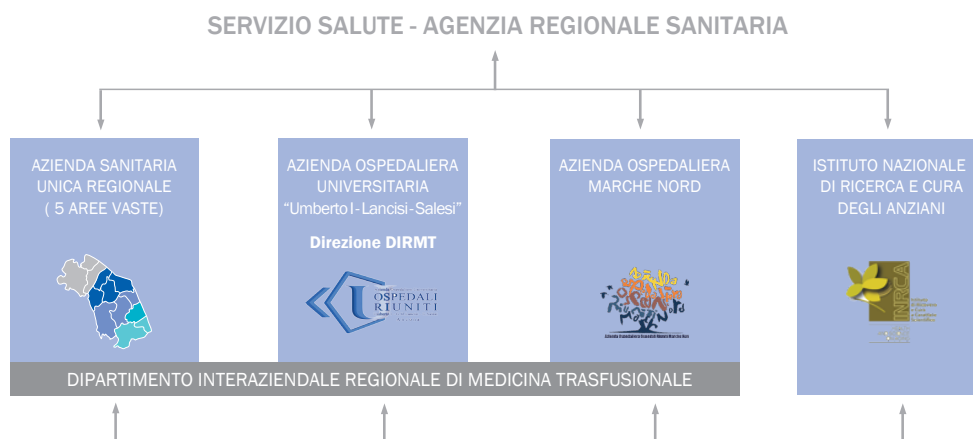
Il bilancio dell'AOUOORR oltre ad accogliere i flussi economico-finanziari del DIRMT, ospita anche i riflessi della gestione del **Centro Regionale Trapianti**. Il Centro - riferimento regionale - nasce nel 2005. Esso afferisce al Centro Interregionale "Nord Italia Transplant program" (NITp) che ha il compito di coordinare l'attività di donazione nelle Regioni che aderiscono e l'allocatione degli organi. L'attività di trapianto nella Regione Marche è svolta, pertanto, secondo i criteri e le modalità definite dal Centro Interregionale.



L'AOUOORR opera nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale Marche in collaborazione con altre tre strutture deputate all'assistenza sanitaria nei diversi livelli essenziali: Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) - articolata per aree vaste*, Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, Istituto Nazionale di Ricerca e Cura degli Anziani (INRCA).

* Le **AREE VASTE** territoriali sono articolazioni dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), aventi il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria.

Figura 1. Organizzazione del Sistema Sanitario della Regione Marche





Essendo un'Azienda integrata con l'[Università Politecnica delle Marche](#) (da ora *Università*), l'AQUOORR interagisce costantemente con la [Facoltà di Medicina e Chirurgia](#) dell'Ateneo anconetano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.

[Struttura di alta specializzazione](#), l'Azienda eroga prestazioni di particolare complessità assistenziale e multidisciplinarietà che non possono essere fornite dalle strutture ospedaliere operanti all'interno del SSR pur collocate nei territori più vicini ai luoghi di residenza dei cittadini.

Rimane territorio di riferimento per il Comune di Ancona anche per le specialità di bassa e media complessità su cui si formano gli specialisti della Facoltà di Medicina e Chirurgia della città.

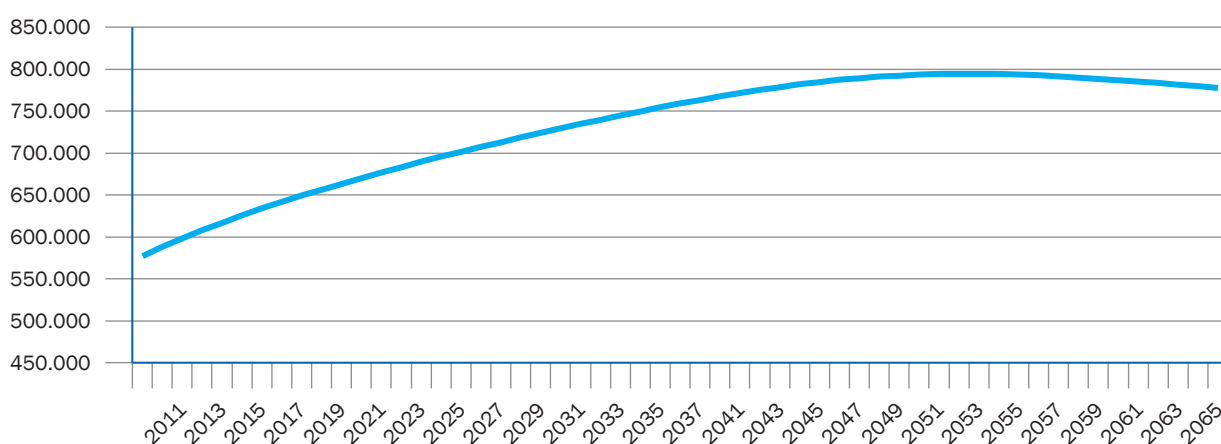


1.1 Il contesto di riferimento

La popolazione marchigiana rappresenta, di fatto, l'88% dell'utenza dell'AOUOORR. Si ritiene, pertanto, importante descrivere le caratteristiche del contesto geografico, demografico ed epidemiologico della Regione Marche.

Attualmente, la popolazione residente è di oltre un milione e mezzo di abitanti. Le previsioni di crescita assumono un andamento parabolico: secondo quanto riportato dalle analisi previsionali consultabili dal sito Demolstat, infatti, si prevede una crescita meno che proporzionale nei prossimi anni (si passa da un tasso di crescita annuale dello 0,7% per i prossimi due anni, progressivamente in diminuzione fino a giungere, fra circa 50 anni, al tasso del - 0,1%).

Figura 2. Popolazione residente (trend 2011-2065) - Regione Marche

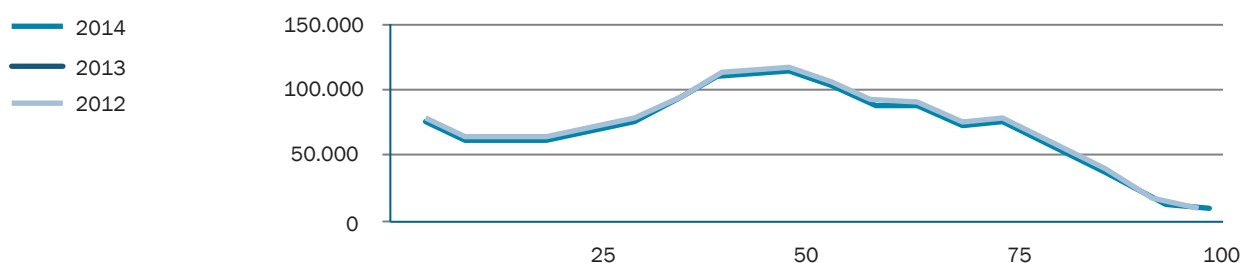


Fonte: DemoIstat - giugno 2014

La struttura fisica della Regione ha comportato anche una distribuzione della popolazione caratterizzata da una notevole frammentazione e la realizzazione di numerosi insediamenti sparsi su tutto il territorio.

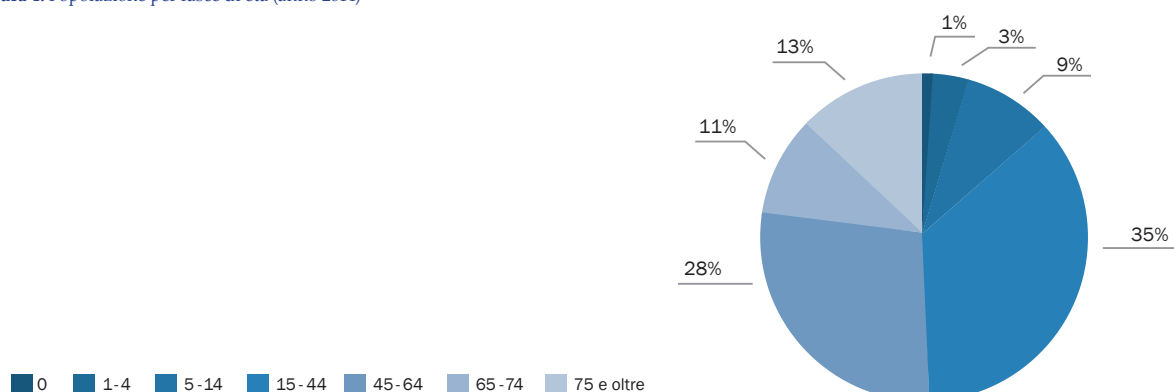
Analizzando la popolazione per classi di età, si può notare che, da tale punto di vista, la segmentazione della popolazione - nell'ultimo triennio - non ha subito sostanziali modifiche.

Figura 3. Popolazione per fasce di età (triennio 2012-2014)



Focalizzando l'attenzione solo sul 2014, si rileva che oltre un terzo della popolazione ha un'età compresa tra i 15 e i 44 anni; in linea con i trend nazionali, le fasce di età giovanissime rappresentano il 14%.

Figura 4. Popolazione per fasce di età (anno 2014)



Fonte: ISTAT (2014)

1.1.1 L'analisi del contesto socio-sanitario del territorio

Il contesto socio-sanitario in cui si sviluppa l'attività dell'Azienda è caratterizzato da alcune peculiarità, che influenzano e determinano sia la popolazione dei beneficiari dei servizi sia le scelte e le dinamiche aziendali. Di seguito, è presentato un breve inquadramento con approfondimenti sull'area della provincia di Ancona (ove è localizzata l'Azienda). Il focus provinciale è di supporto alla comprensione della caratterizzazione locale dei pazienti che fruiscono della maggior parte delle prestazioni. Focalizzando l'attenzione sull'[offerta dei servizi](#), si analizzano quelli più direttamente correlati al contesto di studio dell'AOUOORR. Nello specifico - come da DGR Marche n. 735/2013 - si evidenzia che all'AOUOORR (locata nell'area vasta 2) è destinato il [20% dei posti letto per acuti](#) e il [2,5% dei posti letto di lungo degenza e riabilitazione](#).

In particolare, la legge n.135 del 7 agosto 2012 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cosiddetta "spending review", al fine del contenimento dei costi del SSN, ha stabilito un nuovo standard di posti letto per mille abitanti, riducendo il tasso dal 4‰, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, "nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio". Tale intervento normativo si è inserito nel percorso di programmazione sanitaria di tutte le Regioni, comportando l'aggiustamento in corso d'opera degli standard che le Regioni si erano assegnate in relazione a quanto stabilito dal patto salute 2010-2012.

Tabella 1. Posti letto nel territorio regionale (DGRM n. 735/2013)

	REGIONE	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
POPOLAZIONE	1.565.335	366.963	494.522	311.868	177.914	214.068
ACUTI						
POSTI LETTO AZIENDE OSPEDALIERE	1.473	572	901	0	0	0
POSTI LETTO INRCA	151	0	131	0	20	0
POSTI LETTO PRIVATI	361	0	80	116	32	133
POSTI LETTO ASUR	2.550	241	758	707	335	509
Totale	4.535	813	1.870	823	387	642
POSTI LETTO ‰ (PER MILLE ABITANTI)	0,29‰	0,22‰	0,38‰	0,26‰	0,22‰	0,30‰
LUNGODEGENZA/RIABILITAZIONE						
POSTI LETTO AZIENDE OSPEDALIERE	49	20	29	0	0	0
POSTI LETTO INRCA	84	0	48	0	36	0
POSTI LETTO PRIVATI	647	60	243	198	22	124
POSTI LETTO ASUR	386	110	114	103	25	34
Totale	1.166	190	434	301	83	158
POSTI LETTO ‰ (PER MILLE ABITANTI)	0,07‰	0,05‰	0,09‰	0,10‰	0,05‰	0,07‰

La tabella che segue illustra la nuova dotazione regionale di mezzi ed équipe destinati al servizio di pronto soccorso.

Tabella 2. Dotazione mezzi ed équipe per il servizio di Pronto Soccorso (DGRM n. 735/2013)

		MSA (medico 118+ infermiere + autista soccorritore)	MSI (infermiere + autista soccorritore)	MSB (autista + soccorritore blsd)
PESARO SOCCORSO	367.000 ab	8,5	4,5	6
	2.564 Km ²			
ANCONA SOCCORSO	481.000 ab	9	5	15
	1.933 Km ²			
MACERATA SOCCORSO	329.000 ab	8	3	12
	2.781 Km ²			
PICENO SOCCORSO	392.000 ab	7	2,5	14
	2.121 Km ²			
REGIONE MARCHE	1569000 ab	32,5	15	47
	9399 Km²			

Grazie ad una buona vivibilità nella Regione Marche, i parametri (fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali della Regione Marche) relativi a [speranza di vita](#) presentano valori in miglioramento (80,6 anni per i maschi e 85,3 anni per le femmine nel 2012), i quali sono superiori rispetto alla media italiana (rispettivamente di 79,6 anni e 84,4 anni) e del centro Italia (rispettivamente di 79,7 anni e 84,4 anni). La stessa banca dati rivela un simile orientamento positivo per il tasso di [mortalità per tumore](#) (8,6 per 10.000 abitanti in confronto a una media nazionale di 9,1), ma - tra gli altri - una tendenza contraria dell'indice di [stato fisico e psicologico](#) e dei parametri che esprimono i [decessi](#) per demenza e malattie correlate.

Tabella 3. Indici di stato psico-fisico e per decessi - Regione Marche (Unioncamere)

INDICE	REGIONE MARCHE	CENTRO ITALIA	ITALIA
INDICE DI STATO FISICO	50,2	50,5	50,4
INDICE DI STATO PSICOLOGICO	49	49,7	49,8
DECESSI PER DEMENZA E MALATTIE CORRELATE	27 PER 10.000	24,7 PER 10.000	26,2 PER 10.000

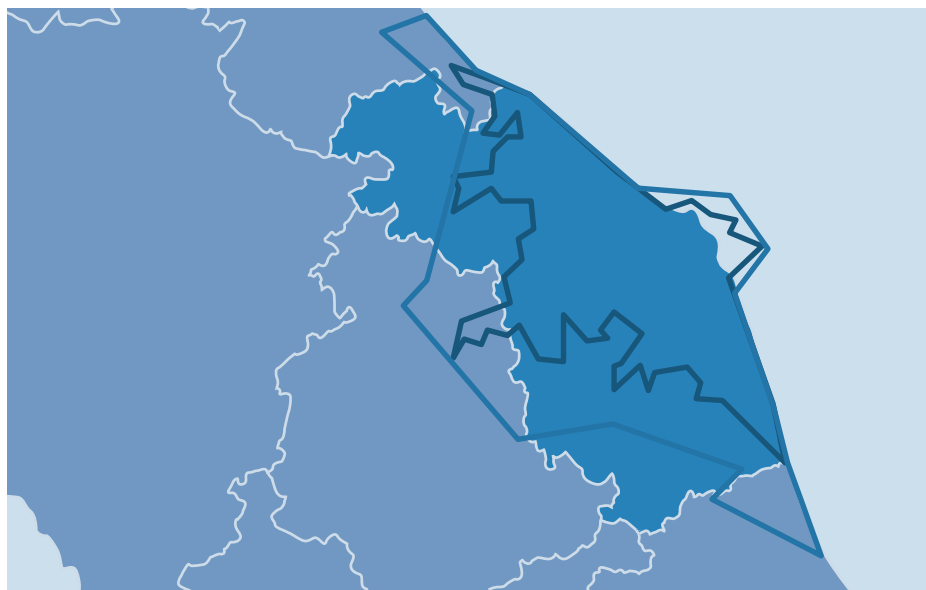
Fonte: Osservatorio Regionale Politiche Sociali della Regione Marche, dati 2012

Altro fattore rilevante è la considerazione delle argomentazioni riportate nel report del 24 dicembre 2013 "La salute e il [ricorso ai servizi sanitari](#) attraverso la crisi" (dati 2012, ISTAT), il quale ha evidenziato in generale sul territorio nazionale che la [condizione economica](#) influenza in circa il 50,4% dei casi il ricorso alle prestazioni sanitarie. A tale proposito, una progressiva riduzione del reddito disponibile delle famiglie può verificarsi - con effetti quindi sulla domanda sanitaria - se si considera che il tasso di occupazione (occupati/popolazione moltiplicato per 100) riferito alla popolazione in età lavorativa (età minima: 15 anni e età massima: 65 anni) è in decremento (-1,6% nelle Marche a fronte di un -1,1% nel Centro e un -1,2% in Italia) e, contestualmente, il tasso di disoccupazione è in aumento (+2% nelle Marche, +1,4% nel Centro e +1,5% in Italia). Da non sottovalutare poi l'importo medio delle pensioni che, a livello provinciale, evidenzia criticità importanti con un valore medio di soli 807€ (94° posizione della classifica nazionale).

Lo stesso report ha rilevato che il ricorso alle prestazioni sanitarie è legato all'accessibilità delle strutture (difficoltà a raggiungere la struttura) nel 32,4% dei casi (dati 2012). In merito a questo aspetto, con riferimento al punto geografico ove ha sede l'AOUORR, si sottolinea con forza una buona [accessibilità stradale](#). Infatti, come da rappresentazione cartografica delle fasce isocrone riportata nella figura 4, 1.102.068 individui (cioè il 71% dei residenti nella regione Marche) hanno la possibilità di raggiungere la struttura entro 60' e 1.402.931 individui (cioè il 90,3% dei residenti nella regione Marche) entro i 90'.

Figura 5. Rappresentazione cartografica delle fasce isocrone a 60 e 90 minuti di guida da Ospedali Riuniti - Torrette - Via Conca 71 (velocità medie teoriche)

— 60 MINUTI
— 90 MINUTI

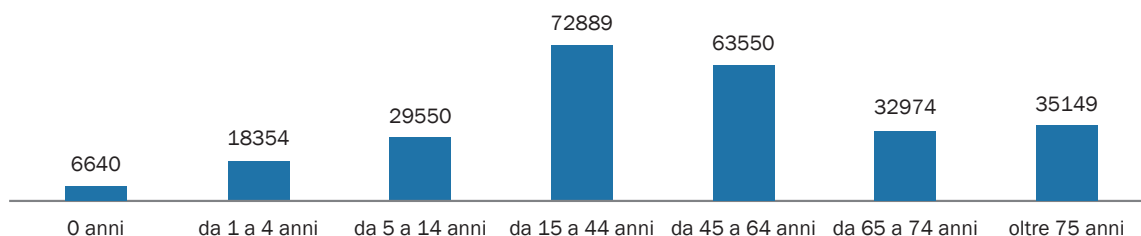


** Le stime si basano su dati Istat (Bilancio Demografico al 31.12.2013 - Totale popolazione Marche 1.553.138) considerando solo i soggetti residenti nella regione Marche.*

1.1.2 La popolazione assistita

Al fine di mettere in luce la complessa attività aziendale a favore dei cittadini marchigiani e non, si presentano di seguito alcuni dati esplicativi della popolazione assistita dall'AOUOORR, assistita in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale. Considerando sia la popolazione residente nella Regione Marche sia la popolazione residente fuori Regione, la popolazione per classe di età è in pieno allineamento con la configurazione della popolazione della Regione Marche.

Figura 6. Popolazione assistita per classi di età (anno 2014)



Fonte: Rielaborazione su dati dell'Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Marche

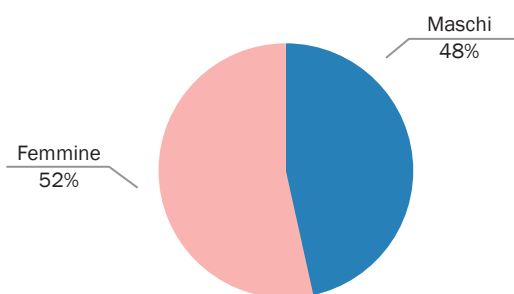
Tabella 4. Assistiti per provenienza (anno 2014)

	2014
Comune Ancona	81.581
Area Vasta 2 (escl. AN)	104.392
Resto_Marche	53.434
Extraregione	18.712
Stranieri	987
Totale	259.106

Fonte: Rielaborazione su dati dell'Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Marche

Dall'analisi per provenienza della popolazione assistita in regime di ricovero, è Interessante rilevare che oltre un terzo degli assistiti proviene dalle aree esterne al territorio provinciale ove è situata l'AOUOORR.

Figura 7. Assistiti per sesso in percentuale (anno 2014)



Fonte: Rielaborazione su dati dell'Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Marche

Nel 2014, in valore assoluto, il totale degli assistiti maschi è di 123.291, mentre delle femmine è di 135.815.

1.2 La mission, la vision e i valori

La mission

Rispondere alla domanda di salute (fisica, psichica e sociale), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche del Servizio Sanitario e della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

La vision

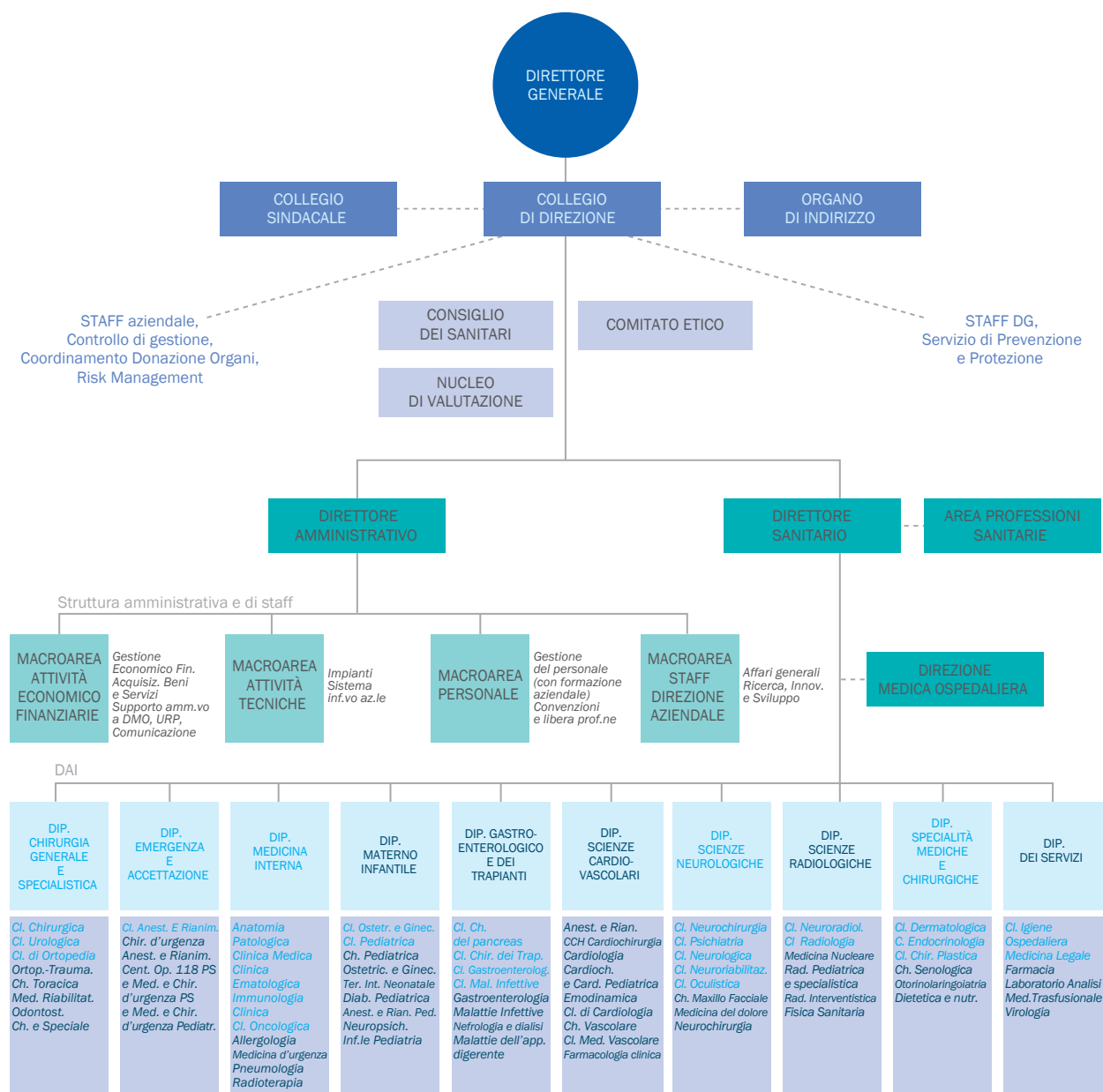
Orientare le strategie e le azioni alla piena integrazione nel Servizio Sanitario della Regione Marche, consolidandosi nel ruolo di “Azienda di riferimento regionale”, perno della rete assistenziale regionale per il livello di complessità adeguato, polo di attrazione anche delle regioni limitrofe.

Nel perseguimento della mission dell'AOUOORR, il personale impegnato nello svolgimento delle funzioni aziendali agisce ispirandosi ai valori di seguito descritti:

- improntare la propria attività al principio della **centralità della persona** in tutte le sue caratteristiche, fisiche, psichiche e sociali;
- improntare i processi alla cultura della **prevenzione** e della tutela della salute;
- valorizzare l'**appropriatezza** delle prestazioni e mantenere il tempo di attesa per la loro fruizione entro limiti che non ne inficino l'efficacia;
- utilizzare **criteri etici** nella scelta dei livelli appropriati di assistenza e nella valutazione delle attività operando nel rispetto della libertà e della dignità umana;
- perseguire l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della **dignità** della persona;
- rendere disponibili percorsi assistenziali preferenziali alle categorie di cittadini più deboli o affetti da disabilità o patologie croniche di particolare gravità;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla **trasparenza**;
- dare rilievo ai processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi dell'Azienda e di consentire una adeguata **partecipazione**;
- diffondere tra i propri utenti l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'**autonomia** decisionale;
- favorire l'azione del **Volontariato** e dell'Associazionismo presenti in Azienda per creare opportunità e stimolo di crescita anche dal punto di vista qualitativo e per permettere il collegamento con la realtà territoriale e con l'utenza;
- basare lo sviluppo delle proprie attività su programmi finalizzati a migliorare i percorsi assistenziali, anche formulando linee guida e definendo indicatori, in particolare di esito, delle attività cliniche, nell'ottica della valutazione delle metodologie e delle attività sanitarie;
- **valorizzare il ruolo** di tutti i professionisti nel governo clinico dell'Azienda;
- favorire l'attività di **ricerca** di base e clinica, quale fattore essenziale dello sviluppo e dell'innovazione della scienza medica e dell'**innovazione**;
- dare risposta appropriata nel percorso assistenziale al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi **obiettivi formativi** della Facoltà di Medicina e Chirurgia;

-
- accrescere costantemente la qualità **professionale** dei propri operatori, attraverso un processo di formazione e di aggiornamento continuo;
-
- promuovere tutti i possibili processi tesi a garantire la sicurezza dello studio e del lavoro nel contesto della propria attività;
-
- attribuire un ruolo, nella programmazione aziendale, al metodo del **confronto** con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato;
-
- promuovere la **sostenibilità ambientale** del complesso ospedaliero finalizzata al minor impatto possibile nel territorio circostante e rispettosa dell'ambiente in cui opera l'Azienda;
-
- garantire e tutelare il diritto alla **riservatezza** delle notizie e delle informazioni di natura sanitaria, in conformità alla normativa vigente.
-

1.3 La governance e l'organizzazione



SOD:

■ Dipartimenti e strutture complesse a direzione universitaria

■ Dipartimenti e strutture complesse a direzione ospedaliera

1.3.1 Gli organi aziendali

Il Direttore Generale

Il direttore generale è il responsabile legale dell'Azienda. Nel suo agire egli è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo. Inoltre, egli è responsabile della realizzazione dei programmi e progetti strategici nel rispetto ed in attuazione degli atti di indirizzo politico-amministrativo della Regione (compreso il Piano Sanitario Regionale) e dell'Università, nonché delle indicazioni elaborate dall'Organo di Indirizzo, per quanto di competenza. Egli verifica, avvalendosi anche di apposite strutture organizzative, la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili.

L'Organo di Indirizzo

L'Organo di Indirizzo - con riferimento principalmente ai Dipartimenti ad Attività Integrata (Cfr. paragrafo "Organizzazione") - propone iniziative e misure per assicurare la coerenza tra la programmazione generale dell'attività assistenziale della Azienda e la programmazione didattica e scientifica della Facoltà di Medicina e Chirurgia; esprime parere su piani e programmi di attività e di investimento e sul bilancio di esercizio.

MEMBRI
Presidente, nominato d'intesa Regione e Università
Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Dirigente del Servizio Sanità
Funzionario della Regione Marche
Funzionario dell'Università Politecnica delle Marche

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale svolge le funzioni indicate dall'art.3 ter del D.lgs 502/1992 e ss.mm.ii., definendo, d'intesa con il Direttore Generale, le relative modalità:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità.

MEMBRI
Presidente, nominato dall'Assemblea Legislativa Regionale
Membro, nominato dall'Università Politecnica delle Marche
Membro, nominato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione costituisce primaria sede e strumento di analisi, confronto e coordinamento tra Direzione strategica e professionisti nell'elaborazione e nella promozione delle linee di sviluppo dell'Azienda, concorrendo con attività propositive e consultive alla funzione di governo complessivo affidata al Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale, è composto dai Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata e dal Responsabile Area Professioni Sanitarie-Infermieristico Ostetrica. Al Collegio possono essere invitati a partecipare, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare, i dirigenti di singole strutture sia organizzative che funzionali, con particolare riferimento ai Dirigenti dello Staff del Direttore Generale e della Direzione Aziendale, nonché esperti esterni all'Amministrazione allorché risulti opportuna una valutazione tecnica in ordine a singoli argomenti in discussione.

Di norma, partecipano alle riunioni su specifico invito del Direttore Generale, il Direttore del DIRMT e il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia al fine di renderli partecipi e possano offrire il loro contributo alla definizione e condivisione delle scelte intraprese in seno al Collegio.

1.3.2 Gli organismi collegiali e di consultazione

Il Comitato Etico

Il Comitato Etico è incaricato di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti arruolati nelle sperimentazioni (descritte nel paragrafo dedicato all'attività di ricerca) e di fornire pubblica garanzia di questa tutela. A tale organo devono essere sottoposte tutte le proposte di studio che possono coinvolgere il paziente e sulla cui tutela e dignità esso vigila. Oltre ad occuparsi della sperimentazione clinica, il Comitato Etico svolge una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana. Inoltre, esso propone iniziative di formazione agli operatori sanitari relativamente a temi di bioetica.

Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo consultivo in materia tecnico-sanitaria. Tale organismo, ai sensi dell'art.18 L.R. 26/1996, esprime parere obbligatorio per gli aspetti tecnico-sanitari e di assistenza sanitaria concernenti:

- regolamenti di organizzazione e dotazioni organiche;
- piani e programmi pluriennali ed annuali;
- relazione sanitaria Aziendale;
- programmi di investimento, attinenti alle attività tecnico-sanitarie;
- piano di formazione.

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario ed è composto da direttori dei dipartimenti che svolgono attività sanitaria, un medico di primo livello dirigenziale per ogni dipartimento, due laureati non medici, due unità di personale tecnico sanitario e riabilitativo, due collaboratori sanitari professionali infermieri, tra cui un coordinatore; due dirigenti medici universitari di primo livello dirigenziale; due dirigenti medici di struttura complessa, che non siano responsabili di dipartimento; un responsabile del servizio infermieristico; un referente di struttura complessa della farmacia ospedaliera nominato dal Direttore Generale.

Il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione è l'organismo che esercita le funzioni di valutazione interna dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dei centri di responsabilità Aziendali e del personale connesso. Organismo di controllo interno, assume anche le funzioni in materia di trasparenza attribuite dalla norma all'Organismo Indipendente di Valutazione.

	MEMBRI
COMPONENTI INTERNI	Presidente (Responsabile SOS Risk Management, Dirigente medico)
	Dirigente medico presso la SOD Clinica Medica
	Dirigente medico impegnato nella qualità ed appropriatezza
COMPONENTI ESTERNI	Designato dall'Università Politecnica delle Marche
	Dirigente amministrativo presso INRCA

1.3.3 La struttura amministrativa e di staff

L'organizzazione delle funzioni amministrative si articola in quattro macro aree funzionali (Attività Economico Finanziarie, Attività Tecniche, Personale, Staff Direzione Aziendale), un gruppo di staff (della Direzione Aziendale e della Direzione Sanitaria) e l'area delle professioni sanitarie.

1.3.4 I dipartimenti ad attività integrata

Il modello di gestione operativa delle attività assistenziali prevede l'articolazione in **Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.)**.

Il D.A.I. fornisce al cittadino un percorso assistenziale caratterizzato da **omogeneità** nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi, persegue il livello più elevato possibile di qualità e di appropriatezza delle cure, la tempestività e coerenza nella erogazione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Il Dipartimento ad Attività Integrata:

- gestisce in termini funzionali le strutture organizzative che lo compongono;
- è dotato di autonomia operativa e gestionale;
- è, in quanto tale, titolare di budget;
- definisce i piani operativi di produzione, nel rispetto delle risorse assegnate e degli obiettivi definiti dalla direzione aziendale, in attuazione delle linee strategiche;
- è soggetto a rendicontazione analitica e, nell'ambito delle proprie responsabilità, è organizzato in centri di costo, con connessa e conseguente responsabilità.



Tabella 5. Elenco Dipartimenti ad Attività Integrata

DIPARTIMENTI AD ATTIVITÀ INTEGRATA	
DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALITÀ CHIRURGICHE	DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIOVASCOLARI
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE	DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	DIPARTIMENTO DI SCIENZE RADIOLOGICHE
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICHE E CHIRURGICHE
DIPARTIMENTO GASTROENTEROLOGICO E DEI TRAPIANTI	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

All'interno del D.A.I. operano alcuni **Centri di Riferimento Regionali di alta specializzazione**.

Attualmente, in Azienda sono operativi 22 Centri di Riferimento Regionali.

ACCESSI VASCOLARI
AIDS E MALATTIE INFETTIVE
ATTIVITÀ PRELIEVO E TRAPIANTI ORGANI E TESSUTI
AUDIOLOGIA
CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E CHIRURGIA DELLA MANO
CITOPATOLOGIA DIAGNOSTICA
CONTROLLO DI QUALITÀ DEI PREPARATI GALENICI E MAGISTRALI
DIABETOLOGIA PEDIATRICA
DIAGNOSI E CURA DELL'EPILESSIA INFANTILE
FIBROSI CISTICA E MALATTIE APPARATO RESPIRATORIO
GENETICA MEDICA

GENETICA ONCOLOGICA
IPERTENSIONE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI
IPOTIROIDISMO CONGENITO
MALATTIE NEUROMUSCOLARI
MALATTIE RARE
NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA
NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
PREVENZIONE E CURA DELLE PATOLOGIE ORALI DI SOGGETTI DISABILI
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
TRATTAMENTO DELLE FERITE DIFFICILI

Centri di riferimento regionali di alta specializzazione: riconosciuti formalmente dalla Regione Marche in quanto aventi i requisiti previsti dalla DGR Marche n. 779/2000: vocazione di alta specialità documentata da procedure e protocolli di accettazione assieme alla complessità del case mix trattato.

1.3.5 Le strutture organizzative dipartimentali

L'Azienda si articola in 68 strutture complesse di cui 38 a direzione ospedaliera (H) e 30 a direzione universitaria (U). Ciascuna Struttura Organizzativa Complessa afferisce ad un D.A.I. Per assicurare l'adeguata organizzazione dei percorsi assistenziali trasversali, una Struttura Complessa anche denominata Struttura Organizzativa Dipartimentale (SOD) od un'articolazione di essa può essere funzionalmente aggregata ad uno o più D.A.I., oltre a quello di afferenza.

Tabella 6. Articolazione dipartimentale anno 2014

DIPARTIMENTO	SOD		
DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	1	CLINICA CHIRURGICA	U
	2	CLINICA UROLOGICA	U
	3	CLINICA DI ORTOPEDIA ADULTA E PEDIATRICA	U
	4	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	H
	5	CHIRURGIA TORACICA	H
	6	MEDICINA RIABILITATIVA	H
	7	ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGIA E SPECIALE	H
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	8	CHIRURGIA D'URGENZA	H
	9	ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEI TRAPIANTI E CHIRURGIA MAGGIORE	H
	10	CLINICA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE GENERALE, RESPIRATORIA E DEL TRAUMA MAGGIORE	U
	11	PRONTO SOCCORSO E MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E D'URGENZA	H
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	12	CHIRURGIA PEDIATRICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE	H
	13	CLINICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA A PREVALENTE INDIRIZZO OSTETRICO E GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO	U
	14	OSTETRICIA E GINECOLOGIA A PREVALENTE INDIRIZZO GINECOLOGICO	H
	15	NEONATOLOGIA	H
	16	CLINICA PEDIATRICA AD INDIRIZZO GENETICO-METABOLICO E GASTRO NEFRO-ONCOLOGICO	U
	17	DIABETOLOGIA PEDIATRICA	H
	18	ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	H
	19	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	H
	20	PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMO-ENDOCRINO- IMMUNO-INFETTIVOLOGICO	H
DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA	21	ANATOMIA PATOLOGICA	U
	22	ALLERGOLOGIA	H
	23	CLINICA MEDICA	U
	24	CLINICA EMATOLOGICA	U
	25	RADIOTERAPIA	H
	26	CLINICA ONCOLOGICA	U
	27	IMMUNOLOGIA CLINICA	U
	28	PNEUMOLOGIA	H
	29	MEDICINA D'URGENZA	H
DIPARTIMENTO GASTROENTEROLOGICO E DEI TRAPIANTI	30	CLINICA CHIRURGIA DEL PANCREAS	U
	31	CLINICA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	U
	32	CLINICA DI GASTROENTEROLOGIA, EPATOLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA D'URGENZA	U
	33	MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE, ENDOSCOPIA DIGESTIVA E MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI	H
	34	MALATTIE INFETTIVE EMERGENTI E DEGLI IMMUNODEPRESSI	H
	35	NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO DI RENE	H
	36	CLINICA MALATTIE INFETTIVE TROPICALI, PARASSITOLOGIA, EPATITI CRONICHE	U
DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOVASCOLARI	37	ANESTESIA E RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	H
	38	CARDIOCHIRURGIA	H
	39	CARDIOLOGIA OSPEDALIERA E UTIC	H
	40	CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CONGENITA	H
	41	CLINICA DI CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA	U
	42	CHIRURGIA VASCOLARE	H
	43	FARMACOLOGIA CLINICA	U

DIPARTIMENTO		SOD	
DIPARTIMENTO DI SCIENZE NEUROLOGICHE	44	CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	H
	45	CLINICA DI NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA E D'URGENZA	U
	46	CLINICA DI PSICHIATRIA	U
	47	CLINICA NEUROLOGICA	U
	48	CLINICA DI NEURORIABILITAZIONE	U
	49	CLINICA OCULISTICA	U
	50	NEUROCHIRURGIA GENERALE, PEDIATRICA E DELLE MIELOLESIONI	H
DIPARTIMENTO DI SCIENZE RADIOLOGICHE	51	CLINICA DI NEURORADIOLOGIA	U
	52	CLINICA DI RADIOLOGIA, D'URGENZA E DELL'AREA ONCOLOGICA	U
	53	MEDICINA NUCLEARE	H
	54	RADIOLOGIA PEDIATRICA E SPECIALISTICA	H
	55	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	H
	56	FISICA SANITARIA	H
DIPARTIMENTO SPECIALITÀ MEDICHE E CHIRURGICHE	57	CHIRURGIA SENOLOGICA	H
	58	CLINICA DI DERMATOLOGIA	U
	59	CLINICA DI ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	U
	60	OTORINOLARINGOIATRIA	H
	61	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	H
	62	CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	U
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	63	FARMACIA	H
	64	IGIENE OSPEDALIERA	U
	65	LABORATORIO ANALISI	H
	66	MEDICINA LEGALE	U
	67	MEDICINA TRASFUSIONALE	H
	68	VIROLOGIA	U

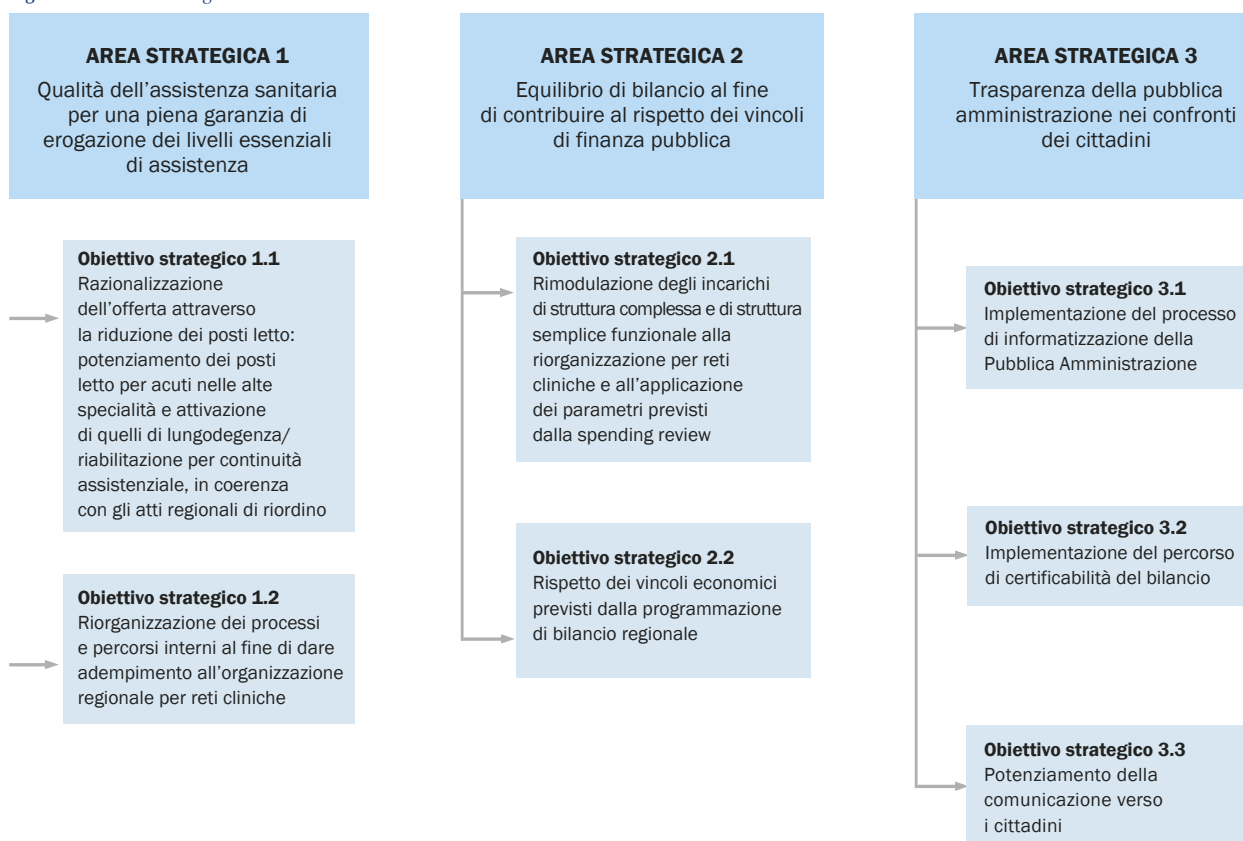
1.4 Le strategie, gli obiettivi e le attività

Nel rispetto della mission, vision e dei valori etici ispiratori dell'agire aziendale, gli obiettivi strategici triennali discendono in modo significativo da quanto definito dalla Regione Marche nella pianificazione e programmazione sanitaria ed economica per gli enti del Servizio Sanitario Regionale.

Gli **obiettivi strategici** dell'AOUOOR per il triennio 2013-2015 confluiscono in tre linee (o aree) interconnesse.

La ricaduta degli obiettivi strategici su tutti i centri di responsabilità, secondo un processo a cascata, implica l'individuazione di **obiettivi operativi** per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica. Ciascun macro-obiettivo operativo viene declinato in obiettivi ancor più specifici per il singolo centro di responsabilità in sede di negoziazione del budget annuale.

Figura 8. Obiettivi strategici dell'AOUOOR



Area sanitaria

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORE
OBIETTIVO STRATEGICO 1.1 RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA ATTRAVERSO LA RIDUZIONE DEI POSTI LETTO: POTENZIAMENTO DEI POSTI LETTO PER ACUTI NELLE ALTE SPECIALITÀ E ATTIVAZIONE DI QUELLI DI LUNGODEGENZA /RIABILITAZIONE PER CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, IN COERENZA CON GLI ATTI REGIONALI DI RIORDINO	APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	- RIDUZIONE DEI DAY HOSPITAL CON FINALITÀ DIAGNOSTICA - INCREMENTO % DRG* LEA CHIRURGICI IN DS - CONTENIMENTO DEI RICOVERI ORDINARI MEDICI <= 2 GG - CONTROLLO DELLA DEGENZA MEDIA PESATA
	APPROPRIATEZZA CLINICA	- RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA CHIRURGICI PER CLASSE DI PRIORITÀ - ATTUAZIONE DELLA L. N. 38/2010 E DGRM N.892/2011 RILEVAZIONE DOLORE - RIDUZIONE DEI RICOVERI MEDICI PAZIENTI >= 65 ANNI OLTRE SOGLIA - RILEVAZIONE ED ANALISI DEGLI EVENTI AVVERSI
OBIETTIVO STRATEGICO 1.2 RIORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI E PERCORSI INTERNI AL FINE DI DARE ADEMPIMENTO ALL'ORGANIZZAZIONE REGIONALE PER RETI CLINICHE	PERCORSI INTEGRATI - PDT	- INTERVENTI MULTIDISCIPLINARI - PROTOCOLLI AZIENDALI PER LA PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA
	IMPLEMENTAZIONE DELLE ALTE SPECIALITÀ	- INCREMENTO % DI DRG DI ALTA COMPLESSITÀ
OBIETTIVO STRATEGICO 2.1 RIMODULAZIONE DEGLI INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA E DI STRUTTURA SEMPLICE FUNZIONALE ALLA RIORGANIZZAZIONI PER RETI CLINICHE E ALL'APPLICAZIONE DEI PARAMETRI PREVISTI DALLA SPENDING REVIEW	RIDEFINIZIONE DELLE FUNZIONI E DEI MARGINI DI AUTONOMIA ORGANIZZATIVA E GESTIONALE	- RIDUZIONE DEGLI INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA
OBIETTIVO STRATEGICO 2.2 RISPETTO DEI VINCOLI ECONOMICI PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO REGIONALE	POTENZIAMENTO DELLA MOBILITÀ ATTIVA EXTRAREGIONALE	- INCREMENTO DELLA % DI ATTRAZIONE EXTRAREGIONALE TRAMITE LO SVILUPPO DI PROCEDURE DI ECCELLENZA
	RAZIONALIZZAZIONE DEI CONSUMI SANITARI, NON SANITARI E SERVIZI RICHIESTI	- CONTENIMENTO CONSUMI DISPOSITIVI MEDICI, MEDICINALI CON E SENZA AIC, CANCELLERIA, MATERIALI DI GUARDAROBA - RAZIONALIZZAZIONE DELLE RICHIESTE INTERNE DI LABORATORIO ANALISI
OBIETTIVO STRATEGICO 3.1 IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO AMMINISTRATIVO - CONTABILE	- PIENO UTILIZZO PROCEDURA INFORMATICA DI SALA OPERATORIA

Area amministrativa, professionale e tecnica

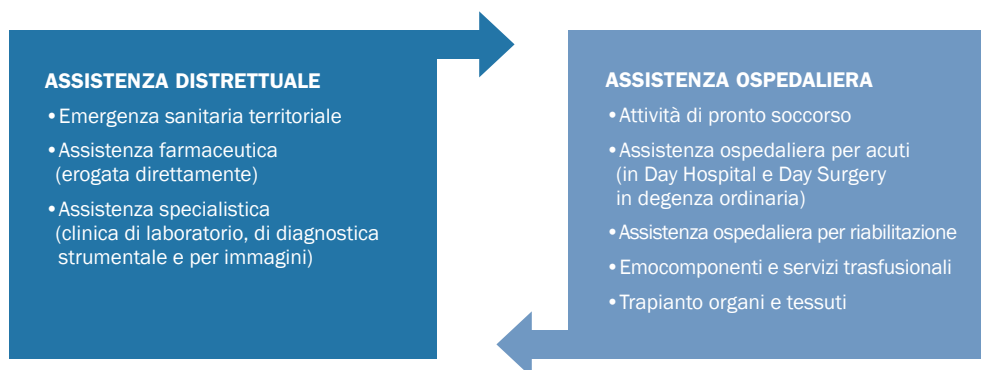
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORE
OBIETTIVO STRATEGICO 2.2 RISPETTO DEI VINCOLI ECONOMICI PREVISTI DALLA PROGRAMMAZIONE DI BILANCIO REGIONALE	REPORTISTICA ECONOMICA TRIMESTRALE	TEMPESTIVITÀ, CORRETTEZZA E QUALITÀ DELLA REPORTISTICA TRIMESTRALE DI CONTABILITÀ ANALITICA RELAZIONATA DAI GESTORI DI SPESA AL CONTROLLO DI GESTIONE
OBIETTIVO STRATEGICO 3.1 IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	PROTOCOLLO INFORMATIZZATO: IMPLEMENTAZIONE	IMPLEMENTAZIONE DEL PROTOCOLLO INFORMATIZZATO
	IMPLEMENTAZIONE SISTEMA INFORMATIVO AMMINISTRATIVO-CONTABILE	UTILIZZO A REGIME DELLE RICHIESTE DA REPARTO TRAMITE IL SISTEMA APPLICATIVO AREAS, IN COLLABORAZIONE CON TUTTI I REPARTI SANITARI
OBIETTIVO STRATEGICO 3.2 IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO DI CERTIFICABILITÀ DEI BILANCI	AGGIORNAMENTO INVENTARI BENI DUREVOLI	SUPPORTO ALL'AGGIORNAMENTO DEGLI INVENTARI DEI BENI DUREVOLI
	SVILUPPO DEL PACCHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO SECONDO IL PIANO DI CUI ALLA DETERMINA N. 655/DG DEL 9.12.2013	RISPETTO DELLE SCADENZE NELLA PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INDIVIDUATA IN COLLABORAZIONE CON LA REGIONE
OBIETTIVO STRATEGICO 3.3 POTENZIAMENTO DELLA COMUNICAZIONE VERSO I CITTADINI	BILANCIO SOCIALE 2014	ADOZIONE FORMALE DEL DOCUMENTO

Tali obiettivi sono declinati in attività specifiche per ogni articolazione aziendale, la quale ha la responsabilità di conseguirli nel rispetto degli standard di qualità attesi.

L'AOUOORR, eroga le prestazioni comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Dai LEA previsti dalla normativa, sono escluse le attività di "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" (le quali non sono erogate dall'AOUOORR).

Restano esplicitate le attività inerenti:



1.4.1 Le attività sanitarie e i numeri

L'AOUOORR eroga mediamente circa 47.000 ricoveri complessivi di cui un terzo in regime diurno.

Si consideri che l'attività di ricovero dell'AOUOORR, medica e chirurgica, risulta erogata nel 43,45% dei casi in regime di emergenza/urgenza.

La progressiva riduzione dei ricoveri ordinari rispetto agli anni scorsi (con un -0,8% dal 2013 e un -2% dal 2012) è giustificata dalla scelta strategica di promuovere azioni mirate alla deospedalizzazione e all'identificazione di setting assistenziali sempre più appropriati per le prestazioni di più bassa complessità oltre che alla riduzione dei PL riconosciuti dalla Regione Marche all'AOUOORR per ricondurre l'offerta agli standard sulla popolazione definiti dal Ministero della Salute.

Il contenimento della degenza media dei ricoveri ordinari (attualmente attestante su 7/8 giorni, quale media triennale), in tale direzione, rappresenta un altro impegno dell'AOUOORR, tenuto pur conto delle difficoltà di accoglienza del paziente nella fase post acuta, manifestate dal territorio.

COMPLESSITÀ

ALTA
MEDIA
BASSA



REGIME DI

RICOVERO ORDINARIO
RICOVERO DIURNO
AMBULATORIALE



Tabella 7. Dati di ricovero complessivi ordinari e diurni (triennio 2012-2014)

I RICOVERI			
	2014	2013	2012
N. DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	33.431	34.189	35.049
N. DIMESSI IN DAY HOSPITAL	13.566	13.979	14.025
Totale dimessi	46.997	48.168	49.074
N. GIORNATE DI DEGENZA PER RICOVERI IN REGIME ORDINARIO	269.437	271.541	274.988
N. GIORNATE DI DEGENZA PER RICOVERI IN DAY HOSPITAL	31.535	32.496	33.766
Totale giornate di degenza	300.972	304.037	308.754
LE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE PER ESTERNI E INTERNI			
	2014	2013	2012
ATTIVITÀ DI LABORATORIO (PER ESTERNI)	1.082.249	1.041.281	978.711
ALTRE PRESTAZIONI (PER ESTERNI)	914.182	905.207	862.592
Totale prestazioni per esterni	1.996.431	1.946.488	1.841.303
ATTIVITÀ DI LABORATORIO (PER INTERNI)	2.789.712	2.756.763	2.790.812
ALTRE PRESTAZIONI (PER INTERNI)	302.456	303.644	318.666
Totale prestazioni per interni	3.092.168	3.060.407	3.109.478
Totale prestazioni	5.088.599	5.006.895	4.950.781

L'AOUOORR eroga annualmente circa 5 ml di prestazioni ambulatoriali, di cui - nel 2014 - il 41,7% per pazienti esterni e 58,3% per pazienti ricoverati. Di queste, circa 3,8 milioni di prestazioni ambulatoriali nella branca laboratoristica (di cui quasi un terzo erogate ad esterni).

Le tabelle mostrano un costante incremento delle prestazioni per pazienti esterni rispetto ad entrambi gli esercizi precedenti. L'aumento è registrato sia per le prestazioni in "mobilità" sia per le prestazioni erogate in regime di "regolazione diretta" (nella quale si comprendono le cessioni di servizio ad altre aziende e le prestazioni erogate ai paganti in proprio).

Essendo una struttura ospedaliera con sede del Dipartimento di Emergenza di secondo livello, l'AOUOORR qualifica una parte rilevante della propria attività come emergenza/urgenza. Presso le tre strutture di pronto soccorso (per pazienti adulti, pediatrici e ostetrico-ginecologici) si registrano circa 85.000 accessi annui (di cui parte hanno avuto come conseguenza anche un ricovero) di cui il 61,7% (media del triennio) a Torrette e il restante al Salesi.

Tabella 8. Accessi in pronto soccorso distinti per sede - triennio 2012-2014

	2014	2013	2012
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO TORRETTE	53.383	52.199	51.433
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO SALESI	23.853	23.660	25.992
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO SALESI	7.885	8.140	7.932
Accessi Totali	85.121	83.999	85.357

Al netto dei 559 pazienti volontariamente allontanatisi dal triage, si illustra l'articolazione degli accessi per codice di priorità per il 2014: 1,2% codici rossi, 20,2% codici gialli, 62,6% per codici verdi e 16% codici bianchi. La crescita del numero di accessi costituisce una delle cause di allungamento dei tempi di attesa.

Tabella 9. Accessi in pronto soccorso distinti per codice di priorità - triennio 2012-2014

	2014	2013	2012
ROSSO: EMERGENZA	980	954	839
GIALLO: URGENZA	17.104	16.746	15.837
VERDE: MINOR URGENZA	52.939	50.584	53.329
BIANCO: NON URGENTE	13.539	15.282	14.881
Accessi Totali	84.562	83.566	84.886

Codice Colore

Il Codice colore assegnato in fase di triage stabilisce la priorità da dare al paziente, in base alle sue condizioni. I Codici colore assegnati durante il triage sono 4:

CODICE BIANCO: non c'è nessuna urgenza - il paziente non è in pericolo e non ha bisogno dell'intervento del pronto soccorso e può rivolgersi al proprio medico;

CODICE VERDE: urgenza minore - il paziente riporta delle lesioni (traumi minori, fratture, ecc.) o lamenta dei sintomi che però non interessano le funzioni vitali, ma ha necessità di ricevere delle cure;

CODICE GIALLO: urgenza - il paziente presenta una parziale compromissione delle funzioni dell'apparato circolatorio o respiratorio, lamenta dolori intensi; non c'è un immediato pericolo di vita, ma necessita quanto prima di un controllo da parte del medico;

CODICE ROSSO: emergenza - indica un soggetto con almeno una delle funzioni vitali compromessa, che si trova in immediato pericolo di vita. Stato di shock, perdita di coscienza, respirazione interrotta, arresto cardiaco, emorragie e traumi molto gravi.

Altri Codici colore:

CODICE NERO: viene assegnato al paziente deceduto;

CODICE ARANCIONE: indica che il paziente è contaminato e viene assegnato in presenza di un'emergenza NBCR (Nucleare Biologico Chimico Radiologico);

CODICE BLU: significa "funzione vitale compromessa" e viene assegnato fuori dal reparto ospedaliero, dal personale di soccorso che sta effettuando operazioni di rianimazione come il BLS (Basic Life Support) o la defibrillazione con defibrillatori automatici (DAE).

Il Codice Bianco è soggetto al pagamento del ticket di 25 euro per la prestazione di Pronto Soccorso, ad eccezione di determinate categorie, come i disoccupati, gli invalidi, i titolari di pensioni minime o sociali, le persone con più di 65 anni di età e sotto ad un certo limite di reddito, le persone in possesso di un'esenzione per patologia ed i bambini fino ai 14 anni.

Figura 9. Tempi di attesa Pronto Soccorso Torrette - in minuti - (triennio 2012-2014)

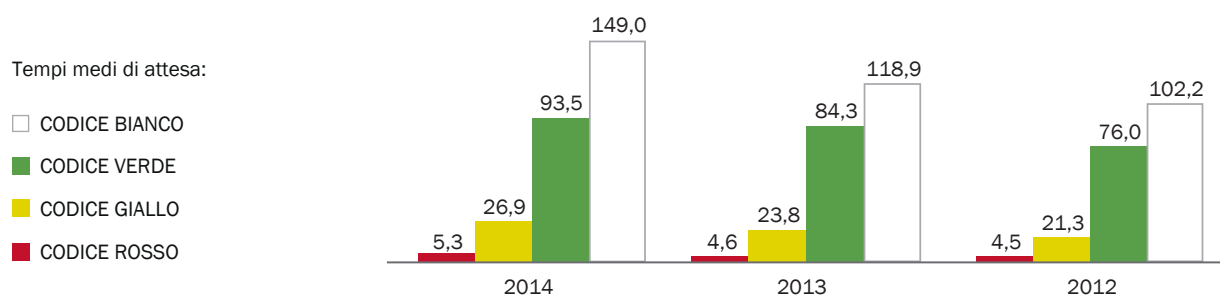
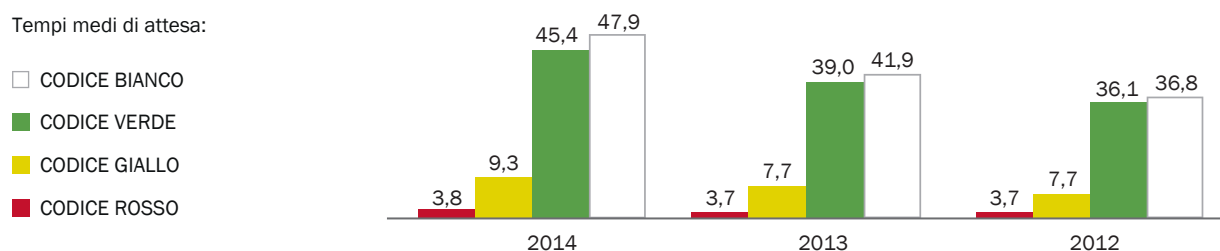


Figura 10. Tempi di attesa Pronto Soccorso Salesi pediatrico - in minuti - (triennio 2012-2014)



Strettamente correlata all'attività di pronto soccorso pediatrico è l'**Osservazione Breve Intensiva** (OBI), per la quale sono disponibili posti letto dedicati (7 presso il presidio Torrette e 4 presso il presidio Salesi).

Tabella 10. Attività dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) - triennio 2012-2014

	PRONTO SOCCORSO TORRETTE			PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO SALESI		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
N. ACCESSI IN OBI	2.043	2.031	2.213	1.086	1.118	1.220
N. RICOVERI DA OBI	468	515	531	171	167	194
N. RITORNI ENTRO 10 GG DOPO DIMISSIONE DA OBI	13	19	21	77	100	140

Analizzando il dato del numero dei pazienti inviati ad altro istituto dal Pronto Soccorso adulti (Torrette), ostetrico ginecologico (Salesi) e pediatrico (Salesi), si rileva l'attività di seguito esposta.

Tabella 11. Pazienti inviati ad altro istituto dal Pronto Soccorso Adulto, Pediatrico/Ginecologico (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
DAL PRONTO SOCCORSO TORRETTE	196	205	207
DAL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO SALESI	42	14	9
DAL PRONTO SOCCORSO OSTETRICO GINECOLOGICO SALESI	5	18	8

1.4.2 La ricerca a beneficio dell'assistenza

La promozione e la realizzazione di progetti di ricerca e sperimentazioni, unitamente alle conoscenze derivanti dall'esperienza quotidiana consentono agli operatori dell'AOUORR di acquisire costantemente conoscenze, competenze e *skills* per il miglioramento dei livelli di assistenza a favore dei pazienti.

Le conoscenze e le esperienze, che emergono dall'operatività giornaliera sulla complessità clinica e sulle problematiche diagnostico-terapeutiche, rappresentano anche la base per la didattica e per il tirocinio degli studenti dei corsi di laurea della Facoltà di Medicina e Chirurgia, che si realizzano nell'ambito dell'Azienda stessa. Le funzioni di assistenza, didattica e ricerca sono svolte unitamente con i docenti e il personale dell'Università Politecnica delle Marche - come da Protocollo d'intesa e Atto aziendale - al fine di assicurare in modo coordinato e sistemico il miglioramento della pratica clinica.

Alla ricerca scientifica, si affianca una ricerca clinica sostenuta da soggetti esterni. Entrambe trovano un punto d'incontro all'interno del Comitato Etico, al quale devono essere sottoposte tutte le proposte di studio, che possono coinvolgere il paziente.

Il Comitato Etico opera secondo le leggi nazionali ed internazionali e secondo le linee guida aggiornate dell'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali in tema di valutazione dell'efficacia delle sperimentazioni cliniche e della normativa di riferimento per le sperimentazioni con dispositivi medici. Per esprimere il parere possono essere richiesti chiarimenti allo sperimentatore locale, allo sponsor/promotore, alle Aziende Farmaceutiche interessate. Il parere che può essere favorevole, non favorevole, sospeso (in quest'ultimo caso, esprimere un parere sospeso è possibile solo nel caso in cui la struttura organizzativa è Centro coordinatore). Tra i c.d. pareri sono considerati sia i pareri in senso stretto che gli emendamenti. Si consideri, infatti, che anche a sperimentazione iniziata, o solo corredata di parere favorevole del comitato etico, il promotore della sperimentazione può apportare emendamenti al protocollo, previa comunicazione alle autorità competenti e al comitato o ai comitati etici competenti dei motivi e del contenuto degli emendamenti (ove gli stessi siano sostanziali tali da incidere sulla sicurezza dei soggetti della sperimentazione o modificare l'interpretazione della documentazione scientifica a sostegno dello svolgimento della sperimentazione, oppure siano significativi in relazione allo svolgimento clinico dello studio). Nel caso di emendamenti non sostanziali si parla di prese d'atto.

Tabella 12. Attività complessiva del Comitato Etico (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
TOTALE ATTIVITÀ	761	812	668

di cui

Tabella 13. Pareri (comprensivi di emendamenti) del Comitato Etico (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PARERE FAVOREVOLE	318	350	256
PARERE NON FAVOREVOLE	0	11	7
PARERE SOSPESO	49	10	31
Totale pareri	367	371	294

Tabella 14. Prese d'atto del Comitato Etico (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PRESE D'ATTO	394	441	374

Il Comitato etico aziendale è stato operativo fino ad ottobre 2014, poi l'attività è stata temporaneamente sospesa in attesa della costituzione del Comitato Etico Regionale ai sensi del D.L. n.158/2012 istituito dalla Regione Marche con DGR n. 1104 del 29/10/2014.

Posto che i pareri espressi in qualità di centro coordinatore possono riguardare sia [studi c.d. osservazionali](#) sia [studi c.d. clinici o interventistici](#), rilevante si ritiene presentare anche l'articolazione di tali pareri nelle due categorie.

Tabella 15. Pareri quale centro coordinatore (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PARERE STUDI CLINICI	9	9	10
PARERE STUDI OSSERVAZIONALI	9	15	10
Totale pareri centro coordinatore	18	24	20

Gli studi non profit sono circa il 60% del totale.

Tabella 16. Studi (esclusi gli emendamenti) sponsorizzati e non profit (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
STUDIO SPONSORIZZATI	89	90	62
STUDIO "NON PROFIT"	126	135	102
Totale studi	215	225	164

*La categoria "studi sponsorizzati" è comprensiva di richieste di utilizzo off label

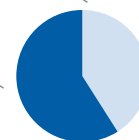
La categoria "no profit" è comprensiva studi accesso allargato/uso terapeutico

Studio sponsorizzati

41%

Studio "non profit"

59%



Analizzando i dati per tipologia di studi (sia sponsorizzati che no profit, esclusi gli emendamenti), con focus sull'anno 2014, la maggioranza degli stessi sono di tipo sperimentale-clinico e riguardano farmaci.

Tabella 17. Studi per tipologia (anno 2014)

	2014
STUDIO SPERIMENTALE CLINICO	93
STUDIO OSSERVAZIONALE	57
STUDIO SU UTILIZZO OFF LABEL	65
Totale	215

Studio sperimentale clinico

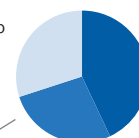
43%

Studio su utilizzo off label

30%

Studio osservazionale

27%

**Tabella 18.** Studi per oggetto (anno 2014)

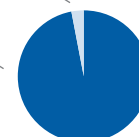
	2014
FARMACO	154
DISPOSITIVO MEDICO	4
Totale	158

Dispositivo medico

3%

Farmaco

97%



*In questa tabella i dati sono riferiti agli studi sia sponsorizzati che no profit (esclusi gli emendamenti)

La categoria "Farmaco" è comprensiva di studi accesso allargato/uso terapeutico/off label

Focus sugli studi "profit" (o sponsorizzati)

Le attività di sperimentazione, di norma, non terminano nell'arco di un solo anno. Lo dimostra l'alta percentuale degli studi in corso al termine di ciascun anno. Nel 2014, è cresciuto il numero delle aziende finanziatrici con sede legale fuori dall'Europa.

Tabella 19. Attività di sperimentazione (triennio 2012-2014)

	2014	2012	2011
NUMERO DI STUDI AVVIATI	71	52	41
NUMERO DI STUDI IN CORSO	119	125	117
NUMERO DI STUDI CONCLUSI	39	55	69
Totale	229	232	227

Tabella 20. Numero di sperimentazioni distinti per provenienza dell'azienda finanziatrice (triennio 2012-2014)

	2014			2013			2012		
	ITALIA	EUROPA	ALTRO	ITALIA	EUROPA	ALTRO	ITALIA	EUROPA	ALTRO
NUMERO	83	58	88	92	88	52	98	86	43
PERCENTUALE	36,3%	25,3%	38,4%	39,6%	38,0%	22,4%	43,2%	37,9%	18,9%

Focus sugli studi non profit

Unitamente ai precedenti, sono in essere progetti nazionali ed internazionali, i quali sono realizzati dalle strutture funzionali ed amministrative dell'AOUOORR insieme alle altre strutture dei Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda stessa. Tali progetti sono esposti nella tabella che segue.

Restano da considerare gli studi non profit totalmente a carico del bilancio aziendale di cui la maggior parte è rappresentata dall'utilizzo OFF Label di farmaci ex L. n. 94 del 8/4/98 (su cui il comitato etico dell'AOUOORR svolge comunque una funzione consultiva).

Tabella 21. Spesa utilizzo farmaci OFF Label - in euro (triennio 2012- 2014)

	2014	2013	2012
SPESA UTILIZZO FARMACI OFF LABEL	482.685	319.386	394.023

Tabella 22. Progetti nazionali e internazionali attivi nel 2014

PARTNER	BUDGET TOTALE (PER L'AZIENDA)	STRUTTURE COINVOLTE	TITOLO	DATA INIZIO PROGETTO	DATA FINE PROGETTO
13 ORGANIZZAZIONI (10 DIVERSI PAESI UE ED EXTRA UE)	€ 884.756,40	AOU - NEONATOLOGIA	Neurosis efficacy and safety of inhaled budesonide in very preterm infants at risk for bronchopulmonary dysplasia	01/01/2009	31/08/2015
6 ORGANIZZAZIONI (5 DIVERSI PAESI UE)	€ 92.328,00	AOU - CLINICA PSICHIATRICA	Health promotion for disadvantaged youth (health 25)	01/02/2011	31/01/2014
6 ORGANIZZAZIONI (5 DIVERSI PAESI UE)	€ 61.230,00	AOU - UFF. STAFF	Hospitals' e-learning and information exchange portal for patients, staff and everyone else	01/01/2011	31/03/2014
9 ORGANIZZAZIONI (8 DIVERSI PAESI UE)	€ 12.000,00	FONDAZIONE OSPEDALI RIUNITI	Guiding the patients' relatives with the help of illness management handbook including the 50 most common illnesses	01/08/2012	31/07/2014
9 ORGANIZZAZIONI (7 DIVERSI PAESI UE)	€ 51.265,00	AOU - UFF. STAFF	Maec vet -ec vet portal for promotion and mutual recognition of massage professions in europe	01/10/2012	31/03/2015
12 CENTRI NAZIONALI	€ 3.300,00	SOD CLINICA PEDIATRICA	Studio prospettico e randomizzato per ottimizzare la terapia con prednisone delle recidive della sindrome nefrosica idiopatica dei bambini - propine	18/06/2013	Fino al raggiungimento del reclutamento previsto
COLLABORAZIONE CON DR.SSA MANSO -SOD LAB. ANALISI	€ 0,00	SOD MEDICINA D'URGENZA	Studio epidemiologico per la valutazione dell'incidenza e dei predittori di infezione da clostridium difficile nei reparti di medicina interna italiani	28/10/2013	31/06/2014
DIVERSE STRUTTURE IN ITALIA	€ 876,00	AOU - LABORATORIO ANALISI MICROBIOLOGIA	Progetto euclid	01/06/2013	31/01/2015
DIVERSE STRUTTURE IN ITALIA	€ 1.300,00	AOU - CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE	Studio atlas	01/10/2012	12/06/2014
DIVERSE STRUTTURE IN ITALIA	€ 13.124,00	AOU - CLINICA DI NEUROLOGIA	Progetto brave dreams	08/11/2012	01/11/2014
DIVERSE STRUTTURE IN ITALIA	€ 38.800,00	AOU - CLINICA DI ONCOLOGIA GENETICA MEDICA	Protocollo per la prevenzione del colon retto	01/01/2013	31/12/2015
DIVERSE STRUTTURE IN ITALIA	€ 473,93	AOU - CLINICA DI PEDIATRIA	Farmacovigilanza in pazienti affetti da artrite idiomatica giovanile	10/06/2013	Fino al raggiungimento del reclutamento previsto
7 ORGANIZZAZIONI (5 DIVERSI PAESI UE)	€ 56.369,00	AOU - UFF. STAFF	Music performing and creative arts professions involved in healthcare: a portal for vet promotion and mutual recognition of profiles	01/01/2014	31/12/2015 (Prorogato di sei mesi fino al 30/06/2016)

1.4.3 L'innovazione tecnologica e di processo

Il laboratorio per l'innovazione in sanità

L'ospedale è un insieme di percorsi di cura interconnessi e interdipendenti (diagnostica, interventistica, farmaceutica, servizi) caratterizzati da flussi di persone, materiali e informazioni. Ciascuno di questi percorsi deve confrontarsi con esigenze di sicurezza, qualità ed efficienza.

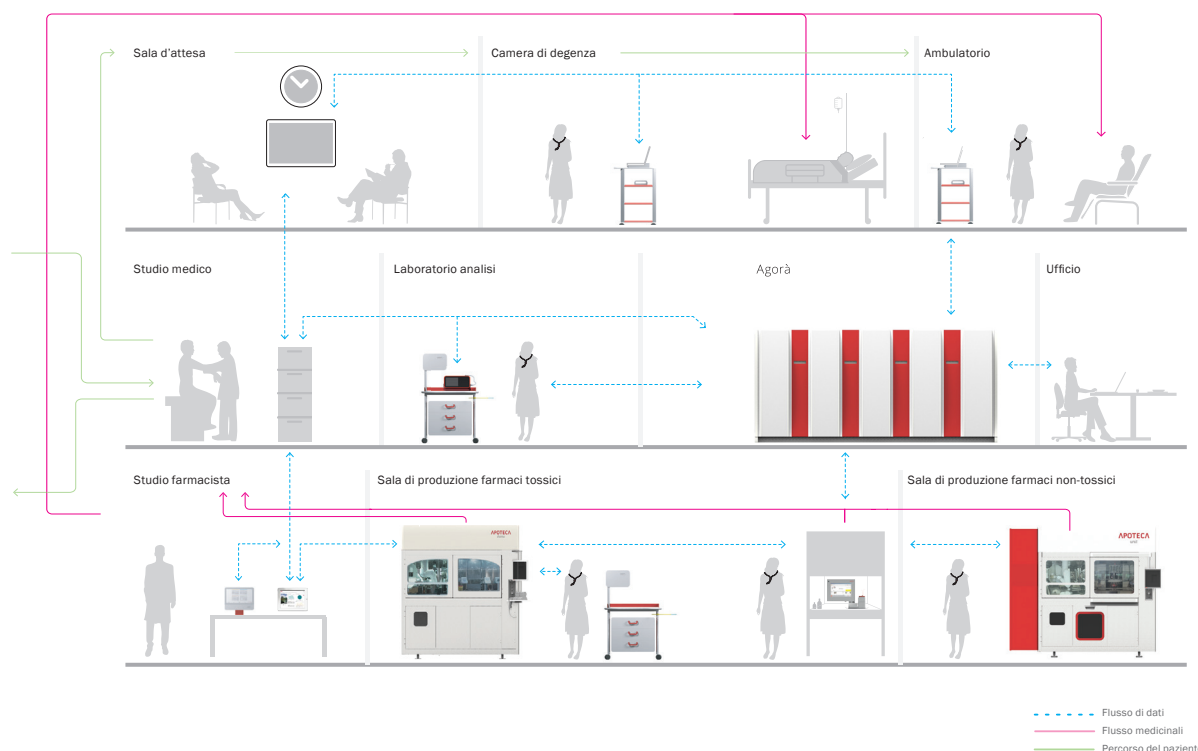
L'abbattimento del rischio clinico, l'aumento della qualità delle cure al paziente e la sostenibilità economica sono da sempre fattori prioritari e strategici per l'AOUOORR.

In quest'ottica si inquadra la collaborazione tecnico-scientifica tra l'Ospedale e il Gruppo Loccioni, che prevede lo scambio di competenze e conoscenze tra settore pubblico e privato per migliorare la sicurezza e l'efficienza dei percorsi di cura.

Questa collaborazione ha dato vita al [Lab@AOR](#), un laboratorio per l'innovazione in sanità costituito con Determina del Direttore Generale nel 2007 e rinnovato nel 2014 con un piano triennale di sviluppo focalizzato su tre aree d'intervento principali:

1. Lo sviluppo di nuove tecnologie per la salute;
2. La reingegnerizzazione dei processi clinici;
3. La formazione delle persone.

Figura 11. L'ospedale ideale progettato dal Lab@AOR, con i 3 piani che rappresentano le funzioni dell'accoglienza al paziente, la gestione dei dati e la produzione



All'interno del Lab@AOR, i clinici e gli esperti di tecnologia collaborano per sviluppare un'idea di ospedale in grado di adattarsi ai pazienti e gli operatori, di comunicare con essi e favorire strategie intelligenti per la cura delle persone.

Nato nelle Marche, territorio in cui operano sia l'AOUOORR che Loccioni, il Laboratorio è stato riconosciuto come un modello internazionale di design partecipativo, tanto da diventare il baricentro di una community di innovatori provenienti da ogni parte del mondo, dagli Stati Uniti al Giappone.

Le attività principali del Lab@AOR nell'anno 2014

Formazione

Il Lab@AOR sviluppa la cultura dell'innovazione e progetta soluzioni tecnologiche che migliorano i processi di cura facendo interagire competenze diverse e complementari: quella degli esperti della cura e quella degli esperti d'innovazione.

Le sessioni formative e gli incontri dedicati tra i membri dei diversi team favoriscono lo scambio di conoscenze e la contaminazione di idee. Le visite in ospedale degli esperti da tutto il mondo, che vengono a vedere con i propri occhi l'eccellenza tecnologica dell'AOUOORR, connettono mondi geograficamente lontani e facilitano l'assorbimento delle best practice internazionali.

Tabella 23. Eventi di formazione promossi dal Lab@AOR (anno 2014)

MEETING TRA CLINICI E TECNICI SUI TEMI DELL'INNOVAZIONE IN SANITÀ	11
PROFESSIONISTI COINVOLTI NEI MEETING PERIODICI	106
VISITE DI OSPEDALI NAZIONALI E INTERNAZIONALI	31
PROFESSIONISTI NAZIONALI E INTERNAZIONALI IN VISITA ALL'OSPEDALE	74
PAESI DI PROVENIENZA DEGLI OSPEDALI IN VISITA	15

Figura 12. I centri mondiali che hanno visitato il Lab@AOR nel 2014.



APOTECACommunity

Il 28-29 agosto 2014 si è svolto l'incontro internazionale di APOTECACommunity, il network scientifico degli utilizzatori del sistema APOTECACHemo per la preparazione robotizzata, controllata e sicura delle chemioterapie sviluppato da Loccioni grazie alla collaborazione con l'AOUOORR.

27 professionisti della farmacia ospedaliera da 18 ospedali in 10 Paesi hanno percorso 135.000 km (3 volte la circonferenza terrestre) percorsi per arrivare in Ancona e progettare insieme all'Ospedale e Loccioni gli sviluppi futuri della tecnologia.

Tabella 24. Focus Community (anno 2014)

INCONTRI COMMUNITY CON ALTRI OSPEDALI NAZIONALI E INTERNAZIONALI	3
PARTECIPANTI AGLI INCONTRI COMMUNITY	85
ORGANIZZAZIONI COINVOLTE	29
PAESI RAPPRESENTATI	10

Share the Care

Share the Care è una serie di appuntamenti formativi in pillole in cui medici e ricercatori dell'AOUOORR visitano il Gruppo Loccioni. In queste occasioni gli specialisti raccontano in stile divulgativo il presente e il futuro della loro disciplina, condividono il proprio personale punto di vista e rispondono alle curiosità dei ragazzi del Gruppo.

Tabella 25. Focus Share the Care (anno 2014)

SEMINARI DEL CICLO SHARE THE CARE	2
PARTECIPANTI AI SEMINARI DEL CICLO SHARE THE CARE	138
RELATORI DEL CICLO SHARE THE CARE	6
ARGOMENTI TRATTATI	Farmacia, Oncologia

Ricerca

L'approccio scientifico è un segno caratteristico del metodo Lab@AOR. I membri del Laboratorio testano con metodo scientifico ogni nuova tecnologia sviluppata e condividono i risultati del loro lavoro con la comunità scientifica internazionale. Queste ricerche trovano spazio all'interno delle riviste scientifiche internazionali, generando così nuova conoscenza.

Tabella 26. Attività di ricerca del Lab@AOR (anno 2014)

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE	11
COLLABORAZIONI ACCADEMICHE CHE HANNO PRODOTTO UNA TESI SPERIMENTALE	6
PRESENZE E PRESENTAZIONI A CONGRESSI SCIENTIFICI INTERNAZIONALI	4
TEMI PRINCIPALI DEGLI ARTICOLI SCIENTIFICI	APOTECACHemo, Workflow Onco-Ematologico, Sostenibilità, Green@Hospital

Tecnologie

Il Lab@AOR non è solo una piattaforma di ricerca scientifica, ma anche un laboratorio di innovazione tecnologica. Le idee nate dal dialogo tra clinici, ingegneri, ricercatori e pazienti vengono sviluppate nei laboratori di Ricerca & Sviluppo Loccioni, validate clinicamente presso l'ospedale e infine messe a disposizione di altri centri innovatori. Di seguito una lista dei progetti su cui l'attività del Lab@AOR si è concentrata nel 2014.

Tabella 27. Progetti di sviluppo del Lab@AOR (anno 2014)

NUOVI PROGETTI AVVIATI	3
MEETING TECNICI SU PROGETTI DI SVILUPPO AVVIATI	37
REPARTI COINVOLTI NEI PROGETTI DI SVILUPPO	10 Farmacia, Oncologia, Ematologia, Onco-ematologia pediatrica, Sistemi informativi, Ortopedia, Malattie infettive, Terapia intensiva cardiocirurgia, Medicina d'urgenza, Clinica Chirurgica
PROFESSIONISTI COINVOLTI NEI PROGETTI DI SVILUPPO	37



Agorà

Un data center sostenibile che monitora in tempo reale i processi dell'Ospedale e adatta i consumi in base ai carichi di lavoro gestendo i dati in totale sicurezza.

APOTECA

Una piattaforma automatica e informatizzata per la preparazione sicura e controllata di tutte le terapie personalizzate liquide gestite dalla farmacia ospedaliera.

Figura 13. La piattaforma APOTECA per la gestione robotizzata della produzione i.v. in farmacia



APOTECA si basa sul software di gestione delle preparazioni APOTECAManager, che in Ospedale si integra con l'applicativo di farmaco-prescrizione in uso presso i dipartimenti di Oncologia, Ematologia e Onco-ematologia pediatrica.

La piattaforma gestisce la preparazione delle terapie tossiche attraverso il sistema APOTECAchemo, sviluppato in Ancona e diffuso nei migliori centri oncologici mondiali in USA, Europa, Medio Oriente, Asia e Giappone.

Accanto ad APOTECAchemo, nel 2014 il Lab@AOR ha lavorato allo sviluppo del progetto APOTECAunit, un sistema robotizzato per la preparazione delle terapie non tossiche.

Completa la piattaforma APOTECAs, un modulo per assistere i tecnici di laboratorio nelle operazioni di preparazione manuale delle terapie sperimentali, assicurando gli stessi livelli di sicurezza e tracciabilità dell'automazione.

Comunicazione

Per comunicare con i pazienti, il Lab@AOR ha progettato appositi corner informativi multimediali installati (5 schermi) negli spazi d'attesa delle aree coinvolte dei progetti di sviluppo (Oncologia, Onco-ematologia pediatrica, Farmacia, Sistemi Informativi, Reception).

Le notizie sulla sanità si focalizzano spesso sui malfunzionamenti e le inefficienze del Sistema Sanitario Nazionale; quasi mai si dà spazio all'altra faccia della medaglia, ovvero alla sanità fatta dai professionisti che con passione si mettono in gioco per salvare o migliorare vite umane.

Tra gli obiettivi 2014 del Lab@AOR c'è stato anche quello di dare risalto e valore a questi temi di sanità positiva, comunicando di più e meglio le eccellenze dell'Azienda Ospedaliera.

Comunicazione positiva del Lab@AOR (2014) con 2 citazioni in libri, 18 articoli di giornale e 28 Blogpost e newsletter.

Design

Per il Lab@AOR, la ricerca del benessere per il paziente non può prescindere dallo studio dell'interazione tra tecnologie e esseri umani.

Il design applica i principi della prossemica, dell'ergonomia e dell'energia comportamentale per dare forma a strumenti che non siano solo utili, ma anche facili da usare e belli.

La pratica di questo principio ispiratore e la collaborazione con i designer Isao Hosoe e Lorenzo De Bartolomeis, sono valsi al Lab@AOR nel 2014 l'inclusione nell'ADI Design Index, il catalogo delle innovazioni stilato dall'Associazione Italian Design Industriale.

Premi

ADI Design Index

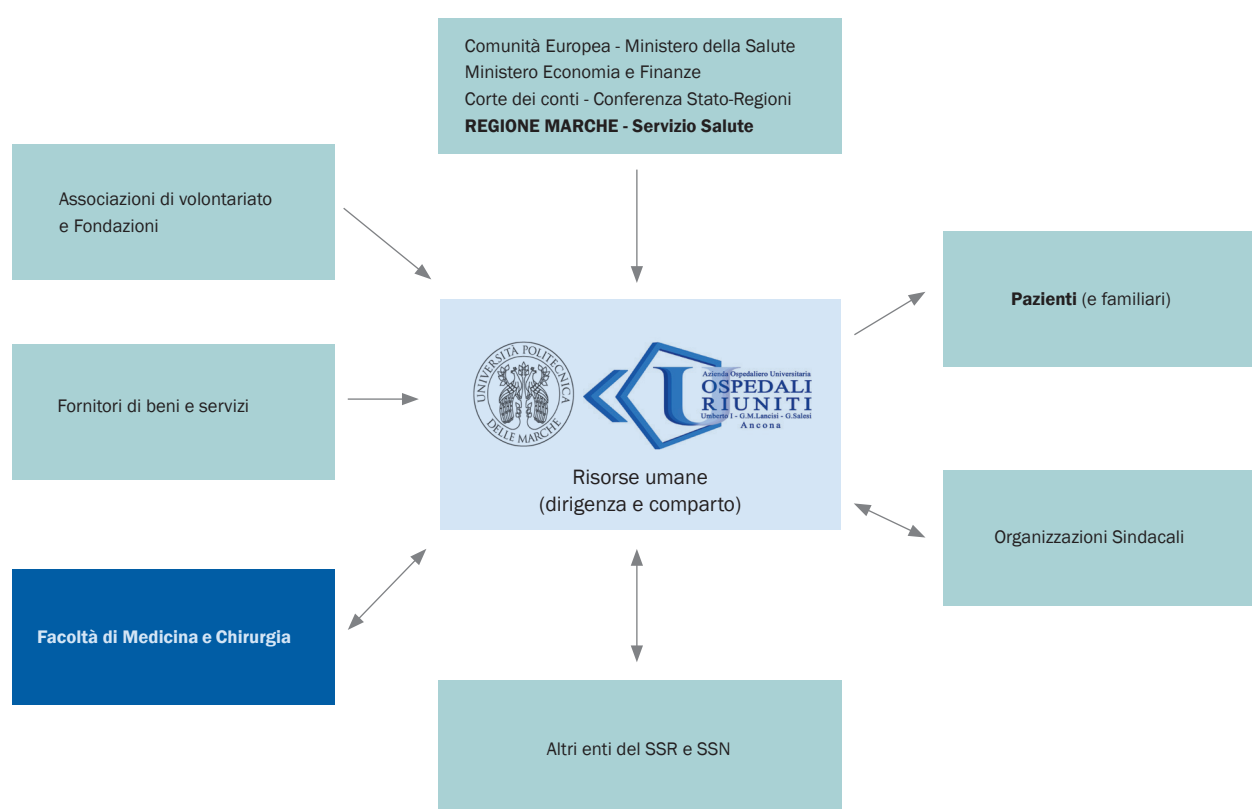
Il progetto Lab@AOR è stato selezionato tra le eccellenze del design italiano e dell'innovazione dall'Associazione per il Design Industriale (ADI). Lo stesso riconoscimento è stato assegnato al progetto del data center Agorà.

Best practice initiatives European Association of Hospital Pharmacists

Il progetto "Percorso onco-ematologico integrato e sicuro" è stato selezionato dall'Associazione Europea dei Farmacisti Ospedalieri (EAHP) tra le buone pratiche in farmacia ospedaliera.

1.5 La mappa degli stakeholder e le relazioni

Individuare tutti i possibili stakeholder significa tenere in considerazione l'insieme di relazioni intessute dall'Azienda con i propri portatori di interesse, fonte di consenso e legittimazione sociale intorno alle proprie attività nel perseguimento della mission istituzionale.



La relazione che caratterizza ciascuna di queste categorie di soggetti con l'AOUOORR è illustrata nella seguente tabella.

STAKEHOLDER	RELAZIONE CON AOUOORR
PAZIENTI/CITTADINI	Il paziente rappresenta il principale stakeholder aziendale, elemento centrale del processo di erogazione dei servizi, poiché ha beneficiato o beneficia dell'attività dell'AOUOORR. Al paziente/cittadino vengono garantiti i diritti fondamentali di tutela della salute pubblica e ha la possibilità di usufruire di servizi sanitari di alta qualità riconosciuti dalla normativa nazionale e regionale.
RISORSE UMANE	Sono gli individui che prestano la loro attività lavorativa nell'AOUOORR permettendone il suo continuo innalzamento qualitativo e il progresso scientifico e tecnologico. L'importanza strategica di tali risorse in ambito sanitario giustifica i continui investimenti volti all'attività di formazione e di aggiornamento professionale nonché l'attenzione ai sistemi di valutazione del loro operato. Rientra in tale categoria anche il personale afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, non solo come "prestatori d'opera", ma anche come promotori di attività di ricerca e didattica in ambito socio-sanitario.
MINISTERO DELLA SALUTE	Il Ministero della Salute ha le funzioni di tutela della salute umana e di coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale. Effettua la programmazione a livello nazionale pur rimettendo alla Regione le funzioni di programmazione, gestione, controllo e assegnazione delle risorse. Opera in stretta collaborazione con il Ministero dell'Economia e Finanza per quanto attiene agli aspetti di programmazione economica.
CONFERENZA STATO-REGIONI	Opera nell'ambito della comunità nazionale per favorire la cooperazione tra l'attività dello Stato e quella delle Regioni e delle Province Autonome, costituendo la sede privilegiata della negoziazione politica tra l'amministrazione centrale e il sistema delle autonomie regionali.
CORTE DEI CONTI	È l'organo di rilievo costituzionale con funzioni sia di controllo sia giurisdizionali.
REGIONE MARCHE	È l'ente di governo che guida, indirizza e verifica l'operato dell'AOUOORR attraverso l'emanazione degli indirizzi di programmazione sanitaria ed economica, demandati dallo Stato alle Regioni.
RETTORE DELL'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE	È il rappresentante legale dell'Università Politecnica delle Marche, avente funzioni di indirizzo e coordinamento delle attività scientifiche e didattiche. In quanto Azienda ospedaliero-universitaria, il Rettore partecipa attivamente alla governance dell'AOUOORR con funzioni consultive e di indirizzo programmatico sulla gestione.
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE	L'AOUOORR è integrata con la Facoltà con cui collabora per le inscindibili attività di assistenza, ricerca e didattica. I professori, i ricercatori e gli studiosi, in collaborazione con il mondo ospedaliero, con la loro attività di ricerca e sperimentazione, garantiscono il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie e sviluppano progetti mirati a crescere la conoscenza e ad identificare soluzioni per i bisogni di salute ed assistenza del paziente/cittadino. Pur consapevoli della profonda integrazione sinergica tra AOUOORR ed l'Università di Medicina e Chirurgia dell'UNIVPM, quest'ultima viene considerata ai fini informativi uno stakeholder esterno in quanto dal punto di vista giuridico ed economici rappresenta un soggetto distinto. Essa, inoltre, svolge l'importante ruolo di "formatore" per il personale sanitario.
ALTRI ENTI DEL SSR E SSN	Le altre aziende ed enti sanitari, operanti sul territorio regionale e non, si pongono in regime di collaborazione con l'AOUOORR al fine di assicurare la migliore assistenza socio sanitaria a tutti i cittadini. L'AOUOORR rappresenta il punto di riferimento per le alte specialità mediche e chirurgiche, in ambito regionale. Seppur in misura minore lo stesso rapporto esiste con le altre Aziende Sanitarie presenti sul territorio nazionale al fine di garantire la tutela della libera circolazione dei cittadini e la contestuale soddisfazione del bisogno di salute pubblica.
FORNITORI DI BENI E SERVIZI	Rientrano in questa categoria le aziende fornitrici di beni e servizi e i liberi professionisti che erogano prestazioni e forniscono i fattori produttivi per permettere l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale e di ricerca. La loro attività deve essere conforme ai principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza e qualità. La collaborazione con le aziende fornitrici e i professionisti consente l'identificazione di soluzioni innovative di risposta ai bisogni emergenti.
FONDAZIONI	Sono organizzazioni non profit, il cui patrimonio viene dedicato a progetti di utilità sociale. In particolare, le Fondazioni Ospedali Riuniti e Salesi impiegano le risorse a disposizione per la promozione, il finanziamento e la realizzazione di progetti a beneficio di tutta l'attività clinica e di ricerca attuata dai professionisti e dagli studiosi all'interno AOUOORR. Inoltre, la Fondazione Paladini collabora per garantire assistenza al paziente e percorsi assistenziali completi.
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	Sono associazioni che danno un ulteriore valore all'attività svolta dall'AOUOORR supportando, da un lato, gli operatori sanitari e, dall'altro, i pazienti/familiari durante il percorso assistenziale. I volontari di tali associazioni prestano il loro lavoro e promuovono la cultura della solidarietà negli ambiti della propria appartenenza.
FAMILIARI DEI PAZIENTI	Essi sono interessati all'efficace ed all'efficiente svolgimento dell'attività assistenziale per la salute del paziente. Gli stessi chiedono all'Azienda attenzione nell'umanizzazione delle cure e alla sicurezza del paziente.
ORGANIZZAZIONI SINDACALI	Sono quelle organizzazioni con la finalità di promuovere le necessità dei lavoratori dipendenti, contemperando l'interesse al miglioramento delle condizioni di lavoro ed alla crescita professionale del personale. Per le materie stabilite dalla vigente normativa e dai CCCCNLL sono titolari dei diritti riguardanti l'informazione, la consultazione, la concertazione e la contrattazione integrativa aziendale.

1.6 L'identità del Sistema Trasfusionale della Regione Marche

Le attività trasfusionali, in Italia, sono disciplinate dalla legge n. 219/2005, la quale ne sancisce le seguenti finalità:

- il raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale di sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati;
- una più efficace tutela della salute dei cittadini attraverso il conseguimento dei più alti livelli di sicurezza raggiungibili nell'ambito di tutto il processo finalizzato alla donazione ed alla trasfusione del sangue;
- condizioni uniformi del servizio trasfusionale su tutto il territorio nazionale;
- lo sviluppo della medicina trasfusionale, del buon uso del sangue e di specifici programmi di diagnosi e cura che si realizzano in particolare nell'ambito dell'assistenza a pazienti ematologici ed oncologici, del sistema urgenza-emergenza e dei trapianti.

La stessa legge stabilisce il carattere anonimo, volontario, gratuito della donazione e riconosce che le attività trasfusionali sono articolate in: promozione della donazione, attività di produzione e prestazioni di diagnosi e cura in medicina trasfusionale.

Con Legge Regionale n.13 del 2003 la Regione Marche (Servizio salute) ha affidato al Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale (di natura funzionale) la direzione, la gestione e il coordinamento del Sistema Trasfusionale regionale, regolamentato da Deliberazione n.1731 del 29/11/2010.

La direzione del Dipartimento ha sede presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi".

1.6.1 La mission e le strategie

La mission

Garantire l'autosufficienza di sangue ed emocomponenti sicuri, puri ed efficaci per la cura del paziente e per la tutela della salute dei donatori.

Le principali linee strategiche

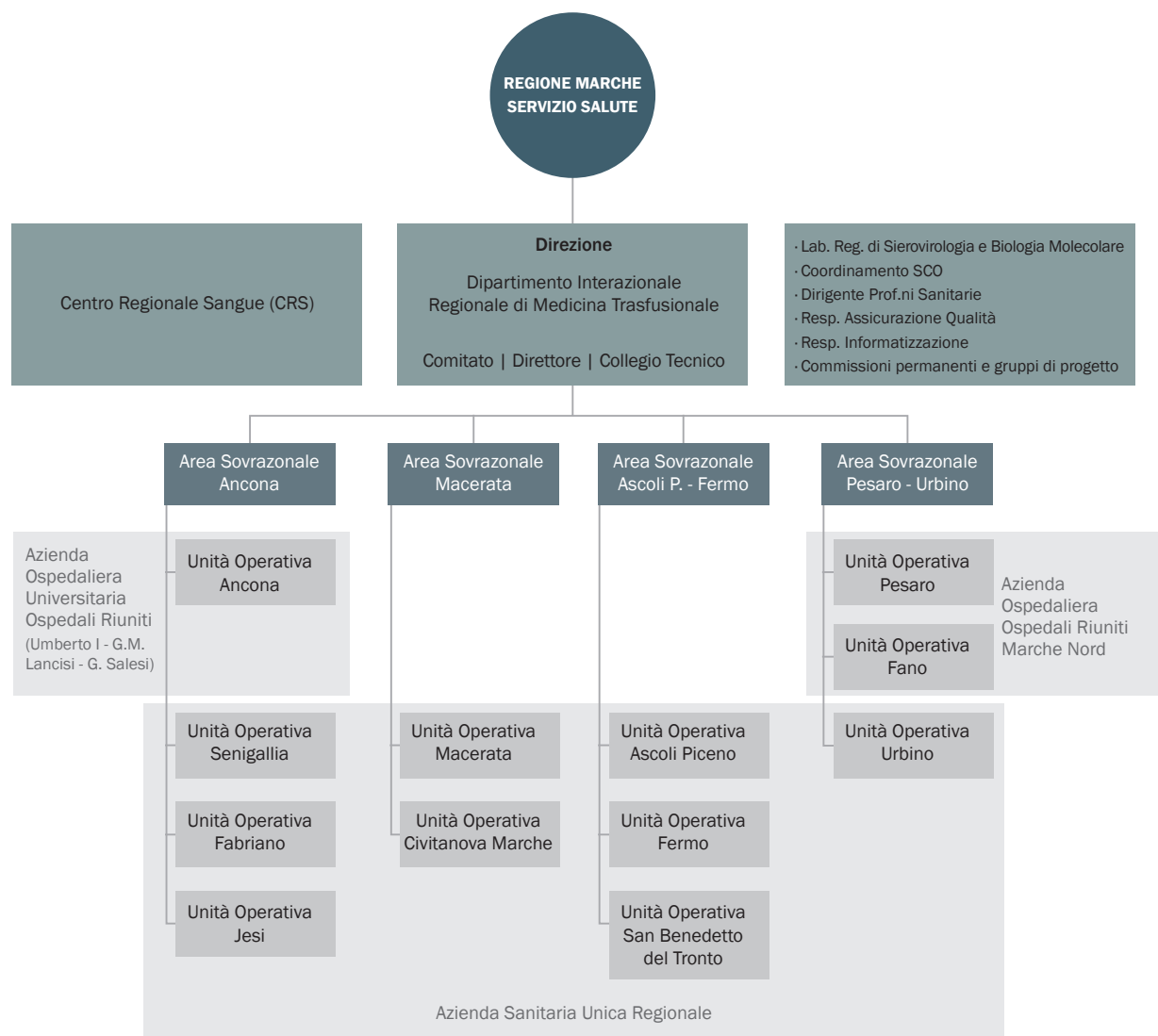
- Autosufficienza
- Sicurezza
- Equità
- Appropriatelyzza
- Economicità del servizio reso

Gli obiettivi strategici

- Mantenere la autosufficienza regionale di emocomponenti e raggiungere quella per i plasmaderivati attraverso un incremento della raccolta e la razionalizzazione dei consumi;
- promuovere la omogeneizzazione e la standardizzazione di tutte le procedure trasfusionali;
- razionalizzare l'impiego delle risorse, anche definendo le funzioni delle singole strutture trasfusionali;
- garantire efficientemente la programmazione, il coordinamento e la verifica delle strutture trasfusionali della regione;
- riorganizzare le attività produttive e di medicina trasfusionale e di diagnosi e cura, al fine di ottenere economie di scala, alta standardizzazione, abbattimento dei costi di produzione, risorse economiche e di personale liberate e loro eventuale utilizzo in attività centralizzate;
- superare i criteri e le modalità in adozione per lo scambio intraregionale di sangue, emocomponenti e plasmaderivati;
- sviluppare e migliorare il sistema informativo trasfusionale.

1.6.2 L'organizzazione

Figura 14. L'organigramma del Sistema Trasfusionale della Regione Marche al 31.12.2014



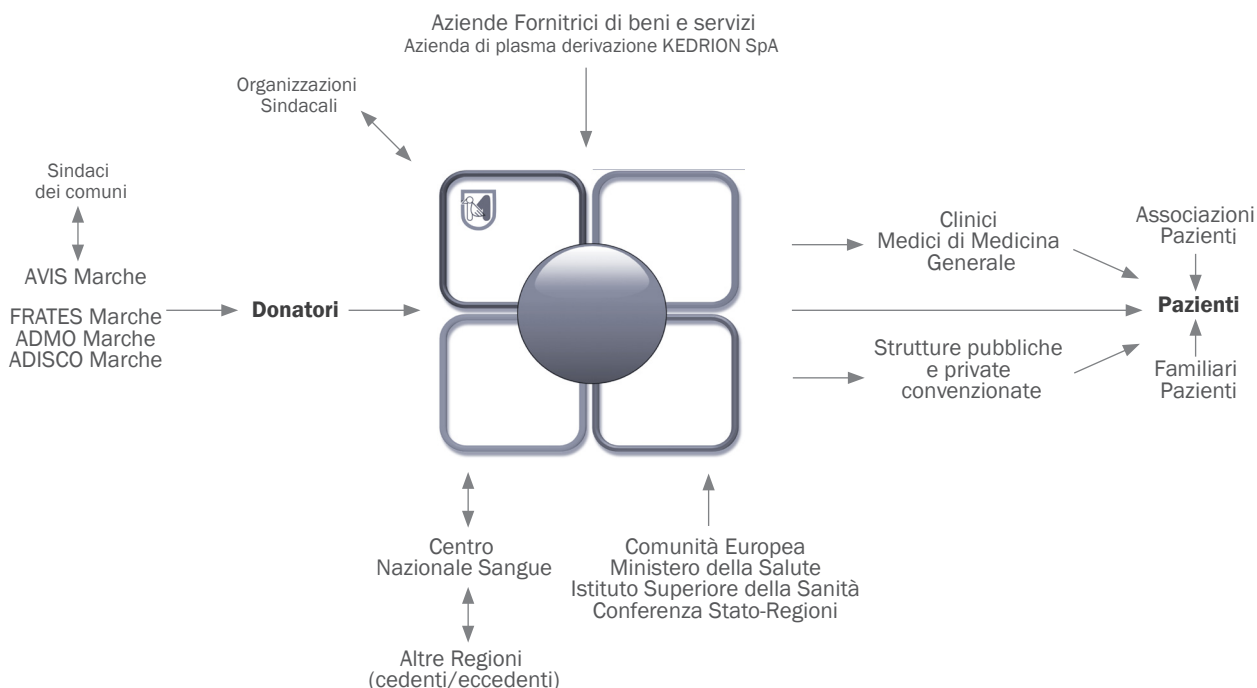
Inoltre, alcune strutture del Dipartimento si distinguono per alcune funzioni specifiche:

- centro Regionale di riferimento per i "Difetti ereditari della Coagulazione, Emofilia A, Emofilia B, Malattia di Von Willebrand, disordini ereditari trombofilici" (U.O. Med. Trasf. di Macerata);
- tipizzazione Tissutale HLA. (U.O. Med. Trasf. di Ascoli Piceno);
- emostasi. Le UU.OO. Med. Trasf. di Macerata e San Benedetto del Tronto hanno anche funzioni di Centro per il monitoraggio della Terapia Anticoagulante Orale;
- validazione biologica degli espianti di organi (Laboratorio di Sierovirologia e Biologia Molecolare regionale presso l'AOUOORR).

1.6.3. Gli stakeholder

Il Sistema Trasfusionale regionale opera grazie all'operato di una molteplicità di soggetti (persone fisiche e persone giuridiche) in relazione tra loro. I diversi stakeholder istaurano legami diretti e/o indiretti con coloro che afferiscono al Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale, come esemplificato nella mappa che segue.

Figura 15. La mappa degli stakeholder al 31.12.2014



Ciascuno degli enti/soggetti rappresentati ha funzioni peculiari e influenza o può essere influenzato dalle azioni di tutte le risorse umane che esercitano l'attività nelle strutture afferenti al DIRMT.

LA COMUNITÀ EUROPEA	Emanazione di direttive generali sul Sistema Trasfusionale, applicabili a tutti gli stati membri.
IL MINISTERO DELLA SALUTE	Effettua la programmazione delle attività trasfusionali a livello nazionale. Esercita l'attività normativa, anche in adeguamento agli indirizzi ed alle direttive comunitarie. Si occupa della promozione della ricerca e della sperimentazione in campo trasfusionale, del controllo della produzione nazionale di emoderivati, avvalendosi anche del Centro Nazionale Sangue; del controllo sul commercio e sull'informazione riguardanti gli emoderivati; dell'autorizzazione all'import-export del sangue e dei suoi prodotti; dell'individuazione dei centri di produzione di emoderivati autorizzati alla stipulazione di convenzioni con le Regioni per la lavorazione di plasma nazionale; della registrazione di farmaci emoderivati e prodotti diagnostici; della definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria uniformi e dei relativi criteri di finanziamento per le attività del servizio trasfusionale nazionale.
L'ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITÀ	Promuove la ricerca scientifica nel settore immunotrasfusionale, principalmente nella prevenzione delle malattie trasmissibili. Nell'esplicare i propri compiti ispeziona e controlla le aziende di produzione di emoderivati; controlla le specialità farmaceutiche emoderivate, raccoglie e diffonde tutti i dati inerenti la pratica trasfusionale in possesso dei Centri Regionali Sangue.
IL CENTRO NAZIONALE SANGUE	Svolge le funzioni di coordinamento e di controllo tecnico scientifico del servizio trasfusionale italiano; fornisce un supporto alla programmazione delle attività trasfusionali e dà indicazioni al Ministro della Salute ed alle Regioni in merito al programma annuale di autosufficienza nazionale. Inoltre, si occupa dell'emanazione di linee guida relative alla qualità ed alla sicurezza del sangue e dei suoi prodotti (anche in attuazione delle direttive comunitarie), all'accreditamento delle strutture trasfusionali. Il suo ruolo si esplica anche in un'attività di monitoraggio e verifica degli obiettivi posti dalle vigenti disposizioni di legge. Esso opera nelle regioni mediante i Centri Regionali.

CONFERENZA PERMANENTE STATO - REGIONI	Sancisce con uno e più accordi tra Governo, Regioni e Province autonome le modalità (organizzative, gestionali e operative) di erogazione dei livelli essenziali di assistenza in materia di attività trasfusionali e, garantisce il coordinamento intraregionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi stabiliti in sede di programmazione (nazionale e regionale). D'intesa con il Ministero della Salute, su indicazione del Centro Nazionale Sangue, definisce il piano di autosufficienza nazionale di sangue ed emocomponenti. A tale organo è demandata la fissazione (e relativo aggiornamento) del prezzo unitario di cessione, delle unità di sangue e dei suoi componenti, uniforme su tutto il territorio nazionale, nonché le azioni di incentivazione dell'interscambio tra le Aziende Sanitarie all'interno della regione e tra le Regioni. Concorde con il Ministero della Salute le disposizioni in merito ai protocolli di idoneità fisica del donatore e le modalità di donazione sangue ed emocomponenti, nonché del prelievo delle cellule staminali emopoietiche periferiche e da cordone ombelicale (comprese le informazioni richieste ai candidati donatori). In accordo con il Ministero della Salute, recepisce le disposizioni e dirama le opportune istruzioni tecniche affinché il sangue e gli emocomponenti importati rispondano ai requisiti previsti dalle direttive europee (in termini di tracciabilità e sicurezza); presenta alla Commissione europea una relazione sulle misure adottate per le ispezioni e il controllo.
LA REGIONE MARCHE	È l'ente che definisce l'operatività del DIRMT promuovendo la donazione, l'associazionismo e la diffusione di informazioni, mediante il supporto finanziario, la regolamentazione delle modalità di negoziazione dei livelli qualitativi e quantitativi di attività e il monitoraggio dell'attuazione della programmazione del servizio trasfusionale. Suo compito è quello di definire l'ammontare del finanziamento e le modalità di erogazione di concerto con la Direzione del Dipartimento e le Associazioni/Federazioni di donatori (tramite accordi) e stabilire le tariffe di rimborso per attività associative uguali sul territorio. Si occupa, inoltre, di definire mediante contratto l'azienda di plasma derivazione e le clausole di espletamento e svolgimento di tale attività.
IL CENTRO REGIONALE SANGUE	Riveste un sostanziale ruolo di coordinamento per le attività del settore trasfusionale, con particolare riferimento alla programmazione delle attività trasfusionali, alla qualità e sicurezza della risorsa sangue, al network informativo del Sistema Trasfusionale, alla gestione del segmento plasma-plasmaderivati nonché di interfaccia con i livelli regionali delle Associazioni del Volontariato ed i diversi livelli istituzionali, per quanto di competenza. Il CRS provvede inoltre a supportare, sia nella predisposizione degli atti sia nei momenti di concertazione con le Aziende Sanitarie, la programmazione regionale delle attività trasfusionali con conseguente successivo monitoraggio e validazione dei risultati conseguiti e supportati. Tale ente si occupa anche di tutta l'attività comunicazionale verso il Centro Nazionale Sangue, relativa ai debiti informativi determinati da disposti normativi.
LE ASSOCIAZIONI E LE FEDERAZIONI DI DONATORI	Sono organizzazioni di volontariato con personalità giuridica e finalità pubblica, costituite per fronteggiare la domanda di sangue, avere donatori pronti e controllati nella tipologia del sangue e nello stato di salute, donare gratuitamente sangue a tutti, senza alcuna discriminazione. Loro compito è di promuovere la donazione, salvaguardare il diritto alla salute dei donatori, procedere alla chiamata dei donatori per la raccolta di sangue e emocomponenti, garantendo la riservatezza delle informazioni e agendo secondo idonee politiche di buon uso del sangue. Inoltre, tali organizzazioni esprimono pareri in sede di programmazione, concorrono al raggiungimento degli obiettivi di programmazione regionale e collaborano con il personale medico e la Direzione del DIRMT per far fronte a situazioni di emergenza.
IL DONATORE	Soggetto che gratuitamente fornisce la risorsa sangue.
I PAZIENTI	Sono i soggetti cui sono destinate le donazioni di sangue ed emocomponenti effettuate dai donatori. Essi rappresentano i beneficiari del servizio trasfusionale ovvero coloro che accedono al servizio per le prestazioni istituzionali sia ambulatoriali (mediato da medico di medicina generale) sia in regime di ricovero (mediato da clinico).

LE AZIENDE OSPEDALIERE E SANITARIE	Sono aziende che si configurano come ente strumentale della Regione per il bisogno socio-sanitario delle comunità locali, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, le quali devono agire nel rispetto di criteri di efficienza, efficacia ed economicità della gestione. Le stesse usufruiscono dei servizi trasfusionali e nello stesso tempo, mettono a disposizione dello stesso personale e risorse tecniche e servizi diagnostici.
L'AZIENDA DI PLASMADERIVAZIONE	È un'azienda biofarmaceutica specializzata nello sviluppo, produzione, commercializzazione e distribuzione di farmaci plasmaderivati. In Italia, essa rappresenta l'azienda di riferimento del Servizio Sanitario Nazionale per la produzione di farmaci plasmaderivati. Nei rapporti con il DIRMT si occupa di eseguire il trasporto, il controllo e l'immagazzinamento del plasma, il frazionamento industriale, il condizionamento industriale e il deposito e distribuzione dei prodotti finiti, nel rispetto delle condizioni contrattuali stabilite dalla Regione.
LE AZIENDE FORNITRICI	Sono aziende industriali e di servizi che forniscono i prodotti ed erogano prestazioni idonee a consentire l'esercizio dell'attività trasfusionale. Nell'ambito della corretta, efficiente ed efficace gestione del servizio trasfusionale, il loro ruolo è cruciale anche per mantenere un adeguato livello di aggiornamento. Infatti, esiste una stretta collaborazione con le ditte fornitrici per la definizione di nuovi standard e nuove tecnologie che possono risolvere le problematiche del trasfusionale, nell'orientamento di una ricerca e sviluppo proiettata verso il miglioramento continuo. I principali prodotti e servizi che offrono sono: apparecchiature, software, farmaci e reagenti, servizi di manutenzione e taratura e materiale di consumo (specifico per le Unità Operative e comune a tutti i reparti).
I CLINICI. I MEDICI DI MEDICINA GENERALE	Il personale medico delle UO ospedaliere è responsabile degli atti medici nei confronti dei pazienti ricoverati e delle informazioni e dei consensi per essi richiesti: nel caso di prestazioni trasfusionali garantisce l'appropriatezza della richiesta, la sorveglianza del paziente e la collaborazione con il personale medico del DIRMT per l'adozione di strategie terapeutiche aferetiche necessarie. Nell'ottemperare i propri compiti il Medico di Medicina Generale è in stretto contatto con il DIRMT per tutte le informazioni che riguardano lo stato di salute di pazienti e donatori. Spetta al Medico di Medicina Generale la sorveglianza dell'attività trasfusionale domiciliare.
LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	Sono le associazioni aventi lo scopo di promuovere e difenderne gli interessi economici e professionali del personale aderente.
I FAMILIARI DEI PAZIENTI E ASSOCIAZIONI DEI PAZIENTI	Anche in questo caso si parla di stakeholder indiretti. Essi sono interessati al corretto, efficace ed efficiente svolgimento dell'attività trasfusionale per la salute del paziente.
IL SINDACO DEL COMUNE	Il Sindaco del Comune è responsabile della salute dei cittadini e pertanto vigila sulla corretta erogazione di tutti i servizi sanitari. I sindaci di diversi comuni, per ciascuna zona territoriale, danno origine ad un organo denominato "conferenza dei sindaci" la quale ha il compito di promuovere l'integrazione tra servizi sanitari di zona e i servizi socio-assistenziali, collaborare con le Associazioni e le Federazioni di donatori, vigilare sull'organizzazione all'accesso ai servizi, esprimere pareri sui piani di attività zonali, proporre e partecipare alla definizione d'intese tra Aziende Ospedaliere e comuni e all'elaborazione (specificità locale) degli obiettivi dei piani di salute.



Seconda sezione
La relazione sociale



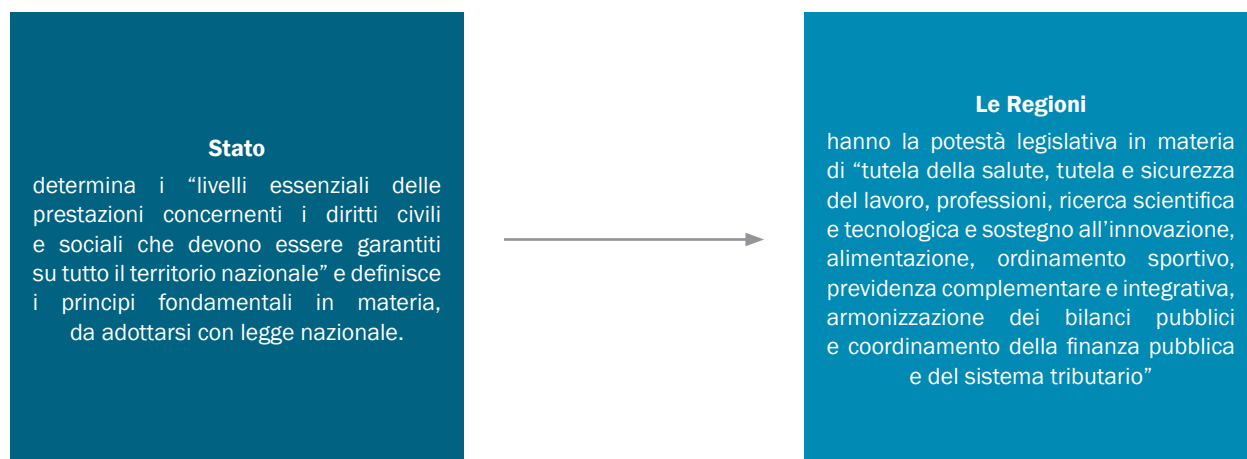
2.1 La regione Marche e le istituzioni

2.1.1 Lo Stato, la Regione e l'AOUOORR

Lo Stato e le Regioni hanno la funzione di regolazione e normazione del sistema sanitario, indicandone le linee di programmazione generali (e “a cascata” locali) con priorità che discendono dai problemi di salute del Paese (e del singolo territorio regionale di riferimento), caratterizzati dal mutare del quadro demografico ed epidemiologico.

In un contesto comunitario e internazionale, gli obiettivi per la tutela della salute e le relative strategie per la sanità pubblica, inoltre, devono essere aggiornati in maniera sistematica in relazione anche a quanto previsto dall'Unione Europea e dalle altre Organizzazioni intergovernative (**Organizzazione per lo Sviluppo e la cooperazione economica - OCSE e Consiglio d'Europa**) oppure internazionali (**Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS**) e nella co-operazione con altri Stati.

Gli indirizzi comunitari e nazionali e le politiche regionali nonché gli ambiti di intervento delle altre aziende del sistema sanitario disegnano il **quadro** entro il quale si formano e si perseguono gli obiettivi sia strategici che operativi dell'AOUOORR.



Fonte: www.salute.gov.it

Il quadro è esposto nei documenti di programmazione sanitaria ed economica sviluppati nei tre livelli di articolazione del Sistema Sanitario italiano (nazionale, regionale e locale).

Altri strumenti di programmazione nazionale sono le leggi-quadro, i Piani Nazionali di settore; le Intese istituzionali e gli Accordi di programma; le linee guida, gli Accordi sanciti dalla Conferenza Stato-Regioni e dalla Conferenza Unificata e le Intese tra Stato e Regioni, ai sensi della legge 5 giugno 2003, n. 131.

La **programmazione sanitaria** rappresenta il processo attraverso il quale vengono operate delle scelte circa la modalità d'assistenza, le tipologie di intervento, gli aiuti per le attività di prevenzione e di cura con un maggior impatto sulla salute della popolazione e vengono identificati congrui sistemi per raggiungere i risultati connessi agli obiettivi.

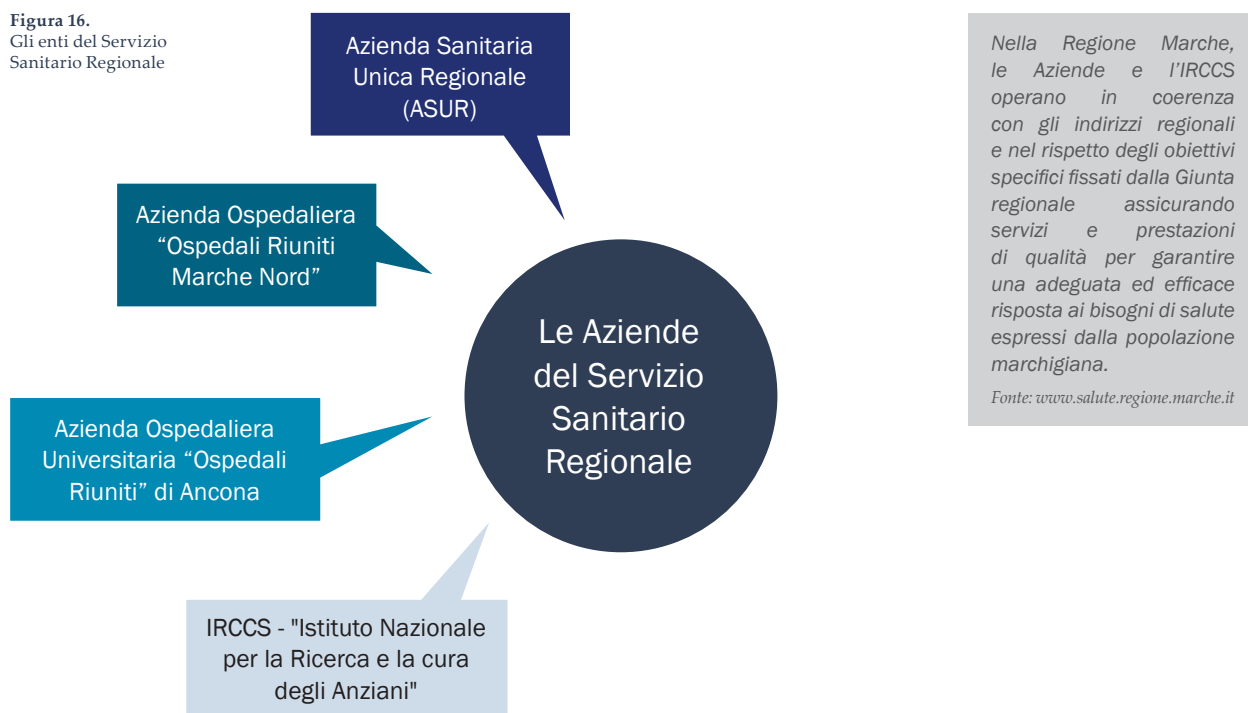
Il **Piano Sanitario Nazionale** individua obiettivi di carattere generale, distinguibili come obiettivi di tipo organizzativo e di salute, che le Regioni sono invitate a recepire nei rispettivi strumenti di programmazione. Il PSN (di durata triennale) viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Salute tenuto conto delle proposte provenienti dalle Regioni ed è adottato con Decreto del Presidente della Repubblica previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata. Una volta entrato in vigore, le Regioni adottano o adeguano i propri **Piani Sanitari Regionali** (entro 150 giorni). Questi ultimi vengono successivamente trasmessi al Ministro della Salute allo scopo di acquisire il parere favorevole dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con quanto stabilito nel PSN.



2.1.2 Gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale

Gli altri enti sanitari operanti sul territorio regionale e non, si pongono in regime di **collaborazione** con l'AOUOORR al fine di assicurare la migliore assistenza socio-sanitaria a tutti i cittadini, garantendo la tutela della libera circolazione dei cittadini e la contestuale soddisfazione del bisogno di salute pubblica.

Figura 16.
Gli enti del Servizio Sanitario Regionale



Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR)

Istituita con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 ("Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale"), modificata con LR n. 17/2010 e LR n. 17/2011. L'ASUR nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di Area Vasta. L'Area Vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento (www.asurmarche.it), assicurando nel contempo i livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione residente (www.salute.regione.marche.it).

Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"

L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è stata istituita con Legge Regionale n. 21 del 22 settembre 2009 dalla incorporazione all'Azienda Ospedaliera "San Salvatore" di Pesaro della struttura Ospedaliera "Santa Croce" di Fano. L'Azienda costituisce centro di riferimento per la diagnosi e la cura dei pazienti che necessitano di trattamenti di alta specializzazione. L'Azienda opera secondo la logica dell'integrazione dei percorsi diagnostico terapeutici e della differenziazione in termini di specialità e di intensità di cura. Contribuisce al perseguimento degli obiettivi generali di evoluzione del SSR riguardanti il consolidamento delle reti cliniche in ambito ospedaliero e specialistico-ambulatoriale ed il potenziamento della rete di emergenza-urgenza nell'ambito dell'Area Vasta 1 (atto aziendale 2 maggio 2012 - www.ospedalimarchenord.it).

INRCA

L'INRCA è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) che opera in ambito geriatrico e gerontologico al fine di tutelare la salute ed il benessere degli anziani, specialmente delle persone più fragili e non autosufficienti. L'INRCA è stato riconosciuto come IRCCS con DM del 12.6.1968. L'Istituto eroga prestazioni assistenziali nelle sue strutture sanitarie ed effettua una ricerca scientifica sui meccanismi della longevità, della fragilità dell'anziano e dei loro determinanti. Il ruolo e le finalità dell'IRCCS-INRCA fanno riferimento a due principali ambiti: la ricerca traslazionale nel campo biomedico, epidemiologico, clinico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, e l'attività assistenziale con prestazioni di ricovero e cura di alta specialità (www.inrca.it).

2.2 Le Risorse umane

2.2.1 La composizione delle risorse umane

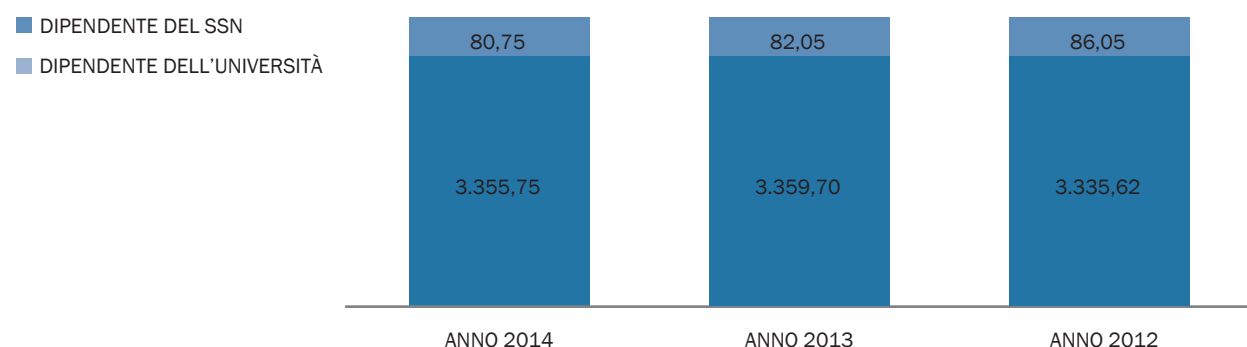
La tabella che segue illustra l'articolazione del personale nel triennio di riferimento 2012-2014. Da una prima lettura dei dati potrebbe risultare una consistente riduzione del personale in servizio nel 2014 rispetto agli esercizi precedenti.

Tabella 28. Consistenza del personale in unità di persone (triennio 2012-2014)

	DIPENDENTE DEL SSN			DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
DIRIGENTI MEDICI	595	602	597	87	92	99
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	59	62	56	10	10	9
DIRIGENTI PROFESSIONALI	4	3	2	0	0	0
DIRIGENTI TECNICI	3	4	4	0	0	0
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	7	7	7	0	0	0
PERSONALE PROFESSIONALE (COMPARTO)	0	0	0	0	0	0
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	1.946	1.987	1.975	29	30	31
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	202	200	200	1	2	2
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	569	598	591	0	0	0
Totale	3.385	3.463	3.432	127	134	141

In realtà, il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università (espresso in unità di lavoro equivalenti) non presenta oscillazioni rispetto all'anno precedente.

Figura 17. Totale personale in unità di lavoro equivalenti (triennio 2012-2014)



Un'analisi di dettaglio pone in evidenza una diversa composizione delle figure professionali dipendenti dal SSN e dall'Università. Infatti, il personale dipendente del SSN per il 58% del totale delle risorse umane è rappresentato da personale sanitario appartenente all'area comparto, per il 19% dalla dirigenza medica e sanitaria (non medica); per il 17% da personale tecnico; incidenza minore si registra per le figure professionali amministrative (6%). Per il personale dipendente dell'Università, la situazione si mostra capovolta: il 76% circa del totale delle risorse umane è rappresentato da coloro che afferiscono all'area della dirigenza e il 23% circa da personale sanitario dell'area comparto; in questo caso, esigua si mostra l'incidenza del personale amministrativo (1%).

Tabella 29. Consistenza del personale in unità di lavoro equivalenti (triennio 2012-2014)

	DIPENDENTE DEL SSN			DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
DIRIGENTI MEDICI	584,47	585,49	576,8	44,75	46,00	49,50
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	59,07	60,70	55,68	5,00	5,00	4,50
DIRIGENTI PROFESSIONALI	3,08	2,59	2,00	0,00	0,00	0,00
DIRIGENTI TECNICI	3,87	4,00	4,75	0,00	0,00	0,00
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	6,60	7,00	7,81	0,00	0,00	0,00
PERSONALE PROFESSIONALE (COMPARTO)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	1.919,07	1.920,79	1.910,31	29,50	29,05	30,05
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	195,44	195,08	196,54	1,50	2,00	2,00
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	584,15	584,05	581,74	0,00	0,00	0,00
Totale	3.355,75	3.359,70	3.335,63	80,75	82,05	86,05

Di seguito si mostra il trend delle assunzioni e cessazioni del personale dipendente SSN e universitario nel triennio 2012-2014.

Tabella 30. Assunzioni e cessazioni del personale (triennio 2012-2014)

	DIPENDENTE DEL SSN						DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ					
	Assunzioni			Cessazioni			Assunzioni			Cessazioni		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
DIRIGENTI MEDICI	31	22	60	38	17	38	0	0	6	5	7	7
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	4	8	4	7	2	4	0	1	0	0	0	1
DIRIGENTI PROFESSIONALI	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENTI TECNICI	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
PERSONALE PROFESSIONALE (COMPARTO)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	107	168	110	148	106	128	0	0	0	1	1	0
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	4	3	0	2	3	7	0	0	0	1	0	0
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	21	62	65	50	55	59	0	0	0	0	0	0
Totale	170	264	239	248	183	238	0	1	6	7	8	8

Le motivazioni principali di cessazione del rapporto di lavoro sono relative alla mobilità in uscita, al recesso da contratto, alla scadenza dello stesso e al pensionamento. Infatti, focalizzando l'attenzione sull'anno 2014 e sulla popolazione del personale dipendente del SSN, si evidenzia che nel 16% dei casi la motivazione della cessazione è per scadenza dell'incarico, nel 16% dei casi per pensionamento, nel 17% per casi di mobilità in uscita, nel 16% per recesso; il 2% dei casi per risoluzione per inabilità fisica ed il 33% ascrivibile a motivazioni di varia origine. Da evidenziare, per l'anno 2014, che classificata tra le altre cause vi è stata la cessazione del ramo d'azienda che ha riguardato 60 unità di personale per il trasferimento delle funzioni della centrale operativa 118 e del servizio di detossificazione (SERT) all'ASUR.

Tabella 31. Motivazione della cessazione del personale (triennio 2012-2014)

MOTIVO	DIPENDENTE DEL SSN			DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
PENSIONAMENTO	37	25	62	6	4	3
MOBILITÀ IN USCITA	44	2	27	0	0	0
LICENZIAMENTI	0	0	1	0	0	0
SCADENZA INCARICO	40	29	91	0	0	0
RECESSO	41	58	21	0	1	1
RISOLUZIONE PER INABILITÀ FISICA	4	0	0	0	0	0
ALTRE CAUSE	82	63	29	1	3	4
Totale	248	177	231	7	8	8

L'analisi per fasce d'età evidenzia che, relativamente all'anno 2014, il 63% del personale dipendente del SSN ha un'età al di sotto dei 50 anni (-6% rispetto al 2012). Sostanzialmente diversa è la segmentazione del personale afferente all'Università, ove gli under 50 rappresentano solo il 24% del totale delle risorse umane (-9% rispetto al 2012).

Analizzando il titolo di studio, i dati pongono in evidenza che tra il personale del SSN - con riferimento all'esercizio 2014 - il 64% del totale delle risorse umane che prestano servizio in Azienda possiede un titolo di laurea o specializzazioni di grado superiore (nel 24% dei casi); percentuali maggiori si registrano sulla popolazione dei dipendenti dell'Università, ove solo il 7% ha un titolo di licenza media superiore o di grado inferiore. La diversa profilazione - sia in merito alla segmentazione per fasce d'età sia in merito alla distinzione per titolo di studio - è ascrivibile alla diversa composizione dei profili professionali, maggiormente concentrati sull'area comparto nel primo caso e sull'area dirigenza nelle rappresentanze universitarie.

L'elevata incidenza dei soggetti di sesso femminile si registra nell'area comparto (sul totale dei dipendenti del SSN); l'area contrattuale della dirigenza è caratterizzata sia nel sistema ospedaliero che in quello universitario da una sostanziale parità tra i due sessi - nel caso dei dipendenti del SSN - e dalla prevalenza di personale appartenente al genere maschile - nel caso di dipendenti dell'Università.

Figura 18. Analisi del personale dipendente area comparto per genere (triennio 2012-2014)

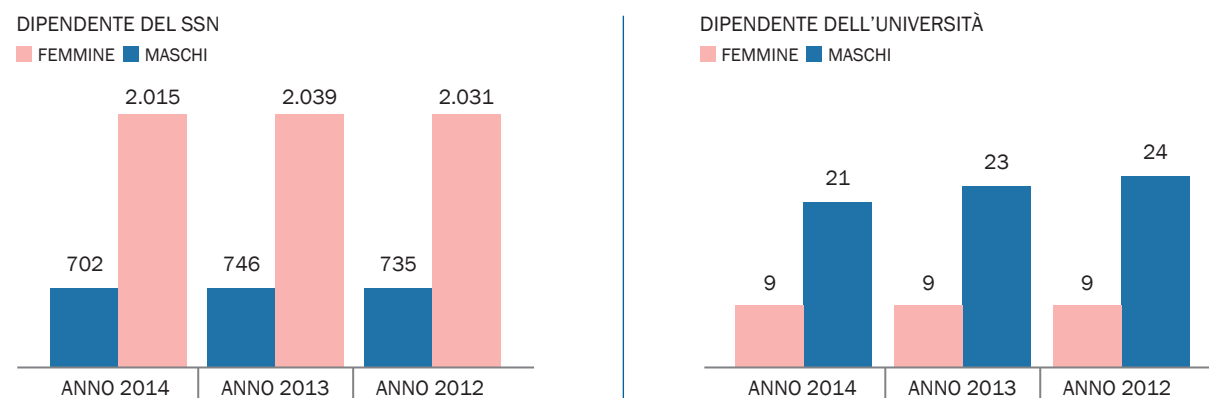
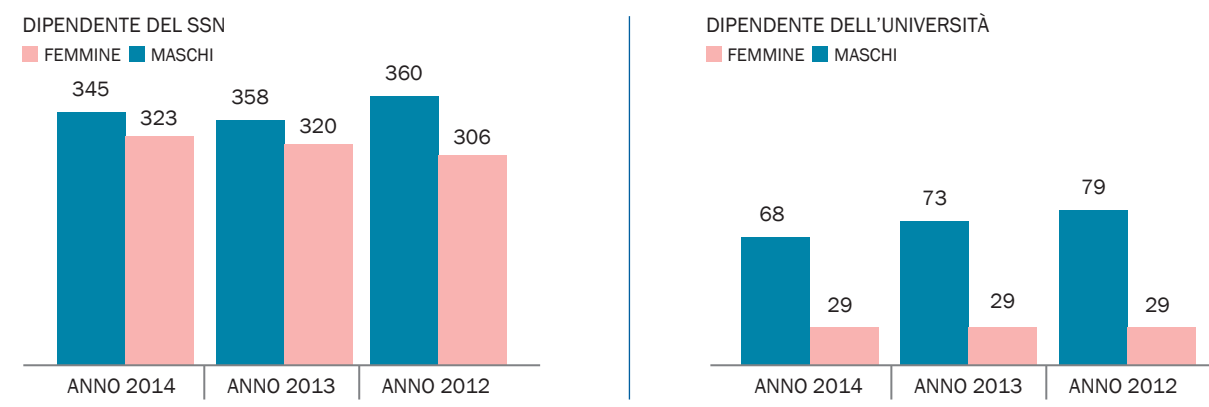


Figura 19. Analisi del personale dipendente area dirigenza per genere (triennio 2012-2014)



L'analisi relativa all'**anzianità di servizio** mostra una situazione caratterizzata da elevato turn-over. Infatti, solo meno del 30% ha un'anzianità di servizio maggiore ai 20 anni.

Tabella 32. Anzianità di servizio del personale (triennio 2012-2014)

DIPENDENTE DEL SSN				DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ		
ANZIANITÀ	2014	2013	2012	2014	2013	2012
0-5	19,8%	26,2%	26,2%	9,4%	12,7%	17,7%
6-15	39,0%	37,3%	37,3%	11,0%	44,0%	39,7%
16-20	12,0%	9,9%	9,9%	42,5%	12,7%	15,6%
>21	29,2%	26,6%	26,6%	37,1%	30,6%	27,0%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nel 2014, il personale dell'area comparto (dipendenti del SSN) con contratto a tempo part-time è rappresentato dal personale sanitario per il 6,5% del totale, dal personale amministrativo per il 13,4% e dal personale tecnico per il 5,4%.

Figura 20.
Personale dipendente del SSN con contratto part-time (triennio 2012-2014)

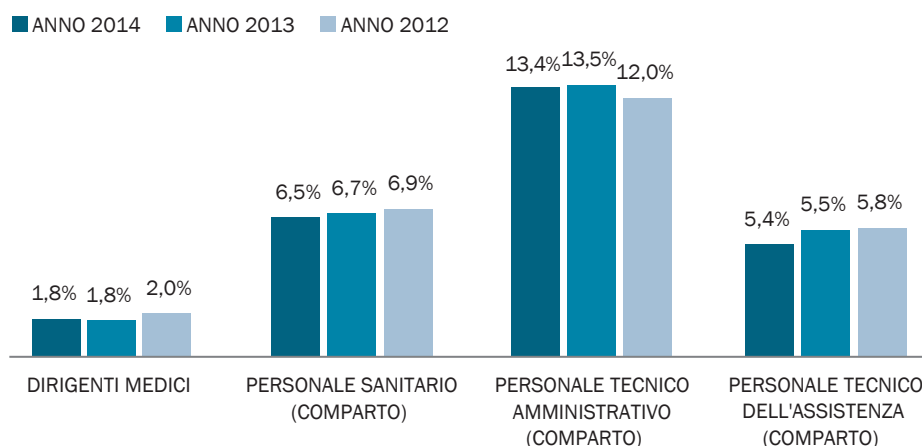


Tabella 33. Personale tirocinante, borsista e sanitario non dipendente (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PERSONALE SANITARIO NON DIPENDENTE	48	51	47
PERSONALE TECNICO/AMMINISTRATIVO NON DIPENDENTE	4	0	0
PERSONALE TIROCINANTE E BORSISTA	7	11	12
Totale personale	59	62	59

Per personale tirocinante si intende il titolare di tirocinio extracurricolare

Per personale sanitario (o tecnico/amministrativo) non dipendente si intende il personale con contratto di collaborazione (con o senza partita iva)

Tra il personale dipende dall'Università, in aggiunta, il 13% del totale degli assunti con contratto part-time è concentrato anche in questo caso nell'area comparto sanitario. Contribuiscono all'erogazione dei servizi assistenziali e di ricerca, accanto al personale dipendente, altre figure quali contrattisti, libero professionisti, tirocinanti e borsisti, specializzandi, nonché frequentatori volontari.

Tabella 34. Specializzandi e frequentatori volontari presenti in Azienda (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
NUMERO SPECIALIZZANDI	505	499	512
NUMERO COMPLESSIVO FREQUENTATORI VOLONTARI	236	233	260

A riprova della forte integrazione tra sistema ospedaliero e sistema universitario, si consideri che circa il 5% dei dirigenti e il 10% del personale del comparto (dipendente del SSN), inoltre, presta la propria attività anche nei corsi didattici universitari istituiti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'ateneo anconetano.

Tabella 35. Personale dipendente del SSN coinvolto nei corsi di laurea universitari (triennio 2012-2014)

	DIPENDENTE DEL SSN		
	2014	2013	2012
DIRIGENTI MEDICI	17	21	21
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	7	7	5
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	3	1	0
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	199	218	184
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	6	2	1
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	1	0	0
Totale	233	249	211

Le attività libero professionali

Per attività libero professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario si intende l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita oltre l'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, di day hospital, di day surgery e di ricovero ordinario, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso, anche a mezzo di assicurazioni o fondi sanitari integrativi. Il ricovero nei servizi di emergenza e di terapia intensiva, nelle unità coronariche e nei servizi di rianimazione non può essere assoggettato a regime libero professionale.

L'attività libero professionale viene erogata nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero professionali, secondo le previsioni di cui all'art.15 quinquies, comma 3, del decreto legislativo n.502/92 e s.m.i. e dell'art.54, comma 5, del C.C.N.L. del 8 giugno 2000.

In particolare, l'attività libero professionale non può comportare globalmente, per ciascuna SOD, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. L'attività istituzionale, quindi, è prevalente rispetto a quella libero professionale che non è in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'AOUOORR e il cui svolgimento è organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e assicurare la piena funzionalità dei servizi. Sono, inoltre, rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali ed i tempi di attesa concordati con le équipe. L'attività libero professionale intramuraria è svolta fuori dell'orario di servizio e in ogni caso in orari diversi da quelli stabiliti per qualsiasi tipo di attività istituzionale, compresa la pronta disponibilità, salvo il caso in cui, per ragioni tecnico-organizzative, non sia possibile l'articolazione dell'attività libero professionale in orari differenziati (es. attività laboratoristica).

È operante in Azienda l'organismo Paritetico di Verifica, che assicura il corretto andamento dell'attività libero professionale intramuraria. Esso è costituito in forma paritetica, composto da otto membri, di cui quattro designati dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (di cui almeno uno universitario) e quattro designati congiuntamente dai sindacati dei lavoratori del personale della dirigenza medica, dell'altra dirigenza sanitaria, professionale tecnica ed amministrativa, della dirigenza universitaria e del comparto, assicurando la presenza di tutte le aree di contrattazione.

Le funzioni attribuite all'organismo paritetico sono di verifica, consultive e di promozione. In particolare:

- verifica il rispetto della norma aziendale e contrattuale in materia, prevedendo apposite sanzioni in caso di violazione della stessa compresa la sospensione dell'attività libero professionale e propone al Direttore Generale, comparere motivato, le penalizzazioni e/o i provvedimenti da applicare;
- propone al Collegio di Direzione eventuali investimenti e/o iniziative operative riguardanti la libera professione.

L'AOUOORR garantisce l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria nell'osservanza dei seguenti principi:

1. salvaguardia del ruolo istituzionale del servizio pubblico ospedaliero, diretto ad assicurare l'accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta;
2. valorizzazione delle professionalità del personale dipendente operante nell'AOUOORR;
3. libertà del cittadino/utente di scegliere il regime di attività di cui intende avvalersi per l'esecuzione delle prestazioni;
4. parità di trattamento degli utenti, indipendentemente dal regime di attività scelto.

L'attività libero professionale si articola in intramoenia c.d. pura, (svolta all'interno del presidio ospedaliero) e c.d. allargata (svolta in strutture private autorizzate dall'azienda), qualora gli spazi interni non siano sufficienti a soddisfare le esigenze di tutti i professionisti autorizzati all'intramoenia.

Nell'ultimo triennio circa il 50% dei professionisti medici ha optato per l'esercizio della libera professione intramuraria.

Tabella 36. Numero medici autorizzati alla libera professione (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
MEDICI AUTORIZZATI ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA	307	301	290
MEDICI AUTORIZZATI ALLA LIBERA PROFESSIONE SOLO "ALLARGATA"	0	0	12
MEDICI AUTORIZZATI ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA E ALLARGATA	43	35	28

L'analisi del rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale viene effettuata raffrontando il numero delle prestazioni erogate in regime di mobilità (per pazienti esterni) al netto dell'attività di laboratorio, con quanto erogato in regime di libera professione; considerazioni analoghe vengono effettuate per l'attività di ricovero.

Tabella 37. Numero prestazioni in libera professione ed in attività istituzionale (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PRESTAZIONI ESEGUITE IN ATTIVITÀ ISTITUZIONALE	874.856	863.610	862.602
PRESTAZIONI ESEGUITE IN ATTIVITÀ LIBERA PROFESSIONALE	70.358	66.858	52.365
RAPPORTO TRA PRESTAZIONI ESEGUITE IN LIBERA PROFESSIONE E QUELLE IN ATTIVITÀ ISTITUZIONALE	8,0%	7,7%	6,1%
RICOVERI ESEGUITI IN ATTIVITÀ ISTITUZIONALE	46.726	47.967	48.856
RICOVERI ESEGUITI IN LIBERA PROFESSIONE	271	201	218
RAPPORTO TRA RICOVERI IN LIBERA PROFESSIONE E QUELLI IN ATTIVITÀ ISTITUZIONALE	0,6%	0,4%	0,4%

2.2.2 La gestione delle risorse umane

2.2.2.1 Le politiche di trasparenza

In attuazione della Convenzione dell'ONU contro la corruzione, ratificata dallo Stato italiano con Legge n. 116 del 3/8/2009, è stata adottata la Legge n. 190 del 6.11.2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" che ha introdotto numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo ed ha individuato i soggetti preposti a mettere in atto iniziative in materia.

A seguito di tale previsione normativa, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha predisposto il piano nazionale anticorruzione (P.N.A.) che la CIVIT, con Delibera 72 dell'11/09/2013, ha approvato in via definitiva, al fine di disporre di un quadro unitario e strategico di programmazione delle attività per prevenire e contrastare la corruzione nel settore pubblico e creare le premesse perché le amministrazioni potessero redigere i loro piani triennali per la prevenzione della corruzione e, di conseguenza, predisporre gli strumenti previsti dalla Legge n. 190/2012.

In base all'art. 1, co. 8, legge n. 190/2012 il piano triennale di prevenzione della corruzione deve essere adottato, a regime, dalle pubbliche amministrazioni, entro il 31 gennaio di ogni anno. Per quanto riguarda poi le amministrazioni regionali e locali e gli enti da queste controllati, la Legge, all'art. 1, comma 60, prevede che gli adempimenti e i relativi termini siano preventivamente definiti attraverso intese in sede di Conferenza unificata, entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore.

In realtà l'Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali è intervenuta solo il 24 luglio 2013 e, in tale sede, si è ritenuto di fissare il termine di adozione del Piano, in fase di prima applicazione, al 31 gennaio 2014.

Il [Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza](#) della Azienda è stato nominato con Determine n. 657/DG del 10/12/2013 e n. 12/DG del 17/01/2014, e confermato con Determina n. 712/DG del 30/12/2014.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, per l'espletamento dell'incarico, si avvale della collaborazione dei [Referenti per la prevenzione della corruzione](#), individuati nei dirigenti responsabili delle strutture aziendali considerate come a maggior rischio di corruzione. Per lo sviluppo e l'applicazione delle misure di prevenzione la Circolare n. 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica prevede l'individuazione di Dirigenti Referenti.

La complessità dell'organizzazione aziendale ha fatto ritenere opportuno l'affiancamento al Responsabile della Prevenzione della Corruzione di Dirigenti Referenti la cui azione è subordinata alle indicazioni e istruzioni del Responsabile, che rimane il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al responsabile della prevenzione richiede che:

- l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto;
- le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto.

La legge affida ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione. Lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel Piano aziendale sono, quindi, il risultato di un'azione sinergica del Responsabile per la prevenzione e dei singoli responsabili degli uffici, secondo un processo di ricognizione in sede di formulazione degli aggiornamenti e di monitoraggio della fase di applicazione.

I Referenti sono individuati nei Dirigenti Responsabili delle seguenti strutture aziendali:

1. SO Gestione Economico-Finanziaria
2. SO Acquisizione Beni e Servizi
3. SO Supporto Amministrativo alla Direzione Medica Ospedaliera, URP, Comunicazione e Formazione
4. SO Impianti
5. SO Gestione del Personale
6. SO Sistema Informativo Aziendale
7. SO Controllo di Gestione
8. SOS Risk Management
9. SOS Coordinamento Donazione Organi
10. SO Affari Generali
11. SO Direzione Medica Ospedaliera (DMO)

Eventuali violazioni alle prescrizioni del Piano da parte dei dipendenti dell'Amministrazione costituiscono illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2013.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha predisposto il **Piano Aziendale Anticorruzione**. Questo è stato pubblicato sul sito web sezione Amministrazione Trasparente dell'Azienda.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione valido per il 2014-2016 è stato elaborato con l'intenzione di iniziare subito un percorso aziendale di sensibilizzazione e formazione sulle tematiche corruzione, quale strumento utile a creare un circolo virtuoso di legalità attraverso processi decisionali e comportamentali improntati ai principi di imparzialità, trasparenza e rispetto delle regole.

La specifica formazione dei dipendenti

Come richiamato dal Piano Nazionale Anticorruzione, le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165/2001 devono programmare adeguati livelli di formazione, tenendo presente una strutturazione su due livelli: livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contestualistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale); livello specifico, rivolto al responsabile anticorruzione e della trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree di rischio, riguardo le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

L'obiettivo che si vuole perseguire è, quindi, quello di ridurre il rischio che l'illecito sia commesso inconsapevolmente; di creare una base omogenea di conoscenze, quale presupposto indispensabile per valutare di rendere operativa una coerente programmazione di rotazione del personale e per la creazione di specifiche competenze nelle aree operative a più alto rischio corruttivo; di diffondere valori etici mediante la condivisione dei "principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati".

Obiettivo del corso residenziale tenutosi nel 2014 è stato quello di sensibilizzare la Dirigenza Medica, Amministrativa, Sanitaria e Tecnica e il Personale del Comparto titolare di Posizione Organizzativa ad una cultura sull'anticorruzione e la trasparenza da trasmettere al personale dipendente affinché si lavori nell'ottica dell'efficienza ed efficacia senza alcun condizionamento di sorta che possa sviare la missione aziendale dai giusti propositi.

Nell'anno 2015 verrà curata la programmazione con un taglio operativo e l'effettuazione di eventi formativi diretti ai singoli gruppi di operatori suddivisi per settori di rischio omogenei coinvolgendo per gradi tutto il personale dipendente dell'Azienda.

La mappatura dei processi e monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti

Il Piano Aziendale prevede che debbano essere individuate sia le aree e le attività maggiormente esposte al rischio della corruzione (a partire da quelle che la legge 190 già considera come tali); sia le prime misure e la declinazione dei sistemi di controllo, oltre all'inserimento dei principali obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni secondo quanto disposto dal D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

Il P.T.P.C. ha la finalità di: fornire la valutazione del livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e di stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire detto rischio; definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti addetti ai settori

Figura 21. Il portale trasparenza dell'AOUOORR



particolarmente esposti alla corruzione; prevenire con tali strumenti l'illegalità, cioè l'esercizio delle potestà pubblicistiche di cui dispongono i soggetti titolari di pubblici uffici, diretto al conseguimento di un fine diverso o estraneo a quello previsto da norme giuridiche o dalla natura della funzione.

I Responsabili delle articolazioni aziendali stanno provvedendo all'individuazione dei procedimenti di propria competenza, all'unificazione delle procedure nonché all'individuazione dei termini per la conclusione, ciò anche in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 35 del 14 marzo 2013, n. 33.

Il prospetto dei termini di conclusione dei procedimenti di competenza sarà inviato dal Responsabile di ogni singola articolazione aziendale alla Direzione Generale e al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e successivamente formalizzato.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione verificherà nell'anno 2015, a regime, che i Responsabili delle articolazioni aziendali provvedano periodicamente al monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti acquisendo dai Responsabili delle articolazioni aziendali un report periodico in materia.

Inconferibilità e incompatibilità

Sono state acquisite e pubblicate sul sito web aziendale, sezione amministrazione trasparente, le relative dichiarazioni degli organi di indirizzo politico e dei titolari di incarichi di Direzione di struttura complessa ospedalieri. Il regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali, redatto ex art 53 del D.Lgs. n. 165/2000, disciplina criteri e procedure per l'applicazione, in ambito aziendale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di svolgimento di incarichi, non compresi nei compiti e nei doveri d'ufficio e si applica a tutto il personale dipendente con rapporto di lavoro sia a tempo indeterminato che a tempo determinato, appartenente a tutte e tre le aree di contrattazione collettiva del Servizio Sanitario Nazionale, indipendentemente dall'opzione espressa tra rapporto di lavoro esclusivo e rapporto di lavoro non esclusivo. L'iter di approvazione non è stato completato in quanto non è concluso il percorso di confronto con le strutture amministrative coinvolte nell'applicazione, ma sarà deliberato nei primi mesi dell'anno 2015.

Accesso civico

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" sono pubblicati gli indirizzi di posta elettronica ai quali inoltrare le richieste di accesso civico e di attivazione dell'eventuale potere sostitutivo. Il Responsabile della Trasparenza deve pronunciarsi in ordine alla richiesta di accesso civico, controllare e assicurare la regolare attuazione, poiché nell'Azienda coincidono le funzioni di Responsabile della Trasparenza e di Prevenzione della Corruzione in un unico soggetto, ai fini della migliore tutela dell'esercizio del diritto le funzioni relative all'accesso civico sono delegate al Direttore della SO Affari Generali, restando in capo al Responsabile della Trasparenza il potere sostitutivo. Nell'anno 2014 non sono pervenute all'Azienda richieste di accesso civico da parte alcun soggetto interessato.

Sanzioni

Nel corso del biennio 2013-2014 sono pervenute tre segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi (peculato - art. 314 c.p.) sanzionate disciplinarmente con l'irrogazione della "sospensione dal servizio con privazione della retribuzione".

Codice di comportamento

Con Determina n. 656/DG del 02/12/2014 è stato pubblicato sul sito aziendale il Codice di Comportamento, recante i principi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti, i collaboratori e/o consulenti (con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo), nonché i collaboratori - a qualsiasi titolo - di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione sono tenuti ad osservare, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n. 165/2001.

Codice etico

Prendendo spunto da disposizioni generali (D.M. Funzione Pubblica 28/11/2000; D.lgs. n.145 del 30/05/05; D.Lgs. n.198 del 11/04/06), l'Azienda si è dotata - con Determina n.454/DG del 13/11/2009 -del Codice Etico Aziendale. Esso si ispira ai principi universalistici ed ai valori che caratterizzano il SSN, si rivolge a tutta la dirigenza ed a tutti i dipendenti aziendali orientando le loro scelte comportamentali. Esso è vincolante, senza alcuna eccezione, per tutto il personale che opera a qualsiasi titolo nelle strutture aziendali o anche al di fuori di esse, purché operi nello svolgimento dei propri compiti e funzioni istituzionali.

In attuazione del Codice Etico Aziendale, è operativo un comitato indipendente denominato **Collegio dei Probiviri**, avente il compito di ricevere ed analizzare le segnalazioni pervenute di violazione delle norme del codice etico aziendale, interloquire con le parti in causa nelle segnalazioni garantendo la riservatezza sia per i segnalatori che per i segnalati, valutare la segnalazione ed assumere una decisione in merito. Questa, trasmessa al diretto interessato, viene comunicata anche alla Direzione Generale in presenza di gravi violazioni, la quale potrà decidere se adottare eventuali sanzioni, fino alla revoca di eventuali incarichi fiduciari nel rispetto delle norme e dei regolamenti vigenti.

Il Collegio dei Probiviri è composto da tre persone nominate dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università Politecnica delle Marche e sentito il Comitato di Partecipazione (a sua volta composto da rappresentanti delle associazioni di volontariato e di tutela) tra persone esterne all'Azienda.

Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) - in ottemperanza al Decreto Legislativo n. 165/2001 all'art. 57 (modificato dall'art. 21 comma 1, lett. c) della Legge del 4 novembre 2010 n. 183) - è stato costituito con determina n. 528/DG del 14/10/2014. Tale organismo è destinato a sostituire - unificandone le relative competenze - i Comitati per le Pari Opportunità e i Comitati Paritetici per il fenomeno del mobbing. I componenti del CUG devono essere devono possedere:

- adeguate conoscenze nelle materie di competenza del CUG;
- adeguate esperienze, nell'ambito delle pari opportunità e/o mobbing, del contrasto alle discriminazioni, rilevabili attraverso il percorso professionale;
- adeguate attitudini, intendendo per tali le caratteristiche personali, relazionali e motivazionali.

Il CUG deve essere costituito in modo paritetico, da un componente effettivo ed uno supplente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi, mentre il Presidente deve essere designato tra i membri in rappresentanza dell'Amministrazione.

I componenti del CUG di questa Azienda sono:

Balercia Marinella	<i>CPS/Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico</i>
Bucci Raffaella	<i>Collaboratore Amm.vo Professionale Esperto</i>
Campolucci Carla	<i>CPS/Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico</i>
Delli Compagni Emanuela	<i>CPS/Infermiere</i>
De Vito Rita Assunta	<i>Assistente Amministrativo</i>
Lombardi Fortino Domenico	<i>CPS/Infermiere</i>
Manzotti Francesca	<i>CPS/Fisioterapista</i>
Sabbatini Luciano	<i>CPS/Fisioterapista</i>
Sabbatini Raffaele Cristiano	<i>CPS/Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico</i>
Mariani Laura	<i>Dirigente Psicologo</i>

I componenti Organizzazioni Sindacali sono:

UIL FPL (area Comparto)	Lancianese Carla	<i>Collaboratore Amm.vo Professionale Esperto</i>
FSI (area Comparto)	Palladino Michele	<i>Op. Tecnico</i>
CISL FP (area Comparto)	Arcangelil Vilma	<i>Op. Socio Sanitario</i>
FP CGIL (area Comparto)	Micheli Antonella	<i>Op. Socio Sanitario</i>
NURSIND (area comparto)	Minora Angela	<i>CPS/Infermiere</i>
FIALS (area Comparto)	Gasparetti Liviana	<i>Infermiere Psichiatrico Esperto</i>
AAROI EMAC (area Dirigenza Medica)	Franconi Annamaria	<i>Dirigente Medico</i>
UIL FPL (area Dirigenza SPTA)	Benni Fabio	<i>Dirigente Amministrativo</i>
FVM (area Dirigenza Medica)	Giusti Mario	<i>Dirigente Medico</i>
FP CGIL (area Dirigenza Medica)	Festa Antonella	<i>Dirigente Medico</i>

Designato in qualità di Presidente del Comitato Unico di Garanzia è la Dott.ssa Laura Mariani. Così come previsto dalla citata Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011, la durata del mandato dei componenti il Comitato è di quattro anni decorrenti dalla data di esecutività della presente determina e detti incarichi possono essere rinnovati una sola volta. La costituzione del CUG avviene senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e, pertanto, ai componente/Presidente del predetto organismo non spetta alcun compenso aggiuntivo. Il CUG disciplinerà il proprio funzionamento con apposito Regolamento da adottare entro 60 giorni dalla sua costituzione. Nel sito internet aziendale, è attivata apposita area dedicata alle attività del CUG, periodicamente aggiornata a cura del Comitato medesimo.

Codice Disciplinare

Con Determina del Direttore Generale n. 290/DG del 23/07/2010, avente per oggetto: "Regolamenti Disciplinari per il personale dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti "Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" (area dirigenza e comparto) - Approvazione", l'Azienda si è dotata di due regolamenti che contengono le disposizioni relative ai procedimenti disciplinari che sono avviati nei confronti di tutto il personale appartenente all'Azienda rispettivamente dirigenziale e del comparto, nel rispetto del codice di Comportamento relativo al CCNL di appartenenza.

Il procedimento disciplinare nelle Aziende Sanitarie, così come per tutto il personale che opera nel pubblico impiego, si fonda su alcuni basilari principi (Cfr. Fonti normative art. 2104, 2105 e 2106 del Codice Civile, Legge 20 maggio 1970 n. 300, D.lgs. del 30 marzo 2001 n. 165, aggiornato dal D.lgs. del 27 ottobre 2009, n. 150, Contrattazione collettiva del comparto sanità), di seguito richiamati:

- l'obbligatorietà dell'azione disciplinare;
- la proporzionalità della sanzione disciplinare rispetto ai fatti commessi;
- la tempestività dell'azione disciplinare;
- la tassatività delle sanzioni disciplinari;
- la gradualità sanzionatoria;
- il contraddittorio procedimentale.

Alcuni dati sui provvedimenti disciplinari

Si presentano di seguito i dati relativi ai procedimenti disciplinari articolati per esito sfavorevole al dipendente, archiviati e pendenti per procedimenti penali in corso e ulteriormente distinti per area contrattuale.

La maggioranza degli stessi sono relativi all'inosservanza delle disposizioni di servizio.

Tabella 38. Procedimenti disciplinari per esito e per area contrattuale (triennio 2012-2014)

DISTINZIONE PER ESITO DEL PROCEDIMENTO	2014	2013	2012
ESITO SFAVOREVOLE PER IL DIPENDENTE	13	6	25
ARCHIVIATI	8	10	16
PENDENTI PER PROCEDIMENTO PENALE IN CORSO	0	0	0
NON ANCORA DEFINITI	4	0	0
Totale	25	16	41

DISTINZIONE PER ESITO DEL PROCEDIMENTO	2014	2013	2012
DIRIGENZA SANITARIA	3	2	15
DIRIGENZA PTA	0	0	1
COMPARTO	22	14	25
Totale	25	16	41

Tabella 39. Procedimenti disciplinari distinti per contenuto (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
ASSENZA INGIUSTIFICATA DAL SERVIZIO	6	5	2
CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA	4	1	30
CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA (RECIDIVA)	1	0	0
NEGLIGENZA NELL'ESECUZIONE DEI COMPITI ASSEGNATI	0	0	1
NEGLIGENZA NELL'ESECUZIONE DEI COMPITI ASSEGNATI E CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA	0	0	2
INOSSERVANZA DISPOSIZIONI DI SERVIZIO	2	10	2
INOSSERVANZA DISPOSIZIONI DI SERVIZIO (RECIDIVA)	1	0	2
VIOLAZIONE DOVERI DI COMPORTAMENTO	3	0	0
COMPORTAMENTI MINACCIOSI E GRAVEMENTE INGIURIOSI	0	0	2
ALTERCHI CON VIE DI FATTO NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	5	0	0
APPROPRIAZIONE DI MATERIALE DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA (RECIDIVA)	2	0	0
APPROPRIAZIONE DI MATERIALE DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA	1	0	0
Totale	25	16	41

Oltre all'attività disciplinare si rende conto anche del contenzioso tra il personale e l'Azienda (per materia, stato di avanzamento e per anno di insorgenza).

Tabella 40. Cause con personale dipendente (triennio 2012-2014)

	SORTE			PENDENTI			DEFINITE		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
LAVORO (giudice ordinario)	19	30	23	25	38	31	28	20	15
AMMINISTRATIVO (giudice amministrativo)	2	1	0	7	7	10	2	2	1
CIVILE IN PROCEDIMENTO PENALE	0	1	1	0	1	0	1	0	0
Totale	21	32	24	32	46	41	31	22	16

2.2.2.2 La formazione delle risorse umane

Con il Decreto Dirigente PF Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione 7/RAO del 24.2.2014 "Accreditamento provvisorio provider formazione ECM dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona", l'ARS ha concesso all'AQUOORR l'accREDITAMENTO provvisorio per un periodo massimo di 24 mesi. Come provider ECM pubblico accreditato dalla Regione Marche, questa Azienda ha, pertanto, iniziato dal 10 marzo 2014 ad accreditare direttamente le iniziative formative aziendali. Da quanto premesso è derivato che, nel corso dell'anno 2014, gli Ospedali Riuniti, in veste di provider pubblico regionale, hanno posto in essere un Piano di Formazione annuale coerente:

- con le normative di riferimento vigenti;
- con gli obiettivi nazionali e regionali;
- con le esigenze aziendali;
- con gli obiettivi ed i fabbisogni dipartimentali;
- con obiettivi di sviluppo e indirizzi prioritari di apprendimento professionale anche individuali e di team.

Le attività di aggiornamento realizzate dai professionisti aziendali nel 2014, incentrate sullo sviluppo continuo e sul mantenimento delle competenze, sono state improntate ai seguenti criteri:

- progettualità pedagogica;
- contestualizzazione della formazione;
- valorizzazione dell'esperienza;
- integrazione tra attese individuali/di team e obiettivi organizzativi.

Nel corso del 2014 l'attività formativa aziendale, nel suo complesso, si è di fatto articolata ponendo attenzione:

- all'implementazione delle competenze tecnico-professionali necessarie a svolgere le attività specifiche di ogni tipologia

di figura professionale presente in azienda;

- all'acquisizione di abilità relazionali;
- all'ottimizzazione dell'integrazione delle funzioni svolte dai vari operatori della salute, non solo a livello aziendale ma anche nel contesto regionale.

L'orientamento prevalente è stato quello di rendere possibile la partecipazione ad iniziative che, mediante l'utilizzo di metodologie didattiche per lo più interattive, rispondessero efficacemente:

- ai problemi conoscitivi o di abilità dei professionisti nella pratica clinica;
- ad esigenze di ottimizzazione operativo-gestionale dei processi;
- ad esigenze comunicativo-relazionali;
- alla necessità di integrazione multi-professionale ed interdisciplinare.

L'azione formativa aziendale degli anni 2012-2013-2014, declinata nei Piani di Formazione Annuali riferiti ai medesimi esercizi, è di seguito descritta. Complessivamente, sono state svolte le tipologie di progetti di seguito dettagliate.

Progetti trasversali aziendali e/o regionali

Tutela della donna e del bambino

- promozione dell'allattamento al seno rivolta al personale sanitario del Salesi;
- formazione operatori dedicati;
- formazione operatori coinvolti;
- violenza sulle donne e sui minori.

Qualità e certificazione

- miglioramento delle competenze nell'ambito del "sistema qualità".

Sicurezza e D.Lgs. 81/2008

- tecnologie e dispositivi correlati ai gas medicali (formazione FAD);
- formazione e aggiornamento sulla sicurezza ai sensi D.Lgs. 81/2008 per i Rappresentanti dei lavoratori/Preposti Dirigenti/neo-assunti;

- misure di prevenzione e protezione atte a prevenire incidenti a rischio biologico.

Protezione dei dati personali

- tutela della privacy.

Emergenza

- emergenza intraospedaliera;
- PEIMAF.

Ulteriori aree di riferimento

- implementazione cultura-sicurezza competenze in materie varie (donazione-trapianto-AIDS-CUG-PALEO-anticorruzione e trasparenza);
- ruolo, valori e prospettive della professione infermieristica;
- percorsi diagnostico-terapeutici ospedale-territorio;
- medicina necroscopica.

Attraverso l'utilizzo di modalità formative miste (corsi residenziali indirizzati alla diffusione ad un ampio numero di operatori dipartimentali di contenuti formativi di interesse multiprofessionale, corsi interattivi, attività sul campo, etc.):

- è stato favorito l'inserimento di personale neo assegnato presso specifici ambiti operativi ed assistenziali;
- è stata migliorata la qualità dell'accoglienza al paziente e della comunicazione nelle differenti accezioni;
- si è sostenuto l'aggiornamento delle procedure e dei processi;
- è stato sostenuto il miglioramento delle competenze nell'ambito della "gestione del sistema qualità";
- è stata ottimizzata la gestione del rischio clinico declinato negli eventi avversi correlati ad attività tipicamente di partimentali e/o di SOD;
- è stata affrontata la gestione dei conflitti.

Si specifica che ampio spazio è stato riservato alla formazione sul campo, vista la sua particolare idoneità a stimolare l'acquisizione simultanea e condivisa, tra gli operatori coinvolti, di conoscenze innovative in grado di integrare le competenze non solo individuali, ma anche di "team". Anche la formazione individuale fuori sede è stata valorizzata, per rispondere a fabbisogni emergenti principalmente a livello dipartimentale.

In particolare, per quanto riguarda l'attività formativa ECM, nei quadri di sintesi proposti si riepilogano i dati maggiormente descrittivi del volume dell'aggiornamento svolto.

Tabella 41. Crediti assegnati dall'Azienda a soggetti interni e esterni (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
NUMERO DI EVENTI SVOLTI IN AZIENDA	324	329	363
NUMERO DI EDIZIONI SVOLTE	488	415	467
NUMERO DI PARTECIPANTI EFFETTIVI (INCLUSI ESTERNI)	7.945	11.301	10.082
Totale crediti assegnati (ad interni e esterni)	94.489	99.976	100.734
CREDITI ASSEGNATI PRO-CAPITE	11,89	10,01	10,72

Tabella 42. Risultati piano formazione anno 2014 (solo personale interno dipendente*)

	2014
NUMERO CORSI INTERNI REALIZZATI	324
ORE TOTALI DI FORMAZIONE EFFETTUATE DAI DIPENDENTI (partecipando a corsi accreditati da soggetti pubblici del sistema regionale ECM)	91.751
ORE DI FORMAZIONE INTERNA (corsi organizzati dall'azienda) * si specifica che sono state offerte complessivamente n. 142.355 ore	89.180
ORE DI FORMAZIONE EFFETTUATE DAI DIPENDENTI A CORSI DEI PROVIDER ACCREDITATI DALLA REGIONE MARCHE	2.571
CREDITI TOTALI ACQUISITI DA INTERNI (partecipando a corsi accreditati da soggetti pubblici del sistema regionale ECM)	86.438
CREDITI ACQUISITI DA INTERNI (partecipando a corsi organizzati in sede)	83.539
CREDITI ACQUISITI DA INTERNI (partecipando a corsi organizzati dai provider regionali)	2.899
NUMERO CREDITI EROGATI CON FORMAZIONE ESTERNA (individuale fuori sede)	1.730

* sono stati considerati tali anche i dipendenti dell'Università che prestano assistenza

Relativamente alla formazione interna, esposta nella tabella sopra, si evidenziano alcune informazioni di dettaglio atte a evidenziare l'impegno formativo dell'Azienda nei confronti dei propri dipendenti.

Tabella 43. Dati della formazione in sede e a corsi esterni organizzati da providers pubblici della Regione Marche (del personale discente e docente) - anno 2014

	2014	
	ore	crediti
DIRIGENZA MEDICA	11.896	12.448
DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMM.VA	2.840	2.397
PERSONALE DEL COMPARTO	76.907	71.444
PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE	108	149
Totale	91.751	86.438

Tabella 44. Indicatori della formazione individuale fuori sede - crediti (anno 2014)

	2014
	crediti
DIRIGENZA MEDICA	161
DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMM.VA	24
PERSONALE DEL COMPARTO	1.421
PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE	124
Totale	1.730

Merita evidenziare, poi la formazione **c.d. non ECM** comunque svolta in azienda in adempimento di previsione normative nazionali o per opportunità strategica.

Tabella 45. Corsi di formazione non ECM (anno 2014)

TITOLO PROGETTO	TIPOLOGIA PARTECIPANTI	N. COMPLESSIVO PARTECIPANTI	DURATA IN ORE	NOTE
CORSO REGIONALE AIDS	Tutto il personale SOD cl. Malattie Infettive, SOD Malattie Infettive Emergenti e degli Immunodepressi, sezione Malattie Infettive Salesi	59	36	La partecipazione al corso, svolto ai sensi dell'art.1 comma 1 della l.135/90, esonera dall'obbligo della formazione continua ECM per l'anno di riferimento
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA NELLA PA.	Dirigenti area amministrativa e tecnico-professionale, titolari P.O. Amministrative	32	5	In ottemperanza alla l.190/2012
CARRELLI ELEVATORI	2 Personale del comparto SS.OO.DD. varie 014	16	12	In ottemperanza al D.Lgs.81/2018
SISTEMA PROTOCOLLAZIONE PALEO	Personale amministrativo e sanitario comparto e dirigenza direttamente interessato al sistema di protocollazione da implementare	217	Dalle 2,5 alle 7	In ottemperanza alla vigente normativa sull'amministrazione digitale
PEIMAF	Neoassunti (dirigenza e comparto)	50	2	Per la conoscenza del piano aziendale PEIMAF
PRIVACY	Neoassunti (dirigenza e comparto)	50	2	In ottemperanza alla vigente normativa sulla privacy
EMERGENZA EBOLA	Tutto il personale Malattie Infettive e Rianimazioni	Circa 100	4	In ottemperanza a direttive ministeriali e regionali

Lo scenario delineato restituisce un quadro di buona efficienza, che permette di osservare un'apprezzabile convergenza tra la crescita professionale dei dipendenti, lo sviluppo organizzativo e il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Dipendenti
del SSN docenti
nei corsi didattici
universitari

27

Dirigenti

206

Personale del comparto

Corsi ed ore
di formazione

324

Corsi interni realizzati

94.322

Ore di formazione
fatte dai dipendenti

94.489

Crediti formativi
assegnati

2.2.2.3 La valutazione delle risorse umane

L'Azienda promuove una politica di definizione del sistema premiante a vantaggio delle risorse umane - basato su una puntuale valutazione della performance, sia di struttura sia individuale.

Tenuto conto delle forti interrelazioni che si instaurano all'interno dell'organizzazione aziendale tra le sue articolazioni, la misurazione e la valutazione del contributo che ciascuna struttura organizzativa dà al risultato aziendale è fondamentale per un processo di responsabilizzazione a cui collegare una valutazione di merito.

Gli obiettivi della valutazione di struttura possono ricondursi a tre linee strategiche prioritarie che sono il miglioramento della qualità dell'assistenza e del servizio erogato, l'efficienza nell'uso delle risorse pubbliche, la trasparenza nei confronti dei cittadini e degli utenti.

Lo scopo principale della valutazione individuale, invece, è valorizzare il contributo del singolo apporto professionale, tecnico ed umano al raggiungimento degli obiettivi della struttura organizzativa in cui è collocato il dipendente e, conseguentemente, i più generali obiettivi aziendali.

Una valutazione trasparente, consapevole e partecipata contribuisce alla creazione di un clima organizzativo favorevole e un ambiente di lavoro costruttivo e positivo.

Le tabelle che seguono pongono in evidenza i risultati di tale processo di valutazione, relativo all'ultimo triennio di valutazione articolati per dirigenza (medica e sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) e comparto.

Essendo l'AOUOORR integrata con l'Università, la medesima informazione circa il raggiungimento degli obiettivi annuali raggiunti dal personale dipendente del SSN, è stata prodotta anche con riferimento al personale dipendente dell'Università, che presta attività assistenziale presso l'AOUOORR.

Si precisa, inoltre, che la valutazione di struttura relativa all'anno 2014 è ancora in corso al momento della stesura del presente documento.

Tabella 46. Valutazione del personale dipendente del SSN

DIPENDENTE DEL SSN						
	VALUTAZIONE DI STRUTTURA (% media raggiunta)			VALUTAZIONE INDIVIDUALE (% media raggiunta)		
	2013	2012	2011	2014	2013	2012
DIRIGENZA MEDICA	84%	82%	84%	95%	95%	96%
DIRIGENZA SPTA	91%	97%	97%	96%	97%	97%
COMPARTO	98%	98%	97%	97%	97%	97%

Tabella 47. Valutazione del personale dipendente dell'Università

DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ						
	VALUTAZIONE DI STRUTTURA (% media raggiunta)			VALUTAZIONE INDIVIDUALE (% media raggiunta)		
	2013	2012	2011	2014	2013	2012
DIRIGENZA MEDICA	83%	85%	84%	99%	98%	97%
DIRIGENZA SPTA	85%	92%	81%	93%	98%	97%
COMPARTO	99%	99%	99%	99%	98%	99%

2.2.2.4 Il personale e le relazioni sindacali

Il sistema delle relazioni sindacali si articola nei seguenti modelli relazionali:

1. contrattazione integrativa, svolta in conformità alle convenienze e ai distinti ruoli delle parti, esclusivamente per le materie previste dai CC.CC.NN.LL. vigenti;
2. partecipazione, la quale si articola negli istituti dell'informazione, concertazione e consultazione e può avere come strumento applicativo la costituzione di apposite Commissioni Bilaterali e/o Osservatori, ivi compresi i Comitati, previsti dai CC.CC.NN.LL. vigenti;
3. interpretazione autentica dei contratti collettivi, così come prevista dai CC.CC.NN.LL. vigenti;
4. procedure di raffreddamento.

Il numero degli iscritti sul totale dipendenti è aumentato di 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente. Una esplicitazione delle singole aree contrattuali è fornita nella tabella che segue.

Tabella 48. Numero dei dipendenti iscritti ai sindacati (triennio 2012-2014)

	DIPENDENTE DEL SSN		
	2014	2013	2012
DIRIGENZA MEDICA TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	404	348	353
DIRIGENZA MEDICA TOTALE DIPENDENTI	595	602	597
% ISCRITTI SU TOTALE	68%	58%	59%
DIRIGENZA SPTA TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	30	47	45
DIRIGENZA SPTA TOTALE DIPENDENTI	73	76	69
% ISCRITTI SU TOTALE	41%	62%	65%
COMPARTO TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	1.380	1.395	1.388
COMPARTO TOTALE DIPENDENTI	2.717	2.785	2.766
% ISCRITTI SU TOTALE	51%	50%	50%
Totale dipendenti iscritti	1.814	1.790	1.786
Totale dipendenti	3.385	3.463	3.432
% iscritti su totale	54%	52%	52%

Le giornate di sciopero sono rimaste pressoché costanti nel triennio; è diminuito del 18% rispetto al 2012, il numero delle adesioni da parte dei dipendenti SSN e degli universitari.

Figura 22.

Adesione dei dipendenti alle giornate di sciopero (triennio 2012-2014)

■ NUMERO GIORNATE DI SCIOPERO
■ NUMERO DIPENDENTI CHE HANNO ADERITO ALLO SCIOPERO

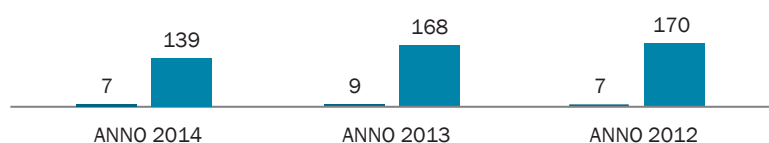


Tabella 49. Numero incontri con i sindacati per tipologia e ruolo di appartenenza (triennio 2012-2014)

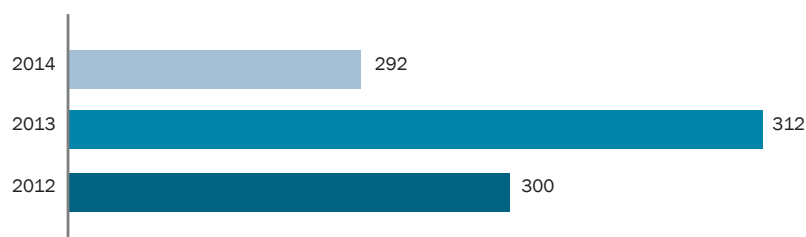
	TIPOLOGIA INCONTRI	2014	2013	2012
AREA COMPARTO	Incontri tecnici	0	13	1
	Incontri sindacali	13	14	13
AREA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	Incontri tecnici	0	1	0
	Incontri sindacali	6	8	6
AREA DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMMINISTRATIVA	Incontri tecnici	0	0	0
	Incontri sindacali	5	4	3

2.2.2.5 La prevenzione degli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

Gli infortuni sul lavoro vengono sistematicamente rilevati ed analizzati dal Servizio prevenzione e protezione allo scopo di ricostruirne la dinamica, individuarne le cause e mettere in atto le necessarie misure di prevenzione e protezione, volte ad impedire che si verifichino nuovamente, ovvero contenerne la gravità.

Gli infortuni rilevati nel 2014 sul lavoro sono in diminuzione sia rispetto al 2013 che all'anno 2012, sia in termini assoluti, sia in termini riferiti al numero dei dipendenti. In particolare, raffrontando i dati del triennio 2012-2014, si evince quanto segue: il numero complessivo delle denunce 2014 è di 292, in netto decremento rispetto al 2013, pari a 312, nonché al 2012 pari a 300.

Figura 23.
Denunce
per infortunio
(triennio
2012-2014)



La tendenza è confermata anche se si prendono in considerazione solo gli eventi di interesse prevenzionistico (totale denunce al netto delle riaperture di sinistri, infortuni non riconosciuti da INAIL, infortuni occorsi a medici in formazione specialistica e infortuni in itinere); infatti, gli infortuni depurati del 2014 risultano 204, in diminuzione rispetto ai 220 del 2013 e 222 del 2012.

Un'analisi di dettaglio sulla tipologia di rischio connesso ai diversi casi di infortunio dimostra alcuni fattori meritevoli di attenzione. In primo luogo, gli infortuni connessi al rischio movimentazione manuale dei carichi/pazienti (MMC) sono in diminuzione (dai 28 del 2012, ai 25 del 2013 ai 17 del 2014). In secondo luogo, gli infortuni connessi al rischio fisico generico (RFG) - compresi anche quelli accaduti fuori dall'orario di servizio, ma all'interno dell'area ospedaliera - sono i più bassi del triennio 2012-2014 risultando pari a 91 (108 nel 2013, 98 nel 2012), dovuti per lo più a cause accidentali. Inoltre, nel 2014, non si è registrato nessun evento connesso con il rischio chimico (RC). D'altro canto, sono aumentati gli infortuni a rischio biologico (RB): 96 nel 2014, contro gli 87 del 2013 e i 95 del 2012. La categoria professionale maggiormente coinvolta risulta essere quella degli infermieri.

Figura 24.
Analisi degli infortuni per tipologia
di rischio - trend 2012-2014

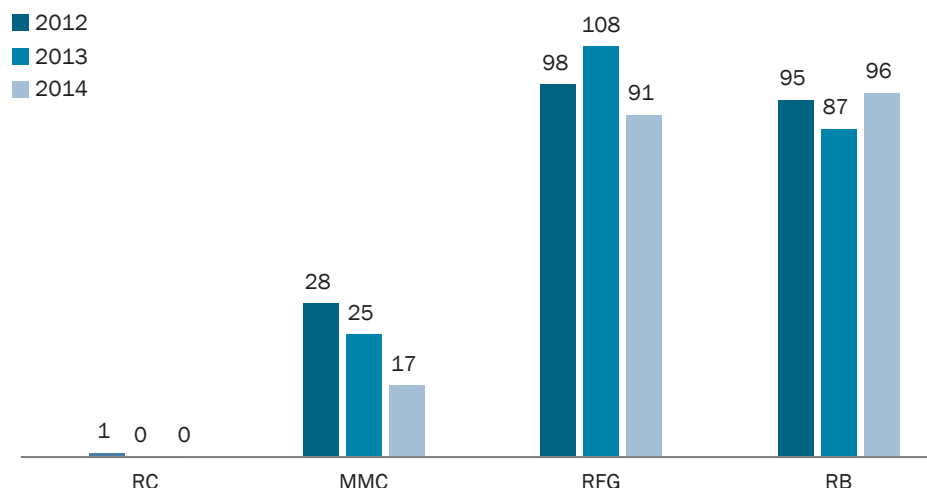


Tabella 50. Analisi e segmentazione degli infortuni per Dipartimento/Macro Area e rischio (anno 2014)

DIPARTIMENTO/MACRO AREA	MMC	RB	RFG	TOT
EMERGENZA E ACCETTAZIONE	2	19	15	36
SCIENZE CARDIOVASCOLARI	4	14	12	30
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	1	10	14	25
MEDICINA INTERNA	3	9	8	20
CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA	3	8	6	17
SCIENZE NEUROLOGICHE	0	8	9	17
GASTROENTEROLOGICO E DEI TRAPIANTI	1	9	5	15
MATERNO-INFANTILE	0	11	4	15
ATTIVITÀ ECONOMICHE E FINANZIARIE	0	0	7	7
SCIENZE RADIOLOGICHE	0	5	2	7
SERVIZI	0	2	4	6
SPECIALITÀ MEDICHE E CHIRURGICHE	0	1	3	4
AREA PROFESSIONI SANITARIE	3	0	1	4
MACRO AREA FUNZIONALE PERSONALE	0	0	1	1
Totale	17	96	91	204

Tabella 51. Numero di incidenti infortunistici per categoria professionale (anno 2014)

QUALIFICA	N° INCIDENTI
INFERMIERE	114
MEDICO	35
AUSILIARIO	26
OSS	15
OPERATORE TECNICO	4
OSTETRICA	3
TECNICO DI LABORATORIO BIOMEDICO	3
TECNICO DI RADIOLOGIA	2
AMMINISTRATIVO	1
OTA	1
Totale	204

Allo stesso tempo, anche l'indice di incidenza di tutti gli infortuni di interesse prevenzionistico (infortuni x 1000/n lavoratori con almeno un giorno di assenza) assume un trend discendente.

Tabella 52. Indice di incidenza degli infortuni (pro-capite) - trend 2012-2014

QUALIFICA	2014	2013	2012	INDICE DI INCIDENZA MEDIA NEL TRIENNIO
INFORTUNI CON ALMENO 1 GIORNO DI ASSENZA	109	135	131	
PERSONALE	3.565	3.639	3.636	
INDICE DI INCIDENZA	30,58‰	37,10‰	36,03‰	34,59‰

Nel periodo di rendicontazione, si è registrato un considerevole aumento delle denunce di malattie professionali: sono state 17 le denunce in questo ambito nel 2014, contro le 6 pervenute nel 2013. Si osserva, però, che fino ad oggi 1 sola denuncia è stata accolta dall'INAIL, mentre 14 non hanno ottenuto il riconoscimento dei requisiti necessari al completamento dell'iter

di definizione; le rimanenti due sono ancora in fase di definizione.

Nel corso dell'ultimo anno, sono aumentate complessivamente le giornate di assenza del personale per malattia (sia per i dipendenti del SSN sia per i dipendenti dell'Università). Le giornate per infortunio, invece, sono in lieve diminuzione nel triennio.

Tabella 53. Numero di incidenti infortunistici per categoria professionale (anno 2014)

AREA	DIPENDENTE DEL SSN						DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ					
	GIORNATE ASSENZA PER MALATTIA			GIORNATE ASSENZA PER INFORTUNIO			GIORNATE ASSENZA PER MALATTIA			GIORNATE ASSENZA PER INFORTUNIO		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
DIRIGENZA	2.794	2.105	2.231	283	187	217	154	151	292	29	38	15
COMPARTO	33.892	26.230	26.835	4.059	4.136	4.111	235	140	139	8	10	59

Manuale della Sicurezza

Nell'ottemperare agli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 81/2008, l'Azienda ha implementato il sistema di gestione della sicurezza sul posto di lavoro. L'insieme delle misure adottate e degli strumenti a disposizione è descritto in un "Manuale della Sicurezza". Sin dalla prima revisione, tale documento persegue l'obiettivo di rendere il più possibile tutti partecipi, ciascuno nei propri ruoli, della gestione del problema sicurezza sul posto di lavoro. Nel "Manuale della Sicurezza" vengono definiti le responsabilità, i compiti e le interrelazioni delle varie figure aziendali, nonché il flusso informativo e gli strumenti di riscontro delle attività svolte, allo scopo di rendere chiari ed univoci i criteri di funzionamento del Sistema Sicurezza Aziendale in relazione alle prescrizioni di legge in materia.

La comunicazione a favore della prevenzione degli infortuni

Il Servizio Prevenzione Protezione pubblica annualmente un opuscolo denominato **"Il fenomeno infortunistico"** con il quale analizza dettagliatamente i dati infortunistici non solo per tipologia di rischio (movimentazione manuale dei pazienti o dei carichi, rischio biologico, rischio chimico, ecc.) ma anche per Dipartimento/Macro aree di appartenenza, per qualifica dei lavoratori, ecc., allo scopo di poter immediatamente rilevare scostamenti anomali ed intervenire sulle cause. L'opuscolo in argomento, viene consegnato ai Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza ed esaminato in occasione delle riunioni periodiche per la sicurezza di cui all'art. 35 del D.Lgs. 81/2008.

2.2.2.6 La prevenzione vaccinale

Nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014 si afferma che gli operatori sanitari, a causa del loro contatto con i pazienti e con materiale potenzialmente infetto, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con vaccinazione. L'obiettivo di un adeguato intervento di immunizzazione nel personale sanitario è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni.

Programmi di vaccinazione ben impostati possono, infatti, ridurre in modo sostanziale il numero degli operatori suscettibili ed i conseguenti rischi sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni prevenibili con la vaccinazione ai pazienti o ad altri operatori.

Tra le vaccinazioni raccomandate per gli operatori sanitari particolare enfasi viene attribuita a quelle antinfluenzale ed anti epatite B.

È stato dimostrato, infatti, che la vaccinazione antinfluenzale degli operatori sanitari è efficace nella riduzione dell'incidenza della malattia e del relativo assenteismo, nel risparmio di risorse finanziarie e nella prevenzione della mortalità tra i pazienti; è inoltre contemplata anche nei piani di prevenzione per la pandemia influenzale.

In ragione di queste considerazioni l'Azienda ha, già da diversi anni, deciso di implementare interventi di promozione della vaccinazione antinfluenzale al fine di migliorare la copertura vaccinale dei propri dipendenti.

In merito alla vaccinazione anti epatite virale B in Italia, come noto, essa è obbligatoria per tutti i nuovi nati (legge 27 maggio 1991, n. 165).

Per quanto riguarda gli adulti, gli operatori sanitari e il personale di assistenza degli ospedali e delle case di cura private rientrano fra le categorie indicate nel D.M. del 4 ottobre 1991, per le quali la vaccinazione contro l'epatite virale B è raccomandata e offerta gratuitamente.

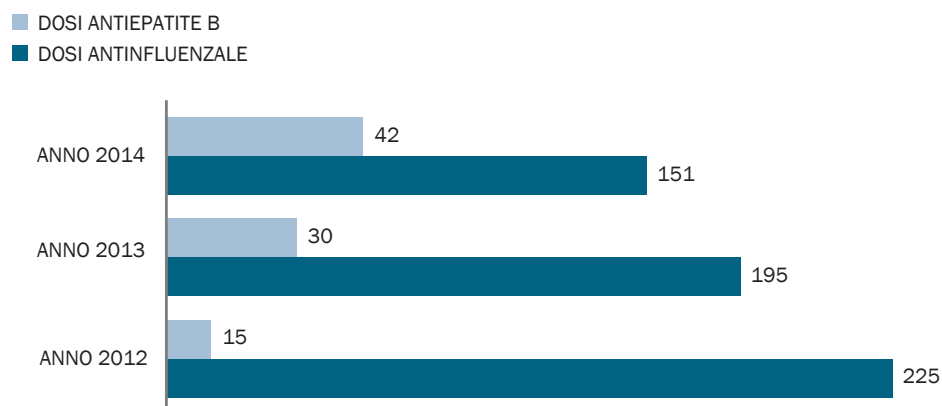
L'epatite B rappresenta, infatti, l'infezione per la quale il rischio professionale per l'operatore sanitario è massimo, ed è quindi indispensabile che la vaccinazione sia effettuata a tutti, possibilmente prima di iniziare le attività a rischio.

Agli studenti dei corsi dell'area sanitaria e agli operatori sanitari nati dal 1980 in poi, che si presume siano stati sottoposti

a vaccinazione anti-epatite B al dodicesimo anno di età, si raccomanda l'esecuzione del test per verificare il livello di anti-HBs prima di iniziare le attività a rischio.

Il trend della copertura vaccinale antinfluenzale ed anti epatite B degli ultimi anni è riportato nelle seguenti tabelle:

Figura 25.
Trend della copertura vaccinale
antiinfluenzale ed anti epatite B
(triennio 2012-2014)



Questi dati dimostrano che, a fronte di una risposta vaccinale incrementale per l'anti-epatite B, ormai consolidata negli anni, la copertura vaccinale antinfluenzale degli operatori sanitari presso l'AQUOORR presenta un trend significativamente decrementale nel 2014 rispetto ai due anni precedenti. La scarsa adesione è sicuramente correlata al battage pubblicitario negativo nei mass-media, rispetto alla vaccinazione antinfluenzale, generato dagli 11 decessi sui quali si stanno effettuando accertamenti per stabilire eventuali collegamenti tra la somministrazione del vaccino antinfluenzale e l'evento fatale. La nuova campagna vaccinale, pertanto, dovrebbe essere centrata, oltre che sull'illustrazione della gravità della malattia e del suo impatto sulla salute pubblica e sulla responsabilità professionale e sociale degli operatori sanitari nella protezione dei propri pazienti, soprattutto sull'efficacia e sulla sicurezza del vaccino stesso. Il comitato infezioni ospedaliere ha deciso di reiterare la messa in atto di alcune iniziative per la prossima stagione influenzale: l'affissione di inviti alla vaccinazione in tutti i reparti, servizi ed uffici. È prevista, inoltre, l'offerta attiva della vaccinazione presso alcuni reparti (il personale vaccinatore si reca presso i reparti in giorni prestabiliti) con la possibilità di effettuare confronti delle coperture vaccinali tra i reparti con offerta attiva e quelli con offerta tradizionale per la verifica dell'efficacia dell'intervento. La registrazione delle coperture permetterà anche la futura diffusione dei dati sulle coperture vaccinali reparto per reparto, altra misura di promozione raccomandata a livello internazionale.

2.2.3 Il dialogo con i collaboratori

In relazione all'attività volta alla comprensione dei bisogni, delle attese e delle prospettive di coloro che prestano la propria attività lavorativa e la propria professionalità all'interno dell'AQUOORR anche nel presente esercizio è stato somministrato un questionario al personale.

Il questionario, volto ad approfondire le criticità risultanti dall'attività di dialogo con il personale presentata nel bilancio sociale 2013, è stato somministrato ai direttori di struttura complessa ed ai coordinatori di struttura e posizioni organizzative delle tre aree contrattuali, portatori delle istanze delle risorse umane appartenenti rispettivamente alla dirigenza e al comparto.

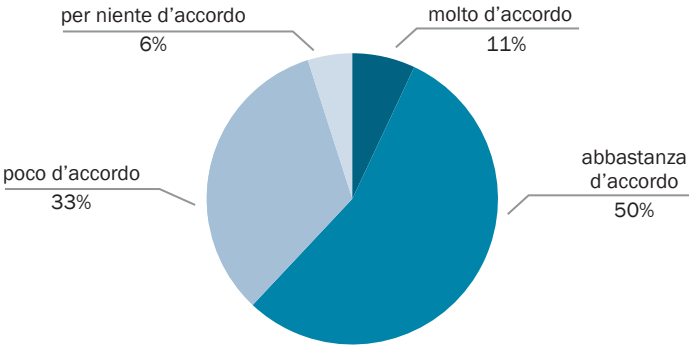
Interazione e coinvolgimento con il bilancio sociale 2013

- Più del 90% degli intervistati ha avuto modo di leggere il bilancio sociale 2013, nel 50% dei casi, direttamente consegnato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
- Interessante il dato relativo alla valutazione (da un minimo di 1 ad un massimo di 10) di coloro che hanno letto il bilancio sociale 2013 in relazione alla "Comprensibilità" e alla "Completezza e dettaglio delle informazioni" che rispettivamente per l'84% e per il 78% di tali lettori è risultata superiore (o uguale) a 7.
- Alla domanda "Le informazioni contenute nel bilancio sociale risultano idonee a consentire la valutazione e il monitoraggio sui progetti promossi e sui risultati?" tra i dati più rilevanti (con una valutazione da un minimo di 1 ad un massimo di 10): il 20% con una valutazione pari a 7, il 24% di 8, il 22% di 9.

Diversi sono gli ambiti indagati, tra questi l'ambiente di lavoro dove la maggior parte dei direttori e coordinatori, quasi il 74%, ritiene che il clima con i colleghi è cooperativo e cordiale (leggermente più basso rispetto all'78% rilevato nell'esercizio precedente).

Per quanto riguarda l'attività di comunicazione dell'AOUOORR (riguardo procedure, attività, obiettivi, risultati) per favorire il perseguimento di obiettivi comuni, pur rilevandosi un 61% di consensi, si ritiene opportuno evidenziare le criticità manifestate, nel 33% dei casi con "poco d'accordo" e nel 6% dei casi con "per niente d'accordo".

Figura 26.
Il dialogo con i collaboratori:
"La comunicazione dell'AOU Ospedali Riuniti (riguardo procedure, attività, obiettivi, risultati) favorisce il perseguimento di obiettivi comuni"



Focalizzando l'attenzione sulle relazioni con le strutture aziendali, in particolare con la direzione AOUOORR, il 75% dei rispondenti rileva soddisfazione circa la democraticità garantita durante gli incontri e le riunioni. In lieve aumento in termini percentuali rispetto all'esercizio precedente la valutazione positiva (61%) circa l'attenzione che la direzione pone alle esigenze di tutti i dipartimenti con cui si relaziona.

Tabella 55. Il dialogo con i collaboratori: relazione con la direzione AOUOORR

	La direzione dell'AOUOORR	
	"Garantisce una partecipazione democratica negli incontri"	"È molto attenta alle esigenze di tutti i dipartimenti con cui si relaziona"
	2014	2014
MOLTO D'ACCORDO	20%	18%
ABBASTANZA D'ACCORDO	55%	43%
POCO D'ACCORDO	25%	35%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	4%

Tabella 56.
Il dialogo con i collaboratori:
"L'AOUOORR agevola la collaborazione tra le UU.OO. all'interno dell'Azienda"

	La direzione dell'AOUOORR	
	"Agevola la collaborazione tra le UU.OO. all'interno dell'Azienda"	"Agevola la collaborazione tra le UU.OO. all'interno dell'Azienda"
	2014	2014
MOLTO D'ACCORDO	17%	6%
ABBASTANZA D'ACCORDO	46%	51%
POCO D'ACCORDO	35%	42%
PER NIENTE D'ACCORDO	2%	1%

In relazione a tale criticità manifestata anche nell'esercizio 2013 sono stati richiesti dei suggerimenti per il miglioramento della collaborazione tra le UU.OO. dell'AOUOORR.

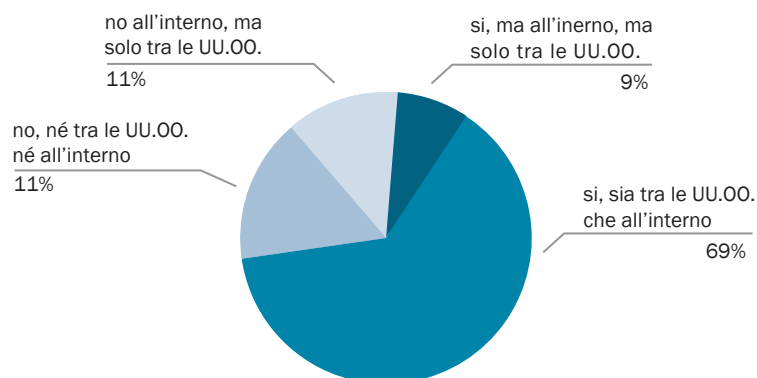
Tra le azioni più efficaci si hanno rispettivamente:

1. newsletter riepilogativa circa i principali progetti (comunicati da ogni UU.OO.) con cadenza mensile;
2. pubblicazione dei verbali delle riunioni;
3. eventi sociali annuali.

Interessante il risultato riguardante i "responsabili" degli intervistati in merito a favorire la collaborazione tra le UU.OO. e all'interno dell'U.O. di dove gli stessi lavorano.

Figura 27.

Il dialogo con i collaboratori: "Il tuo "responsabile" favorisce la collaborazione tra le UU.OO. e all'interno dell'U.O. per la quale lavori?"



Anche nel 2014, come nell'esercizio precedente, si dimostra molto positivo il giudizio sulla **preparazione, competenza e disponibilità del personale** sia sanitario che amministrativo.

Entrando nel dettaglio il personale degli uffici amministrativi è stato valutato positivamente dall'85% per preparazione e competenza e dall'89% per la disponibilità a dare informazioni su regole e procedure aziendali. Si riconferma positivo anche il giudizio relativo alla preparazione e alle competenze del personale sanitario per il 93% degli intervistati.

Tabella 57. Il dialogo con i collaboratori: giudizio sulla preparazione, competenza e disponibilità del personale amministrativo e sanitario

	PERSONALE AMMINISTRATIVO				PERSONALE SANITARIO	
	PREPARATO E COMPETENTE		DISPONIBILE A DARE INFORMAZIONI SU REGOLE E PROCEDURE AZIENDALI		PREPARATO E COMPETENTE	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013
MOLTO D'ACCORDO	28%	17%	33%	26%	26%	18%
ABBASTANZA D'ACCORDO	57%	69%	56%	65%	67%	75%
POCO D'ACCORDO	15%	12%	11%	8%	7%	7%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	2%	0%	1%	0%	0%

Alla domanda "Quali azioni crede che siano efficaci per la gestione delle **relazioni con la direzione** dell'AOUOORR":

- il 40,7% degli intervistati ha risposto il potenziamento delle riunioni programmate su esplicita e preventiva richiesta;
- il 31,5% la disponibilità di fasce orarie garantite per colloqui personali;
- il 16,7% la possibilità di inserire eventuali lamentele/elogi nell'intranet aziendale;
- il 11,1% la cassetta delle idee a disposizione del personale.

Più del 90% degli intervistati è coinvolto nella programmazione delle attività della propria UU.OO.

L'85% degli intervistati sono coinvolti in tutte le fasi del progetto a cui stanno lavorando con ruoli di coordinamento nel 46% del totale dei soggetti intervistati.

Gli stessi, inoltre, sono stati chiamati ad esprimere un parere nell'ambito dell'attività dell'UU.OO circa la chiarezza nella definizione degli obiettivi, dei compiti e delle responsabilità con risultati positivi nella valutazione.

Tabella 58. Il dialogo con i collaboratori: “Nel 2014, nell’ambito delle attività dell’U.U.OO. c’è chiarezza nella definizione degli obiettivi, dei compiti e delle responsabilità”

	CHIAREZZA NELLA DEFINIZIONE		
	DEGLI OBIETTIVI	DEI COMPITI	DELLE RESPONSABILITÀ
MOLTO D’ACCORDO	30%	39%	39%
ABBASTANZA D’ACCORDO	61%	54%	50%
POCO D’ACCORDO	9%	7%	9%
PER NIENTE D’ACCORDO	0%	0%	2%

Nell’esercizio 2013 dal dialogo con i collaboratori risultavano alcune criticità in merito al [processo di pianificazione degli obiettivi](#) stessi. Nel 2014 si è cercato dunque di approfondire tali problematiche richiedendo di indicare le principali criticità presenti nell’attività di definizione degli obiettivi annuali. Tra queste sono state indicate:

- tempi di comunicazione degli obiettivi (il 59% degli intervistati);
- risorse (in termini di mezzi fisici, risorse umane, materiali e tempi) per raggiungerli (31%);
- scarsa attinenza con l’attività da lei espletata (20%);
- raggiungibilità degli obiettivi quantitativo-fisici (11%);
- non credo vi siano criticità (6%).

Le responsabilità ed i compiti affidati sono adeguati per il 89% dei casi (di questi però per il 22% ha richiesto una maggiore formazione).

Figura 28.
Il dialogo con i collaboratori:
“I compiti e le responsabilità
che ti vengono affidati sono idonei
considerando le tue competenze?”

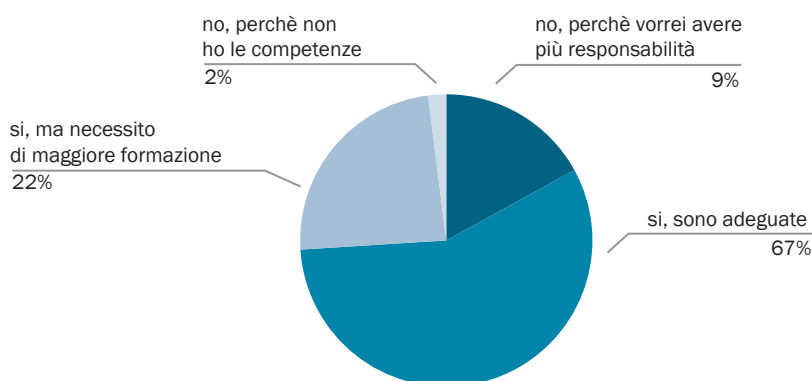


Tabella 59. Il dialogo con i collaboratori: “La formazione e l’apprendimento ricevuto dall’AOU Ospedali Riuniti fino ad ora sono adeguati”

	2014	2013
MOLTO D’ACCORDO	13%	13%
ABBASTANZA D’ACCORDO	65%	59%
POCO D’ACCORDO	20%	23%
PER NIENTE D’ACCORDO	2%	5%

Per quanto riguarda l’adeguatezza del percorso formativo garantito dall’Azienda 14 sono state espresse delle valutazioni positive dal 78% degli intervistati (valore che incrementa rispetto al 2013 che presentava il 62%). Per il continuo aggiornamento che necessita il personale di un’entità così complessa, si indaga sulle più adeguate modalità per migliorare la preparazione del personale. Per l’81%, positive le valutazioni per la partecipazione a corsi di formazione, convegni, etc. Il personale è d’accordo (83%) anche per la condivisione mediante team work tra colleghi.

Tabella 60. Il dialogo con i collaboratori: possibilità di migliorare la preparazione

	POSSIBILITÀ DI MIGLIORARE LA PREPARAZIONE MEDIANTE		
	PARTECIPAZIONE A CORSI DI FORMAZIONE, CONVEGNI, ETC.	TEAM WORK TRA COLLEGHI	MATERIALE SCIENTIFICO DI CONSULTAZIONE
MOLTO D’ACCORDO	26%	37%	37%
ABBASTANZA D’ACCORDO	55%	46%	42%
POCO D’ACCORDO	17%	15%	17%
PER NIENTE D’ACCORDO	2%	2%	4%

2.3 I pazienti

2.3.1 Il servizio di emergenza sanitaria territoriale

L'AQUOORR partecipa insieme all'Azienda Sanitaria Unica Regionale all'erogazione di assistenza ricompresa nell'ambito dell'emergenza sanitaria territoriale.

Lo attua attraverso il servizio 118, che, come noto, costituisce il sistema operativo di emergenza con la sede della centrale di Ancona presso l'Azienda e con il coordinamento regionale del 118 sia attraverso il servizio di emergenza di autoambulanza sia attraverso quello di eliambulanza.

Dal 1 novembre 2014 le funzioni della centrale operativa 118 sono state trasferite per competenza all'ASUR.

Il servizio di emergenza di autoambulanza

Il servizio di ambulanza è curato da Associazioni di Volontariato, le quali erogano - secondo le Direttive impartite dalla Regione Marche - sia il servizio di Trasporto Neonatale per il Presidio Salesi sia il servizio di Trasporto Programmato dei Pazienti (dedicato al trasporto dei pazienti ricoverati presso l'Azienda).

Figura 29. Tipologie di trasporti con autoambulanza

SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE PER IL PRESIDIO OSPEDALIERO SALESI	Sistema Trasporto Emergenza Neonatale (S.T.E.N.):	Trasporto di un neonato patologico da un centro di I o II livello al Centro di Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) del Presidio Salesi o presso altro centro di alta specialità
		Trasporto interpresidio urgente di un neonato (o di paziente in età pediatrica), dal Presidio Salesi al Polo ospedaliero di Torrette e viceversa per esami diagnostici o trattamenti terapeutici (S.T.E.N. Interpresidio)
	Backtransport:	trasporto di un neonato, una volta superata la fase critica, dalla T.I.N. al Centro Trasferente
	Trasporti interpresidio (Salesi - Torrette) del neonato o del paziente in età pediatrica	
SERVIZIO DI TRASPORTO PROGRAMMATO DEI PAZIENTI	Trasporto pazienti ricoverati nei poli ospedalieri di Torrette-Salesi presso altri Ospedali o Istituti convenzionati con il SSR:	Trasporto dei pazienti ricoverati nel Polo Ospedaliero di Torrette presso altri Ospedali o Istituti convenzionati con il SSR (trasferimenti)
		Trasporto dei pazienti ricoverati nel Presidio Salesi presso altri Ospedali (trasferimenti, eccetto che dalla SOD di Neonatologia)
	Sistema trasporto dei pazienti ricoverati nel Polo Ospedaliero di Torrette per l'effettuazione di prestazioni sanitarie presso altri Ospedali:	Trasporto dei pazienti ricoverati nel Polo Ospedaliero di Torrette per l'effettuazione di prestazioni sanitarie presso altri Ospedali
		Trasporto dei Pazienti Ricoverati nel Presidio Ospedaliero Salesi (eccetto che per la SOD di Neonatologia) per l'effettuazione di prestazioni sanitarie presso altri Ospedali
Trasporto Intrapresidio (sede Torrette per Malattie Infettive/RMN)/Interpresidio (sede Torrette-Sede Salesi), dei pazienti ricoverati presso l'Azienda, sia per effettuazione di prestazioni che per trasferimenti fra un Presidio e l'altro (eccetto che per la SOD di Neonatologia)		

Il servizio di emergenza di elisoccorso

Il Servizio di Elisoccorso costituisce un elemento imprescindibile del sistema territoriale di soccorso sanitario della Regione Marche. L'attivazione del sistema è prevista in presenza di pazienti con condizioni vitali a rischio, di situazioni che richiedano rapidità di intervento, di situazioni operative complesse.

La Regione Marche è dotata di due elicotteri destinati al servizio di eliambulanza, uno con base ad Ancona ed uno con base a Fabriano. I dati complessivi dimostrano che, nell'ultimo triennio l'attività di elisoccorso è progressivamente aumentata.

Tabella 61. Attività di elisoccorso - ore di volo (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
TOTALE ORE DI VOLO BASE DI ANCONA	290.15	259.56	246.18
Ore di volo trasporto sanitario	280.51	259.22	235.49
Ore di volo non sanitario	9.24	0.34	10.29
TOTALE ORE DI VOLO BASE DI FABRIANO	273.54	258.35	237.12
Ore di volo trasporto sanitario	237.20	228.22	198.52
Ore di volo non sanitario	36.34	30.13	38.20
Totale ore di volo (entrambi i mezzi)	564.09	518.31	483.30

Volo primario: quando l'elicottero viene inviato direttamente sul luogo dell'incidente o del malore, eventualmente in contemporanea ad altri mezzi o squadre di soccorso.

Volo secondario: nel caso in cui l'elicottero viene impiegato per il trasporto di un paziente critico da un ospedale ad un altro, per trasferirlo verso un centro ospedaliero dotato di strutture specialistiche assenti nel presidio inviante.

Le attività di trasporto non sanitario comprendono rifornimenti, esercitazioni, addestramento verricello, altro).

Nel 2014 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa per la gestione del servizio di eliambulanza tra l'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona e l'Azienda Ospedaliera di Perugia", per l'utilizzo congiunto dell'elicottero, operativo presso la base di Fabriano.

Tabella 62. Attività di elisoccorso - numero di voli (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
N. TOTALE DI VOLI DA BASE DI ANCONA	575	544	528
N. VOLI PRIMARI ATTIVATI DA BASE DI ANCONA	446	429	411
di cui primari HEMS (Helicopter Emergency Medical Service)	433	428	410
di cui primari HHO (Helicopter Hoist Operation)	9	0	0
di cui primari SAR (Search And Rescue)	1	0	0
di cui primari convenzione con ENI-AGIP	3	1	1
N. VOLI SECONDARI ATTIVATI DA BASE DI ANCONA	128	115	117
N. VOLI PER ESERCITAZIONI O ALTRO ATTIVATI DA BASE DI ANCONA	1	0	0
N. TOTALE DI VOLI DA BASE DI FABRIANO	312	321	304
N. VOLI PRIMARI ATTIVATI DA BASE DI FABRIANO	270	273	256
di cui primari HEMS (Helicopter Emergency Medical Service)	237	252	236
di cui per Regione Umbria	4	0	0
di cui primari HHO (Helicopter Hoist Operation)	11	4	7
di cui primari SAR (Search And Rescue)	22	17	13
di cui per Regione Umbria	2	0	0
di cui primari convenzione con ENI-AGIP	0	0	0
N. VOLI SECONDARI ATTIVATI DA BASE DI FABRIANO	38	46	48
di cui per Regione Umbria	7	0	0
N. VOLI PER ESERCITAZIONI O ALTRO ATTIVATI DA BASE DI FABRIANO	4	2	0
di cui per Regione Umbria	1	0	0
Totale n. voli (entrambi i mezzi)	887	865	832
di cui per Regione Umbria	14	0	0

Tipologie dei voli primari

- Interventi HEMS (dall'inglese Helicopter Emergency Medical Service, Servizio Medico di Emergenza con Elicotteri), interventi di soccorso sanitario direttamente sulla scena dell'evento, quindi con atterraggio "fuori campo", ma comunque in ambiente non ostile, cioè senza impiego di tecniche particolari per il raggiungimento della vittima e il suo recupero;
- interventi SAR (dall'inglese Search and Rescue, Ricerca e Salvataggio), interventi di ricerca e salvataggio in ambiente ostile;
- interventi HHO (dall'inglese Helicopter Hoist Operation), interventi dell'elicottero con verricello di salvataggio in ambiente ostile che si sviluppa abbinando aspetto tecnico (gestito dal tecnico del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologo e dal tecnico verricellista) e sanitario con lo scopo di recuperare una persona, non necessariamente ferita, da un ambiente ostile (mare, terreno impervio, montagna, valanga).

2.3.2 Le prestazioni in ambulatorio ai pazienti

I soggetti esterni (in regime di mobilità sanitaria intra ed interregionale ed in regime di regolazione diretta*) beneficiano di prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- per la branca laboratorio analisi - microbiologia - virologia - anatomia patologica - genetica immunoematologia;
- per la branca diagnostica per immagine articolata in radiologia diagnostica e medicina nucleare;
- per attività clinica.

** In regime di regolazione diretta (denominata anche "in cessione di servizio") vengono inserite le attività erogate a pazienti esterni, ma ricoverati presso altri ospedali o prestazioni richieste da altri istituti pubblici e privati. In particolare, anche in tal caso si evidenzia che le prestazioni rientranti in quest'area erogate a pazienti ricoverati presso altri ospedali della regione ed extra regione misurano il ruolo di hub dell'Azienda per le specialità uniche regionali e per la sua capacità di affrontare situazioni particolarmente complesse e multidisciplinari.*

2.3.2.1 Le prestazioni di laboratorio

Il dettaglio delle prestazioni di laboratorio - erogate a pazienti in regime ambulatoriale - mostra, per l'anno 2014, che la rilevante attività dei laboratori in quest'ambito: l'88,5% delle prestazioni sono erogate dal Laboratorio Analisi, il 4,2% da Virologia, il 2,8% dalla struttura di Anatomia Patologica, il 3,7% da Immunologia Clinica e Tipizzazione Tissutale e lo 0,8% da Citogenetica. Un dettaglio per struttura erogante mostra un sostanziale allineamento negli ultimi tre anni del numero di prestazioni erogate.

Tabella 63. Prestazioni di laboratorio per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
LABORATORIO ANALISI	957.306	917.069	845.131
ANATOMIA PATOLOGICA	30.110	31.307	34.075
CITOGENETICA	8.803	8.131	7.985
IMMUNOLOGIA CLINICA E TIPIZZAZIONE TISSUTALE	40.289	39.615	44.695
VIROLOGIA	45.741	45.159	46.825
Totale	1.082.249	1.041.281	978.711

Tabella 64. Cessioni di servizio per attività di laboratorio (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
ASUR	86.711	85.633	98.111
OORR MARCHE NORD	2.171	2.016	2.244
INRCA	41.916	42.407	8.511
ALTRE STUTTURE DEL SSN	243	133	177
ALTRE AZIENDE CONVENZIONATE	24.120	21.223	24.858
STATO ESTERO	121	129	66
Totale	155.282	151.541	133.967

2.3.2.2 Le prestazioni di Medicina Trasfusionale

La Medicina Trasfusionale eroga ai pazienti - in regime ambulatoriale - alcune prestazioni, tra le quali: la trasfusione di emocomponenti, il salasso, l'infusione di farmaci plasmaderivati, le procedure aferetiche. Le prestazioni hanno subito un incremento del 5% rispetto allo scorso anno.

Tabella 65. Prestazioni di Medicina Riabilitativa per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
MEDICINA TRASFUSIONALE	19.387	18.422	19.223

di cui...

Tabella 66. Cessioni di servizio per attività di medicina trasfusionale (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
ASUR	7.343	7.380	8.112
OORR MARCHE NORD	4	2	2
INRCA	2.389	2.516	2.748
ALTRE STUTTURE DEL SSN	0	0	0
ALTRE AZIENDE CONVENZIONATE	597	451	596
STATO ESTERO	0	0	0
Totale	10.333	10.349	11.458

Un approfondimento dell'attività inerente tale specialità è sviluppato nel documento "I bisogni, i valori, i numeri del sistema trasfusionale della Regione Marche 2014"; nel quale è descritta, inoltre, l'attività di raccolta e assegnazione degli emocomponenti alle strutture ospedaliere e sanitarie richiedenti.

2.3.2.3 Le prestazioni di Medicina Riabilitativa

Analizzando le prestazioni erogate in regime ambulatoriale ai pazienti che richiedono cure riabilitative emerge un progressivo decremento negli anni (-6% rispetto allo scorso anno, -13% dal 2012 al 2013). Il trend è giustificabile dall'assorbimento di tale servizio da parte delle strutture territoriali e dalla politica aziendale mirata a potenziare maggiormente le attività riabilitative interne in fase acuta ed a più alta complessità.

Tabella 67. Prestazioni di Medicina Riabilitativa per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
MEDICINA RIABILITATIVA	16.506	17.536	20.086

2.3.2.4 Le prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini

Tra le prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini rientra l'attività erogata da parte delle strutture afferenti alla branca della medicina nucleare e della radiologia, di cui quest'ultima rappresenta il 95% del totale.

Una segmentazione per tipologia di esame effettuato mostra che RX e TAC sono le prestazioni maggiormente erogate dalle strutture radiologiche, mentre la scintigrafia è l'esame effettuato con frequenza maggiore dall'unità di Medicina Nucleare.

Tabella 68. Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RADIOLOGIA	71.093	74.623	56.603
MEDICINA NUCLEARE	3.681	3.903	3.150
Totale	74.774	78.526	59.753

Tabella 69. Prestazioni di radiologia (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RX	36,7%	38,7%	38,2%
MAMMOGRAFIA (ESCLUSO SCREENING)	0,3%	0,3%	0,3%
ESAMI ECOGRAFICI	14,9%	14,2%	15,2%
TAC	27,6%	25,8%	25,4%
RISONANZE MAGNETICHE	11,0%	11,5%	11,9%
ANGIOGRAFIA DIAGNOSTICA	2,9%	3,2%	3,0%
INTERVENTISTICA VASCOLARE	1,9%	1,8%	1,8%
INTERVENTISTICA EXTRAVASCOLARE	4,2%	4,2%	3,7%
BIOPSIE ECO E TC GUIDATE	0,5%	0,5%	0,5%
Totale	100%	100%	100%

Tabella 70. Prestazioni di medicina nucleare (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PET	18,6%	18,8%	19,3%
SCINTIGRAFIE (RENALI, POLMONARI, CEREBRALI, TIROIDEE, ECC.)	71,0%	72,7%	71,2%
SCINTIGRAFIE MIOCARDICHE	10,4%	8,5%	9,5%
Totale	100%	100%	100%

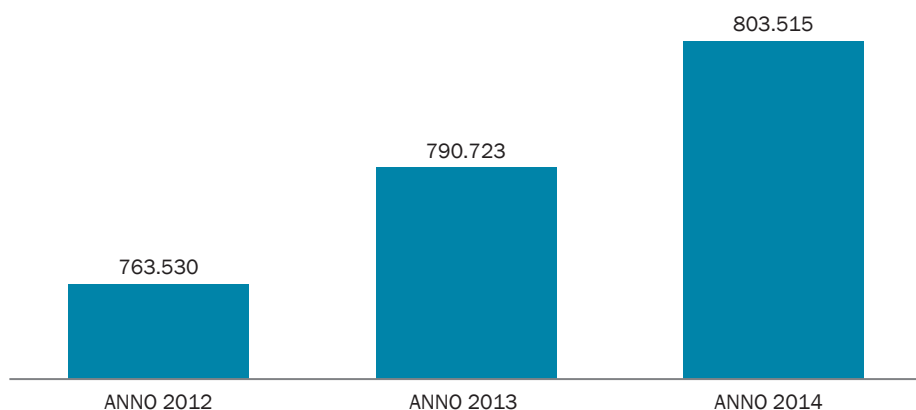
Tabella 71. Cessioni di servizio per attività di diagnostica (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
ASUR	1.346	1.638	2.324
OORR MARCHE NORD	31	61	36
INRCA	92	91	76
ALTRE STUTTURE DEL SSN	0	0	0
ALTRE AZIENDE CONVENZIONATE	179	202	252
STATO ESTERO	0	0	0
Totale	1.648	1.992	2.688

2.3.2.5 L'attività clinica

La maggior parte delle Unità Operative erogano le prestazioni ai pazienti sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale. La diversificazione che caratterizza l'attività dell'Azienda determina conseguentemente un'ampia segmentazione dei servizi garantiti ai cittadini in tale ambito. L'analisi di dati di insieme mostra come le prestazioni di attività clinica siano aumentate costantemente nel triennio (+2% rispetto al 2013; +4% nel biennio precedente).

Figura 30.
Prestazioni di attività clinica
(in mobilità) ai pazienti in
ambulatorio - trend 2012-2014



di cui...

Tabella 72. Cessioni di servizio per attività clinica (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
ASUR	56.885	50.067	47.459
OORR MARCHE NORD	321	208	228
INRCA	472	424	442
ALTRE STRUTTURE DEL SSN	400	219	244
ALTRE AZIENDE CONVENZIONATE	1.049	888	989
STATO ESTERO	16	29	19
Totale	59.143	51.835	49.381

Tabella 73. Dettaglio per SOD

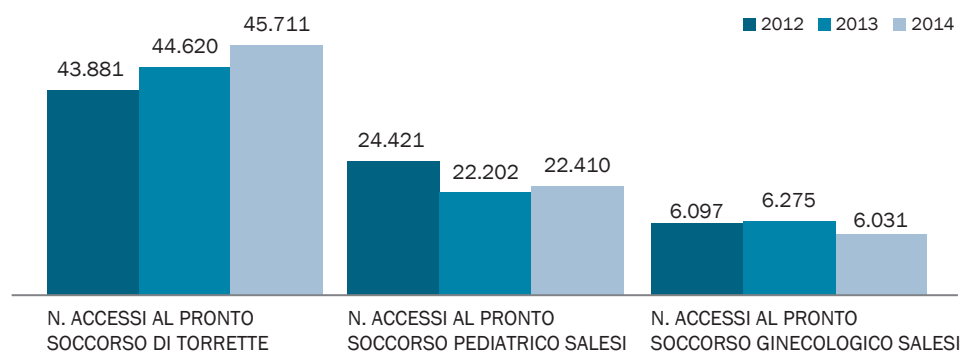
DESCRIZIONE SOD	2014	2013	2012
CLINICA CHIRURGICA	1.785	993	831
CLINICA UROLOGICA	14.616	13.540	14.135
CLINICA DI ORTOPEDIA ADULTA E PEDIATRICA	3.087	2.914	2.878
ORTOPEDIA PEDIATRICA	8.487	8.533	8.108
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.697	3.549	3.529
CHIRURGIA TORACICA	117	176	121
ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGICA E SPECIALE	5.384	5.082	4.700
CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E CHIRURGIA DELLA MANO	2.232	2.024	1.792
CHIRURGIA D'URGENZA	342	1.068	1.050
ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEI TRAPIANTI E CHIRURGIA MAGGIORE	1	0	0
MEDICINA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	119.363	122.028	118.933
MEDICINA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA PEDIATRICA	35.884	35.193	39.824
CHIRURGIA PEDIATRICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE	2.173	1.791	1.668
DIABETOLOGIA PEDIATRICA	949	885	1.130
PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMO-ENDOCRINO-IMMUNO-INFETTIVOLOGICO	3.787	3.957	3.596
CLINICA PEDIATRICA AD INDIRIZZO GENETICO-METABOLICO E GASTRO-NEFRO-ONCOLOGICO	5.909	5.558	5.413
OSTETRICIA E GINECOLOGIA A PREVALENTE INDIRIZZO GINECOLOGICO	10.768	10.546	11.349
CLINICA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA A PREVALENTE INDIRIZZO OSTETRICO E GRAVIDANZA AD ALTO RISCHIO	9.310	10.098	9.872
COSTI COMUNI AMBULATORI OSTETRICO GINECOLOGICI	5.976	6.294	6.314
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	444	562	490
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3.713	3.267	2.767
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	0	118	1.100
FIBROSI CISTICA	2.185	1.776	1.181
RISORSE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	83	241	99
ALLERGOLOGIA	18.333	17.860	18.684
CLINICA MEDICA	2.883	3.078	2.922
CLINICA EMATOLOGICA	30.161	27.995	24.003
RADIOTERAPIA	69.494	67.304	63.737
CENTRO REGIONALE GENETICA ONCOLOGICA	942	1.028	777
CLINICA ONCOLOGICA	8.649	9.455	9.121
PNEUMOLOGIA	6.975	6.840	6.237
MEDICINA D'URGENZA	1.127	1.233	1.335
CLINICA CHIRURGIA DEL PANCREAS	498	231	0
CLINICA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	234	172	101
CLINICA DI GASTROENTEROLOGIA, EPATOLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA D'URGENZA	7.838	7.701	6.656
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE. ENDOSCOPIA DIGESTIVA E MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI	4.498	4.521	4.322
MALATTIE INFETTIVE EMERGENTI E DEGLI IMMUNODEPRESSI	1.726	1.749	1.892

NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO DI RENE	101.105	97.722	88.636
CLINICA MALATTIE INFETTIVE TROPICALI, PARASSITOLOGIA, EPATITI CRONICHE	7.585	8.270	8.883
CARDIOCHIRURGIA	152	172	133
CARDIOLOGIA OSPEDALIERA E UTIC	21.315	21.495	21.135
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CONGENITA	10.142	9.319	7.968
EMODINAMICA	1.230	1.106	1.212
CLINICA DI CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA	10.843	11.219	10.906
CHIRURGIA VASCOLARE	2.741	2.553	2.230
MEDICINA VASCOLARE	1.757	1.850	3.060
ATTIVITÀ FORMATIVE IN CHIRURGIA VASCOLARE	0	64	155
RISORSE DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOVASCOLARI	1.680	1.750	250
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	2.236	2.173	1.739
ODONTOSTOMATOLOGIA SALESI	1.961	1.878	2.700
CLINICA DI PSICHIATRIA	1.630	1.515	2.797
CLINICA DI NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA E D'URGENZA	1.247	1.163	989
CLINICA NEUROLOGICA	36.708	37.328	34.886
CLINICA DI NEURORIABILITAZIONE	16.346	15.302	15.501
CLINICA OCULISTICA	11.650	10.739	10.454
OFTALMOLOGIA SALESI	3.885	3.918	4.117
NEUROCHIRURGIA GENERALE, PEDIATRICA E DELLE MIELOLESIONI	768	774	717
MEDICINA DEL DOLORE	3.930	2.643	3.265
STROKE UNIT	905	799	410
FISICA SANITARIA	4.438	4.342	3.738
CHIRURGIA SENOLOGICA	1.244	1.103	1.054
OTORINOLARINGOIATRIA	8.330	8.292	8.968
OTORINOLARINGOIATRIA SALESI	2.161	2.241	1.752
CLINICA DI ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	11.896	12.239	12.128
DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	84.609	74.858	70.425
CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	2.838	2.952	2.534
MICROSCOPIA ELETTRONICA	218	222	244
CLINICA DI DERMATOLOGIA	15.636	14.927	13.726
MEDICINA DEL LAVORO	1.882	2.137	1.931
FARMACOLOGIA CLINICA	14	4	0
CITOPATOLOGIA	36.503	43.930	43.981
MEDICINA LEGALE	217	301	176
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	25	0	0
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA SALESI	38	63	73
Totale	803.515	790.723	763.540

Rientra nell'attività clinica della specialistica ambulatoriale anche quella di [pronto soccorso ad esclusione degli accessi che si tramutano poi in ricovero](#) ospedaliero.

In questo caso il paziente non è trattenuto nella struttura, ma può tornare presso la propria dimora dopo aver ricevuto la prestazione.

Figura 31.
Accessi di pronto soccorso,
senza successivo ricovero
(triennio 2012-2014)



2.3.2.6 Il profilo dei pazienti delle prestazioni ambulatoriali

Tutte le tipologie di prestazioni ambulatoriali sono erogate prevalentemente (più del 75% del totale) ai cittadini provenienti principalmente dai comuni appartenenti all'Area Vasta 2, ove è collocata geograficamente l'Azienda. In particolare, mediamente in tutti gli ambiti si ha una percentuale del 40% di pazienti provenienti dal Comune di Ancona.

Figura 32. Prestazioni di laboratorio distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)

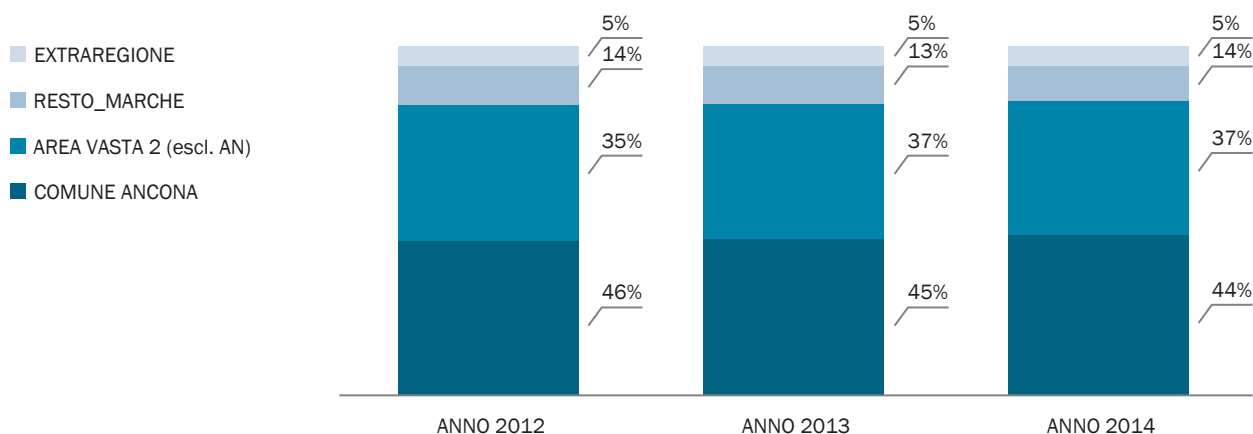


Figura 33. Prestazioni di Medicina Riabilitativa distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)

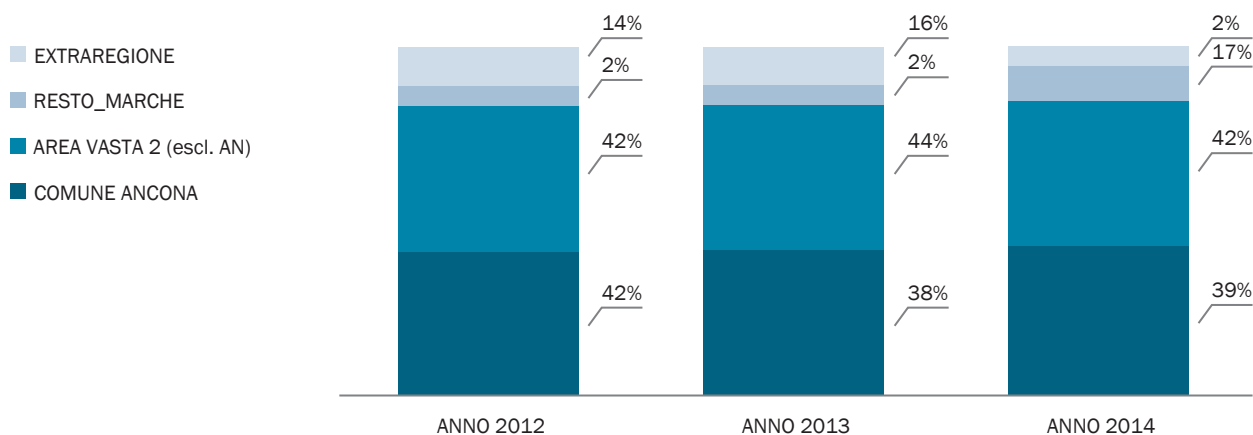


Figura 34. Prestazioni di Medicina Trasfusionale distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)

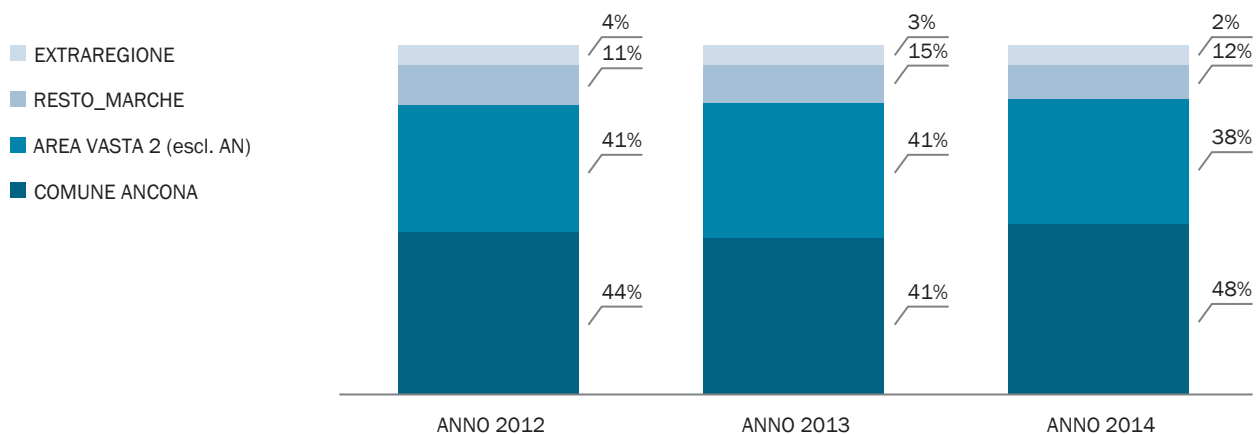


Figura 35. Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)

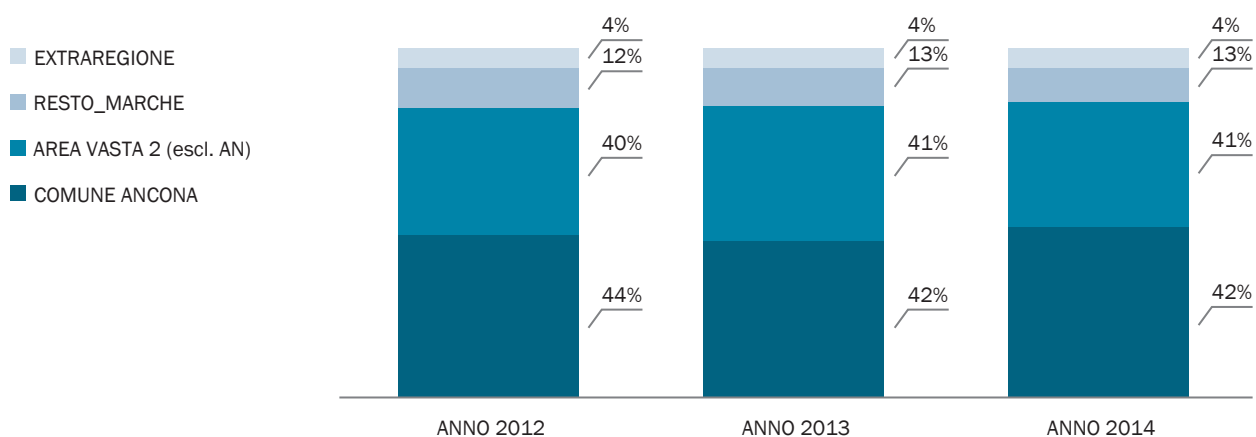
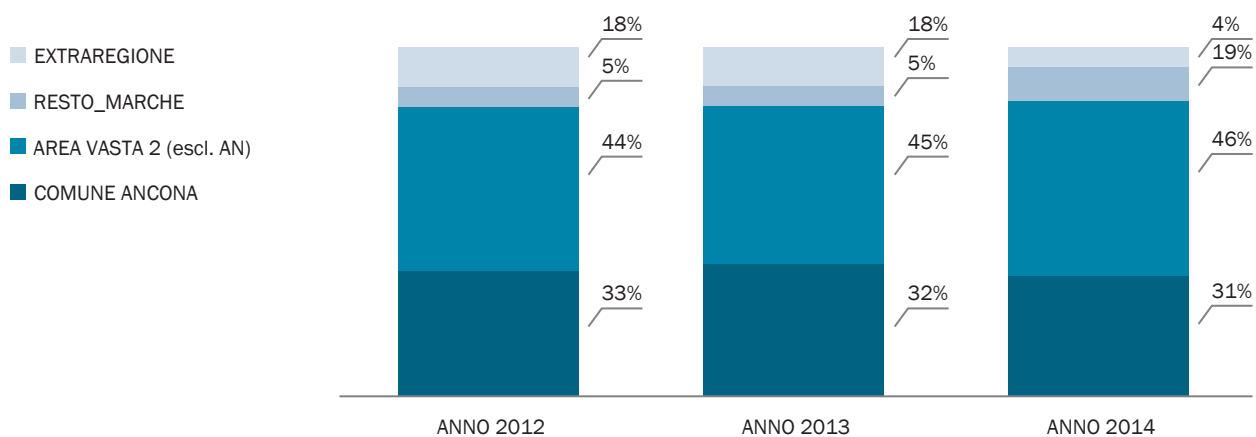


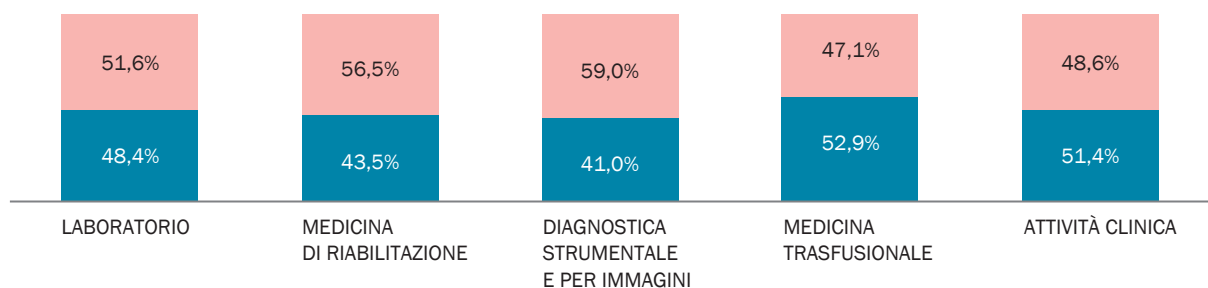
Figura 36. Attività clinica distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)



Tra i richiedenti di tali prestazioni, l'analisi per genere non rileva particolari differenze tra maschi e femmine. Il dato è costante nell'ultimo triennio.

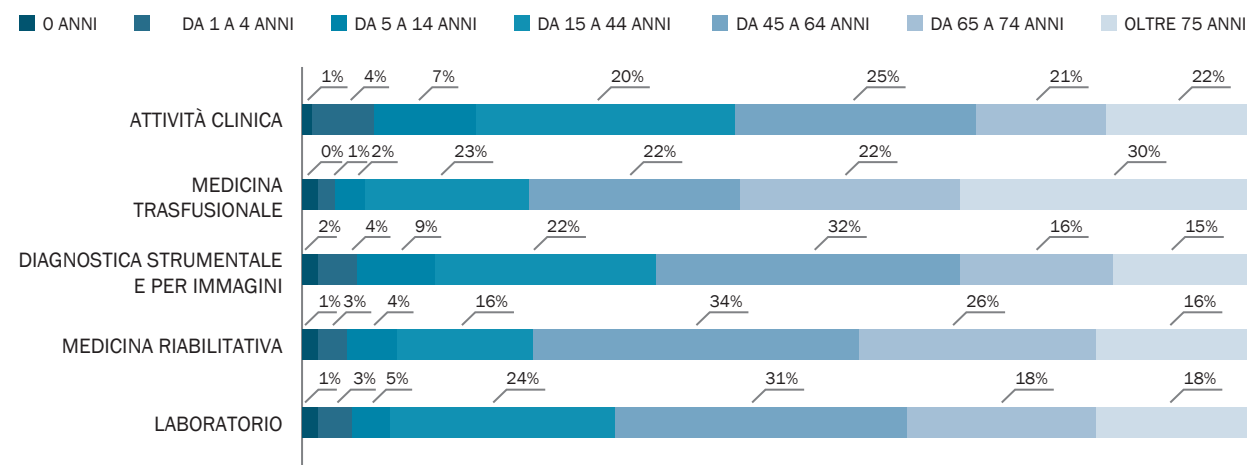
Figura 37. Profilo dei pazienti ambulatoriali per classi di età (anno 2014)

MASCHI FEMMINE



In tutti gli ambiti che erogano prestazioni in regime ambulatoriale la distinzione per classi di età si mostra pressoché omogenea, ad eccezione delle prestazioni erogate dalla Medicina Trasfusionale (che vede uno sbilanciamento verso le classi di età più avanzate). Tale situazione non varia nel corso degli anni.

Figura 38. Profilo dei pazienti ambulatoriali per classi di età (anno 2014)



2.3.3 I ricoveri ai pazienti

Una parte delle attività assistenziali 2014

46.997

Ricoveri

33.431 Ordinari
13.566 Day Hospital

1,43

Peso medio RO

1,27

Indice di case mix

I ricoveri ordinari per acuti (esclusi i trapianti)

L'AOUOORR nella sua qualificazione di Azienda di riferimento regionale, offre assistenza di ricovero per acuti in alcune discipline uniche regionali mediche e chirurgiche; per altre, presenti anche in altri presidi ospedalieri, offre in ogni caso assistenza di secondo livello per complessità e multiprofessionalità della risposta assistenziale.

Tabella 74. Ricoveri ordinari e giornate di degenza (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RICOVERI ORDINARI	33.316	34.057	34.905
GIORNATE DI DEGENZA	266.807	268.790	271.695
DEGENZA MEDIA	8,01	7,89	7,78

L'attività di ricovero ordinario presenta un trend in diminuzione, dovuto al percorso di deospedalizzazione che l'AOUOORR sta attuando a favore di setting assistenziali più appropriati per le prestazioni di più bassa complessità nonché alla riduzione dell'offerta complessiva di posti letto definita dalla Regione Marche con la DGR n. 735/2013.

2.3.3.1 Il ricovero ordinario

L'indice di degenza media (per singolo ricovero), invece, resta pressoché stabile (con piccoli incrementi di anno in anno). Ciò in conseguenza da un lato, dell'aumento della complessità della casistica trattata, dall'altro dalle carenze nell'assistenza territoriale post fase acuta che ostacolano il raggiungimento dell'obiettivo di contenimento.

Il peso medio del DRG ordinario è stabile rispetto al 2013 (con incremento di +0,02 punti dal 2012).

* Il peso medio costituisce un indicatore della quota di risorse il cui assorbimento è previsto per il trattamento del DRG specifico: il peso del DRG rappresenta, di conseguenza, una misura della complessità del trattamento associato allo specifico episodio di ricovero.

La percentuale di DRG in ambito chirurgico sul totale dell'attività di ricovero è pari a quasi il 50% e molte delle peculiarità aziendali sono proprio le specializzazioni chirurgiche uniche regionali.

Tabella 75. Percentuali DRG chirurgici in ricovero ordinario (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PERCENTUALE DRG CHIRURGICI SU TOTALE ATTIVITÀ IN RICOVERO ORDINARIO	46,6%	46,7%	46,1%

L'analisi del valore del DRG c.d. di alta complessità** mostra che la percentuale degli stessi sul totale è di circa il 15% (con trend in aumento nel triennio).

Tabella 76. Percentuali DRG di alta complessità (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PERCENTUALI DRG DI ALTA COMPLESSITÀ IN RICOVERO ORDINARIO	15,2%	14,8%	14,2%

** Si intendono con tale termine i DRG individuati dal Testo Unico di Mobilità Sanitaria - Conferenza Stato Regione per riconoscimento della mobilità extraregionale.

Focus: le alte specialità

In quest'ambito, appare importante richiamare l'attività delle discipline uniche regionali presenti all'interno dell'AOUOORR.

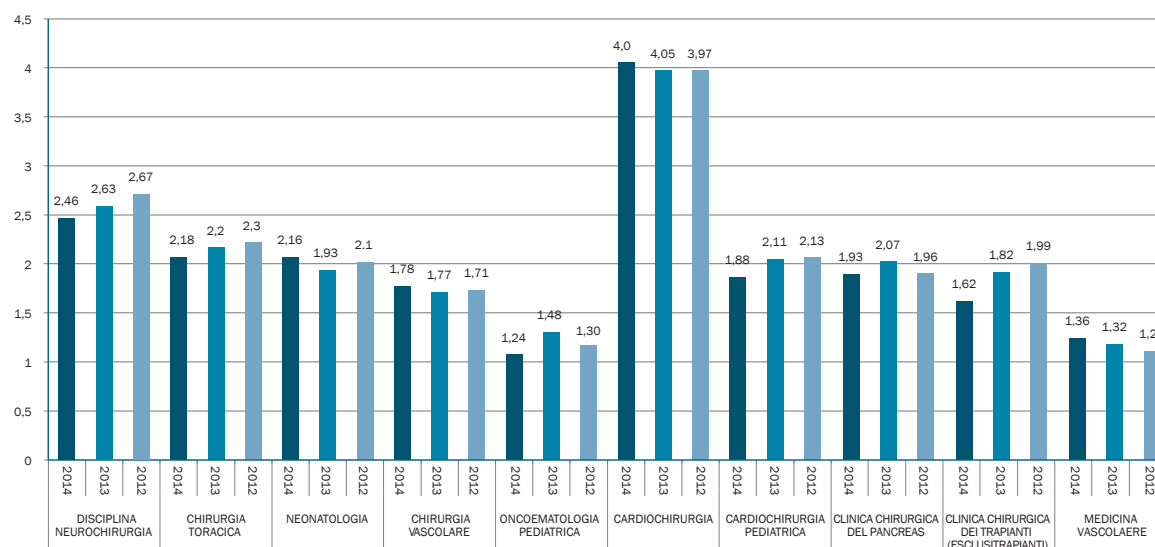
Tabella 77. Dati relativi all'attività di ricovero ospedaliero - alte specialità (triennio 2012-2014)

	ANNI	N° DIMESSI RO	DEGENZA MEDIA DEI DIMESSI ORDINARI	% RICOVERI EXTRA REGIONE	% DRG CHIRURGICI	% DRG ALTA COMPLESSITÀ
NEUROCHIRURGIA	2014	1.095	12,31	14,34	90,05	66,94
	2013	909	13,06	13,53	87,57	61,72
	2012	1.122	13,35	14,88	91,44	61,94
CHIRURGIA TORACICA	2014	307	6,60	6,19	85,67	66,87
	2013	229	7,01	5,68	86,90	76,42
	2012	299	7,62	7,02	84,62	79,93
CHIRURGIA VASCOLARE	2014	1.191	4,24	22,92	90,93	17,46
	2013	879	4,16	21,5	91,35	16,50
	2012	1.099	3,91	21,00	88,77	14,62
CARDIOCHIRURGIA	2014	920	12,03	9,78	95,33	92,61
	2013	1.435	12,08	8,43	94,38	91,57
	2012	1.035	11,15	6,96	95,17	92,95
CARDIOLOGIA e CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	2014	442	11,14	42,08	41,18	33,48
	2013	330	12,33	43,94	48,18	38,48
	2012	475	11,14	40,21	52,42	39,79
CHIURGIA DEL PANCREAS	2014	423	9,82	43,50	71,87	33,10
	2013	410	9,02	48,29	67,32	38,29
	2012	39	6,97	38,90	87,18	35,90
NEONATOLOGIA	2014	516	21,81	10,67	0,50	25,60
	2013	291	20,81	9,97	1,03	24,05
	2012	441	19,13	8,16	0,45	22,00
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	2014	270	10,19	18,52	0,74	7,41
	2013	197	11,18	18,27	2,54	8,63
	2012	345	10,38	12,92	1,85	6,15
CLINICA CHIRURGICA DEI TRAPIANTI (esclusa attività dei trapianti - si veda infra)	2014	260	6,72	22,69	48,46	33,85
	2013	227	6,90	22,47	51,54	35,24
	2012	130	9,20	26,15	63,08	43,08
ANGIOLOGIA	2014	225	11,28	5,33	40,00	1,78
	2013	217	11,24	8,76	39,17	2,76
	2012	40	12,13	5,00	25,00	5,00

* Si consideri che la Chirurgia del Pancreas è attiva da fine 2012 come anche la disciplina angiologia

Figura 39. Peso medio delle discipline di eccellenza (triennio 2012-2014)

Peso medio dei ricoveri ordinari



Da evidenziare, inoltre, l'attività c.d. "interventistica" erogata da questa Azienda nei settori quali la radiologia (body e neuro), la pneumologia, l'emodinamica, la gastroenterologia sia su pazienti ricoverati presso l'AOUOOR sia presso altri ospedali della regione.

L'attività di trapianto di organi e di tessuti

L'AOUOORR, sin dal 2005, effettua attività di trapianto di organi e tessuti.

Tabella 78. Ricoveri e giornate di degenza per trapianti organi e tessuti (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RICOVERI ORDINARI	115	132	144
GIORNATE DI DEGENZA	2.630	2.751	3.293
DEGENZA MEDIA	22,87	20,84	22,87

Il peso medio di tale DGR è molto elevato se confrontato con quello relativo alle altre tipologie di trattamento, stante la complessità di questa tipologia di prestazione erogata ai pazienti.

Tabella 79.
Peso medio per trapianti
organi e tessuti (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RICOVERI ORDINARI	14,97	15,17	14,80

Tabella 80.
Attività per trapianti organi
per tipologia di organo
(triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
TRAPIANTO RENE	42	34	39
TRAPIANTO FEGATO	41	38	43
TRAPIANTO FEGATO E RENE	0	1	0
TRAPIANTO PANCREAS	0	0	0
TRAPIANTO PANCREAS E RENE	0	0	0
Totale	83	73	82

Oltre all'attività di trapianto, l'AOUOORR cura l'attività di prelievo di organi (si veda tabella che segue).

Tabella 81.
Attività chirurgica di prelievo d'organo suddivisa per anno di attività (triennio 2012-2014)

ATTIVITÀ DI PRELIEVO	2014	2013	2012
RENE	6	11	8
FEGATO	8	11	14
MULTIORGANO	31	25	32
Totale aziendale	45	47	54

A fianco all'attività di trapianto degli organi e tessuti, è rilevante citare l'attività di trapianto di midollo e l'attività inerente la donazione di cornee.

Tabella 82.
Attività di trapianto del midollo (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
NUMERO TRAPIANTI DI MIDOLLO	39	58	62

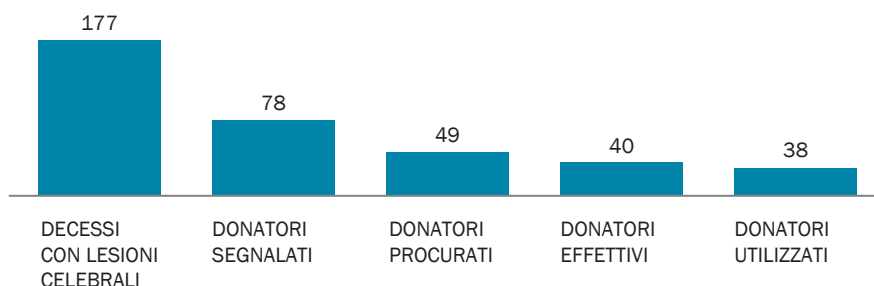
Nell'anno 2014, sono state prelevate 100 cornee da 51 donatori (di cui 4 trapiantate).

Il Centro Regionale Trapianti delle Marche: attività e risultati conseguiti

Le Marche sono ancora ai vertici del procurement in Italia: terza in Italia in quanto a donatori segnalati, dopo la Toscana ed il Friuli Venezia Giulia, con 50,5 donatori segnalati per milione di popolazione (nel 2013 erano 49,3).

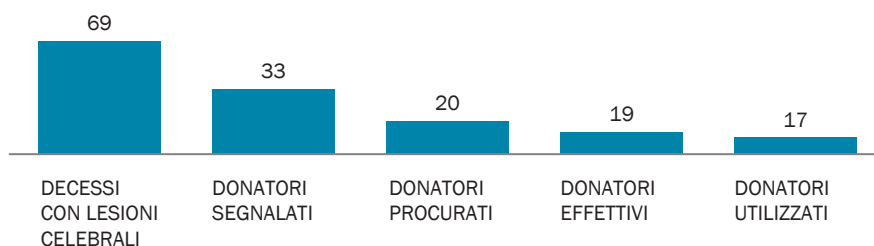
I donatori segnalati e sottoposti ad accertamento di morte sono stati 78 su 177 decessi con lesioni encefaliche e 790 decessi totali nelle rianimazioni. Tali dati indicano un lavoro eccellente svolto dalle Rianimazioni a livello di monitoraggio dei decessi con lesioni encefaliche e di individuazione dei potenziali donatori.

Figura 40.
Processo di donazione della Regione Marche (anno 2014)



Di seguito viene indicato il dettaglio dei decessi con lesioni cerebrali nella Regione Marche (177) nell'anno 2014 per area di provenienza.

Figura 41.
Processo di donazione: focus Ancona (anno 2014)



Nonostante un gap notevole tra donatori segnalati e poi effettivamente utilizzati, 78 su 38, la novità del 2014 è che questo gap è da imputare in gran parte alle controindicazioni alla donazione per malattie trasmissibili del potenziale donatore e non a opposizioni alla donazione.

Infatti, su 78 segnalazioni-accertamenti di morte con criteri neurologici, si sono avuti poi 38 donatori che in effetti sono stati usati per realizzare un trapianto e solo 19 sono state le opposizioni alla donazione (27 opposizioni nel 2013), mentre ben 20 donatori non erano idonei.

Tabella 83. Numero di donatori effettivi nelle Marche (luglio 1988 - dicembre 2014)

CITTÀ	NUMERO DONATORI
PESARO	49
URBINO	28
FANO	32
SENIGALLIA	14
JESI	19
FABRIANO	26
ANCONA: RIANIMAZIONE OSPEDALIERA	241
ANCONA: RIANIMAZIONE CLINICA	146
ANCONA: TIPO CARDIOCHIRURGICA	2
ANCONA: RIANIMAZIONE SALESI	13
CIVITANOVA MARCHE	6
MACERATA	31
CAMERINO	10
FERMO	13
SAN BENEDETTO	26
ASCOLI PICENO	16
Totale	672

Alla diminuzione delle percentuali di opposizione da 35,5% del 2014 al 25,6% del 2013, sicuramente non è estraneo il grande impegno profuso a tutti i livelli dalla comunità dei trapianti, dalle istituzioni e dalle vivacissime Associazioni di Volontariato delle Marche che veramente quest'anno hanno lavorato in maniera egregia in perfetta sintonia con il CRT e il Centro Nazionale Trapianti in moltissime occasioni ed eventi. Hanno funzionato anche i progetti innovativi come "Una scelta in Comune" che ha visto ben nove comuni marchigiani impegnati a raccogliere dichiarazioni di volontà all'atto del rinnovo o consegna della carta di identità.

Sul fronte della donazione multitessuto, Ancona ha prodotto 6 donatori, Pesaro 1, Urbino 1. Continua con successo anche la donazione di membrane amniotiche e tessuto osseo da vivente. Una flessione è invece da registrarsi in ambito corneale.

Figura 42.
Numero trapianti effettuati
dal 30/05/2005 al 31/12/2014

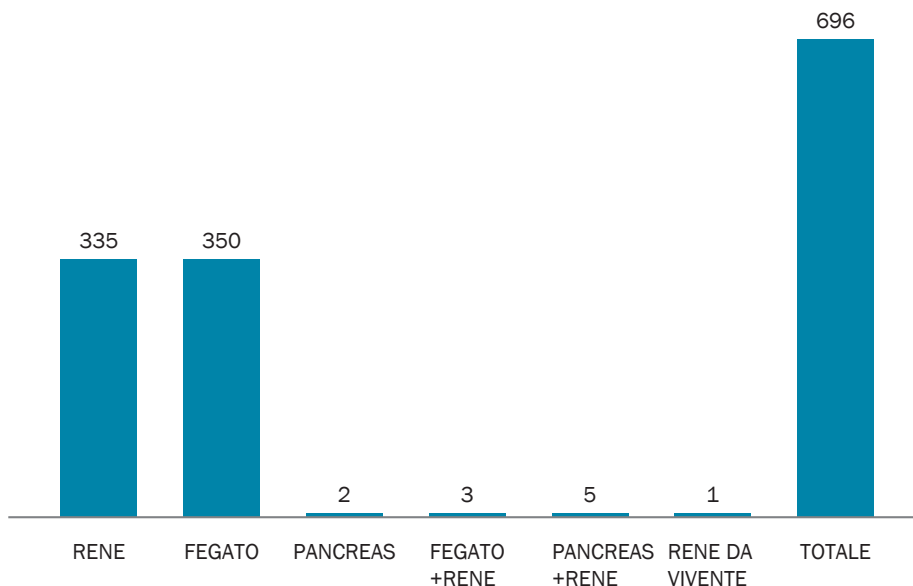


Tabella 84. Attività cornee nelle Regione Marche (anno 2014)

SEDE		CORNEE PRELEVATE		CORNEE TRAPIANTATE
		DONATORI	CORNEE	
AREA VASTA 1	Pesaro	0	0	0
AREA VASTA 1	Urbino	12	24	0
AREA VASTA 1	Fano	0	0	0
AREA VASTA 2	Senigallia	18	36	0
AREA VASTA 2	Jesi	7	13	0
AREA VASTA 2	Fabiano	16	32	20
AREA VASTA 2	Ancona	0	0	0
AREA VASTA 3	Civitanova M.	8	16	0
AREA VASTA 3	Macerata	9	18	3
AREA VASTA 3	Camerino	11	21	46
AREA VASTA 4	Fermo	1	2	0
AREA VASTA 5	San Benedetto T	6	12	0
AREA VASTA 5	Ascoli P.	4	6	1
AOOR M. NORD	Fano	14	27	2
AOOR M. NORD	Pesaro	41	82	2
AOOR ANCONA	Ancona	51	100	4
INRCA	Ancona	0	0	0
INRCA	Fermo	0	0	0
REGIONE UMBRIA		29	58	28
ALTRI OSPEDALI		0	0	3
Totale		227	447	109
		-22,26% vs 2013	-21,99% vs 2013	-21,01% vs 2013

I pazienti del pronto soccorso

In quest'area sono riportati i dati dell'attività dei pazienti che sono ricoverati dopo aver effettuato l'accesso tramite pronto soccorso. Si consideri che il numero dei ricoveri effettuati dal pronto soccorso rapportato al numero dei ricoveri ordinari, mostra una incidenza pari al 32,8% nel 2014 (+0,9% rispetto al 2013; +0,6% dal 2012 al 2013).

Figura 43.
Ricoveri di pazienti provenienti dal pronto soccorso (triennio 2012-2014)

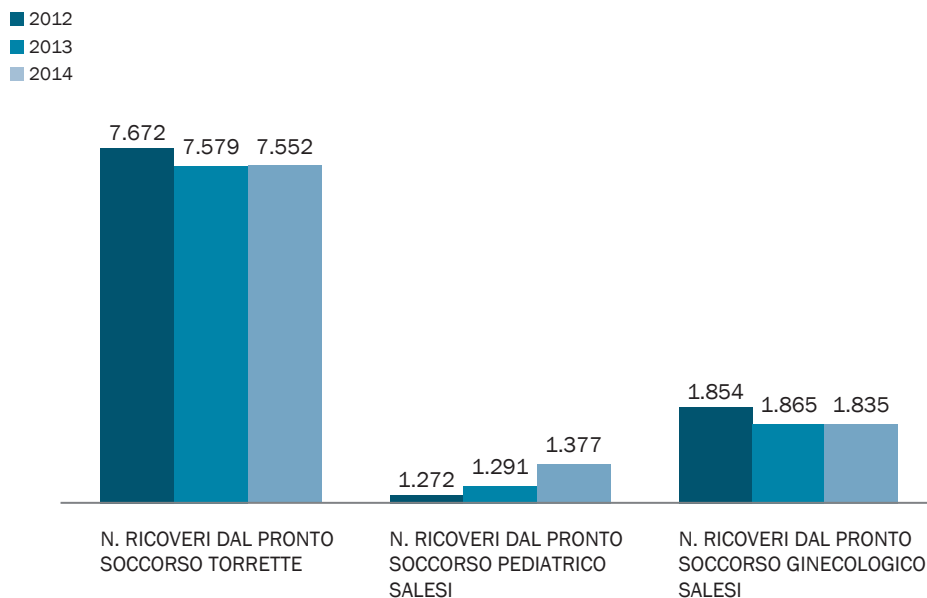
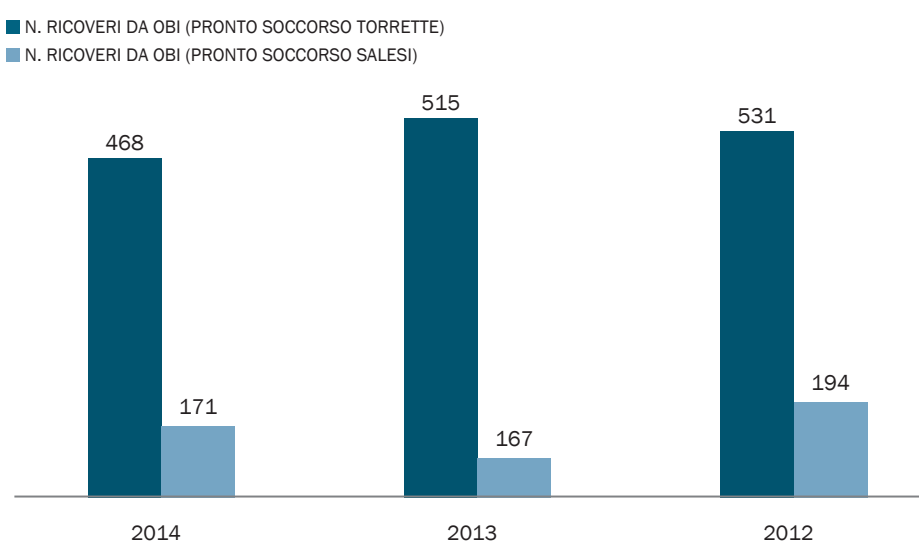


Figura 44.
Ricoveri di pazienti provenienti da OBI (triennio 2012-2014)



2.3.3.2 Day Hospital e Day Surgery

Di seguito è illustrata l'attività diurne di ricovero medico (day hospital) e chirurgico (day surgery). La percentuale dei ricoveri diurni sul totale dell'attività è pari al 28,7% nel 2014 (-0,2% rispetto al 2013 e +0,3% rispetto al 2012).

Si consideri che ciascun day hospital o day surgery può comprendere più cicli terapeutici (accessi). I dati sotto presentati mostrano che ciascun ricovero in Day Hospital o Day Surgery, mediamente, richiede poco più di due cicli terapeutici.

Da tale livello ospedaliero sono esclusi i day hospital riabilitativi che saranno illustrati nel successivo paragrafo.

Con il termine "day surgery" (chirurgia di un giorno) si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno od, al limite, con un solo pernottamento.

Tabella 85. Ricoveri diurni e accessi per attività di day hospital e day surgery (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RICOVERI DIURNI	13.436	13.864	13.879
NR. ACCESSI	30.368	31.390	32.301
NR. MEDIO DI ACCESSI PER CIASCUN RICOVERO	2,26	2,26	2,33

In regime di ricovero diurno è erogata anche l'attività di recupero e riabilitazione funzionale. Tale attività prevede normalmente più cicli terapeutici (accessi). Analizzando il rapporto tra il numero degli accessi e i ricoveri, si evince che mediamente per ciascuna prestazione (ricovero di riabilitazione) sono effettuati 9 accessi.

Tabella 86. Ricoveri e accessi per l'attività di riabilitazione (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RICOVERI IN DAY HOSPITAL PER RIABILITAZIONE	130	115	146
NR. ACCESSI IN DAY HOSPITAL PER RIABILITAZIONE	1.167	1.106	1.465
NR. MEDIO DI ACCESSI PER CIASCUN RICOVERO	8,98	9,62	10,03

Trattando l'assistenza sanitaria di ricovero, appare importante analizzare il peso del DRG.

Si consideri che il peso medio del ricovero diurno dell'AOUOORR è costante nel triennio.

Tabella 87. Peso medio Day hospital (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
PESO MEDIO DAY HOSPITAL	0,86	0,85	0,84
PESO MEDIO DAY HOSPITAL PER RIABILITAZIONE	0,74	0,73	0,74

Sul totale delle prestazioni in day hospital la percentuale delle prestazioni chirurgiche è aumentata nel corso del triennio.

Tabella 88. Percentuale DRG chirurgici diurni (triennio 2012-2014)

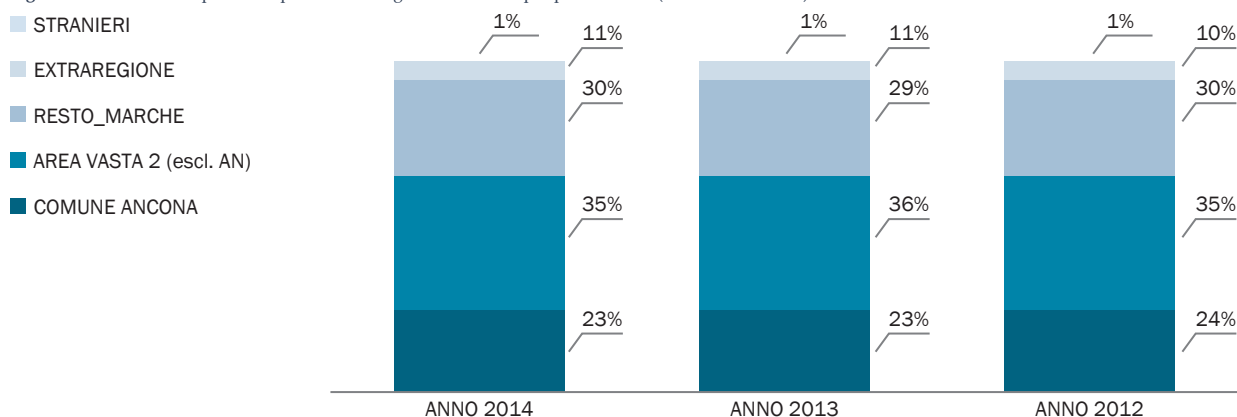
	2014	2013	2012
PERCENTUALE DRG CHIRURGICI SU TOTALE PRODUZIONE DH	36,8%	36,5%	35,0%

2.3.3.3 Il profilo dei pazienti in regime di ricovero

Provenienza

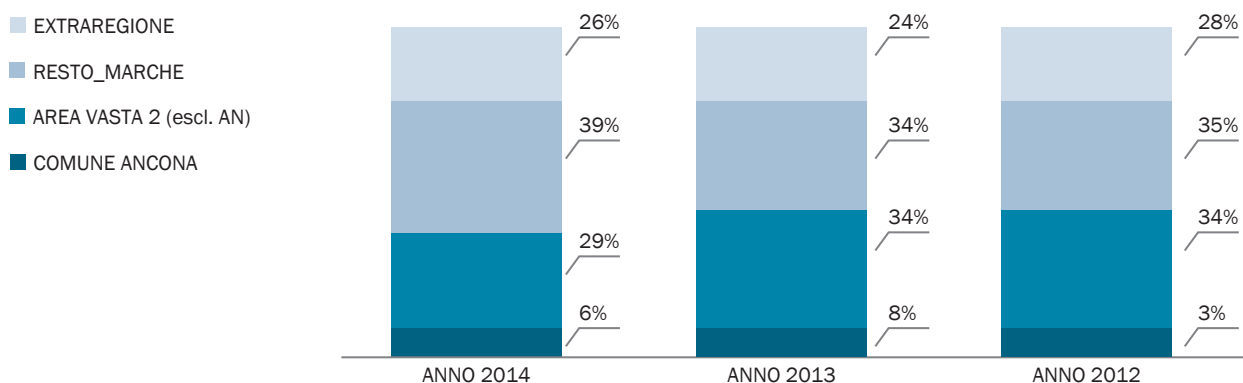
Per l'attività di ricovero ordinario, alte sono le percentuali di soggetti residenti in zone esterne all'Area Vasta 2 della Regione Marche, mentre l'11% provengono da fuori regione e lo 0,6% da oltre confine.

Figura 45. Assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria per provenienza (triennio 2012-2014)



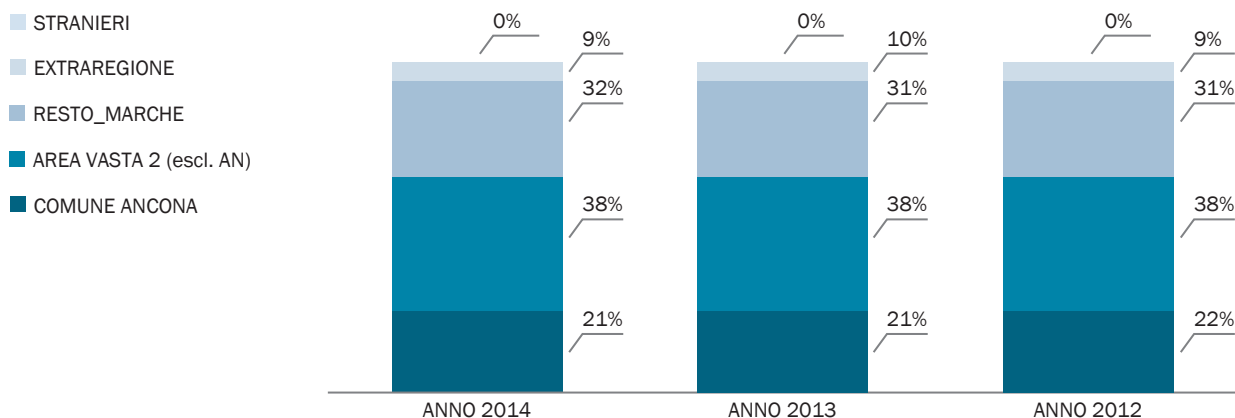
Sull'attività di trapianto organi e tessuti, l'analisi per provenienza mostra, in questo caso che la maggioranza degli utenti proviene da territori esterni dalla Regione Marche o, comunque, da zone al di fuori della provincia anconetana.

Figura 46. Attività di Trapianti organi e tessuti per provenienza (triennio 2012-2014)



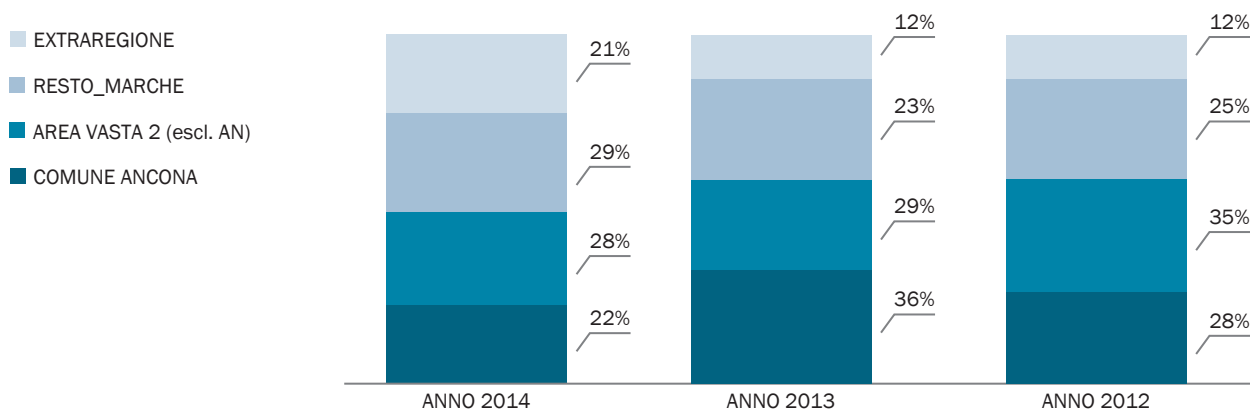
Analizzando i dati per provenienza territoriale, il grafico che segue mostra che circa un terzo dei pazienti ricoverati in day hospital o day surgery proviene dal resto della Regione Marche (territori esterni all'area vasta 2).

Figura 47. Day hospital e day surgery per provenienza (triennio 2012-2014)



Nel caso di attività di riabilitazione in DH/DS, l'analisi per provenienza mostra che la maggioranza degli utenti proviene dalle zone limitrofe al Comune di Ancona.

Figura 48. Attività di riabilitazione per provenienza (triennio 2012-2014)



Genere

Analizzando i dati di attività per genere, il peso della componente femminile e della componente maschile sul totale è identico per le attività in degenza ordinaria e diurna. Percentuali maggiori sono rilevati, invece, di sesso maschile per quanto riguarda l'attività di trapianti organi e tessuti; di sesso femminile per quanto riguarda l'attività di riabilitazione in regime diurno. Il trend è pressoché stabile negli anni. Si presentano di seguito, i dati relativi al 2014.

Figura 49.
Assistenza ospedaliera per acuti
in degenza ordinaria per genere
(anno 2014)

■ MASCHI
■ FEMMINE

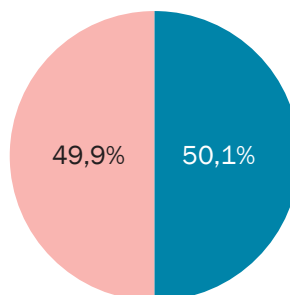


Figura 50.
Attività per Trapianti organi
per genere (anno 2014)

■ MASCHI
■ FEMMINE

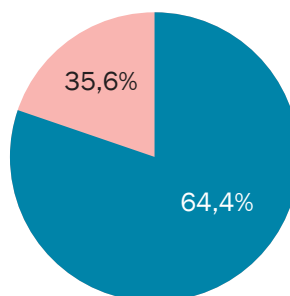


Figura 51.
Day hospital e day surgery
per genere (anno 2014)

■ MASCHI
■ FEMMINE

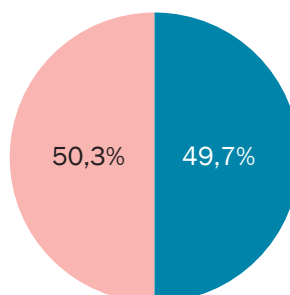
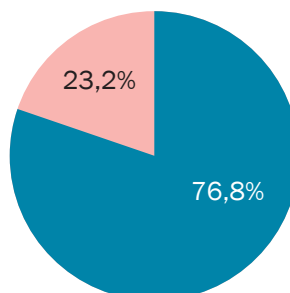


Figura 52.
Attività di riabilitazione
per sesso (anno 2014)

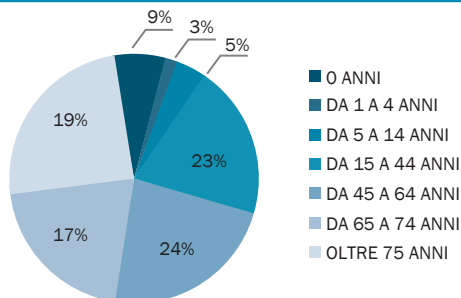
■ MASCHI
■ FEMMINE



Classi d'età

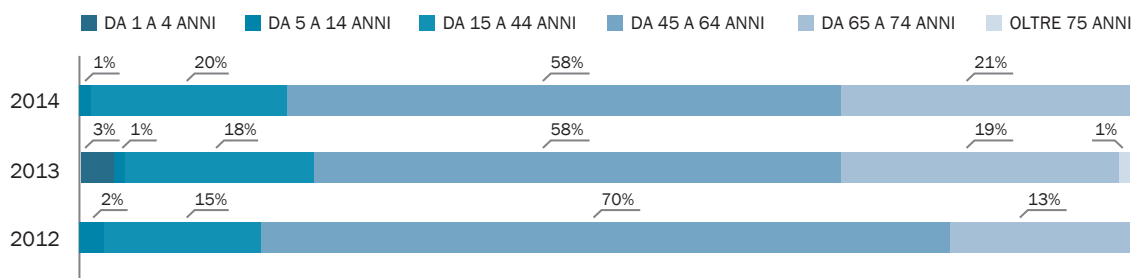
Profilando i dati per classi di età (relativamente al 2014) si nota una distribuzione pressoché omogenea nelle varie fasce. Un confronto con gli anni precedenti evidenzia una invarianza nei dati.

Figura 53.
Assistenza ospedaliera per acuti
in degenza ordinaria per classi
di età (anno 2014)



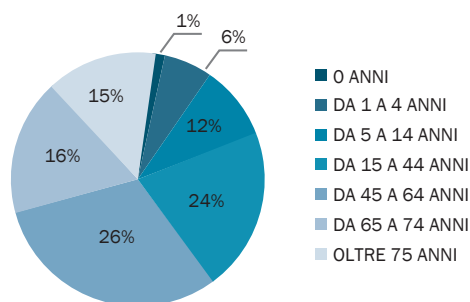
L'attività di trapianti è principalmente erogata a pazienti appartenenti a classi di età tra i 45 e i 64 anni.

Figura 54. Attività per Trapianti organi per classi di età (anno 2014)



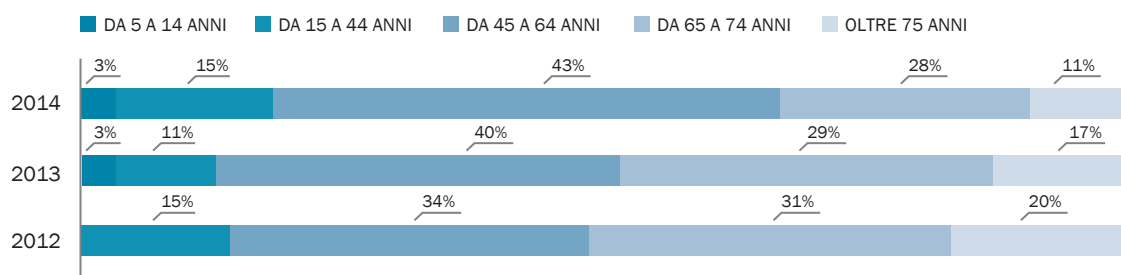
L'articolazione dell'attività diurna per fasce di età della popolazione assistita non presenta elementi peculiari da evidenziare.

Figura 55.
Day hospital e day surgery
per classi di età (anno 2014)



Più di un terzo degli utenti che fruiscono di tale prestazione ha un'età superiore ai 65 anni, anche se aumenta nel 2014 il numero dei pazienti di età inferiore ai 15 anni.

Figura 56. Attività di riabilitazione per classi di età (triennio 2012-2014)



2.3.3.4 La mobilità extraregionale per le attività di ricovero

Tabella 89. Ricoveri totali - mobilità extraregionale

REG	DEGENZA ORDINARIA E DIURNA	2014	2013	2012
130	ABRUZZO	2092	2145	2181
100	UMBRIA	554	526	518
160	PUGLIA	539	557	518
120	LAZIO	407	459	488
080	EMILIA ROMAGNA	347	375	386
150	CAMPANIA	266	304	279
030	LOMBARDIA	157	142	141
140	MOLISE	143	170	148
190	SICILIA	85	99	81
090	TOSCANA	79	80	91
180	CALABRIA	63	77	76
050	VENETO	42	62	74
010	PIEMONTE	38	26	33
170	BASILICATA	36	55	59
200	SARDEGNA	31	40	18
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	17	14	25
070	LIGURIA	14	10	12
042	PROVINCIA AUTONOMA TRENTO	11	8	11
041	PROVINCIA AUTONOMA BOLZANO	3	4	2
020	VALLE D'AOSTA	1	1	0
	Totale	4925	5154	5141

Tabella 90. Ricoveri totali - stranieri

REG	DEGENZA ORDINARIA E DIURNA	2014	2013	2012
235	ROMANIA	39	48	32
201	ALBANIA	35	30	44
220	GRECIA	10	8	8
216	GERMANIA	8	9	14
241	SVIZZERA	6	6	3
436	MAROCCO	6	3	3
443	NIGERIA	6	5	11
215	FRANCIA	5	4	4
219	GRAN BRETAGNA	5	5	3
236	SAN MARINO	5	10	0
239	SPAGNA	5	3	0
255	SLOVACCHIA	5	0	0

REG	DEGENZA ORDINARIA E DIURNA	2014	2013	2012
605	BRASILE	5	3	1
206	BELGIO	4	0	0
243	UCRAINA	4	5	5
244	UNGHERIA	4	0	1
203	AUSTRIA	3	1	1
233	POLONIA	3	7	8
240	SVEZIA	3	0	2
254	MOLDAVIA	3	3	3
411	CAMERUN	3	2	1
460	TUNISIA	3	3	7
514	CUBA	3	0	1
348	SIRIA	2	0	0
401	ALGERIA	2	1	6
453	SOMALIA	2	2	0
455	SUDAN	2	0	0
509	CANADA	2	0	0
536	STATI UNITI D'AMERICA	2	3	2
701	AUSTRALIA	2	1	0
209	BULGARIA	1	2	3
214	FINLANDIA	1	0	0
248	LETTONIA	1	0	1
252	BOSNIA-ERZEGOVINA	1	0	0
257	REPUBBLICA CECA	1	1	1
272	KOSOVO	1	0	0
305	BANGLADESH	1	1	3
323	FILIPPINE	1	0	2
330	INDIA	1	1	1
332	IRAN	1	0	0
337	LIBANO	1	0	0
360	GEORGIA	1	1	1
420	ETIOPIA	1	0	0
422	GAMBIA	1	0	0
435	MALI	1	0	0
466	ERITREA	1	0	0
517	EL SALVADOR	1	0	0
212	DANIMARCA	0	1	0
226	LUSSEMBURGO	0	0	0
231	NORVEGIA	0	0	0
232	OLANDA	0	4	3
234	PORTOGALLO	0	2	0

245	RUSSIA	0	2	2
247	ESTONIA	0	1	0
249	LITUANIA	0	1	0
250	CROAZIA	0	1	1
251	SLOVENIA	0	1	0
253	MACEDONIA	0	11	14
256	BIELORUSSIA	0	0	3
271	SERBIA	0	2	0
301	AFGHANISTAN	0	1	1
302	ARABIA SAUDITA	0	0	2
311	SRI LANKA	0	0	0
314	CINA	0	3	0
315	CIPRO	0	0	0
333	IRAQ	0	0	1
344	PAKISTAN	0	1	0
349	THAILANDIA	0	0	0
351	TURCHIA	0	2	0
357	UZBEKISTAN	0	1	1
404	COSTA D'AVORIO	0	0	0
419	EGITTO	0	1	3
430	LIBERIA	0	0	1
431	LIBIA	0	3	2
450	SENEGAL	0	0	1
451	SIERRA LEONE	0	0	1
516	REPUBBLICA DOMINICANA	0	0	2
602	ARGENTINA	0	1	2
604	BOLIVIA	0	0	0
609	ECUADOR	0	0	0
615	PERU'	0	1	0
618	URUGUAY	0	1	0
	Totale	204	209	212

Tabella 91. Ricoveri totali - mobilità extraregionale

REG	RIABILITAZIONE	2014	2013	2012
130	ABRUZZO	9	5	6
080	EMILIA ROMAGNA	6	5	3
100	UMBRIA	4	2	3
042	PROV. AUTON. TRENTO	1	0	0
050	VENETO	1	0	0
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	1	1	1
090	TOSCANA	1	0	0
120	LAZIO	1	0	0
140	MOLISE	1	0	0
150	CAMPANIA	1	0	0
160	PUGLIA	1	0	2
200	SARDEGNA	1	0	0
030	LOMBARDIA	0	0	2
070	LIGURIA	0	1	0
	Totale	28	14	17

Tabella 92. Ricoveri totali - mobilità extraregionale

REG	TRAPIANTI	2014	2013	2012
130	ABRUZZO	10	10	10
100	UMBRIA	5	6	3
080	EMILIA ROMAGNA	4	3	5
150	CAMPANIA	4	5	9
120	LAZIO	3	3	3
030	LOMBARDIA	2	1	3
090	TOSCANA	1	1	0
170	BASILICATA	1	2	3
050	VENETO	0	0	0
060	FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	1
140	MOLISE	0	0	1
160	PUGLIA	0	1	2
180	CALABRIA	0	0	0
190	SICILIA	0	0	0
	Totale	30	32	40

2.3.4 L'assistenza farmaceutica

Il paziente (in regime di ricovero o ambulatoriale) può procurarsi i farmaci prescritti dal medico al momento della dimissione o al termine della prestazione ambulatoriale direttamente presso il servizio di farmacia ospedaliera. Le tabelle che seguono illustrano la spesa complessiva dell'AOUORR per tale servizio.

Tabella 93. Spesa relativa all'assistenza farmaceutica distrettuale distinta per classi di farmaci (2012-2014)

DESCRIZIONE DEGENZA	2014	2013	2012
Farmaci "H" forniti esclusivamente dalle strutture sanitarie (non somministrati in regime di ricovero)	€ 10.656.406	€ 9.446.012	€ 9.795.829
Farmaci utilizzati in regime ambulatoriale non compresi in tariffa di prestazione	€ 7.694.646	€ 9.673.332	€ 9.676.958
Dimissione ospedaliera	€ 893.855	€ 1.663.858	€ 2.212.529
Farmaci somministrati ad emofilici nel corso del ricovero ospedaliero	€ 4.295.085	€ 754.578	€ 185.031
Post visita specialistica	€ 275.396	€ 610.976	€ 1.298.737
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) e altro	€ 244.593	€ 222.247	€ 235.587
Farmaci legge 648/1996 (con impiego nel trattamento di patologie cardiache pediatriche)	€ 39.146	€ 71.179	€ 215.833
Fornitura diretta di farmaci del previsti dal Prontuario Ospedaliero Territoriale (PHT - esclusi i codici 01 bis, 02, 03, 04 e 05)	€ 19.788	€ 43.482	€ 159.071
Farmaci di classe "A 65" sclerosi multipla forniti esclusivamente dalle Strutture Sanitarie (non somministrati in regime di ricovero)	€ 0	€ 0	€ 93.639
Farmaci antiblastici per il solo utilizzo domiciliare, legge 448/1998	€ 0	€ 0	€ 0
Ossigeno liquido e gassoso	€ 1.462	€ 0	€ 0
Totale	€ 24.120.377	€ 22.485.664	€ 23.873.214

2.3.5 I servizi alla persona

2.3.5.1 L'umanizzazione delle cure

Il concetto di umanizzazione delle cure va inteso come attenzione posta alla persona nella sua totalità, considerando sia i bisogni organici sia gli aspetti relazionali e psicologici legati all'assistenza.

I fattori che più spesso concorrono a rendere l'ospedale un ambiente poco umanizzato sono essenzialmente rappresentati dalla separazione dall'ambiente familiare, dalle non idonee condizioni di accoglienza e alloggio, dall'isolamento, dalla spersonalizzazione dei rapporti umani. Da qui l'interesse verso una medicina in grado di accompagnare i pazienti e le famiglie lungo il percorso della malattia, umanizzando le cure e sostenendo gli assistiti oltre il routinario approccio al malato e alla sua patologia.

Si riportano di seguito i principali interventi aziendali adottati.

Ospedale senza dolore

L'iniziativa cardine - in linea con la DGR 892/11 - è stata rendere sistematica la misurazione del dolore al letto del malato, riportando la rilevazione giornaliera del dolore in cartella clinica, al pari degli altri parametri vitali. La verifica della sistematica presenza all'interno della cartella clinica, presso tutte le strutture organizzative, delle informazioni relative alle caratteristiche del dolore rilevato e alla sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi ed il risultato antalgico conseguito, viene periodicamente espletata anche attraverso il riscontro della presenza della

scheda rilevazione dolore da parte del [Comitato Verifica Prestazioni Sanitarie \(CVPS\)](#), nell'ambito dell'attività di controllo della completezza della documentazione sanitaria. Un aspetto particolare del progetto "ospedale senza dolore" è rappresentato dal servizio di partoanalgesia, al fine di garantire, mediante anestesia peridurale continua, il parto indolore a tutte le donne che ne facciano richiesta.

Tabella 94. Parti indolore sul totale parti vaginali

	2014	2013	2012
Totale parti vaginali	1.119	1.169	1.198
Di cui parti indolore	273	220	250
% Parti indolore sul totale parti vaginali	24,40%	18,82%	20,87%

In ambito pediatrico, il problema del contenimento del dolore si presenta sotto multiformi aspetti, a volte si deve trattare la paura e l'ansia che scaturisce nei bambini dal semplice ingresso in ospedale. È, quindi, necessario un approccio integrato e multidisciplinare che permetta di capire, misurare e trattare adeguatamente il fenomeno dolore in tutte le sue forme.

A tal fine, si ricordano alcuni dei progetti realizzati in collaborazione con la Fondazione Salesi - di cui si trovano approfondimenti nel capitolo dedicato all'opera delle Fondazioni - quali:

- tecniche non farmacologiche di distrazione dal dolore;
- preparazione all'anestesia e all'intervento chirurgico;
- accompagnamento del bambino in blocco operatorio;
- clownterapia, pet therapy, musicoterapia.

Scuola in Ospedale

Nel caso di degenze medio-lunghe, al fine di tutelare i diritti all'istruzione e al mantenimento delle relazioni affettive dei minori ricoverati, sono state attivate le seguenti iniziative:

- dall'anno scolastico 1992/93 è stata istituita una sezione distaccata della Scuola Elementare "De Amicis" all'interno del Presidio Ospedaliero Salesi;
- dall'anno scolastico 2001/02 è stata attivata una sezione ospedaliera della Scuola Media "Pascoli" ed istituito un posto di organico per la Scuola d'Infanzia "Piaget", operante presso la SOD Neuropsichiatria Infantile;
- nel 2001 è stato siglato un Protocollo d'Intesa tra Regione Marche, Ufficio Scolastico Regionale, Presidio Ospedaliero Salesi, Comune di Ancona, Telecom Italia, volto ad attivare un "Servizio di Teledidattica". Che ha consentito, mediante l'utilizzo di un'aula ospedaliera appositamente attrezzata (Aula New Technology) ed il supporto di insegnanti e psicologi, il collegamento in videoconferenza con le suddette scuole di appartenenza per i ragazzi ospedalizzati.

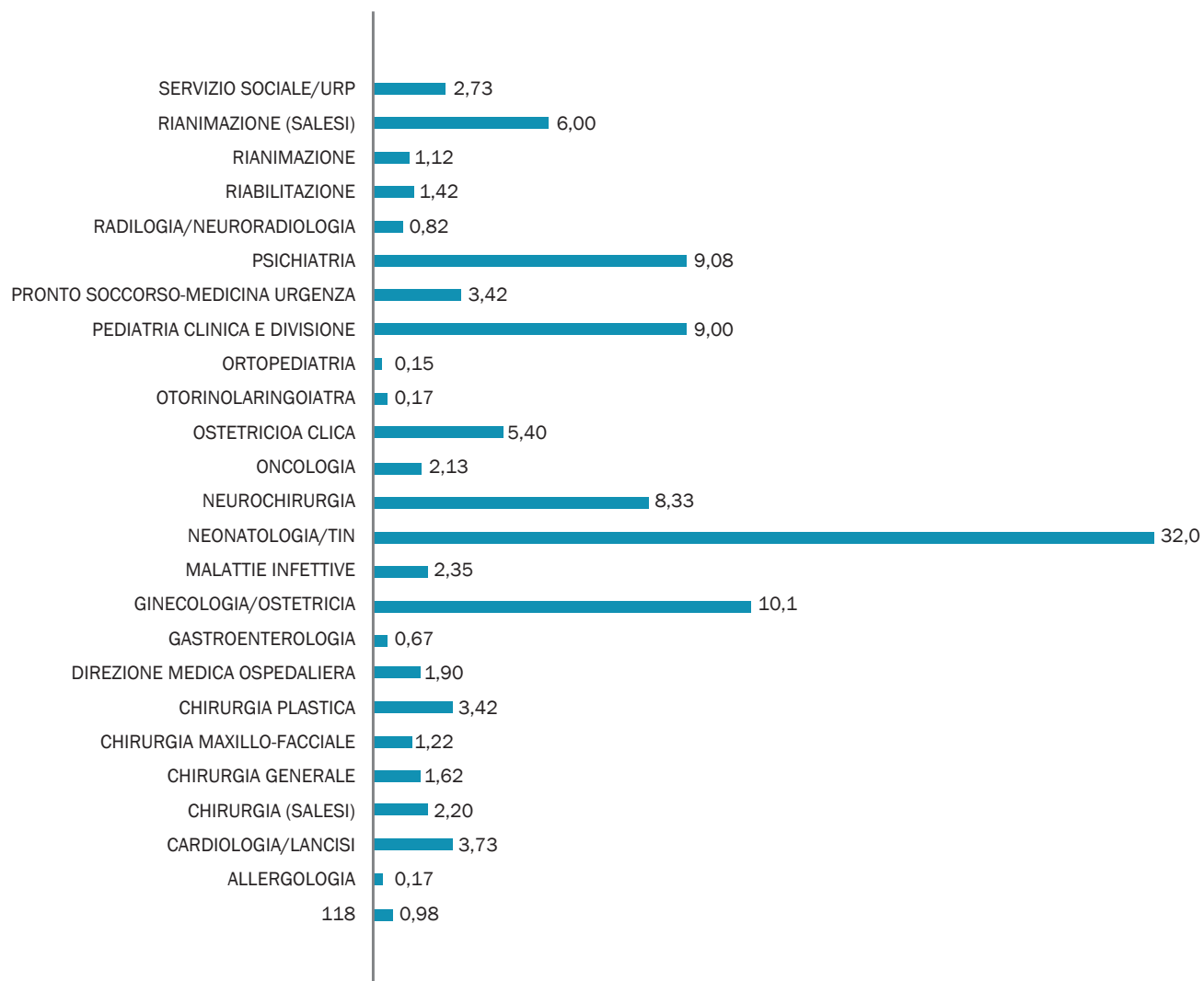
Casa di maternità

La "Casa di Maternità" accoglie gli ambulatori, gestiti da personale ostetrico, per la promozione dell'allattamento al seno; per la gravidanza fisiologica; per ciascuna iniziativa mirata alla riduzione della medicalizzazione e della frequenza dei tagli cesarei per arrivare all'obiettivo fissato dall'OMS del 15-20%.

Mediazione linguistica

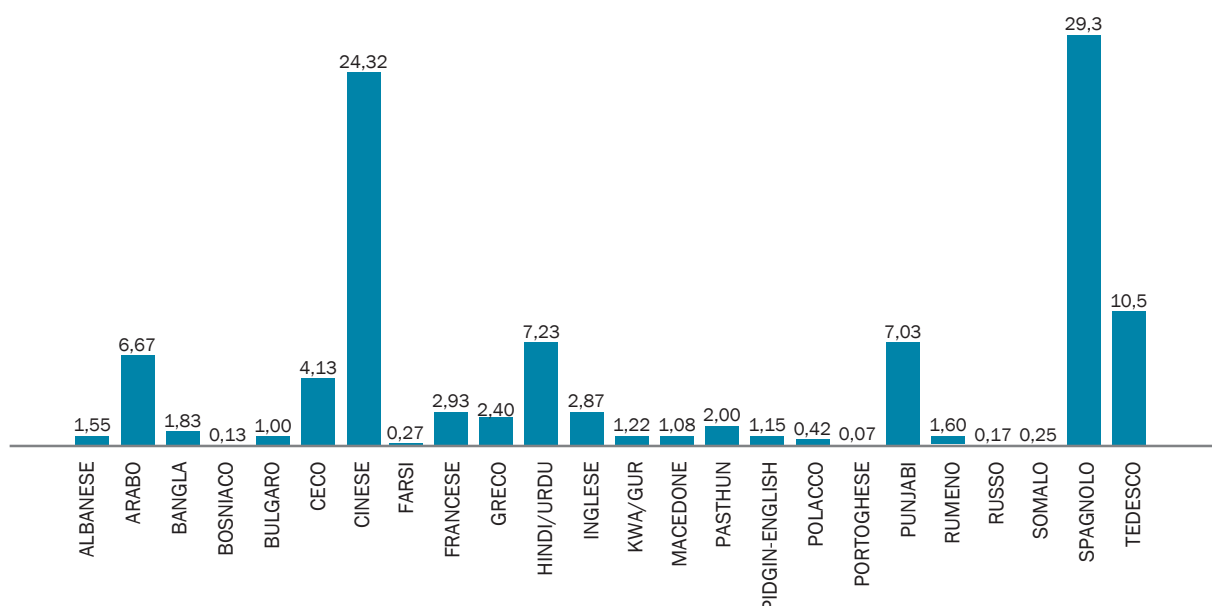
Il servizio di mediazione fornisce mediazioni/traduzioni interculturali, consulenze telefoniche (per specifici problemi collegati alla presenza nei reparti ospedalieri di utenti stranieri), accoglienza, orientamento, informazioni utili agli utenti immigrati e consulenza interculturale per équipe di operatori. Il servizio di mediazione viene attivato dal servizio sociale ospedaliero o direttamente dagli operatori dei reparti. Nel triennio è stata erogata una media di 387 ore in 27 lingue straniere.

Figura 57. Frequenza ore di mediazione nelle strutture (anno 2014)



**Si consideri che nel presente anno è stato, inoltre, realizzato un opuscolo multilingue nell'ambito dell'obiettivo "Ospedale amico del bambino", che ha consentito la diminuzione delle ore di interventi telefonici di traduzione, aventi per oggetto le informazioni inserite nell'opuscolo stesso.*

Figura 58. Frequenza ore di mediazione per lingua (2014)



2.3.5.2 La sicurezza delle cure

La sorveglianza delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)

Il [Comitato Infezioni Ospedaliere](#) ha il compito di:

- definire la strategia di lotta contro le infezioni ospedaliere attraverso:
 - l'organizzazione di un sistema di sorveglianza;
 - l'individuazione di misure di prevenzione;
 - la divulgazione di linee guida aggiornate sul buon uso di antibiotici e disinfettanti;
 - il coinvolgimento appropriato dei servizi di laboratorio;
 - l'organizzazione di un sistema di informazione del personale ospedaliero sull'andamento delle infezioni.
- verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza predisposti;
- verificare l'effettiva efficacia dei programmi di sorveglianza e controllo attuati;
- proporre programmi di formazione e l'addestramento del personale sanitario.

Lo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ha definito l'antibiotico-resistenza come una delle problematiche infettivologiche preminenti in Europa. Ancora oggi, circa il 10% delle ospedalizzazioni è gravato da complicanze infettive associate all'assistenza ed il 75% di queste sono causate da microrganismi resistenti agli antibiotici di prima scelta.

Il recente aumento di microrganismi completamente o ampiamente resistenti agli antibiotici è ancora più allarmante se si considera la scarsità delle armi terapeutiche oggi a disposizione per la cura delle infezioni sostenute da questi microrganismi.

Inoltre, la potenziale diffusione e la rapida trasmissione di questi patogeni e dei determinanti genetici di resistenza rappresenta una notevole criticità per la sicurezza dell'assistenza sanitaria.

Monitorare la circolazione dei microrganismi alert è, dunque, fondamentale per il rilevamento dell'insorgenza di nuove resistenze agli antibiotici, per l'identificazione di una popolazione di pazienti a rischio e per la valutazione della necessità e dell'efficacia degli interventi messi in atto per prevenire le infezioni sostenute da tali batteri. La complessità dell'assistenza e del percorso paziente nella rete dei servizi, rendono un approccio locale limitato nella sua efficacia.

Nell'ambito del progetto finanziato dal Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), del Ministero della Salute, dal titolo: "Risk Analysis per il Controllo delle ICPA nelle Unità di Terapia Intensiva e di Chirurgia e per la valutazione di efficacia di Strategie preventive nella pratica clinica", è stato portato avanti uno studio multimodale con l'obiettivo generale di ridurre colonizzazioni ed infezioni da patogeni sentinella e descrivere la circolazione dei microrganismi stessi nelle strutture socio-sanitarie della Regione Marche.

Lo studio ha previsto la realizzazione di diverse fasi:

- a. costituzione della rete di sorveglianza regionale, con il Coordinamento della SOD Igiene Ospedaliera - AOUOORR. Al fine di descrivere l'epidemiologia dei patogeni sentinella, sono state invitate a partecipare alla sorveglianza tutte le strutture ospedaliere per acuti e di riabilitazione ospedaliera della Regione Marche;
- b. sono stati individuati referenti medici ed infermieristici afferenti alle Direzioni Mediche di Presidio (DMP e Microbiologi Clinici afferenti ai Laboratori Analisi. Si è quindi proceduto ad un censimento delle modalità di gestione del dato microbiologico da parte dei laboratori analisi e della disponibilità di dati correnti sulle giornate di degenza utilizzate ed i pazienti ammessi nelle diverse aree di interesse;
- c. elaborazione del Protocollo Operativo di Sorveglianza della Circolazione dei Microrganismi Multi-Resistenti (MDROs). Gli isolati sono stati classificati come MDROs sulla base della letteratura internazionale e tenendo in considerazione le priorità evidenziate nell'ambito epidemiologico locale;
- d. costruzione di un software per la integrazione delle diverse fonti informative (Laboratorio Analisi e Direzione Medica di Presidio);
- e. la definizione del sistema informatico di integrazione dei dati ha permesso di codificare in maniera anonima ed univoca i pazienti colonizzati/infetti da MDROs, ed di tracciarne la ricorrenza in ospedali diversi della Regione. L'attivazione del sistema ha avuto l'obiettivo di analizzare il network alla base della diffusione inter-ospedaliera dei ceppi e consentirà di attivare le appropriate precauzioni di isolamento già all'ammissione del paziente nella struttura di destinazione. L'analisi dei dati relativi allo scambio di MDROs all'interno della rete è stata effettuata mediante analisi dei network complessi, con la preventiva creazione di diadi di trasferimento (ospedale di partenza ricevente) e la determinazione del peso delle interazioni tra diversi ospedali;
- f. il progetto ha previsto, inoltre, la realizzazione e condivisione di un protocollo regionale per la gestione del paziente colonizzato/infetto da MDROs, la produzione di materiale informativo ad hoc e la programmazione di successive fasi di formazione tra pari per tutti gli ospedali partecipanti.

Nel periodo gennaio 2013-giugno 2014 sono stati sottoposti a sorveglianza 258.806 pazienti ammessi, ospitati per 1.625.755 giornate di degenza. La prevalenza di primo isolamento di un microrganismo multi-resistente è risultata pari al 3,0% (N= 7885, IC 95% 2,9-3,1), mentre la densità di incidenza di pazienti con isolamento di microrganismi MDROs è risultata pari a 15,92 per 1000 giornate di degenza (IC 95% 15,86-15,98), con sensibile variabilità nelle unità di area medica, chirurgica e critica (Figura 57). Il metodo di mappatura ha permesso di evidenziare (Figura 58) i rapporti tra le diverse strutture della Regione, identificando le priorità di azione. Sono state prese in considerazione la sistemazione e l'educazione del paziente, gli aspetti organizzativi dell'assistenza (personale dedicato, dispositivi di protezione individuale), i comportamenti del personale (igiene delle mani, utilizzo dei dispositivi di protezione individuale), il trasporto del paziente, la sanificazione ambientale, la durata delle precauzioni di isolamento nonché la comunicazione e la formazione del personale. Il lavoro del gruppo ha portato alla produzione di materiale di riferimento per i formatori, alla definizione della strategia di sorveglianza, rintracciata nella modalità tra pari a livello di singolo ospedale ed alla realizzazione di fascicoli di immediato impatto visivo per la consultazione rapida delle appropriate procedure.

La conduzione del progetto ha permesso di creare un Sistema di sorveglianza della circolazione di microrganismi MDROs integrato con il dato relativo alle degenze in ospedale, dato che consente di monitorare l'entità del fenomeno nelle diverse aree dei vari presidi, stabilendo, quindi, delle priorità di intervento sia su base regionale, sia intra-ospedaliera.

L'esperienza di realizzazione del progetto, ancora in atto, ha permesso di attivare un network regionale di sorveglianza e controllo del fenomeno, di consolidare una rete formativa multidisciplinare e di giungere ad una valutazione di outcome dell'intervento. Ulteriori sviluppi dell'iniziativa prevedono la condivisione di una strategia di gestione dell'utilizzo dei farmaci, imprescindibile nella gestione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza.

Figura 59.
Distribuzione di prevalenza
(a) ed incidenza (b) dei
microrganismi in reparti
di area chirurgica, medica
e critica

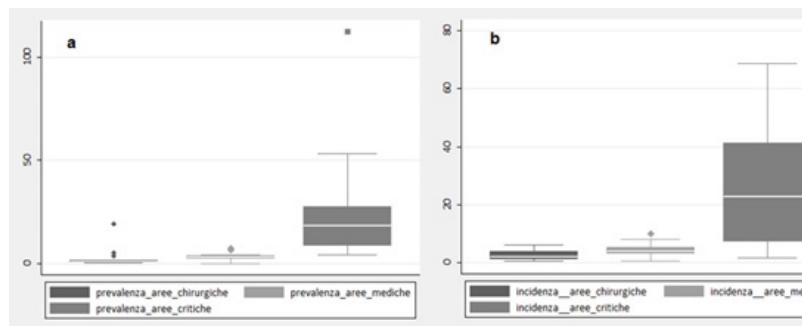
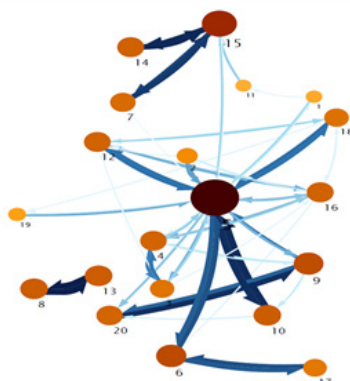


Figura 60.
Trasferimento inter-struttura
dei microrganismi nella rete
ospedaliera marchigiana



Legenda: ogni struttura ospedaliera è rappresentata da un cerchio. Il diametro del cerchio è proporzionale alla quantità di microrganismi isolati. L'intensità di colore e la dimensione delle frecce rappresentano la quantità di microrganismi scambiati tra ospedali. La direzione delle frecce rappresenta la direzione degli scambi.

Il sistema informatico per la registrazione della dose al paziente - Dosewatch

Presso la struttura di Fisica Sanitaria del Dipartimento di Scienze Radiologiche, è stato attivato un sistema informatico per la registrazione dei dati dosimetrici relativi a ogni esame TC per ogni singolo paziente. Tale attività ha il fine di garantire al paziente l'assorbimento di una "dose di radiazione" corretta, durante un esame radiologico (soprattutto dove le dosi sono più elevate come nel caso TC).

È possibile tenere sotto controllo la dose ricevuta dal paziente anche nel tempo, poiché la registrazione avviene ogni qual volta il paziente viene sottoposto a un esame TC di qualsiasi parte anatomica creando, quindi, la "storia dosimetrica".

Il software di tracking dosimetrico Dose Watch è installato presso la nostra Azienda dal 2011. Ad esso sono collegati 5 TC (Radiologia Generale e Pediatrica, Neuroradiologia, Pronto Soccorso), 2 Angiografi (Radiologia Interventistica) e 1 Mammografo. Sono stati raccolti i dati dosimetrici di circa 65.000 esami TC, 5.200 procedure di radiologia interventistica e 11.000 esami mammografici. Per circa 50.000 pazienti è possibile ricostruire, quindi, la storia dosimetrica per gli esami eseguiti all'interno della nostra azienda e ricavare dati quali la dose ghiandola media per la mammella o la dose agli organi per gli esami TC o la dose in cute per le procedure interventistiche; in quest'ultimo caso è possibile ottenere facilmente la mappa di dose per ogni procedura e poter così valutare e gestire correttamente il paziente in base all'esposizione ricevuta (con una riduzione dei falsi positivi di circa il 10%). Grazie a Dose Watch, inoltre, è stato possibile avviare percorsi di ottimizzazione nell'esecuzione dei diversi esami. Da quando è installato DoseWatch per le TC Cerebrali senza mdc si è ottenuto una riduzione del 10% della dose per studio con un livello di esami con dosi elevate del 6%; per quelle con mdc la riduzione è stata del 20% con un livello di alert del 3%. Le TC Cuore hanno subito una riduzione di dose del 35% con un livello di alert del 5%. Mentre per le TC Torace la riduzione è stata del 5% con un livello di alert del 10%. Oltre a questa ottimizzazione dosimetrica, si è potuto effettuare analisi statistiche su categorie specifiche di pazienti o procedure radiologiche (es. TC Cardio, Fibrosi Cistica, Angiografia 3D) che hanno

fornito un consistente valore aggiunto agli studi specifici, difficilmente ottenibile con lo stesso livello di completezza e accuratezza. La presenza del software ha, più in generale, sviluppato una maggiore sensibilità verso la problematica dosimetrica su tutto il personale coinvolto portando anche ad una esecuzione e gestione degli esami più accurata, più in generale è stata riscontrata una riduzione della variabilità delle dosi erogate per ogni esame del 15%. Attraverso Dose Watch è ora possibile fornire un agevole e adeguato supporto alla Radiologia Interventistica soprattutto nella gestione e nel follow-up dei pazienti coinvolti in procedure con elevata esposizione ai Raggi X. Per quanto riguarda le esposizioni pediatriche, è in avvio un progetto che consente di impiegare un più adeguato indice dosimetrico per gli esami TC, implementando un sistema personalizzato di livelli diagnostici di riferimento che consente di contenere efficacemente l'esposizione alle radiazioni senza compromettere la qualità degli esami. Tramite Dosewatch è possibile confrontare l'operatività delle differenti apparecchiature evidenziando quanto l'ingresso di una nuova apparecchiatura possa comportare una riduzione della dose: ad esempio nella TC Cerebrale con mdc il risparmio è stato del 15%, mentre in quella senza mdc la dose si è ridotta di oltre il 40%. Anche in radiologia interventistica nelle arteriografie aorto iliache l'impiego di una nuova apparecchiatura ha comportato una riduzione di dose di oltre il 40% e oltre il 30% nelle arteriografie monolaterali arto inferiore.

La gestione del rischio clinico

L'attività in tema di politiche di sicurezza e qualità delle cure è incentrata su:

- il rispetto degli obblighi normativi ministeriali e regionali;
- l'alimentazione del flusso di dati del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) sugli eventi sentinella e sui sinistri;
- la risposta ai questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di sicurezza;
- implementazione di buone pratiche.

L'Unità per il **Clinical Risk Management**:

- individua e fornisce le afferenze utili per l'identificazione degli eventi avversi, anche favorendo l'introduzione di sistemi innovativi (near miss e/o incident reporting);
- concorre alla individuazione delle criticità prioritariamente meritevoli di analisi attraverso la definizione di matrici di priorità di rischio, fornendo collaborazione ai Dipartimenti clinici e alla D.M.O. nella scelta della migliore procedura metodologica (FMECA, RCA, audit,...) e nella realizzazione dell'attività;
- propone e promuove le azioni correttive per le criticità rilevate concorrendo alla operatività di tali azioni, compreso la definizione del sistema degli indicatori, il monitoraggio, la valutazione di efficacia e la eventuale riprogettazione;
- propone e promuove le azioni favorevoli la migliore organizzazione clinica (best practices, percorsi assistenziali);
- concorre alle attività di comunicazione e diffusione richieste dalle precedenti fasi operative;
- propone e promuove attività di formazione del personale per il conseguimento di comune background culturale, individuando gli obiettivi strategici, il target, i contenuti ed i metodi;
- propone e promuove attività di comunicazione interna e esterna;
- recepisce la normativa e le conoscenze del settore aggiornando il patrimonio culturale aziendale e favorendo il conseguimento di una certificazione della sicurezza.

Commissione Valutazione Sinistri

La Commissione Valutazione Sinistri - C.V.S., istituita sin dal 2007 con la funzione di esaminare qualsiasi istanza risarcitoria di competenza sanitaria avanzata ai sensi della polizza assicurativa vigente in ossequio e nei limiti delle esigenze contrattuali da essa richiamate, è composta da: fiduciario dell'assicurazione, coordinatore dell'unità rischio clinico, medico legale e un medico in staff alla direzione sanitario. A tale fine la C.V.S. provvede a svolgere attività peritale a favore dell'Istante esprimendo opinione in merito alla eventuale sussistenza di responsabilità professionale: in caso affermativo, e laddove richiesta e/o consentita la diretta gestione del contenzioso, definisce le varie componenti di danno e la relativa quantificazione economica.

Tabella 95. Attività del Comitato Valutazione Sinistri (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
NUMERO DI SEDUTE	17	27	28
NUMERO DI ISTANZE ESAMINATE	63	93	95

Tabella 96. Risarcimento per tipologia di procedimento (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
EXTRAGIUDIZIARIE	110	100	85
GIUDIZIARIE	32	32	34
penali	8	22	19
civili	24	10	15
Totale	142	132	119
di cui istanze di risarcimento per danno clinico	99	120	118

Tabella 97. Stato di avanzamento delle istanze di risarcimento (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
CHIUSI	28	44	35
APERTI	106	81	78
SENZA SEGUITO/ANNULLATI	8	7	6
Totale	142	132	119

L'AOUOORR ha la necessaria copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi e/o operatori sanitari nell'ambito della quale le spese relative agli oneri processuali (Azienda/dipendenti) sono a carico della compagnia titolare della polizza vigente nel periodo di riferimento del sinistro segnalato. Il risarcimento del danno avviene secondo le modalità definite nel relativo contratto di polizza con specifico riferimento alla franchigia per sinistro ed alla franchigia aggregata annua. Oltre tali limiti i risarcimenti sono totalmente coperti dalla compagnia stessa. Considerando tali premesse, si espongono di seguito i dati delle cause giudiziarie articolate per materia, stato di avanzamento e per anno di insorgenza.

Tabella 98. Cause senza copertura assicurativa (triennio 2012-2014)

	SORTE			PENDENTI			DEFINITE		
MATERIA	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
CIVILE	3	3	2	10	9	10	3	4	1
PENALE	0	0	0	1	2	1	1	0	0
Totale	3	3	2	11	11	11	4	4	1

Tabella 99. Cause con copertura assicurativa (triennio 2012-2014)

	SORTE			PENDENTI			DEFINITE		
MATERIA	2014	2013	2012	2014	2013	2012	2014	2013	2012
CIVILE	24	52	29	100	164	151	28	28	41
TENTATIVI OBBLIGATORI DI CONCILIAZIONE *	34	5	21	10	3	3	26	7	18
Totale	58	57	50	110	167	154	54	35	59

* In ottemperanza al D.lgs. del 4 marzo 2010 n. 28 - modificato ed integrato dal D.L. del 21 giugno 2013 n.69

2.3.5.3 La qualità “garantita” e “certificata”

Certificazione BFHI “Ospedale amico del bambino”

I benefici di salute a breve, medio e lungo termine, sia per il bambino che per la madre, derivanti dall'allattamento esclusivo sono ben noti. Ciò nonostante i tassi di allattamento esclusivo risultino bassi a 3 e 6 mesi dalla nascita ed ancora insoddisfacenti alla dimissione dall'ospedale di nascita. Il problema è universale tanto che negli anni novanta l'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'UNICEF hanno lanciato l'iniziativa “Ospedali Amici dei Bambini” o “BFHI” (da Baby Friendly Hospital Initiative).

Si tratta di una certificazione di qualità che attesta che l'ospedale, attraverso l'applicazione di procedure assistenziali di comprovata efficacia rispetto alla tematica dell'allattamento al seno (i cosiddetti “10 passi per l'allattamento” per la BFHI), offre un'assistenza orientata alla promozione, protezione e sostegno dell'allattamento al seno, riconosciuto come modalità naturale ed ineguagliabile di alimentazione per il neonato-lattante.

Per ottenere la certificazione OMS/UNICEF “Ospedale amico del bambino” il percorso non è ancora concluso: il Salesi ha superato il primo dei 3 step certificativi nel 2013, il secondo a giugno 2014; il terzo ed ultimo dovrà essere completato entro il 2015.

Certificazione Bollini Rosa “Ospedale amico della donna”

L'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da) ha ideato un programma di segnalazione degli ospedali basato sul loro livello di “women friendship”, cioè sul grado di attenzione posta non solo nei confronti dei campi della medicina dedicati alle patologie femminili, ma anche verso le esigenze specifiche delle donne ricoverate.

Alle strutture ospedaliere che possiedono i requisiti identificati dall'Osservatorio vengono assegnati dei bollini rosa (da 1 a 3 bollini) che attestano il loro impegno nei confronti delle malattie femminili. Il riconoscimento dei bollini rosa ha validità biennale.

Le prime 2 partecipazioni (2007; 2009) hanno riguardato esclusivamente il Presidio Salesi, che aveva ottenuto in entrambe la massima valutazione possibile (3 bollini). Nel 2011 la candidatura ha riguardato l'intera Azienda, che ha ottenuto di nuovo il riconoscimento di 3 bollini. Per il 2013 e 2014 O.N.Da ha richiesto candidature distinte per Presidio: sono stati riconosciuti 3 bollini per il Presidio di Torrette e 2 per il Presidio Salesi.

L'Azienda Ospedaliera partecipa, inoltre, ormai da 3 anni, sempre nell'ambito delle iniziative promosse e monitorate da O.N.Da, alla giornata mondiale dell'Osteoporosi (che si tiene il 20 ottobre) e dal 2014 alla giornata mondiale della Sclerosi Multipla, che si tiene il 30 maggio.

I servizi premiati Presidio Salesi

Ginecologia e Ostetricia

- Ambulatorio per diagnosi e cura dell'endometriosi
- Percorso per diagnosi e cura delle patologie uro-ginecologiche benigne
- Ambulatorio ginecologia adolescenziale
- Ambulatorio menopausa
- Ambulatorio di ostetricia gravidanza fisiologica
- Ambulatorio gravidanze a rischio
- Ambulatorio prevenzione del parto pretermine
- Ambulatorio ecografia e diagnosi prenatale
- Pronto Soccorso Ostetrico
- Analgesia epidurale gratuita h24, 7giorni/7
- Rooming-in
- *Fiore all'occhiello: Gestione patologia ostetrica ipertensiva e metabolica - Casa di maternità*

Medicina della riproduzione

- Programmi riproduttivi personalizzati
- Servizio di consulenza alla coppia

Neonatologia

- Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.)
- Assistenza e supporto psicologico

- Monitoraggio multidisciplinare rivolto al bambino nato prematuro
- *Fiore all'occhiello: Banca del latte materno-Musicoterapia*

Violenza sulle donne

- Percorso di accoglienza
- Personale dedicato in Pronto Soccorso
- *Fiore all'occhiello: "Forum permanente": contro molestie e violenza di genere - "Progetto Donna": prevenzione e contrasto violenza di genere*

Servizi aggiuntivi

- Documentazione informativa multilingue
- Mediazione culturale
- Dieta personalizzata per particolari esigenze o motivi religiosi
- Servizio di Assistenza Sociale
- Servizi alberghieri convenzionati
- *Fiore all'occhiello: Collaborazione con l'Associazione Famiglie con Adolescenti Infanti con Diabete (AFAID) e l'Associazione Marchigiana Bambini Affetti da Leucemia o Tumori (AMBALT)*

I servizi premiati Presidio Torrette

Dietologia e Nutrizione

- Ambulatorio multidisciplinare per diagnosi e cura di sovrappeso e obesità

Endocrinologia

- Servizi per diagnosi e cura dell'osteoporosi
- Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC)
- Servizi per diagnosi e cura delle patologie tiroidee
- Chirurgia della tiroide
- *Fiore all'occhiello: Centro ipofisi-surrene*

Malattie e disturbi dell'apparato cardiovascolare

- Ambulatorio alto rischio cardiovascolare
- Centro di riferimento regionale ipertensione arteriosa e prevenzione cardiovascolare
- Monitoraggio gravidanze complicate da patologie cardiache
- *Fiore all'occhiello: Centro di III livello patologie aritmogene*

Neurologia

- Servizi per la diagnosi della malattia di Alzheimer
- Servizi per la terapia della malattia di Alzheimer
- Centro cefalee
- Ambulatorio epilessia e gravidanza
- Ambulatorio sclerosi multipla
- Percorso diagnostico terapeutico sclerosi multipla
- Percorsi sclerosi multipla nelle donne
- Centro autorizzato alla prescrizione di terapie immunomodulanti
- Percorsi personalizzati di riabilitazione per pazienti con sclerosi multipla
- Supporto psicologico per pazienti con sclerosi multipla e per la coppia
- *Fiore all'occhiello: Consulenza ostetrico-ginecologica per pazienti con sclerosi multipla o malattie neuromuscolari*

Oncologia

- Ambulatorio oncologia ginecologica

- Radioterapia
- Medicina nucleare
- Terapia del dolore e cure palliative
- Riabilitazione oncologica
- Servizio di oncogenetica
- Psico-oncologia
- *Fiore all'occhiello: Centro di riferimento regionale genetica oncologica*

Psichiatria

- Programmi di prevenzione per i disturbi psichici
- Psicoterapia
- Interventi di cura per disturbi psichici nei cicli vitali della donna
- Prevenzione, diagnosi e cura depressione in gravidanza e post-partum
- Ambulatorio disturbi del comportamento alimentare
- *Fiore all'occhiello: Centro DEGRA: trattamento depressione in gravidanza*

Senologia

- Percorso multidisciplinare di cura
- Chirurgia ricostruttiva immediata
- Psico-oncologia
- Consulenza genetica e valutazione del rischio

Violenza sulle donne

- Percorso di accoglienza
- Personale dedicato in Pronto Soccorso
- *Fiore all'occhiello: "Forum permanente": contro molestie e violenza di genere - "Progetto Donna": prevenzione e contrasto violenza di genere*

Servizi aggiuntivi

- Documentazione informativa multilingue
- Mediazione culturale
- Dieta personalizzata per particolari esigenze o motivi religiosi
- Servizio di Assistenza Sociale
- Servizi alberghieri convenzionati

Certificazione UNI EN ISO 9001:2008

La norma UNI EN ISO 9001: 2008, stabilisce i requisiti che il sistema di gestione per la qualità (SGQ) deve soddisfare per dimostrare la capacità dell'organizzazione di erogare un servizio adeguato alle richieste del Cliente e delle altre parti interessate (dipendenti, collettività, ecc.) in grado di soddisfare esigenze ed aspettative espresse ed inesprese. Tale norma è utilizzata anche ai fini del rilascio della dichiarazione di conformità ed attestazione di certificazione.

Anche nel settore sanitario sono applicabili le norme volontarie finalizzate all'adozione di Sistemi di Gestione per la Qualità che si aggiungono alle regole tecniche obbligatorie già emesse dalla pubblica amministrazione con lo scopo di inserire nelle varie attività i requisiti minimi atti a salvaguardare salute, ambiente e sicurezza ed assicurare processi di miglioramento continuo.

Nell'ambito della politica della qualità aziendale l'AOUOORR - che già da diversi anni ha intrapreso il percorso di certificare singolarmente secondo le Norme ISO - nel 2013 ha deciso di unificare i percorsi di certificazione al fine di ottenere una certificazione unitaria aziendale, per gli anni 2014-2016, rispondente alla norma UNI EN ISO 9001:2008.

Per lo sviluppo del SGQ la Direzione l'AOUOORR si è basata sui principi chiave che lo governano ed in particolare attiva il SGQ attraverso una leadership motivata che promuove:

- la centralità di tutte le parti interessate (pazienti, familiari, visitatori, enti ed istituzioni, medici del territorio, associazioni di volontariato e personale interno);
- l'ottimizzazione dell'organizzazione attraverso l'analisi dei processi;
- misurazioni e monitoraggi continui che permettono la disponibilità di dati e pertanto di informazioni;

- l'attivazione del miglioramento continuo attraverso decisioni basate su dati di fatto.

Attraverso questo approccio l'AOUOORR assicura la definizione dei requisiti da soddisfare e dei relativi standard, le modalità attraverso cui soddisfarli ed i sistemi per la verifica del loro raggiungimento.

Il sistema di gestione per la qualità è strutturato in modo tale da assicurare che:

- i servizi forniti siano adeguati a soddisfare le esigenze e le aspettative dei clienti;
- gli interventi di miglioramento della qualità siano volti a prevenire i problemi anziché risolverli dopo il loro insorgere;
- i dati siano disponibili, trasformati in informazioni per innescare azioni di miglioramento (monitoraggio e controllo).

L'applicazione del sistema di gestione per la qualità ha, quindi, come obiettivo generale quello del Miglioramento Continuo, inteso come miglioramento delle performance, ovvero miglioramento di tutti i processi implicati negli esiti delle cure rivolte ai pazienti.

Per raggiungere tale scopo la Direzione aziendale ha attuato un check up iniziale delle strutture presenti in Azienda e già certificate con SGQ UNI EN ISO 9001:2008 e disposto di avviare una ricomprensione dei singoli SGQ all'interno di un più ampio e coordinato SGQ, ampliandolo anche ad altre SS.OO. ritenute di particolare importanza all'interno dell'Azienda e che hanno dimostrato la necessaria sensibilità per intraprendere il cammino della certificazione volontaria.

Ciascuna funzione clinica, tecnica ed amministrativa afferente alle strutture organizzative, oggetto di certificazione, ha definito la sequenza delle attività organizzate secondo la logica dei processi ed ha individuato i punti critici di ciascuno di essi, posizionando indicatori di performance nei punti ritenuti più appropriati.

Di seguito viene riportato l'elenco delle strutture organizzative che hanno ottenuto la certificazione ISO e che sono ricomprese nell'ambito della certificazione unitaria aziendale UNI EN ISO 9001:2008:

- laboratorio analisi;
- blocco operatorio;
- centrale di sterilizzazione;
- scienze radiologiche, quali clinica neuroradiologia, clinica radiologia, d'urgenza e dell'area oncologica, medicina nucleare, radiologia pediatrica e specialistica, radiologia interventistica;
- poliambulatorio;
- anatomia patologica;
- medicina legale;
- virologia;
- igiene ospedaliera;
- immunologia clinica e tipizzazione tissutale;
- farmacia;
- farmacologia clinica;
- acquisizione beni e servizi;
- laboratorio malattie metaboliche;
- laboratorio genetica medica;
- laboratorio genetica oncologica.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA)

I PDTA sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a specifici problemi clinici di diagnosi o di terapia che si focalizzano sul miglioramento dei processi per aumentare l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza, attraverso la riduzione dei ritardi e delle variazioni non necessarie nella erogazione delle prestazioni e dei trattamenti. Per ottenere questo, viene chiesto ad un gruppo di lavoro multidisciplinare la definizione della migliore sequenza di azioni, in tempi considerati ottimali al fine di raggiungere obiettivi di salute misurabili in pazienti affetti da specifiche patologie.

Nel corso degli anni e più precisamente dalla pubblicazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003-2006, l'AOUOORR, seguendo le indicazioni provenienti dal livello regionale, ha maturato una importante esperienza nella costruzione e valutazione dei PDTA.

A titolo non esaustivo in tabella viene presentato un elenco dei PDTA formalizzati ed approvati dall'Azienda negli ultimi anni e di quelli in via di approvazione.

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI Prodotti in Azienda per i quali è rappresentata sia la componente clinico assistenziale sia la componente organizzativa	STATUS	PRESENZA DI UN DIAGRAMMA ORGANIZZATIVO DECISIONALE
PDTA TRAPIANTO DI FEGATO	Completato	SI
PDTA GESTIONE PAZIENTE AFFETTO DA HIV	Completato	SI
EPILESSIA FARMACORESISTENTE ADULTO	Completato	SI
GESTIONE DEL PAZIENTE CON TIA O MINOR STROKE	Completato	SI
PERCORSO SUL TRATTAMENTO IAAI (ISCHEMIA ACUTA ARTI INFERIORI)	Completato	SI
PERCORSO EMBOLIZZAZIONE PER SANGUINAMENTO ARTERIOSO ACUTO	Completato	SI
PERCORSO PAZIENTE CON TRAUMA ISOLATO ARTO	Completato	SI
EPILESSIA FARMACORESISTENTE DI INTERESSE PEDIATRICO	Completato	SI
DIALISI PEDIATRICA	Completato	SI
PDTA DIABETE PEDIATRICO	Completato	SI
DIABETE TIPO 1 (ADULTO)	Completato	SI
FIBROSI CISTICA	In progress	SI
GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA OBESITÀ MORBIGENA	Completato	SI
GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MELANOMA CUTANEO	In progress	SI

Sono evidenziati i PDTA su cui si è lavorato specificamente nel corso del 2014. In particolare è stato completato e approvato dall'Azienda il percorso relativo alla gestione del paziente affetto da obesità morbigena ed è stata avviata la definizione di quello relativo alla gestione del paziente affetto da melanoma cutaneo.

2.3.6 Il dialogo con i pazienti e i cittadini

Dalla politica di comunicazione con i cittadini e con i pazienti, per il triennio 2012-2014, sono emerse alcune indicazioni per il miglioramento della gestione e delle relazioni. In particolare, gli strumenti di comunicazione posti in essere hanno consentito di raccogliere reclami, suggerimenti ed elogi sia in merito al lavoro svolto dai diversi soggetti sia in merito ai servizi forniti dalla struttura. Peraltro, l'andamento in aumento nel tempo della numerosità delle segnalazioni suggerisce un maggior impegno da parte dei cittadini a comunicare costruttivamente con l'Azienda.

Tabella 100. Segnalazioni da parte dei cittadini (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RECLAMI	144	133	113
SUGGERIMENTI	172	78	n.r.
ELOGI	22	15	13
Totale	338	226	126

Tabella 101. Strumenti per le segnalazioni (2014)

Fonte della segnalazione	"IL MIO OSPEDALE"	POSTA ELETTRONICA	URP FRONT OFFICE	ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO -TRIB. DELLA SALUTE-
RECLAMI	0	63	70	11
SUGGERIMENTI	172	0	0	0
ELOGI	0	13	9	0
Totale	172	76	79	11

I reclami, i suggerimenti e gli elogi

L'analisi dei reclami evidenzia problematiche attinenti aspetti relazionali, professionali, tempi di attesa.

Tabella 102. Reclami distinti per categorie (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
RELAZIONALI	25	13	26
UMANIZZAZIONE	4	3	13
INFORMAZIONI	12	11	2
TEMPO D'ATTESA	22	11	17
ALBERGHIERI	11	8	2
LOGISTICA	23	13	27
BUROCRATICI/AMMINISTRATIVI	14	40	10
PROFESSIONALI	33	34	16
Totale	144	133	113

In particolare, approfondendo l'argomento per contenuto relativo al 2014, si evidenzia:

- con riferimento agli aspetti relazionali, le principali osservazioni hanno riguardato il rapporto paziente-medico, in altri casi il personale non medico di assistenza, in altri il front office portineria-centralino, e, infine, il rapporto cittadino e personale amministrativo;
- con riferimento alle problematiche professionali, i reclami si sono concentrati sulla "qualità percepita" del personale di assistenza non medico, la qualità percepita del medico e nella maggior parte dei casi sulla mancata esecuzione di una prestazione ritenuta necessaria;
- con riferimento ai tempi di attesa sono state denunciate problematiche sia per quanto riguarda il tempo intercorrente tra prenotazione ed effettivo ricovero nel caso dei programmati sia per quanto riguarda i tempi di predisposizione e consegna dei referti nel caso di prestazioni ambulatoriali.

Unitamente ai reclami, i pazienti comunicano con l'AOUOORR anche fornendo suggerimenti ed elogiando l'operato delle risorse umane. Come evidenziato dai dati che seguono, i suggerimenti (dato disponibile solo sin dal 2013) si concentrano maggiormente sugli argomenti chiave dei reclami. Gli elogi attengono a aspetti relazionali e di umanizzazione

Tabella 103. Suggerimenti distinti per contenuto (2013-2014)

	2014	2013
RELAZIONALI	4	20
UMANIZZAZIONE	11	5
INFORMAZIONI	0	1
TEMPO D'ATTESA	39	13
ALBERGHIERI	61	13
LOGISTICA	53	14
BUROCRATICI/AMMINISTRATIVI	2	10
PROFESSIONALI	2	2
Totale	172	78

Tabella 104. Elogi distinti per contenuto (triennio 2012-2014)

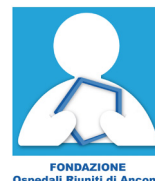
	2014	2013	2013
RELAZIONALI	11	10	10
UMANIZZAZIONE	11	5	3
Totale	22	15	13

2.4 Il Terzo Settore

2.4.1 Le Fondazioni

2.4.1.1 La Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona

La Fondazione Ospedali Riuniti viene costituita il 16 febbraio 2009 con il fine di svolgere attività di solidarietà sociale ed operare a supporto dell'attività istituzionale dell'AOUOORR. Più precisamente, il suo scopo è di potenziare e migliorare il livello qualitativo dell'AOUOORR; diventare terminale intelligente dei bisogni e delle necessità dei cittadini; radicare l'AOUOORR sul territorio e presso gli utenti; supportare l'impegno dell'AOUOORR per migliorare la qualità del soggiorno dei pazienti e delle loro famiglie in ospedale; sostenere la formazione del personale e la ricerca scientifica svolta dall'AOUOORR.



I progetti della Fondazione Ospedali Riuniti conclusi, in corso e avviati nel 2014

Progetti avviati

Progetto per l'umanizzazione delle cure in ospedale

La Fondazione Ospedali Riuniti ha messo a disposizione delle piccole librerie collocate presso le sale di attesa di alcuni reparti. I libri, di vario genere, provengono da donazioni di privati e da librerie e sono fruibili da tutti quelli che si trovano a vario titolo presso le corsie dell'ospedale, dai pazienti ai loro parenti ed agli operatori. Il prestito è gratuito. Inoltre la Fondazione OORR. ha realizzato dei pannelli frangisole nella sala di attesa dell'U.O. di Rianimazione Clinica, con lo scopo di migliorare la qualità del soggiorno e il confort dei familiari dei degenti.

Progetti in corso

Progetto sostegno "Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare"

Il progetto ha ad oggetto i disturbi del comportamento alimentare, quali anoressia, bulimia, obesità, disturbo da alimentazione incontrollata. Tali disturbi rappresentano malattie complesse caratterizzate da sofferenza fisica e psichica e da una alterazione della percezione del proprio corpo, con la conseguenza di possibili gravi disfunzioni nell'integrazione bio-psico-sociale della persona e del mondo che la circonda. All'interno dell'AOUOORR è stato avviato un gruppo di lavoro per la stesura di una procedura assistenziale per la gestione di pazienti con DCA nei vari punti di accesso: ambulatorio specifico, ricovero presso la Clinica di Endocrinologia, gestione della post acuzia in continuità con il territorio. La Fondazione supporta l'equipe con un contratto per una psicologa esperta nel settore che è stata inserita nell'equipe multidisciplinare.

Casa Anadina

La Fondazione Ospedali Riuniti ha sottoscritto un protocollo di intesa con la "Casa Anadina" di Castelfidardo per l'accoglienza gratuita dei familiari dei pazienti ricoverati presso gli Ospedali Riuniti di Ancona.

La Casa Anadina è dotata di 11 posti letto suddivisi in 4 camere per accogliere famiglie e mette a disposizione la biancheria e il servizio pulizia, mentre cucina, lavanderia e stireria è autogestita dagli ospiti. Un volontario è sempre presente nella struttura per qualsiasi bisogno e per fornire indicazioni per gli spostamenti da e verso l'Ospedale.

Questo servizio di ospitalità è stato integrato con il progetto "La Casa di Sabrina", che la Fondazione Salesi sta portando avanti in sinergia con la Fondazione Ospedali Riuniti. Tale progetto ha previsto la realizzazione di mini appartamenti destinati ai familiari dei bambini e dei pazienti oncologici ricoverati che situati nelle immediate vicinanze degli Ospedali Riuniti daranno temporaneo alloggio gratuito. Il bambino o il paziente potrà soggiornare nella Casa assieme ai familiari quando non è impegnato nelle cure e nelle terapie ospedaliere. La Casa di accoglienza è gestita direttamente dalle Fondazioni attraverso personale selezionato e coadiuvato da team di volontari, in stretta collaborazione con le strutture ospedaliere adiacenti.

Progetto preparazione all'intervento chirurgico in Cardiocirurgia e cardiologia pediatrica e congenita

La Fondazione Ospedali Riuniti insieme alla Fondazione Salesi ha attivato questo progetto per aiutare i bambini con cardiopatie congenite che richiedono correzione chirurgica, ricoverati presso la Cardiocirurgia e cardiologia pediatrica e congenita dell'AOUOORR. Il progetto prevede la preparazione psicologica dei bambini prossimi all'intervento chirurgico al fine di diminuire ansia e stress nei piccoli pazienti e nei loro genitori. La psicologa sosterrà i bambini e le loro famiglie dall'arrivo in reparto fino alla dimissione dall'ospedale. All'interno del progetto vi è anche una ricerca "Niente Dolore

in Corsia” che studia l’efficacia e l’importanza della presenza di Clown Dottori professionisti durante i prelievi e le medicazioni dei piccoli ricoverati.

Progetti conclusi

Progetto NMD-PRO: approfondimento nel settore delle Malattie Neuromuscolari

Il progetto NMD-PRO consiste in un approfondimento metodologico nel settore delle Malattie Neuromuscolari. Ha durata biennale ed include convegni in ognuno dei paesi di provenienza dei vari partner. I paesi inclusi nel progetto sono la Romania (Università di Craiova - Facoltà di Fisioterapia e Medicina Sportiva), la Gran Bretagna (Associazione Onlus “Action Duchenne”, un’associazione di familiari di pazienti affetti dalla malattia di Duchenne), la Lettonia (Circolo Educativo Universitario di Riga), e l’Italia (Fondazione Ospedali Riuniti che opera in stretta collaborazione con l’Azienda Ospedali Riuniti). L’obiettivo del progetto è quello di individuare modelli organizzativi nella gestione delle malattie neuromuscolari da applicare nei vari paesi partners per migliorarne l’assistenza, quali la presa in carico dei pazienti da équipe multidisciplinari e il maggiore coinvolgimento della famiglia nella predisposizione del piano assistenziale individuale.

Ricerca clinica sul tumore del pancreas

All’interno della clinica oncologica dell’AOUOORR è stato attivato uno studio per il trattamento del tumore del pancreas, finalizzato alla ricerca delle mutazioni genetiche nei soggetti colpiti da tali tumori e nella sperimentazione di nuovi farmaci. La ricerca è stata condotta insieme ad altri 9 centri nazionali. La Fondazione ha sostenuto tale progetto grazie anche ad una donazione privata elargita in memoria di un caro scomparso a seguito di questa grave malattia. La donazione ha permesso l’attivazione di due borse di studio per un medico e per un biologo specializzati in area oncologica.

Guida per i familiari di pazienti affetti da una delle 50 malattie più diffuse

Il progetto prevede la selezione, l’ideazione, la produzione e la disseminazione di guide sulle 50 principali patologie con informazioni ed indicazioni pratiche per i caregivers su terapia, riabilitazione e prevenzione. I paesi inclusi nel progetto sono la Turchia (Health Academy Association Ankara; Ospedale Universitario Materno-infantile Dr.Sami Ulus di Ankara), la Repubblica Ceca (Università Masaryk di Brno), la Gran Bretagna (Società di consulenza Schemeta Ltd di Bedford), l’Italia (Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona), la Slovacchia (Università politecnica di Kosice), la Germania (Società scientifica “Accademia di scienze e formazione” di Petersburg), il Belgio (Università Cattolica Sint Lieven di Ghent) e la Finlandia (Università di Vaasa).

La Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona, all’interno di questo progetto, tratterà gli argomenti riguardanti, il diabete, i disturbi cardiologici e i disturbi neuropsichiatrici.

2.4.1.2 La Fondazione Ospedale Salesi

La Fondazione G. Salesi Onlus è stata costituita il 21 luglio 2004 dall’AOUOORR, dal Comune di Ancona, dalla Provincia di Ancona e dall’Associazione per l’assistenza del bambino speditizzato, per mantenere e diffondere la più adeguata cultura assistenziale al bambino malato a tutti i livelli, istituzionali e sociali. La Fondazione persegue come obiettivo finalità di solidarietà sociale e si propone di svolgere opera di supporto all’attività istituzionale del Presidio Salesi. I progetti che la Fondazione Ospedale Salesi ha realizzato con L’AOUOORR sono tutti rivolti al miglioramento della qualità di vita in ospedale dei piccoli degenti e delle loro famiglie.



I progetti della Fondazione Ospedale Salesi conclusi, in corso e avviati nel 2014

Progetti avviati

Case Antonella

Nei pressi degli Ospedali Riuniti sono stati inaugurati 2 mini appartamenti con cucina per i familiari dei pazienti ricoverati presso l’Ospedale materno infantile Salesi.

Una valigia dallo zoo

Un avventuroso viaggio alla scoperta del mondo animale in collaborazione con il Parco Zoo di Falconara. Questo progetto è stato proposto a piccoli pazienti con patologia cronica per rendere le periodiche visite mediche più accettate e meno temute.

Yoga per... sorridere

Un insegnante di yoga effettua incontri con cadenze settimanali con l’obiettivo di abbassare il livello di ansia, scaricare e tensioni accumulate, mantenere la concentrazione e l’attenzione imparando a rilassarsi.

Centro Simone

Il Centro “Simone” (SIMulazione e Osservazione NEonatale) offre al personale addetto alla cura del neonato le ultime tecniche di simulazione, per rispondere alle nuove esigenze formative dell’Ospedale e di tutta la Regione. Per la formazione

del personale la Fondazione ha donato un Simulatore Neonatale, la bimba "Salesina", capace di offrire feedback completi come quelli di un paziente neonato.

Radio Guerrieri...Piccoli e Grandi Eroi On Air

Progetto iniziato a novembre 2014 la radio all'interno dell'Ospedale Salesi con l'obiettivo di dare voce ai pazienti alle loro famiglie e al personale ospedaliero.

Progetti in corso

Preparazione psicologica all'anestesia e all'intervento chirurgico e sostegno alle famiglie

Tale progetto è svolto in collaborazione con la Fondazione degli Ospedali Riuniti, realizzato presso la SOD di Cardiochirurgia e Cardiologia Pediatrica e Congenita. Il supporto psicologico offerto si differenzia in base all'età, alla patologia del paziente ricoverato, e non riguarda soltanto il momento specifico di preparazione, ma anche il momento dell'ingresso del bambino in reparto (accoglienza), tutta la degenza e le successive visite di controllo. Vengono anche sostenute le famiglie con neonati e i soggetti con cardiopatia congenita. Un obiettivo da raggiungere sarà far riflettere i genitori sull'importanza di informare i figli dell'intervento chirurgico prima dell'ingresso in ospedale: si ipotizza, a tal fine, la realizzazione di un opuscolo informativo con suggerimenti. Si è realizzato questo progetto anche presso il day surgery del presidio Salesi e, in particolar modo, presso il blocco operatorio per l'intervento di otorinolaringoiatra.

Accogliere e trattare il dolore

Il progetto è realizzato nella Oncematologia pediatrica in coordinazione con tutte le figure professionali coinvolte, in conformità con le linee guida del Ministero della Salute sul dolore del bambino. La psicologa supporta e sostiene il bambino e la sua famiglia, offrendo comunicazione, accoglienza e logistica adeguata. Importante è la collaborazione non solo con l'equipe ospedaliera, ma anche con il servizio sociale. L'accoglienza si sviluppa in tutte le fasi che la famiglia attraversa durante il percorso della malattia: esordio, terapia nel caso cure palliative e decesso.

Battito d'ali

Il progetto è realizzato nella SOD di Terapia intensiva neonatale e prevede la presenza di una psicologa in reparto per l'accoglienza dei genitori, colloqui informativi relativi alla logistica, sostegno psicologico, colloqui per verificare la comprensione delle informazioni cliniche (per affrontare le paure del rientro a casa). È necessaria la collaborazione con l'intera equipe e con l'assistente sociale. Inoltre, la comunicazione con il reparto maternità deve essere potenziata per far in modo che la psicologa possa essere presente nelle consulenze neonatologiche prenatali per supportare e accogliere da subito la famiglia a rischio di nascita prematura.

Disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva

Il progetto è realizzato nella SOD di Neuropsichiatria Infantile Pediatrica e prevede la presenza di una psicologa e di un medico nutrizionista.

La metodologia di lavoro è multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale al fine di garantire, sia a livello diagnostico che terapeutico, una presa in carico simultanea degli aspetti organici, psicologici-psichiatrici, nutrizionali dei giovani pazienti oltre alla presa in carico dei genitori.

Più unico che raro

Il progetto è realizzato presso il day hospital del Centro Malattie Rare, dove molti bambini sono presenti dal lunedì al venerdì. Per diminuire le ansie, durante questo tempo, è presente una persona per accoglienza e colloqui.

Niente dolore in corsia

Il progetto è realizzato sia presso la SOD di Cardiochirurgia e cardiologia Pediatrica e congenita che in neuropsichiatria infantile. Due clown sono presenti due volte alla settimana di mattina per poter essere presenti durante prelievi e medicazioni. Grazie alla collaborazione di quasi tutta l'equipe, essi sono di ausilio al processo di recupero del paziente e si possono fare tipi di intervento mirato. Un obiettivo da raggiungere sarà riuscire a far capire alla parte di equipe meno coinvolta come poter trovare un linguaggio comune da usare con il bambino pur se in campi diversi ma con un obiettivo comune.

Ludoteca del Riuso

Il progetto è presente in vari reparti sia al mattino che al pomeriggio per dare la possibilità ai degenti di avere uno spazio privilegiato che favorisca lo sviluppo della creatività e della manualità attraverso la manipolazione e l'assemblaggio di materiali poveri, con l'obiettivo di contribuire ad accettare meglio l'ospedalizzazione.

Pet therapy presso SOD Neuropsichiatria infantile

Una volta alla settimana - alla presenza di un conduttore Pet Partner e una psicologa - si svolgono attività interattive, adattate all'età dei pazienti. Sul coinvolgimento dei genitori è stata effettuata una raccolta dati tramite una scala bipolare a sette punti, che ha indagato sulla percezione dello stato d'animo del proprio figlio, sulla percezione del livello di coinvolgimento e sulla percezione dell'ambiente ospedaliero.

Operatore ludico

Il progetto è iniziato con una ricerca riguardo alle preferenze dei bambini rispetto ai giochi in ospedale. L'operatore ludico è presente in 3 reparti: Cardiocirurgia Pediatrica, Neuropsichiatria Infantile e Oncoematologia Pediatrica. Il gioco, se bene organizzato, può aiutare il bambino ad affrontare al meglio l'esperienza dell'ospedalizzazione. Si sta studiando, anche in vista del trasferimento, come poter potenziare tale progetto al fine di ottimizzare i benefici dell'attività ludica in ospedale.

Musicanto

Il progetto vede la partecipazione di due musicisti che accompagnano la fase dell'allattamento materno ai neonati in degenza in Terapia Intensiva Neonatale. Esso ha avuto un riscontro positivo sia riguardo i genitori che gli operatori sanitari, migliorando la qualità di vita e creando un clima più disteso anche per il personale sanitario.

Musicabilis

Con questo progetto si è cercato di migliorare la qualità di vita dei bambini affetti dalla Sindrome di Down, offrendo loro la possibilità di partecipare, una volta a settimana, ad incontri di musica e canto che si tengono presso il Presidio Salesi. Quali esiti positivi si sono riscontrati un aumento della socializzazione ed una diminuzione dell'ansia.

Favole della buonanotte

Tutte le sere un gruppo di volontari, adeguatamente formati, visitano i bambini degenti al Presidio Salesi e, due volte alla settimana, i piccoli degenti di Cardiocirurgia, per far trascorrere loro momenti di serenità prima della notte. Sono previste riunioni periodiche in presenza di una psicologa, finalizzate a discutere e risolvere le criticità emerse e monitorare l'andamento dell'attività.

Casa Sabrina

La casa di accoglienza, sita a Colle Ameno, ospita un gran numero di famiglie dei pazienti ricoverati presso l'AOUOORR. Questo servizio è integrato con il progetto la "Casa Anadina" della Fondazione Ospedali Riuniti.

2.4.1.3 La Fondazione Dr. Dante Paladini

All'interno dell'AOUOORR ha sede la Fondazione Dr. Dante Paladini Onlus. Essa nasce nel 2008 per iniziativa della Fondazione Serena, della Famiglia Paladini e dell'AOUOORR. È costituita in memoria del Dr. Dante Paladini che, in qualità di promotore e responsabile sin dalle prime fasi di sperimentazione gestionale, ha avuto un ruolo fondamentale ai fini dell'istituzione del centro per la diagnosi ed il trattamento delle malattie neuromuscolari presso l'allora Ospedale Regionale di Ancona. La Fondazione Dr. Dante Paladini Onlus si propone di garantire sia l'assistenza al paziente affetto da patologia neuromuscolare sia un percorso assistenziale, caratterizzato da un insieme di attività correlate alle varie fasi evolutive della malattia, quanto più completo ed integrato possibile tra le professionalità, le organizzazioni di volontariato ed i servizi del territorio regionale. Per attuare ciò la Fondazione si propone di collaborare con il centro clinico per le malattie neuromuscolari attraverso l'acquisto di attrezzature per il potenziamento dell'attività, finanziando borse di studio per la ricerca, organizzando interventi formativi per gli operatori e familiari, attivando un servizio di front-office rivolto a tutti i pazienti e ai loro familiari.



2.4.2 Le associazioni di volontariato a servizio dei pazienti

Tra le diverse tipologie di stakeholder, una notevole rilevanza assumono le associazioni di volontariato che prestano il loro tempo e le loro risorse a servizio dei pazienti. La totalità delle associazioni, che operano all'interno della AOUOORR, eroga servizi socio-sanitari ed educativi. Le stesse spesso affiancano il paziente, fornendo assistenza e assumendo il ruolo di portavoce delle sue esigenze. In tal modo, i volontari, a seconda del proprio ambito di specialità, dedicano il proprio tempo e le proprie energie, fornendo altresì un supporto operativo al personale dell'Azienda. Contestualmente, effettuano attività di promozione all'interno della struttura e diffondono la cultura della solidarietà. Tutte le associazioni di volontariato, stabilmente coinvolte nelle attività aziendali, sono iscritte ad un apposito albo aziendale.

Attualmente, le organizzazioni che operano in ambito socio-sanitario, assistenziale e educativo all'interno dell'AOUOORR sono le seguenti:

A.F.A.I.D. MARCHE

(Associazione Famiglie con Adolescenti o Infanti Diabetici)

A.G.E.

(Associazione Italiana Genitori)

A.I.D.O.

(Associazione Italiana Donatori Organi)

A.I.L. ANCONA

(Associazione Italiana Contro le Leucemie)

A.I.R.P.

(Associazione Italiana Rene Policistico)

A.M.B.A.C.

(Associazione Marchigiana per il Bambino Cardiopatico)

A.M.B.A.L.T.

(Associazione Marchigiana per l'Assistenza e la Cura dei Bambini Affetti da Leucemie e Tumori)

A.N.D.O.S.

(Associazione Nazionale Donne Operate al Seno - Comitato di Ancona)

ANDREA

(Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici)

A.N.E.D.

(Associazione Nazionale Emodializzati, Dialisi e Trapianto)

A.N.T.R.

(Associazione Nazionale Trapiantati di Rene)

A.N.I.E.P.

(Associazione Nazionale Invalidi da Esiti di Poliomielite)

A.N.L.A.I.D.S.

(Associazione Nazionale lotta contro l'AIDS)

A.N.V.O.L.T.

(Associazione Nazionale Volontari Lotta contro i Tumori)

Associazione "DENTRO IL SORRISO"

Associazione "ETUCOMESTAI"

Associazione "IL BAULE DEI SOGNI"

(Associazione di Clownterapia)

Associazione "PATRONESSE"

Associazione "RAFFAELLO"

Associazione "SENZA CONFINI"

(Associazione per l'uguaglianza sociale delle persone straniere in Italia)

A.T.O. Marche

(Associazione Trapiantati d'Organo delle Marche)

A.V.I.S. Comunale Ancona

(Associazione Italiana Volontari del Sangue)

A.V.U.L.S.S.

(Associazione per il Volontariato nelle Unità Locali dei Servizi Socio Sanitari)

F.A.NP.I.A.

(Famiglie Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza)

G.I.L.S.

(Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia)

AMICI DELLO I.O.M.

(Istituto Oncologico Marchigiano)

L.I.F.C.

(Lega Italiana Fibrosi Cistica - Associazione Marchigiana)

M.I.T.O.C.O.N.

(Insieme per lo studio e la cura delle Malattie Mitocondriali)

MOVIMENTO PER LA VITA DI ANCONA

TRIBUNALE DELLA SALUTE

U.I.C.

(Unione Italiana Ciechi)

U.I.L.D.M.

(Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare)

VIP CLAUN CIOFECA

(Clownterapia)

2.4.2.1 Il dialogo con le associazioni di volontariato

Nel 2014 è proseguita l'attività di dialogo con le associazioni al fine di continuare a lavorare per la comprensione dei loro bisogni e delle loro aspettative, nonché per identificare azioni di miglioramento mirate a garantire la corretta gestione delle relazioni con tali associazioni.

Come per l'esercizio 2013 è stato infatti somministrato un breve questionario a tutte le associazioni sopra richiamate, nel periodo di stesura del presente documento.

Nella totalità dei casi i rispondenti ricoprono la funzione di presidente o di vicepresidente all'interno dell'organizzazione.

Interazioni e coinvolgimento con il bilancio sociale 2013

- Il totale degli intervistati ha avuto modo di leggere il bilancio sociale 2013 che per l'87,5% dei casi è stato direttamente consegnato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria, solo il 12,5% ha ricevuto il documento dal sito internet dell'Azienda.
- Interessante il dato relativo alla valutazione (da un minimo di 1 ad un massimo di 10) di colori, che hanno letto il bilancio sociale 2013 in relazione alla "Comprensibilità" e alla "Completezza e dettaglio delle informazioni" che rispettivamente per l'87,5% e per il 75% di tali lettori è risultata superiore (o uguale) a 7.
- Alla domanda "Le informazioni contenute nel *bilancio sociale* risultano idonee a consentire la valutazione e il monitoraggio sui progetti promossi e sui risultati?" tra i dati più rilevanti (con una valutazione minima di 1 ed a una massima di 10): il 25% con una valutazione pari a 6, il 12,5% di 7, il 37,5% di 8 e il 25% di 10.

Il dialogo con le associazioni relativo all'esercizio 2013, pur dichiarando un buon livello di soddisfazione circa l'efficienza e l'efficacia della gestione e l'attenzione da parte dell'AOUOORR ai bisogni assistenziali del paziente, faceva emergere alcuni spunti di miglioramento.

Il dialogo con le associazioni relativo all'esercizio 2014 cerca dunque di analizzare le criticità rilevate nel precedente esercizio individuandone i cambiamenti e gli ulteriori spunti di miglioramento. In particolare, la soddisfazione circa la comunicazione tra gli operatori volontari ed il personale è migliorata raggiungendo un 76% di consensi.

Tabella 105. Il dialogo con le associazioni: "Il personale operante nell'AOUOORR è disponibile a fornire informazioni"

	2014	2013
MOLTO D'ACCORDO	38%	50%
ABBASTANZA D'ACCORDO	37%	20%
POCO D'ACCORDO	25%	30%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	0%

Anche il servizio alberghiero per i pazienti, che nell'esercizio 2013 presentava diverse criticità, nel 2014 ha segnato un notevole miglioramento in termini percentuali rilevando consensi per l'88% degli intervistati.

Tabella 106. Il dialogo con le associazioni: "I servizi alberghieri forniti dall'AOUOORR (ristorazione, pulizia, etc.) sono adeguati alle esigenze dei pazienti"

	2014	2013
MOLTO D'ACCORDO	25%	10%
ABBASTANZA D'ACCORDO	63%	40%
POCO D'ACCORDO	12%	40%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	10%

Le associazioni avevano inoltre dichiarato in relazione all'esercizio 2013 l'esigenza anche di aver bisogno di spazi più idonei per l'attività di promozione come anche di intensificare la collaborazione nella risoluzione di problematiche emergenti.

Tabella 107. Il dialogo con le associazioni: "Gli spazi e la cartellonistica messi a disposizione per l'attività di promozioni sono idonei alle esigenze della Vostra associazione"

	2014	2013*
MOLTO D'ACCORDO	25%	10%
ABBASTANZA D'ACCORDO	37%	40%
POCO D'ACCORDO	25%	30%
PER NIENTE D'ACCORDO	13%	20%

*Il dialogo con le associazioni 2013: "I locali, gli spazi e la cartellonistica messi a disposizione per l'attività di promozione sono idonei alle esigenze dell'associazione"

Per incontrare le esigenze delle associazioni di volontariato circa gli spazi a disposizione sono state richieste delle possibili soluzioni tra le quali troviamo rispettivamente: bacheche nei reparti (per l'86% dei rispondenti); bacheche all'ingresso (29%); spazio virtuale dedicato su sito internet aziendale (14%). Abbastanza critica l'assistenza da parte dell'AOUOORR per le problematiche emergenti e le richieste presentate dalle associazioni.

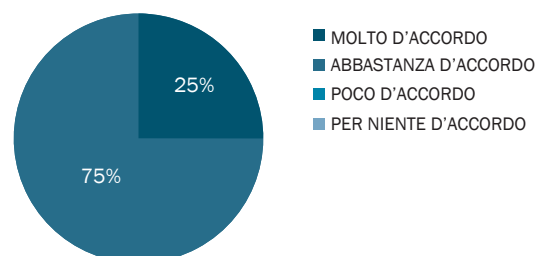
Tabella 108. Il dialogo con le associazioni: "L'AOUOORR fornisce idonea assistenza per le problematiche emergenti e le richieste presentate dalla Vostra associazione"

	2014	2013
MOLTO D'ACCORDO	25%	20%
ABBASTANZA D'ACCORDO	25%	30%
POCO D'ACCORDO	37%	20%
PER NIENTE D'ACCORDO	13%	30%

Per migliorare la gestione dei rapporti tra le associazioni di volontariato e l'AOUOORR sono stati segnalati come strumenti più adeguati riunioni periodiche (per l'87% dei rispondenti) e mail (50%)

Figura 61.

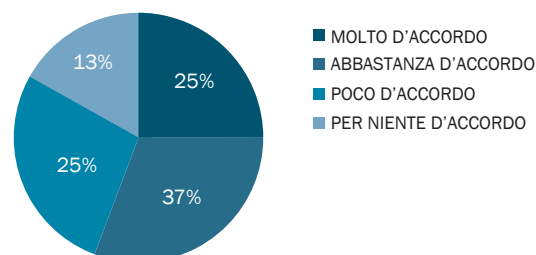
Il dialogo con le associazioni: "L'AOUOORR fornisce supporto ai familiari dei pazienti durante la permanenza nei reparti"



Dal dialogo emerge per il 62% degli intervistati che l'AOUOORR agevola la raccolta fondi a favore delle associazioni di volontariato.

Figura 62.

Il dialogo con le associazioni: "L'AOUOORR Riuniti agevola la raccolta fondi a favore del volontariato"



La valutazione (da un minimo di 1 ad un massimo di 10) delle associazioni di volontariato alla domanda "è complessivamente soddisfatto di quanto la AOUOORR sta facendo per il territorio e la collettività?" è stata per un 62,5% pari ad 8, per un 25% pari a 10 e per un 12,5% pari a 5.

Quali proposte propone per migliorare l'assistenza sanitaria dei pazienti?

- Avere la possibilità di accedere ad una sala lettura biblioteca o la disponibilità di un computer che consenta la consultazione attraverso internet dinotizie/cronaca giornali, posta elettronica, siti istituzionali ecc;
- dare più informazioni al momento del ricovero e della presa in carico, informando della presenza all'interno della struttura di associazioni di tutela e di supporto;
- concedere maggiore disponibilità e dialogo;
- dare più tempo nello spiegare al paziente e nel ricevere domande dal paziente;
- migliorare l'organizzazione della presa in carico del paziente che deve sottoporsi a una molteplicità di esami e visite;
- adeguare arredi per disabili motori e sensoriali, segnaletica per disabili sensoriali;
- formare personale medico sulle malattie rare o in via di estinzione (es. poliomielite);
- intensificare il dialogo e condividere progettualità per ottimizzazione dei servizi rivolti all'utenza;
- migliorare il funzionamento delle casse in particolare per gli anziani esenti.

2.5 I fornitori di Beni e Servizi

2.5.1 Il profilo dei fornitori

Le aziende fornitrici di beni e servizi erogano prestazioni e forniscono i fattori produttivi per permettere l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale e di ricerca, seguendo principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza e qualità.

Tabella 109. Numero totale fornitori in anagrafica

2014	2013	2012
1.583	1.619	1.646

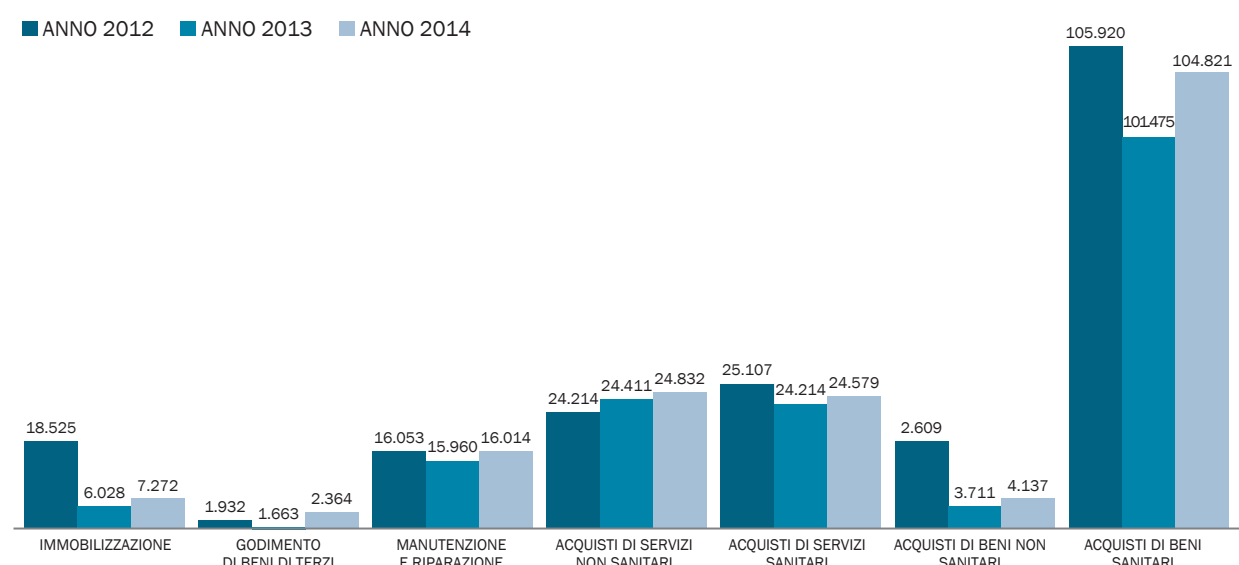
Si presenta una breve segmentazione degli stessi per provenienza e categoria merceologica dei beni/servizi forniti. Analizzando la provenienza dei fornitori, al fine di fornire un quadro esaustivo della loro composizione, si evidenzia che, nell'ultimo triennio, la quasi totalità (99%) ha sede legale in Italia.

Tabella 110. Importo fatturato (in migliaia di euro) per territorio di provenienza - triennio 2012-2014

	2014	2013	2012
PROVINCIA DI ANCONA	34.508	31.831	27.907
ALTRE PROVINCE DELLA REGIONE MARCHE	8.633	6.884	8.423
ALTRE REGIONI D'ITALIA	139.944	137.489	156.439
UNIONE EUROPEA	598	896	1.086
ESTERI EXTRA UNIONE EUROPEA	336	362	505
TOTALE FATTURATO	184.019	177.462	194.360

Confrontando il valore dei contratti stipulati nel 2014 dall'AOUOORR per l'approvvigionamento di beni e servizi, nonché lavori di manutenzione ordinaria, canoni di noleggio, leasing e gli investimenti con quello degli anni precedenti, non si rilevano sostanziali variazioni nella distribuzione di costi. Le voci maggiori riguardano l'acquisto di beni sanitari (57% del totale), di servizi sanitari (13% del totale) e servizi non sanitari (13% del totale).

Figura 63. Importo fatturato (in migliaia di euro) per categoria merceologica (triennio 2012-2014)



Soffermamento ora l'attenzione sul rapporto con le aziende fornitrici, i dati rilevati, pongono in evidenza la positiva evoluzione dell'indicatore di tempestività nei pagamenti nell'arco del triennio 2012-2014.

Figura 64. Tempi medi di pagamento (triennio 2012-2014)

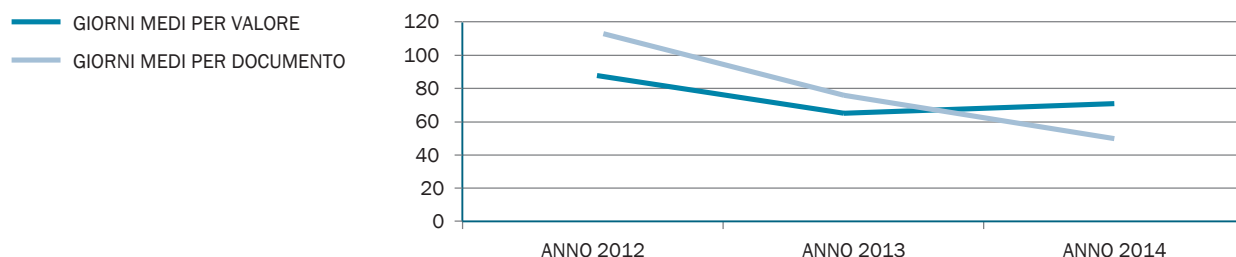


Tabella 111. Tempi medi di pagamento dei fornitori

	2014	2013	2012
GIORNI MEDI PER VALORE	72	70	86
GIORNI MEDI PER DOCUMENTO	56	78	109

Già nell'anno 2013 la tempistica dei pagamenti è migliorata rispetto al 2012, con riferimento sia ai valori del fatturato sia alle date dei documenti. Nel 2014, anche se si registra un lieve peggioramento in termini di giorni medi per valore, c'è un ulteriore miglioramento, rispetto all'anno precedente rispetto alle date dei documenti.

Inoltre, al fine di rendere conto di un agire consapevole, trasparente ed efficiente, l'AOUOORR, nell'organizzazione delle proprie funzioni amministrative gestisce - attraverso la struttura organizzativa "Acquisizione beni e servizi" - la catena di approvvigionamento dei materiali e servizi, acquisiti con gara ad evidenza pubblica o, per importi esigui, con affidamento diretto (in economia).

In ottemperanza a quanto disposto dall'art.41 c.1 (attestazione dei tempi di pagamento) del D.L. 24/04/2014 n. 66, a decorrere dall'esercizio 2014, è necessario allegare alle relazioni dei bilanci consuntivi "un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale e dal responsabile finanziario, attestante l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, nonché l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti di cui all'articolo 33 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33.

In caso di superamento dei predetti termini, le medesime relazioni indicano le misure adottate o previste per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti.

L'organo di controllo di regolarità amministrativa e contabile verifica le attestazioni di cui al primo periodo, dandone atto nella propria relazione", in merito, e rinviando al bilancio di esercizio per gli allegati di dettaglio, si fa presente che il valore dell'indicatore richiamato è stato pari a -14,82 giorni. Ciò significa che questa Azienda paga con circa 15 giorni di anticipo rispetto all'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti.

2.5.2 Il dialogo con i fornitori

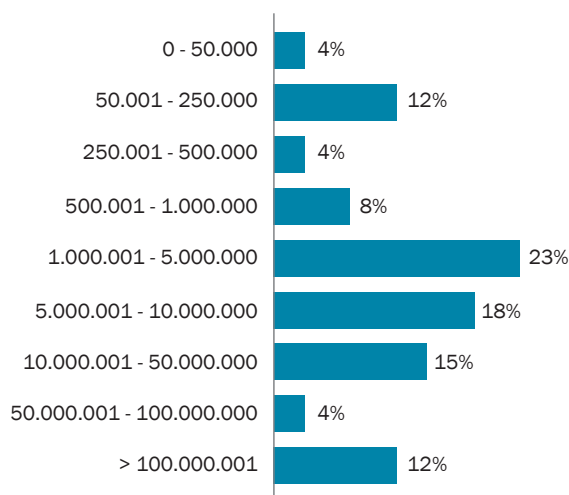
Allo scopo di comprendere le istanze dei fornitori, è continuata l'attività di dialogo con tale categoria di stakeholder per capire i bisogni e le attese degli stessi, le peculiarità della loro relazione con l'AOUOORR e per identificare delle azioni di miglioramento, sulla base degli spunti forniti.

Come per l'esercizio 2013, è stato somministrato un breve questionario anonimo on-line, durante il periodo di stesura del presente documento. Coloro che hanno risposto ricoprono, principalmente, funzioni commerciali o finanziarie.

Quasi la totalità degli aderenti (96%) ha la propria sede legale in Italia (93% nel 2013), solo una piccola minoranza proviene da Stati non appartenenti all'Unione Europea (4%).

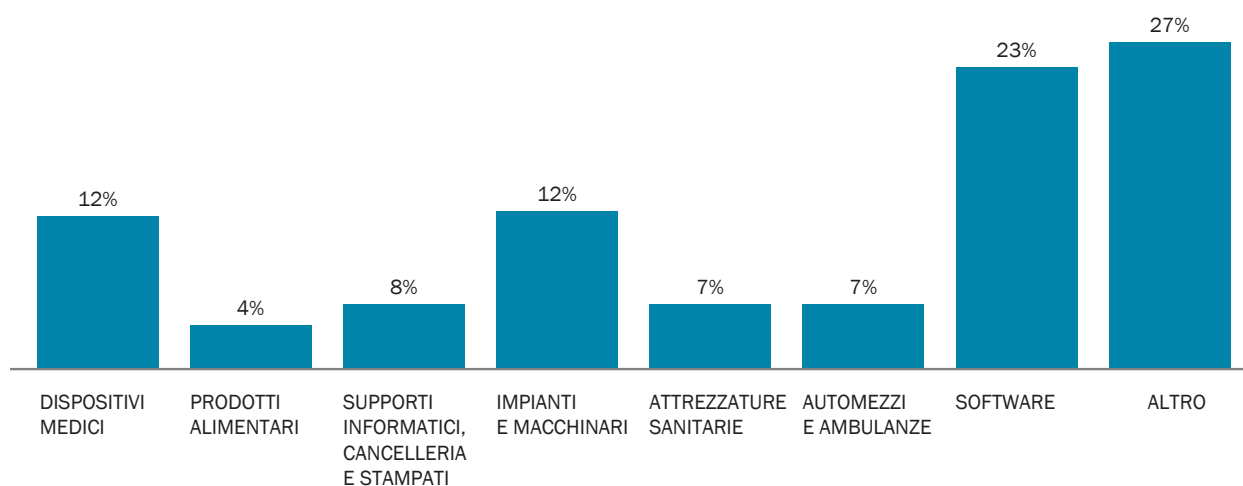
In relazione al profilo dell'intervistato e dell'ente di appartenenza è stata richiesta la classe di fatturato in euro.

Figura 65.
Classe di fatturato
(in euro) dei fornitori



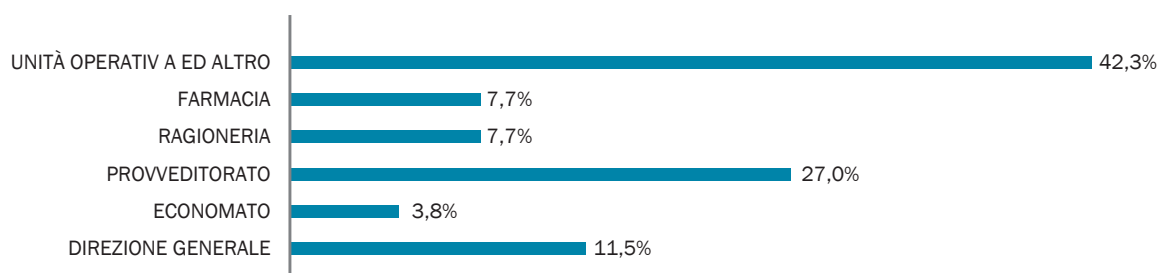
Come esplicitato dalla tabella che segue, i fornitori sono stati suddivisi a seconda della categoria merceologica dei prodotti forniti/servizi erogati all'AOUOORR.

Figura 66. Il dialogo con i fornitori: "I prodotti forniti/servizi erogati dalla Sua Azienda a quale classe merceologica appartengono?"



Il loro primo contatto con l'AOUOORR è avvenuto principalmente tramite conoscenza diretta dell'Azienda (circa il 58% degli intervistati) o risposta a procedura ad evidenza pubblica (circa il 31%). Nel 2013 si registravano rispettivamente il 40% per la conoscenza diretta ed un 33% circa per la procedura ad evidenza pubblica. Nel 2014, solo il 4% dei rispondenti ha utilizzato come primo contattato il telefono (molto utilizzato invece nel 2013 che registra il 27%) e solo per il 4% lo strumento mail. Previsto anche l'uso di altri strumenti. Circa il 96% dei fornitori almeno una volta al mese ha un contatto con diversi uffici e strutture dell'AOUOORR. La maggior parte dei fornitori ha contatti giornalieri (27% circa, valore più basso rispetto al 2013 che registrava un 40%) o settimanali (un 35% circa del 2014 rispetto ad un 40% del 2013). Nel seguente grafico vengono indicate le principali strutture con le quali i fornitori entrano in contatto.

Figura 67. Il dialogo con i fornitori: "Indicare le principali strutture con le quali entra in contatto"

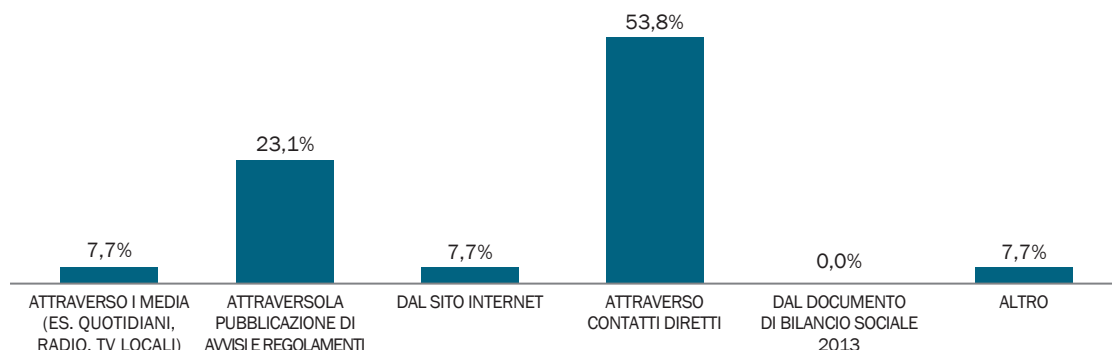


Circa il 77% degli intervistati (percentuale lievemente più bassa dell'80% rilevato nell'anno 2013) dichiara di avere una buona o discreta conoscenza di come è organizzata l'AOUOORR e di conoscerne le attività, principalmente, attraverso i seguenti canali: contatti diretti (che passano dal 53% del 2013 al 62% del 2014), pubblicazione di avvisi e regolamenti (33% nel 2013 e circa 31% nel 2014), sito internet (7% nel 2013 e circa 8% nel 2014) e attraverso i media (es. quotidiani, radio, Tv locali - nel 2014 registrato l'8%).

Tabella 112. Il dialogo con i fornitori: "Conosce come è organizzata l'AOUOORR e quali sono le sue attività?"

	2014	2013
UNA BUONA CONOSCENZA	46%	47%
SI, NE HO UNA DISCRETA CONOSCENZA	31%	33%
NE HO SENTITO PARLARE, MA NON LE CONOSCO BENE	15%	20%
NO, NON LE CONOSCO	8%	0%

Figura 68. Il dialogo con i fornitori: "Come viene principalmente a conoscenza delle attività dell'AOUOORR?"



Interazione e coinvolgimento con il bilancio sociale 2013

- Circa il 20% degli intervistati ha avuto modo di leggere il bilancio sociale 2013 direttamente consegnato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria o reperito dal sito internet dell'Azienda.
- La valutazione (da un minimo di 1 ad un massimo di 10) di coloro che hanno letto il bilancio sociale 2013 in relazione alla "Comprensibilità" e alla "Completezza e dettaglio delle informazioni" è stato per l'83% di tali lettori superiori (o uguale) a 7.

Gli intervistati hanno espresso una **valutazione** circa alcuni aspetti dell'operato dell'AOUOORR.

È stato richiesto un parere circa la disponibilità e la flessibilità nella fase di definizione degli **accordi contrattuali** e circa la trasparenza, la chiarezza e la completezza della **domanda contrattuale**.

Tabella 113. Il dialogo con i fornitori: "Valutazione dell'operato dell'AOUOORR"

	L'AOUOORR È DISPONIBILE E FLESSIBILE IN FASE DI DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI	LA DOMANDA CONTRATTUALE DELL'AOUOORR È CHIARA, TRASPARENTE E COMPLETA
	2014	2014
MOLTO D'ACCORDO	31%	46%
ABBASTANZA D'ACCORDO	61%	54%
POCO D'ACCORDO	8%	0%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	0%

In generale, il livello di soddisfazione per tutte le attività ricomprese nel processo di approvvigionamento è comunque elevato. Particolarmente positive le valutazioni sul rispetto dei termini e delle modalità di pagamento e gli aspetti logistici.

Tabella 114. Il dialogo con i fornitori: "Termini, modalità di pagamento e aspetti logistici (2014-2013)"

	I TEMPI RICHIESTI DI EVASIONE DI ORDINI CONSENTONO UNA BUONAPROGRAMMAZIONE DELLA PRODUZIONE E CONSEGNA		LE SCADENZE AFFIDATE SONO REALISTICHE		I TERMINI E LE MODALITÀ DI PAGAMENTO SONO RISPETTATI	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013
MOLTO/ABBASTANZA D'ACCORDO	92%	73%	100%	80%	89%	93%
POCO/PER NIENTE D'ACCORDO	8%	27%	0%	20%	11%	7%
	Le sedi sono facilmente raggiungibili		Gli spazi riservati allo scarico merci sono adeguati		I tempi di attesa per lo scarico delle merci sono ragionevoli	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013
MOLTO/ABBASTANZA D'ACCORDO	96%	93%	92%	93%	96%	100%
POCO/PER NIENTE D'ACCORDO	4%	7%	8%	7%	4%	0%

L'88% circa degli intervistati, inoltre, dichiara che le chiamate per l'assistenza sono appropriate, mentre il 12% circa di essi si mostra "poco d'accordo" in merito ai tempi di risposta alle richieste evase verso l'Azienda. Minime criticità (4% - più basse rispetto al 13% registrato nell'esercizio 2013) attengono alla facilità di compilazione della modulistica per le richieste. Quasi la totalità degli stessi come nel 2013 reputa molto positivamente le procedure per la programmazione della fornitura.

Tabella 115. Il dialogo con i fornitori: "Assistenza, tempi di risposta e modulistica"

	"RITIENE CHE LE (EVENTUALI) CHIAMATE PER L'ASSISTENZA SIANO APPROPRIATE"	"I TEMPI DI RISPOSTA ALLE RICHIESTE SONO ADEGUATI"	"LA MODULISTICA PER LE RICHIESTE È DI FACILE COMPILAZIONE"
	2014	2014	2014
MOLTO D'ACCORDO	27%	38%	31%
ABBASTANZA D'ACCORDO	62%	58%	65%
POCO D'ACCORDO	11%	4%	0%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	0%	4%

Elevata soddisfazione è stata mostrata dagli intervistati sull'**operato del personale** per gli aspetti riguardanti la tempestività, chiarezza e completezza delle informazioni fornite.

Tabella 116. Il dialogo con i fornitori: "Informazioni sull'operato del personale"

	IL PERSONALE DELL'AOUOORR FORNISCE INFORMAZIONI SUFFICIENTI, CHIARE E TEMPESTIVE CIRCA LE CONDIZIONI DELLA FORNITURA RICHIESTA		IL PERSONALE DELL'AOUOORR ATTUA CON CORRETTEZZA LE PROCEDURE DI APPROVVIGIONAMENTO	
	2014	2013	2014	2013
MOLTO/ABBASTANZA D'ACCORDO	100%	80%	96%	80%
POCO/PER NIENTE D'ACCORDO	0%	20%	4%	20%

Alta la condivisione anche in merito all'**innovazione di prodotto e di processo**.

Tabella 117. Il dialogo con i fornitori: "Le innovazioni di prodotto e di processo sono condivise tra l'Azienda e i Fornitori"

	2014	2013
MOLTO D'ACCORDO	38%	20%
ABBASTANZA D'ACCORDO	50%	53%
POCO D'ACCORDO	12%	20%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	7%

Per i fornitori selezionati mediante procedura a evidenza pubblica (gara), è stato chiesto di esprimere un parere su alcuni aspetti operativi delle procedure.

Elevata soddisfazione è stata dimostrata per aspetti quali la comprensibilità della documentazione e la chiarezza.

Tabella 118. Il dialogo con i fornitori: "Selezionati mediante procedura ad evidenza pubblica"

	LE ISTRUZIONI E LE SPECIFICHE CONTENUTE NELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA ERANO DI FACILE COMPRENSIONE		IL TEMPO PER RISPONDERE ALLA PROCEDURA È STATO RAGIONEVOLE		SE AVETE CONTATTATO L'AMMINISTRAZIONE AGGIUDICATRICE PER CHIARIRE ALCUNE QUESTIONI, LE VOSTRE RICHIESTE SONO STATE SODDISFATTE	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013
MOLTO D'ACCORDO	35%	13%	35%	20%	47%	40%
ABBASTANZA D'ACCORDO	60%	80%	65%	67%	53%	53%
POCO D'ACCORDO	5%	0%	0%	13%	0%	7%
PER NIENTE D'ACCORDO	0%	7%	0%	0%	0%	0%

2.6 La relazione sociale del Sistema Trasfusionale della Regione Marche

2.6.1 I donatori

La donazione di sangue ed emocomponenti è:

- volontaria;
- periodica;
- responsabile;
- anonima;
- gratuita.

(Legge n.219/2005, art.2 comma 2)

Il numero di donatori attivi nella Regione Marche è pari a più di 45.000 soggetti.

Tabella 119. Donatori della Regione Marche

	2014	2013	2012
Donatori attivi	45.613	45.922	44.759
di cui nuovi (senza nessuna precedente donazione)	Più del 10% ciascun anno		

Le diverse tipologie di donazione

La tipologia di donazione dipende da numerosi fattori connessi con le caratteristiche fisiche del donatore, i parametri ematologici del sangue, le personali preferenze del donatore, le necessità medico-cliniche alla trasfusione e quanto definito nel piano di produzione a garanzia del soddisfacimento del bisogno di tutela della salute del paziente e del donatore e del raggiungimento dell'autosufficienza. La donazione di sangue intero è la più comune. A fianco della donazione del sangue intero, sono presenti le seguenti forme di donazione in aferesi (procedura in cui due o più emocomponenti sono raccolti da un singolo donatore mediante separatore cellulare). Nella Regione Marche, grazie a un crescente sviluppo del sistema informativo regionale, il donatore può donare in qualsiasi dei punti di raccolta gestiti dalle diverse unità operative.

Tabella 120. Donazioni omologhe nella Regione Marche

		2014	2013	2012
	SANGUE INTERO	73.561	74.954	76.797
	PLASMAFERESI	23.944	4.078	22.728 2
	PIASTRINOAFERESI	60	44	28
MULTICOMPONENT	PLASMAPIASTRINOAFERESI	2.042	2.041	2.303
	ERITROPLASMAFERESI	1.431	1.932	2.885
	ERITROPIASTRINOAFERESI	25	31	52
	ERITROPLASMAPIASTRINOAFERESI	5	3	10

La ragione della diminuzione della raccolta di sangue intero risiede in motivazioni di carattere assistenziale: il fabbisogno di globuli rossi si è stabilizzato. La tendenza in diminuzione della donazione di plasma, dallo scorso anno, può trovare ragione nelle difficoltà di operatività di alcune unità di raccolta territoriali, la cui attività è stata sospesa per l'esecuzione di manutenzioni o modifiche in ottemperanza ai requisiti di accreditamento (imposti dai dettati normativi dell'Accordo Stato Regioni 2010 e 2012). I concentrati piastrinici in aferesi sono raccolti tenendo conto delle necessità assistenziali; il dato va letto unitamente agli indicatori che esprimono l'utilizzo di buffy coat nella produzione in pool di concentrati piastrinici. Ultimo aspetto da evidenziare è la diminuzione di alcune delle

procedure multicomponent in aferesi. La contrazione di tale tipo di raccolta è giustificata anche dal contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica: trattasi, infatti, di procedure che hanno un costo superiore (in termini di tempo e risorse materiali impiegate) di molto superiore alle altre procedure.

In ogni fase gli operatori del sistema monitorano le reazioni indesiderate che possono verificarsi nel processo di donazione, al fine di migliorare il processo e intraprendere azioni correttive e preventive condivise, comuni, ed uniformi.

Tabella 121. Attività di sorveglianza del donatore

	2014	2013	2012
REAZIONI INDESIDERATE DONATORI	153	161	128
SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DONATORI	53	58	88

Tabella 122. Numero di casi distinti per tipologie di reazioni indesiderate e livello (focus 2014)

	LIEVE	MODERATO	SEVERO
REAZIONI LOCALI CORRELATE ALLA VENIPUNTURA (EMATOMA)	0	0	3
REAZIONI VASOVAGALI DI TIPO IMMEDIATO/RITARDATO	117	29	3
REAZIONI AFERESI CORRELATE	0	0	1

La sorveglianza delle malattie trasmissibili con le trasfusioni è una pratica fondamentale per costituire una rete di basi informative di tipo epidemiologico, finalizzata ad orientare strategie e programmi di miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del processo trasfusionale e dei suoi prodotti ed a sostenere processi decisionali basati sulle evidenze (notifiche).

Tabella 123. Numero casi di malattie infettive rilevate tra i donatori periodici

	2014	2013	2012
HIV	3	1	5
HBV (VIRUS EPATITE B)	13	23	16
HCV (VIRUS EPATITE C)	15	8	12
TREPONEMA PALLADIUM	22	26	18
Totale	53	58	51

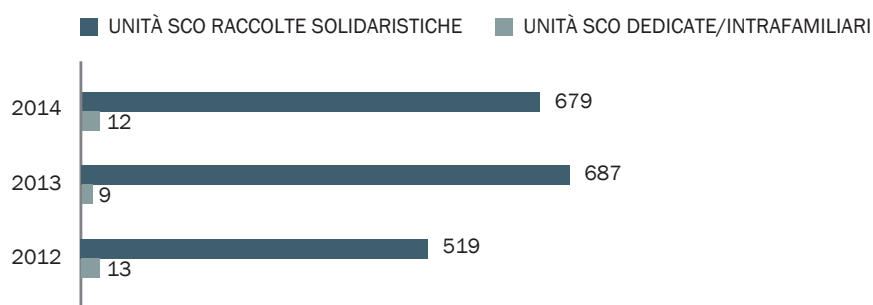
La raccolta di sangue cordonale ombelicale (S.C.O.)

In Italia, la raccolta di sangue cordonale ombelicale è quasi esclusivamente per uso solidaristico. È possibile effettuare la raccolta e la conservazione per uso dedicato al neonato o a consanguineo con patologia in atto al momento della raccolta, per la quale risulti scientificamente fondato e clinicamente appropriato l'utilizzo di cellule staminali da sangue cordonale, previa presentazione di motivata documentazione clinico-sanitaria.

Inoltre, è consentita la conservazione per uso dedicato nel caso di famiglie ad alto rischio di avere ulteriori figli affetti da malattie geneticamente determinate per le quali risultino le condizioni di validità scientifica e appropriatezza clinica già specificate, previa presentazione di motivata documentazione clinico-sanitaria rilasciata da un medico specialista in genetica medica.

Nella Regione Marche, l'attività di raccolta SCO è diretta e gestita da un responsabile (Coordinamento S.C.O.) in staff alla Direzione del DIRMT, insieme ai referenti SCO dislocati a livello locale. In particolare, tale funzione è attribuita al dirigente medico/biologo delle unità operative di medicina trasfusionale. Il sangue cordonale raccolto nella Regione Marche è conservato presso la Banca Pubblica di Pescara, la quale coordina tutte le attività riguardanti la donazioni volontaria, la raccolta di sangue al momento del parto, la conservazione delle unità e il loro rilascio per il trapianto.

Figura 69.
Unità SCO solidaristiche e dedicate/
intrafamiliari

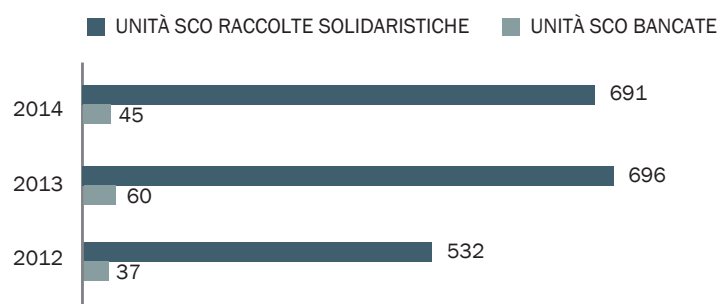


Non tutte le unità raccolte sono bancate. La differenza dipende dalla presenza o meno di tali fattori (che conducono all'eliminazione dell'unità raccolta): cause tecniche, lesione sacca, storage > 48h, bassa cellularità con volume < 100ml, basso volume (< 60 ml o tra 60 e 100 ml), recupero cellulare < cut.off bancaggio).

Tabella 124. Indicatori Banca Abbruzzo per raccolta SCO (rapporto tra unità raccolte e bancate)

INDICATORE BANCA SCO ABRUZZO PER IL BANCAGGIO SCO	
N. UNITÀ BANCATE/N. UNITÀ RACCOLTE	SOGLIA CRITICA: 10% - VALORE ATTESO > 15%

Figura 70.
Unità SCO bancate
sul totale raccolte



A livello regionale (seppur con differenze da centro a centro), il rapporto tra unità bancate e raccolte si attesa mediamente sempre sotto la soglia critica del 10%.

Tabella 125. Dati di attività SCO raccolte distinti per singolo Centro di Raccolta

	DATA DI INIZIO ATTIVITÀ	2014	2013	2012	2014	2013	2012
FANO	ottobre 2007	63	53	37	9%	7%	7%
ANCONA (CLINICA)	luglio 2008	89	83	69	13%	12%	13%
ANCONA (DIVISIONE)	luglio 2008	61	55	56	9%	8%	10%
S. BENEDETTO DEL T.	aprile 2009	28	34	28	4%	5%	5%
ASCOLI PICENO	settembre 2009	59	39	36	9%	5%	7%
CIVITANOVA MARCHE	gennaio 2010	30	19	17	4%	3%	3%
MACERATA	gennaio 2010	83	53	20	12%	8%	4%
PESARO	luglio 2010	29	48	42	4%	7%	8%
FERMO	maggio 2010	59	52	31	9%	7%	6%
URBINO	agosto 2010	70	47	15	10%	7%	3%
SENIGALLIA	gennaio 2011	55	91	40	8%	13%	8%
JESI	novembre 2010	65	122	141	9%	18%	26%
Totale		691	696	532	100%	100%	100%

Tabella 126. Indicatori CNS-CNT - Banca Abbruzzo per raccolta SCO

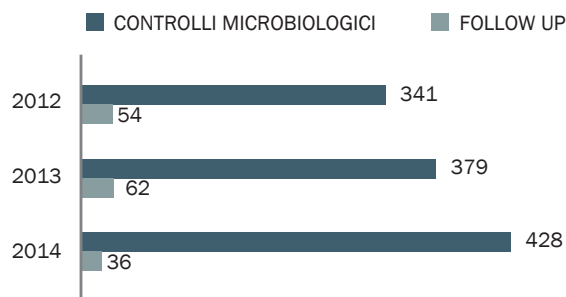
INDICATORI NAZIONALI (CNS-CNT) PER LA RACCOLTA DELLE SCO	
N. UNITÀ RACCOLTE/N. PARTI	8-10% se i parti sono > 1.000
N. UNITÀ RACCOLTE/N. PARTI	10-15% se i parti sono < 1.000

Tabella 127. Rapporto numero unità SCO raccolte su numero dei parti

CENTRO DI RACCOLTA	NUMERO PARTI			N. UNITÀ RACCOLTE/N. PARTI		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
FANO	811	1.001	1.011	8%	5%	4%
ANCONA (CLINICA)	1.003	2.110	1.186	9%	4%	6%
ANCONA (DIVISIONE)	882		1.041	7%		5%
SAN BENEDETTO DEL T.	687	817	869	4%	4%	3%
ASCOLI PICENO	652	738	762	9%	5%	5%
CIVITANOVA	680	831	773	4%	2%	2%
MACERATA	1125	1.181	1.190	7%	4%	2%
FERMO	761	912	905	8%	6%	3%
PESARO	722	933	1007	4%	5%	4%
URBINO	657	671	711	11%	7%	2%
JESI	711	778	669	9%	16%	21%
SENIGALLIA	706	744	824	8%	12%	5%

Si consideri, inoltre, che per essere accettate per il bancaggio, le unità devono contenere un numero minimo di $1,3 \times 10^9$ cellule nucleate totali e devono risultare negative ai controlli microbiologici di sterilità e ai test infettivologici effettuati sui campioni materni. In aggiunta, è prevista la fase del follow-up, cioè controlli, esami e indagini cliniche dopo 6-12 mesi dalla donazione con accertamento dello stato di salute del donatore.

Figura 71.
Controlli microbiologici su unità
SCO e follow-up donatore



La donazione di cellule staminali emopoietiche

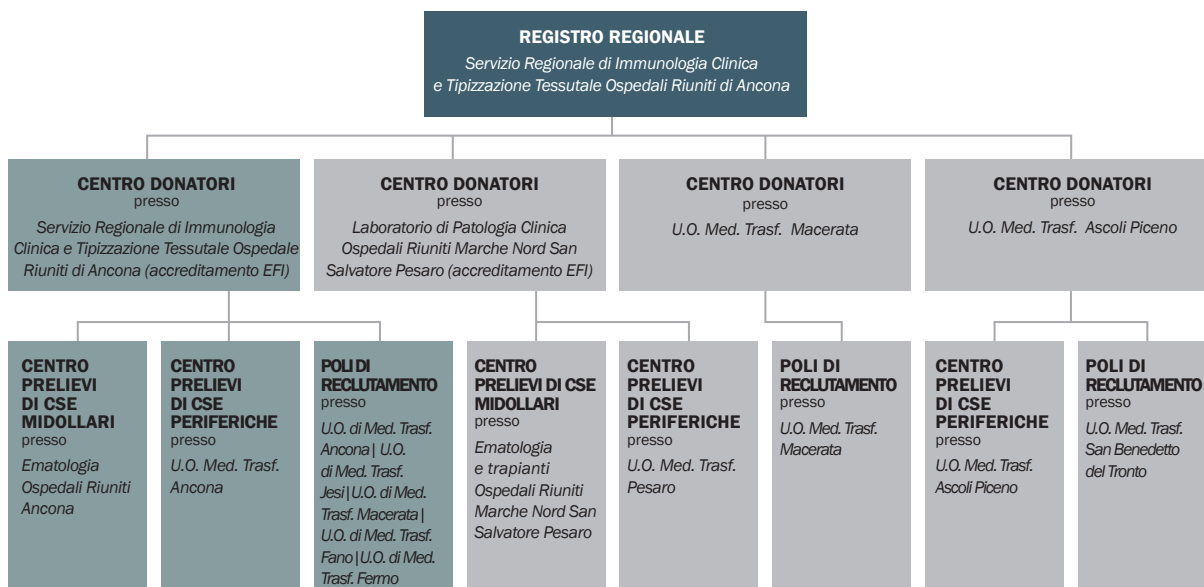
La Regione Marche, con deliberazione della G.R. n.2185 del 18/09/2001 ha istituito il Registro Regionale dei donatori di midollo osseo, secondo quanto previsto dalla legge n.52/2001, e ne ha riconosciuto le funzioni al Centro Regionale di Immunologia Clinica e di Tipizzazione Tessutale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi". Il Registro Regionale, contribuisce all'ampliamento del patrimonio dei potenziali donatori non consanguinei di cellule staminali emopoietiche (CSE), e perseguendo le finalità del Registro nazionale ne vicaria alcune funzioni sul territorio di competenza. Per lo svolgimento di tale attività, identifica e si avvale delle articolazioni funzionali rappresentate da:

I CENTRI DONATORI (accreditati EFI), coordinano e sovrintendono le procedure di iscrizione, selezione e valutazione dell'idoneità del donatore, in ogni fase della ricerca; hanno la responsabilità della congruità ed aggiornamento dei dati anagrafici dei donatori della propria area geografica; stabiliscono e adottano procedure operative che garantiscano la corrispondenza tra il codice donatore assegnato in maniera univoca dall'IBMDR e l'anagrafica del donatore stesso; si avvalgono di laboratori di immunogenetica - accreditati EFI e ASHI - per la tipizzazione tessutale dei donatori.

I POLI DI RECLUTAMENTO operano in conformità alle procedure tecniche e sotto la supervisione del Centro Donatori a cui afferiscono. Ai Poli di Reclutamento sono affidate le funzioni di reclutamento e identificazione dei donatori volontari; valutazione dell'idoneità e prelievo ematico.

I CENTRI PRELIEVI hanno il compito di gestire i donatori nell'atto della donazione di CSE periferiche/da midollo osseo.

Figura 72. Organizzazione regionale IBMDR



Da questa breve descrizione, si evince la stretta connessione che esiste tra la donazione di sangue ed emocomponenti, tipica del Sistema Trasfusionale, e la donazione di midollo osseo. Interrelazione che si manifesta non solo nelle funzioni di centri donatori o poli di reclutamento dalle UU. OO. di Medicina Trasfusionale, ma anche manifestate in compiti propositivi sulle tematiche di pertinenza trasfusionale. Le disposizioni normative, infatti, designano la commissione SIMTI (composta da immunoematologi trasfusionisti esperti che operano presso strutture sanitarie pubbliche che svolgono la funzione di Registro Regionale o di Centro Donatori) come ente incaricato di stabilire i criteri di selezione dei volontari che desiderano divenire potenziali donatori; delineare i dispositivi idonei alla tutela del donatore e curare i dati clinici, relativi al periodo post-donazione.

al **31 dicembre 2014**

+ di 7.700
potenziali donatori
di CSE (periferiche
da midollo osseo)

63 donazioni
(**44** midollo osseo
e **19** da sangue
periferico)

2.6.2 I collaboratori

Secondo la DGRM 873/2008 (e n. 1731/2010): “tutto il personale in servizio a tempo indeterminato e determinato presso le strutture di Medicina Trasfusionale della Regione è assegnato funzionalmente al medesimo Dipartimento; detto personale mantiene il rapporto di lavoro in essere con le Zone territoriali dell’ASUR e con le Aziende Ospedaliere di appartenenza; quest’ultime provvedono agli adempimenti connessi al reclutamento del personale, allo stato giuridico, al trattamento economico e alla contrattazione aziendale di rispettiva competenza.”

Le risorse umane assegnate alle singole UU.OO. di Medicina Trasfusionale operano in una logica d’integrazione funzionale nell’ambito dell’Area Sovrazonale, a garanzia del corretto e completo funzionamento delle strutture, per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali (Deliberazione n. 1731 del 29/11/2010). Alcune di esse esercitano ruoli di governo, coordinamento e partecipazioni a gruppi e progetti.

Una stratificazione del personale per sesso evidenzia una prevalenza di addetti di sesso femminile (80% delle risorse umane del Sistema Trasfusionale), soprattutto nel comparto tecnico e infermieristico. Poco meno del 5% delle risorse umane è assunto a tempo determinato (nel 90% dei casi, tale forma contrattuale riguarda i tecnici di laboratorio sanitario).

Figura 73. Risorse umane operanti nelle UU.OO.

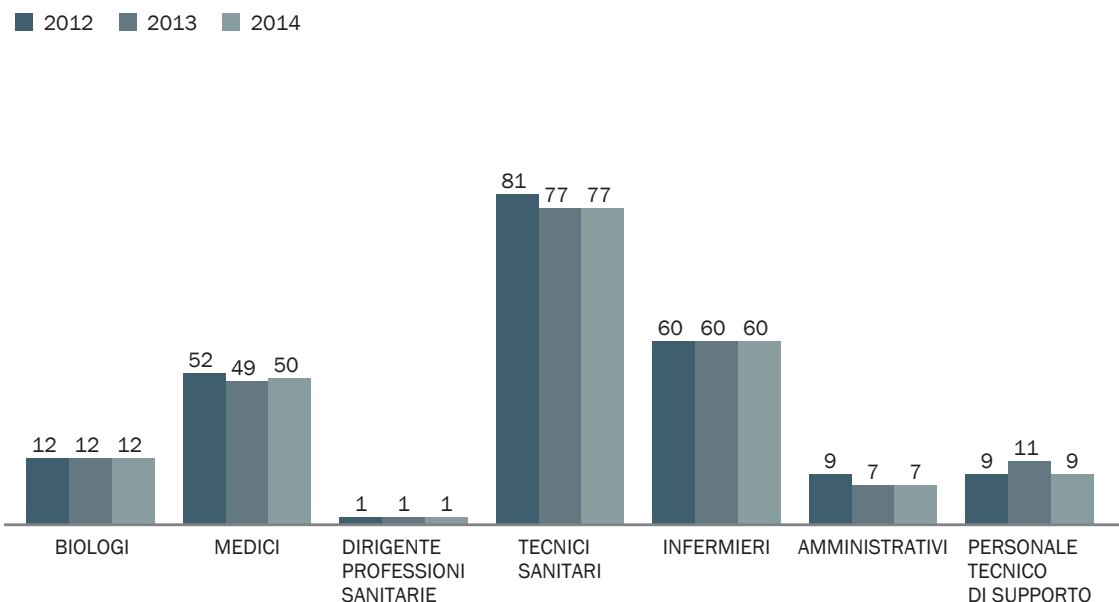
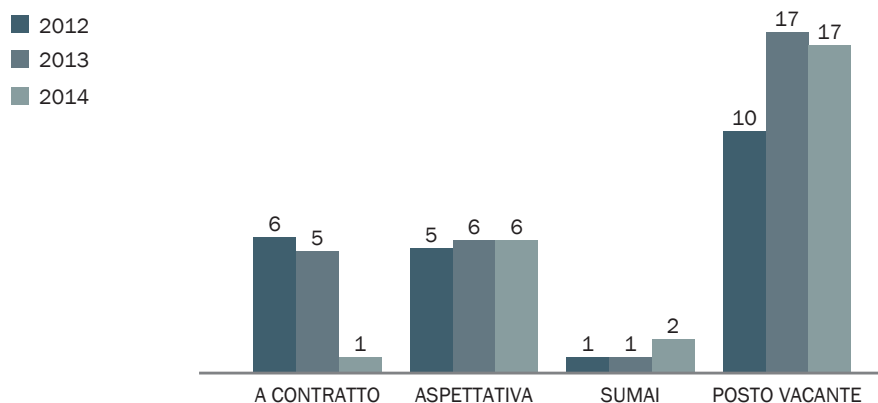


Figura 74. Risorse umane aggiuntive (a contratto, aspettativa, etc) nella dotazione organica nelle UU.OO.



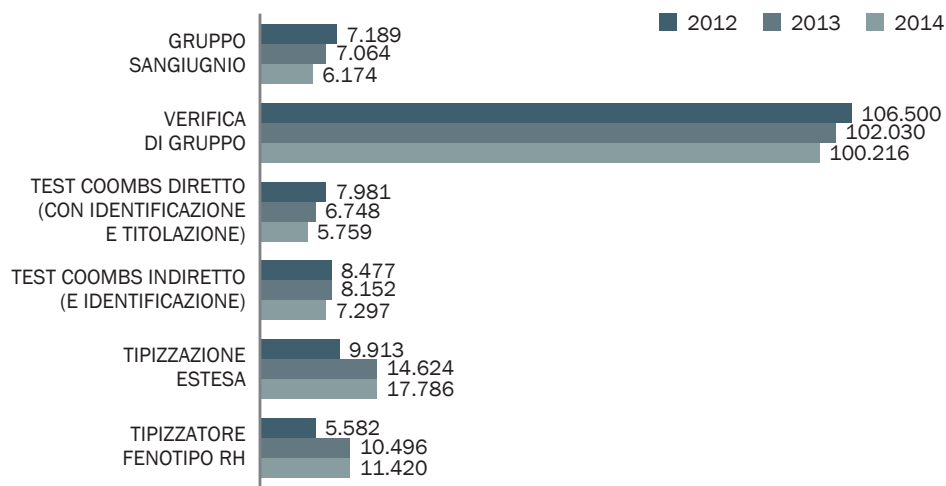
Il loro lavoro

ATTIVITÀ PRIMARIE (CFR. LEGGE N. 219/2005)		DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE BIOLOGO	INFERMIERE	TECNICO LAB. BIOMEDICO
ATTIVITÀ DI PRODUZIONE	Esecuzione delle procedure relative all'accertamento dell'idoneità alla donazione	x	x		x
	Raccolta del sangue intero e di emocomponenti	x		x	
	Lavorazione del sangue e degli emocomponenti		x		x
	Esecuzione delle indagini di laboratorio e delle procedure di inattivazione dei patogeni	x	x		x
	Attività immunoematologiche di riferimento per problemi trasfusionali clinici e sierologici	x	x		x
	Conservazione e trasporto del sangue e degli emocomponenti		x	x	x
	Cessione del sangue a strutture trasfusionali di altre aziende o di altre regioni	x	x		x
	Preparazione del plasma per l'industria (per la prod.ne di farmaci plasmaderivati)		x		x
PRESTAZIONI DI DIAGNOSI E CURA	Esecuzione indagini immunoematologiche sui pazienti finalizzate alla trasfusione		x		x
	Verifica dell'appropriatezza della richiesta di sangue ed emocomponenti	x	x		
	Assegnazione e distribuzione del sangue e degli emocomponenti	x	x		x
	Supporto trasfusionale nell'ambito del sistema dei servizi di urgenza e di emergenza	x	x		
	Pratica del predeposito a scopo autotrasfusionale	x		x	
	Coordinamento ed organizz.ne delle attività di recupero perioperatorio e della emodiluizione	x		x	
	Svolgimento di attività di medicina trasfusionale	x		x	

La qualificazione e validazione biologica degli emocomponenti donati

L'attività di qualificazione biologica si riassume nelle seguenti sub-attività: esecuzione degli esami di immunoematologia, di sierologia, di sierovirologia e di biologia molecolare. Ad essa segue la validazione, la quale rappresenta il momento cruciale del percorso dell'unità di sangue o emocomponente. In questa fase, sulla base dei risultati dei test definiti dalla normativa nazionale e regionale vigente e specifiche linee guida dipartimentali, l'unità viene considerata idonea alla trasfusione.

Figura 75.
Attività immunoematologia donatori (dato regionale)*



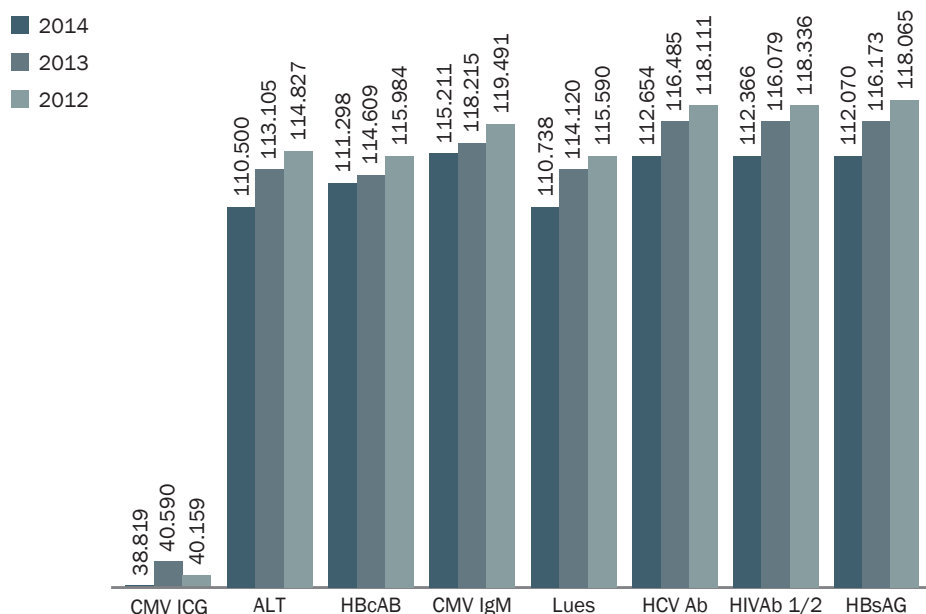
*I dati comprendono sia gli esami per idoneità alla donazione, sia quelli effettuati in sede di prima donazione e sia quelli a donatori periodici.

Tabella 128. Controlli di sierovirologia e biologia molecolare a donatori*

	2014	2013	2012
CONTROLLI SU DONATORI	14.642	15.682	15.201

* Comprendono gli accertamenti di idoneità alla donazione

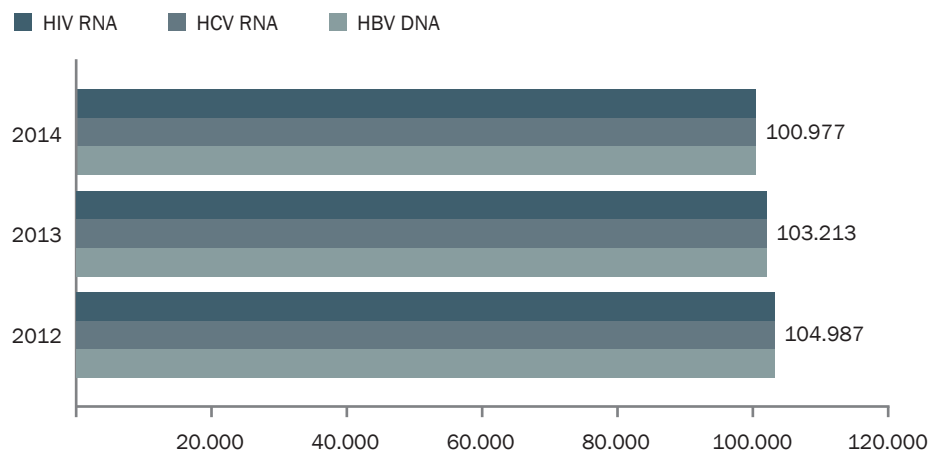
Figura 76.
Esami di sierovirologia obbligatori e non obbligatori sulle unità donate (dato regionale)*



inoltre ...

	2014	2013	2012
HBcAb IgM, HBcAb, HBsAg, HBsAb	323	494	318
HAV Ab IgG, HAV Ab IgM	68	36	53

Figura 77.
Esami di biologia molecolare
sulle unità donate - HIV,
HBV e HCV (dato regionale)*



*I dati comprendono sia gli esami per idoneità alla donazione, sia quelli effettuati in sede di prima donazione e sia quelli a donatori periodici.

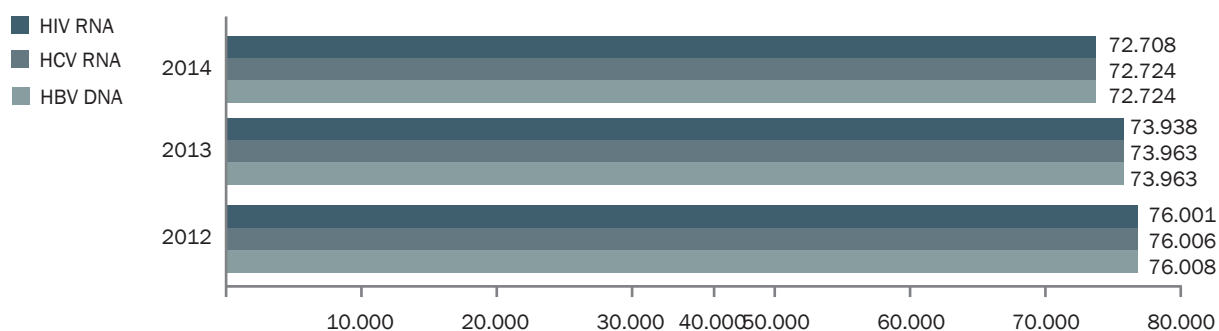
La lavorazione di sangue intero ed emocomponenti

Ciascun emocomponente raccolto da donatore, prima di essere assegnato a favore di pazienti o - nel caso del plasma - essere inviato all'azienda di plasmaderivazione per ottenere i farmaci per la cura di determinate patologie, è sottoposto a processi di lavorazione più o meno complessi.

Dal sangue intero ai singoli emocomponenti

Il sangue intero è sottoposto a processo di separazione - con ausilio di centrifughe specifiche e apparecchiature automatiche o semi-automatiche che garantiscono, oltre al mantenimento dell'integrità e sterilità dell'emocomponente, anche la standardizzazione del prodotto finale - per ottenere tre prodotti: emocomponenti eritrocitari non trattati - chiamati comunemente Emazie o Emazie, plasma, buffy coat.

Figura 78. Numero di emocomponenti ottenuti da separazione di sangue intero raccolto



Dal buffy coat al concentrato piastrinico

Il concentrato piastrinico da pool di buffy coat è ottenuto da un pool di 5-8 buffy-coat da singole unità di sangue intero fresco. In relazione al fabbisogno di concentrati piastrinici per uso assistenziale (sia ambulatoriale che in regime di ricovero), la scelta del Dipartimento è stata quella di promuovere sempre di più l'utilizzo del buffy coat a discapito della raccolta di concentrati piastrinici da aferesi (come mostra la tabella che segue), che restano progressivamente la forma di ottenimento di tale emocomponente solo per specificità terapeutiche e/o nei casi di non capacità produttiva (in termini di tempo e di risorse/attrezzature).

Tabella 129. Concentrati piastrinici da pool di buffy coat

	2014	2013	2012
% CONCENTRATO PIASTRINICO DA POOL DI BC SUL TOTALE PIASTRINICI	72,4%	69,4%	48,9%
NUMERO UNITÀ DI CONCENTRATO PIASTRINICO DA POOL	5.578	4.811	4.579

Dalle procedure di aferesi ai singoli emocomponenti

Per gli emocomponenti raccolti da donatore mediante procedure di aferesi, non sono necessari successivi step di lavorazione, se non una serie di fasi che garantiscono conservazione e qualità.

Tabella 130. Emocomponenti da aferesi

	2014	2013	2012
EMAZIE DA AFERESI	1.461	1.966	2.947
PLASMA DA AFERESI	27.420	28.053	27.936
CONCENTRATO PIASTRINICO DA AFERESI	2.130	2.119	4.789

Focus: unità scadute e eliminate

La differenza tra il numero delle unità raccolte e il numero di unità prodotte rappresenta le unità scadute o eliminate per cause sanitarie (emerse da successivi controlli) o per cause tecniche (mal conservazione o rotture). Tutte le unità scadute e le unità nelle quali sono state rilevate anomalie durante la conservazione sono opportunamente registrate, segregate e smaltite.

Tabella 131. Unità scadute sul totale prodotto

	2014	2013	2012
EMAZIE DA SCOMPOSIZIONE DI SANGUE INTERO	0,9%	1,0%	0,9%
EMAZIE DA AFERESI	0,5%	0,6%	0,8%
CONCENTRATI PIASTRINICI DA AFERESI	3,5%	2,9%	1,7%
POOL PIASTRINICO DA B.C.	11,6%	10,5%	8,9%

Tabella 132. Unità eliminate (per cause sanitarie, tecniche, dopo controlli qualità) sul totale prodotto

	2014	2013	2012
EMAZIE DA SCOMPOSIZIONE DI SANGUE INTERO	2,1%	2,3%	2,1%
EMAZIE DA AFERESI	3,5%	3,9%	3,1%
PLASMA DA SCOMPOSIZIONE DI SANGUE INTERO	2,6%	2,9%	3,2%
PLASMA DA AFERESI	3,1%	3,2%	2,9%
CONCENTRATI PIASTRINICI DA AFERESI	5,2%	4,0%	2,5%
POOL PIASTRINICO DA B.C.	1,3%	1,4%	1,3%

Trattamenti successivi sugli emocomponenti prodotti

Per finalità assistenziali, può essere necessario modificare alcune caratteristiche degli emocomponenti. I possibili trattamenti sono:

- filtrazione: per la rimozione dei globuli bianchi residui dopo la rimozione del buffy coat;
- lavaggio: per la rimozione del plasma residuo nei concentrati eritrocitari;
- irradiazione: per la inattivazione della porzione residua dei globuli bianchi;
- altri trattamenti per una migliore aderenza alle necessità trasfusionali (concentrati piastrinici secche completamente prive di plasma e risospese con sostanze nutritive, ecc.).

Tabella 133. Trattamenti sui singoli emocomponenti

	2014	2013	2012
EMOCOMPONENTI LEUCODEPLETI	13.038	11.940	11.266
EMOCOMPONENTI IRRADIATI	9.116	8.874	8.799
EMAZIE LAVATE	72	96	265

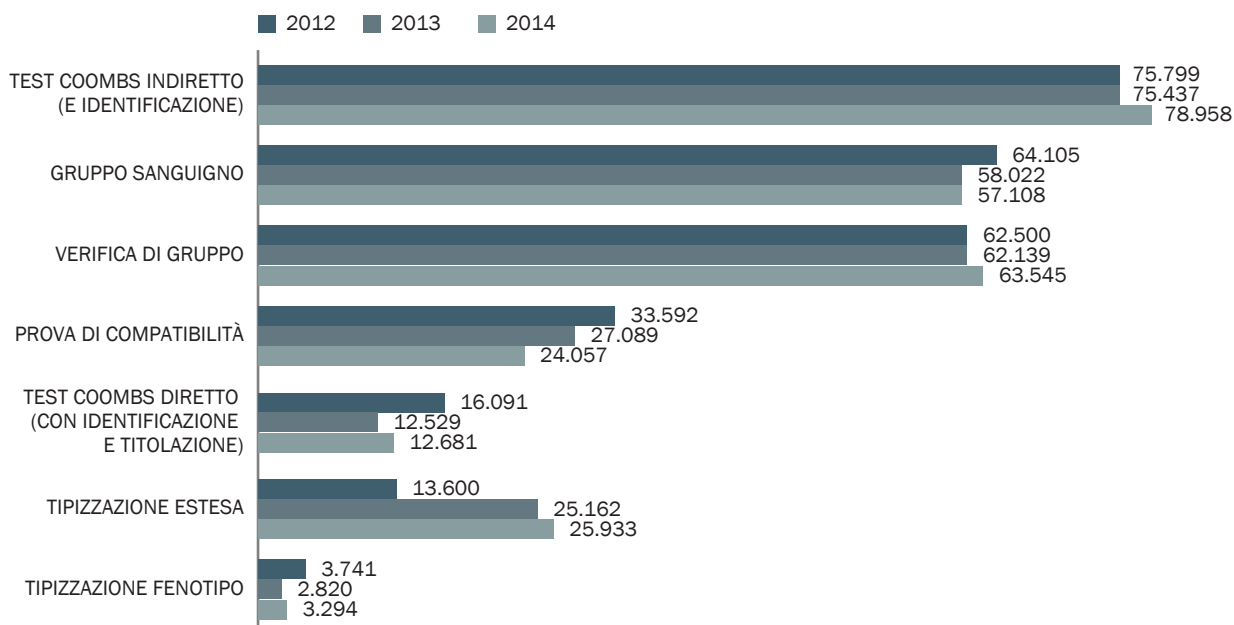
La selezione e l'assegnazione degli emocomponenti

Gli emocomponenti prodotti sono poi utilizzati per le finalità assistenziali. In particolare, essi possono essere assegnati:

- ai clinici a favore di pazienti in regime di ricovero (day hospital e day surgery o ordinario), pazienti ambulatoriali e pazienti domiciliari;
- all'azienda di plasmaderivazione per la produzione di farmaci (in questo caso, solo il plasma da scomposizione di sangue intero e di aferesi è assegnato).

Gli operatori di medicina trasfusionale sono chiamati a svolgere la funzione di selezione e assegnazione degli emocomponenti sulla base delle richieste trasfusionali. Alle risorse umane è richiesta l'iniziale identificazione univoca del paziente e dei campioni biologici e abbinamento richiesta - paziente - campioni e il successivo invio di detto materiale per l'effettuazione dei test di compatibilità pre-trasfusionale. Una volta effettuati i test di pre-compatibilità trasfusionale, secondo le disposizioni mediche nazionali e internazionali di riferimento, si procede all'evasione della richiesta trasfusionale. Tale fase è preceduta dalla consultazione dei dati storici inerenti al paziente (ove disponibili), presenti sul sistema di gestione della tracciabilità.

Figura 79. Attività di immunoematologia ai pazienti (dato regionale)



L'assegnazione degli emocomponenti eritrocitari e piastrinici

Figura 80.
Assegnazione
emocomponenti
eritrocitari e piastrinici
da donazione omologa
(dato regionale)

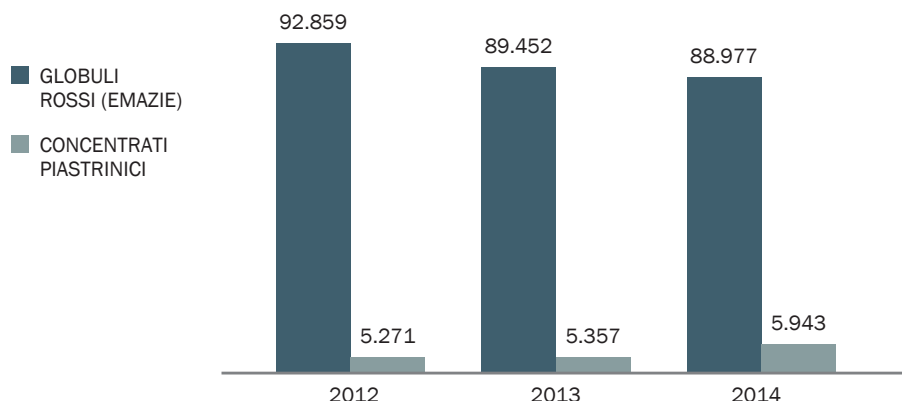


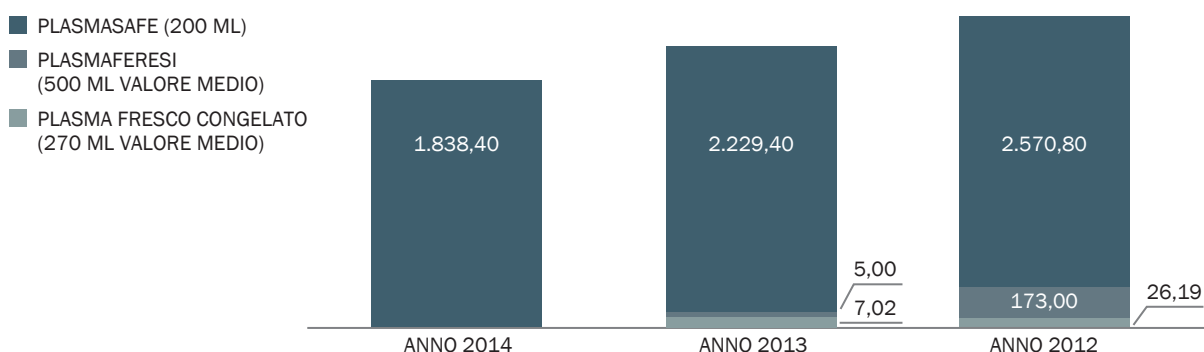
Tabella 134. Unità Emazie acquistate da regioni eccedentarie e cedute a regioni carenti

	2014	2013	2012
EMAZIE ACQUISTATE DA REGIONI ECCEDENTI	490	0	180
EMAZIE CEDUTE A REGIONI CARENTI	237	360	82

L'assegnazione del plasma

Le strategie e le politiche del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale vertono sulla preferenza di assegnazione del plasma ai pazienti - dopo il processo di inattivazione virale - cosiddetto "di grado farmaceutico" (denominato Plasmasafe): studi e casi clinici, infatti, hanno dimostrato che la somministrazione di plasma di grado farmaceutico permette la graduale riduzione di tali molecole nel sangue del paziente - e aumento del farmaco denominato complesso protrombinico con il conseguente beneficio clinico e, pertanto, può risultare una valida opportunità terapeutica nei pazienti affetti da PTT non solo in funzione della sicurezza virale ma anche di una potenziale maggiore efficacia. Inoltre, il trattamento non ha sviluppato nessuna seria reazione allergica.

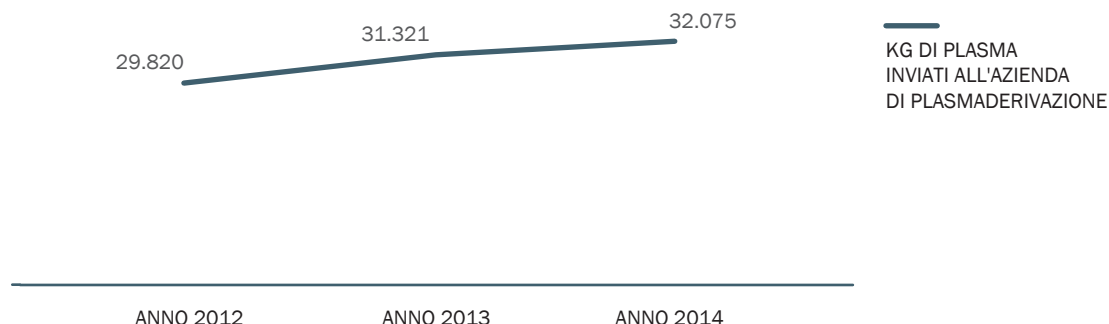
Figura 81. Assegnazione plasma - in LITRI - distinto per tipologia (dato regionale)



L'assegnazione del plasma all'azienda di plasmaderivazione

La totalità del plasma raccolto e prodotto è inviato all'industria per la lavorazione e produzione di farmaci plasmaderivati (il cui utilizzo sarà descritto nel capitolo "I pazienti e i clinici") e del plasma di grado farmaceutico in assegnazione (si rinvia al paragrafo "L'azienda di plasmaderivazione: il conto lavoro per i farmaci plasmaderivati" per approfondimenti sul processo di conto lavoro).

Figura 82. Plasma inviato all'azienda di plasmaderivazione (dato regionale)



La formazione alle risorse umane

L'attività formativa è organizzata a livello regionale (per tutte le risorse umane afferenti alle diverse unità operative) su specifiche tematiche e indirizzata a profili professionali omogenei e/o eterogenei a seconda delle necessità dichiarate. Per specifiche esigenze si organizzano anche corsi interdisciplinari che prevedono interscambio con personale afferente ad altri reparti.

Tabella 135. Attività formativa dipartimentale 2014

TITOLO	DETERMINADI RIFERIMENTO	N. CREDITI ECM
QUALITÀ E MIGLIORAMENTO CONTINUO NELLE STRUTTURE SANITARIE	DET. 116 DEL 11/02/2014	0
EVOLUZIONE NORMA ISO 9001 E ISO1401 NOVITÀ CAMBIAMENTI E TRANSIZIONE	DET. 912 DEL 14/12/2014	0
IX CONGRESSO GRUPPO DI STUDIO AFERESI TERAPEUTICA SEDE ITALIANA NEFROLOGIA	DET. 817 DEL 15/10/2014	0
LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE NELLE STRUTTURE SANITARIE	DET. 720 DEL 12/09/2014	0
LA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI	DET. 720 DEL 12/09/2014	0
AUDITOR INTERNO SECONDO UNI E ISO 19011:2012	DET. 399 DEL 14/05/2014	0
NUOVA FAD POST CONFERENZA RIMINI	PROT. 75 DEL 05/08/2014	12
CORSO BLS-D	DET. 988 DEL 15/12/2014	12
BILANCIO SOCIALE	COD. 12834 DEL 15/02/2014	6
"ITALIAN BONE MARROW DONOR REGISTRY - IL PERCORSO DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE - DALL'ARRUOLAMENTO ALLA DONAZIONE"	DET. 228 DEL 18/03/2014	6
CORSO FORMAZIONE PER LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA RACCOLTA SANGUE ED EMOCOMPONENTI	COD. 12578	50
RETRAINING CORSO FORMAZIONE PER LA QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLA RACCOLTA SANGUE ED EMOCOMPONENT	COD. 12522 - 12523	50

Il sistema premiante

Per supportare il DIRMT nello svolgimento delle sue funzioni, la Regione, dal 2007, ha riconosciuto una remunerazione per il personale per orario di lavoro aggiuntivo extracontrattuale, con riconoscimento di quote al raggiungimento di obiettivi di natura qualitativa e quantitativa (produttivi ed economici).

La remunerazione delle prestazioni aggiuntive si compone di tre parti:

- l'83% dedicato al raggiungimento di obiettivi quali-quantitativi assegnati ad ogni area sovrazonale. Il sistema di assegnazione delle quote, di seguito esplicitate, è assegnato secondo una logica top-down (a cascata) ai diversi livelli organizzativi;
- il 5% dedicato alla remunerazione della produzione eccedente gli obiettivi quali-

quantitativi assegnati a livello di area sovrazonale;

- il 12% dedicato all'implementazione di progetti strategici (Laboratorio Virologia centralizzato; Supporto alla Direzione - Relazioni sindacali; Rendicontazione Fondo; Nucleo di Valutazione; Commissioni Dipartimentali) che la Direzione ritiene fondamentale al buon funzionamento del Dipartimento. Tale quota coinvolge solo il personale impegnato al raggiungimento degli obiettivi dei progetti strategici.

Un apposito Nucleo di Valutazione (uno degli obiettivi strategici finanziati dalla Direzione) valuta il raggiungimento degli obiettivi, previo esame della relazione annuale finale del Direttore del Dipartimento, corredata di tutta la documentazione fornita dai direttori/responsabili delle strutture e da tutti i responsabili dei progetti strategici.

2.6.3 I pazienti

L'assegnazione a favore dei pazienti (ambulatoriali, in regime di ricovero o domiciliari) effettuata dalle risorse umane operanti nelle UU.OO. di Medicina Trasfusionale deriva da specifiche richieste di clinici (o medici di medicina generale) che seguono il paziente. La prestazione avente ad oggetto la richiesta stessa - a seconda dello status del paziente e delle prescrizioni mediche - può essere soddisfatta:

- durante il ricovero del paziente (giornaliero o ordinario);
- in ambulatorio;
- a domicilio del paziente.

A seconda del regime nel quale viene erogata la prestazione - rientrando nei livelli essenziali di assistenza - la richiesta può essere effettuata da un clinico (operante in una delle UU.OO. delle Strutture Sanitarie) o dal medico di medicina generale. La prestazione è erogata all'interno di UU.OO. delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere della Regione Marche (e relative articolazioni), all'interno di strutture pubbliche e private convenzionate o a domicilio del paziente.

I clinici e i medici di medicina generale: il loro ruolo

Il processo che si sviluppa richiede un accordo fra gli attori dell'atto terapeutico:

- il paziente che, informato, dà il consenso alla terapia;
- il clinico (o il medico di medicina generale) che propone un piano personalizzato secondo le esigenze del paziente;
- il trasfusioneista che valuta la strategia ottimale (tipologia, quantità, tempi e modalità) della somministrazione del prodotto migliore, anche in una visione globale relativamente alle disponibilità esistenti.

Ad ogni assegnazione ai pazienti, precede una richiesta da parte dei clinici o dei medici di medicina generale:

- contiene le generalità del paziente e l'indicazione alla trasfusione;
- è firmata dal medico su apposito modulo fornito dalla struttura trasfusionale o su propria carta intestata o su quella della struttura di degenza del ricevente;
- è accompagnata da un campione di sangue del ricevente per l'effettuazione delle prove di compatibilità e gli esami sul paziente (si veda quanto richiamato nel paragrafo "La selezione e assegnazione degli emocomponenti").

Il fabbisogno di emocomponenti: specialità mediche e chirurgiche richiedenti

Un accurato sistema di monitoraggio e tracciabilità ha posto in luce che le unità presumibilmente trasfuse rappresentano il 70% del totale (72.717 unità di Emazie totali sul territorio regionale). Si consideri che le unità richieste sono circa il 30% in più: la differenza è rappresentata dalle unità restituite all'UU.OO. di Medicina Trasfusionale e successivamente assegnate nuovamente a seguito di una successiva richiesta. Si consideri, infatti, che le unità di Emazie hanno una vita utile di 42 giorni. Contrariamente i concentrati piastrinici possono essere utilizzati entro 5 giorni dal prelievo: ne consegue che il flusso di scambio (assegnazione e eventuale rientro) per gli stessi è ridotto. Gestione più dettagliata riguarda il plasma (di grado farmaceutico), il quale risponde a esigenze e prestazioni aventi volumi più standardizzati.

Allo scopo di far comprendere il fabbisogno si presentano di seguito i dati delle unità richieste, risultanti dal software dedicato e gestito dai singoli reparti richiedenti unitamente alle UU.OO. di Medicina Trasfusionale.

Una panoramica generale mostra che per prestazioni erogate

- all'interno delle aree vaste dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) - a vocazione prevalentemente territoriale, si riscontra il maggior numero di unità richieste di Emazie;
- all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" (AOUOORR), articolabile in tre ambiti, "Umberto I", "Lancisi", "Salesi", considerando le specializzazioni mediche e chirurgiche di ciascuno di essi, si riscontra il maggior numero di unità richieste di concentrati piastrinici e plasma (di grado farmaceutico);
- all'interno dell'Azienda Ospedaliera Marche Nord (AO Marche Nord) il numero di unità richieste dei concentrati piastrinici è di poco inferiore a quello dell'AOUOORR;
- minori sono le richieste provenienti dall'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (IRCCS INRCA), dalle strutture pubbliche e privati convenzionati e dagli enti/specialisti a favore di pazienti domiciliari, considerando i volumi di attività ridotti di tali strutture/soggetti.

Tabella 136. Il fabbisogno di emocomponenti (unità presumibilmente trasfuse) per singola struttura regionale - anno 2014

	EMAZIE	CONCENTRATI PIASTRINICI	PLASMASAFE
AOUOORR - UMBERTO I	16,48%	20,71%	35,37%
AOUOORR - LANCISI	5,72%	3,09%	18,32%
AOUOORR - SALESIS	1,60%	6,05%	2,17%
ASUR - AREA VASTA 1	4,69%	1,08%	1,63%
ASUR - AREA VASTA 2	15,06%	3,88%	11,16%
ASUR - AREA VASTA 3	16,73%	10,44%	7,98%
ASUR - AREA VASTA 4	7,09%	2,14%	2,23%
ASUR - AREA VASTA 5	11,37%	16,11%	6,72%
AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD	11,95%	33,46%	10,61%
IRCCS INRCA	2,14%	0,23%	1,81%
STRUTTURA PUBBLICA O PRIVATA CONVENZIONATA	4,51%	0,56%	1,98%
DOMICILIARE	2,66%	2,23%	0,02%
Totale	100%	100%	100%

Tale configurazione risente delle specialità mediche e chirurgiche presenti in ciascuna struttura. Infatti, una classificazione - per specifiche esigenze conoscitive dell'oggetto trattato - pone in evidenza le peculiarità di ogni singola struttura.

Ai fini del presente documento, si presentano di seguito i dati relativi ai pazienti trattati (in regime ambulatoriale e di ricovero) nel 2014 nell'AOUOORR per singola specializzazione medica e chirurgica.

L'utilizzo degli emocomponenti nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi"

L'utilizzo di unità di emocomponenti da parte di tutte le UU.OO. operanti nell'AOUOORR superano di oltre la metà gli emocomponenti prodotti nell'UU.OO. di Medicina Trasfusionale di Ancona. Ad esempio, i concentrati eritrocitari (emazie) presumibilmente trasfusi (in totale) sono 16.276 unità mentre quelli prodotti, nella sola UU.OO. di Medicina Trasfusionale di Ancona sono 9.640: la rete delle strutture afferenti al Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale contribuisce pertanto al fabbisogno di tale struttura, punto di riferimento della Regione Marche.

Specializzazioni mediche e chirurgiche area "Umberto I"

Sul totale utilizzato dalle specializzazioni mediche e chirurgiche afferenti all'area "Umberto I" si riscontra:

- 62,2% di emazie trasfuse in rianimazione/terapia intensiva, ortopedia, pronto soccorso, ematologia, gastroenterologia e trapianti;
- 52% dei concentrati piastrinici trasfusi in ematologia;
- 64% del plasma (di grado farmaceutico) trasfusi in rianimazione/terapia intensiva ed ematologia.

Tabella 137. Emocomponenti trasfusi da "AOUOORR - Umberto I" per pazienti (in regime ambulatoriale e di ricovero) - anno 2014

AOUOORR - UMBERTO I	EMAZIE TRASFUSE	CONCENTRATI PIASTRINICI TRASFUSI	PLASMASAFE TRASFUSO
RIANIMAZIONE - TERAPIA INTENSIVA	15,4%	13,6%	15,5%
ORTOPEDIA	13,9%	0,7%	0,8%
EMATOLOGIA	12,7%	52,0%	48,5%
PRONTO SOCCORSO	10,3%	3,5%	3,8%
TRAPIANTI/GASTROENTEROLOGIA	9,8%	6,6%	6,4%
MEDICINA TRASFUSIONALE	7,8%	6,8%	6,8%
MEDICINA INTERNA	7,5%	4,5%	4,8%
CHIRURGIA GENERALE	5,6%	0,9%	0,8%
ALTRE SPECIALITÀ MEDICHE	5,4%	6,0%	6,7%
ALTRE SPECIALITÀ CHIRURGICHE	5,1%	0,8%	0,9%
ONCOLOGIA	3,3%	4,1%	4,4%
NEUROCHIRURGIA	3,0%	0,5%	0,6%

Specializzazioni mediche e chirurgiche area "Lancisi"

Sul totale utilizzato dalle specializzazioni mediche e chirurgiche afferenti all'area "Lancisi" (ad orientamento cardiologico) si riscontra:

- 62,6% di emazie trasfuse in terapia intensiva e cardiocirurgia;
- 84,8% dei concentrati piastrinici trasfusi in terapia intensiva e cardiocirurgia;
- 84,3% del plasma (di grado farmaceutico) trasfusi in terapia intensiva e cardiocirurgia.

Tabella 138. Emocomponenti trasfusi da "AOUOORR - Lancisi" per pazienti (in regime ambulatoriale e di ricovero) - anno 2014

AOUOORR - LANCISI	EMAZIE TRASFUSE	CONCENTRATI PIASTRINICI TRASFUSI	PLASMASAFE TRASFUSO
TERAPIA INTENSIVA	43,9%	67,1%	64,0%
CARDIOCHIRURGIA	18,8%	17,7%	20,3%
CHIRURGIA VASCOLARE	16,6%	7,6%	8,7%
CARDIOCHIRURGIA (TERAPIA SEMINTENSIVA)	7,4%	2,5%	3,5%
CARDIOCHIRURGIA PEDRIATICA	5,9%	3,0%	1,7%
CARDIOLOGIA	3,6%	1,7%	1,2%
TERAPIA INTENSIVA (PEDRIATRICA)	2,2%	0,0%	0,0%
MEDICINA VASCOLARE	1,7%	0,4%	0,6%

Specializzazioni mediche e chirurgiche area "Salesi"

Sul totale utilizzato dalle specializzazioni mediche e chirurgiche afferenti all'area "Salesi" (ad orientamento pediatrico) si riscontra:

- 81,8% dei emazie trasfuse in oncoematologia e rianimazione/terapia intensiva neonatale;
- 83,4% dei concentrati piastrinici trasfusi in oncoematologia;
- 88,1% del plasma (di grado farmaceutico) trasfuso in oncoematologia.

Tabella 139. Emocomponenti trasfusi da "AOUOORR - Salesi" per pazienti (in regime ambulatoriale e di ricovero) - anno 2014*

AOUOORR - SALESI	EMAZIE TRASFUSE	CONCENTRATI PIASTRINICI TRASFUSI	PLASMASAFE TRASFUSO
ONCOEMATOLOGIA	52,9%	83,4%	88,1%
RIANIMAZIONE/TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	28,9%	15,9%	9,2%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15,2%	0,4%	1,8%
CHIRURGIA GENERALE	1,7%	0,0%	0,0%
ALTRE SPECIALITÀ MEDICHE	0,9%	0,2%	0,9%
PEDIATRIA	0,3%	0,0%	0,0%
MEDICINA INTERNA	0,1%	0,0%	0,0%
PRONTO SOCCORSO	0,1%	0,0%	0,0%

* si consideri che in questo caso si parla di "unità pediatriche", il cui volume delle diverse unità consegnate risulta ridotto rispetto a quelle a favore di pazienti adulti

La distribuzione di farmaci plasmaderivati (da plasma umano)

Il plasma raccolto e prodotto nelle UU.OO. di Medicina TrASFusionale da donatori della Regione Marche è avviato alla lavorazione industriale (si veda per approfondimenti il paragrafo "L'azienda di plasmaderivazione: il conto lavoro per i farmaci plasmaderivati") per l'ottenimento di farmaci plasmaderivati a favore dei pazienti (in regime di ricovero e ambulatoriale). Gli stessi sono esclusivamente distribuiti alle strutture attraverso le farmacie ospedaliere (non territoriali) che a loro volta le distribuiscono alle unità operative che ne fanno richiesta.

I farmaci che derivano dalla donazione di plasma sono:

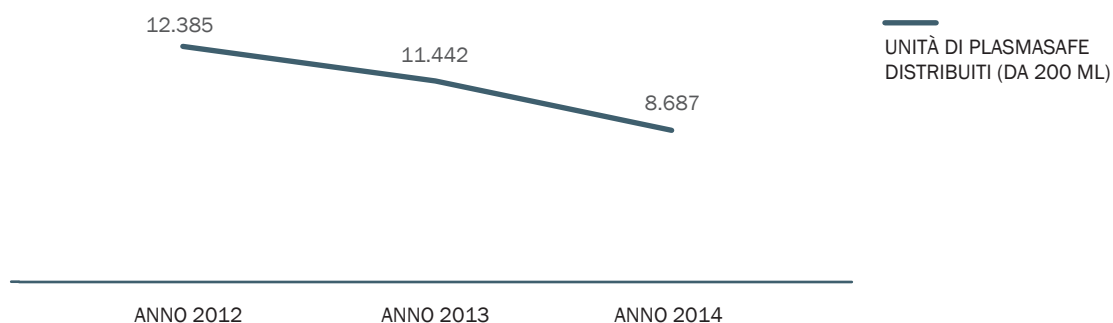
	FARMACO UTILIZZATO PER
ALBUMINA	Ristabilire il volume circolatorio e nelle sindrome proteinodisperdenti
IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA ASPECIFICHE	Sindromi da immunodeficienza primaria, bambini con AIDS congenito e infezioni ricorrenti, trapianto di midollo osseo allogenico, regolazione della risposta immunitaria
ANTITROMBINA III	La profilassi della trombosi venosa profonda e del tromboembolismo in situazioni di rischio clinico; la prevenzione della progressione della trombosi venosa profonda e del tromboembolismo. <i>È una sostanza che interviene nel processo di coagulazione del sangue</i>
FATTORE VIII	Il trattamento e la prevenzione delle emorragie in pazienti con emofilia A (patologia emorragica causata dalla carenza di fattore VIII di coagulazione)
FATTORE IX	Il trattamento e la prevenzione delle emorragie in pazienti con emofilia B (patologia emorragica causata dalla carenza di fattore IX di coagulazione)
COMPLESSO PROTROMBINICO	Il trattamento e la profilassi perioperatoria degli episodi emorragici nei casi di carenza acquisita dei tre fattori della coagulazione del complesso protrombinico (es: come la carenza causata da una terapia con antagonisti della vitamina K)
PLASMASAFE (<i>plasma di grado farmaceutico virus inattivato</i>)	Reintegrare perdite massive di sangue o per riequilibrare la coagulazione in mancanza dei fattori specifici

Si riportano, di seguito, i dati dei farmaci distribuiti nella Regione Marche negli ultimi 3 anni. Le informazioni contenute nei grafici che seguono possono divergere dagli effettivi consumi solo per la parte presente nei magazzini delle diverse farmacie o per i minimi quantitativi rimasti nelle diverse unità operative in attesa di utilizzo.

Tabella 140. Farmaci plasmaderivati distribuiti per tipologia

	2014	2013	2012
ALBITAL 200 G/L 50 ML	50.600	45.500	44.400
VENITAL 50 G/L 100 ML	22.988	22.536	22.017
EMOCLOT 1000 U.I.	5.520	6.562	6.696
ANTITROMBINA III 1000 U.I.	2.551	1.738	2.558
UMAN COMPLEX 500 U.I.	2.508	2.520	2.349
AIMAFIX 1000 U.I.	387	240	285

Figura 83. Unità di plasmasafe (da 200 ml) distribuiti



Le richieste dei farmaci plasmaderivati da parte delle strutture regionali

Allo scopo di fornire informazioni più dettagliate per tali tipologie di farmaci si riportano di seguito i dati della distribuzione distinti tra l'AOUOORR e le altre strutture regionali.

Tabella 141. Farmaci "Albumina" (in flaconi) distribuiti per struttura sanitaria regionale

STRUTTURA REGIONALE	ALBITAL 200 G/L 50 ML.
AOUOORR - SALESI	2,4%
AOUOORR - UMBERTO I/LANCISI	37,0%
ALTRE STRUTTURE REGIONALI	60,6%
Totale	100%

Tabella 142. Farmaci "Immunoglobuline endovena aspecifiche" distribuiti per struttura sanitaria regionale

STRUTTURA REGIONALE	VENITAL 50 G/L 100 ML.
AOUOORR - SALESI	2,0%
AOUOORR - UMBERTO I/LANCISI	11,8%
ALTRE STRUTTURE REGIONALI	86,2%
Totale	100%

Tabella 143. Farmaci "Fattore VIII" distribuiti per struttura sanitaria regionale

STRUTTURA REGIONALE	EMOCLOT 1000 U.I.
AOUOORR - SALESI	0,0%
AOUOORR - UMBERTO I/LANCISI	1,2%
ALTRE STRUTTURE REGIONALI	98,8%
Totale	100%

Tabella 144. Farmaci "ANTITROMBINA III 1000 U.I." distribuiti per struttura sanitaria regionale

STRUTTURA REGIONALE	ANTITROMBINA III 1000 U.I.
AOUOORR - SALESI	6,4%
AOUOORR - UMBERTO I/LANCISI	20,2%
ALTRE STRUTTURE REGIONALI	73,4%
Totale	100%

Tabella 145. Farmaci "UMAN COMPLEX 500 U.I." distribuiti per struttura sanitaria regionale

STRUTTURA REGIONALE	UMAN COMPLEX 500 U.I.
AOUOORR - SALESI	0,4%
AOUOORR - UMBERTO I/LANCISI	14,0%
ALTRE STRUTTURE REGIONALI	85,6%
Totale	100%

Tabella 146. Farmaci "AIMAFIX 1000 U.I." distribuiti per struttura sanitaria regionale

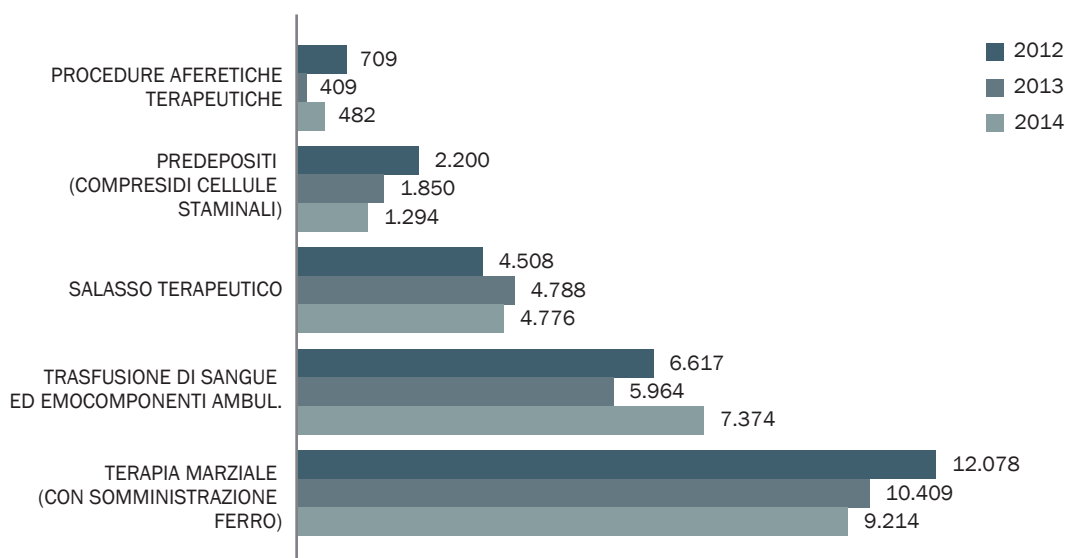
STRUTTURA REGIONALE	AIMAFIX 1000 U.I.
AOUOORR - SALESI	0,0%
AOUOORR - UMBERTO I/LANCISI	5,2%
ALTRE STRUTTURE REGIONALI	94,8%
Totale	100%

Le procedure diagnostiche e terapeutiche nelle UU.OO. di Medicina Trasfusionale

Per quanto attiene alle prestazioni erogate in regime ambulatoriale dalle diverse strutture sanitarie, specifico compito è assegnato anche alle UU.OO. di Medicina Trasfusionale. All'interno di esse, infatti, un'équipe medico-infermieristica espleta specifiche procedure:

- trasfusione di Emazie, Concentrati piastrinici; plasma svolta a livello territoriale a favore di soggetti non ricoverati (ambulatoriali);
- salasso terapeutico;
- predeposito a scopo autotrasfusionale;
- procedure aferetiche;
- attività infusionale;
- terapia marziale di supporto terapeutico con ferro;
- consulenza ai pazienti.

Figura 84. Procedure terapeutiche*



*Si consideri che, in aggiunta alle procedure indicate nella figura, è necessario considerare l'attività inerente e le visite e consulenze a favore dei pazienti, di cui non è stato possibile, ad oggi, reperire dati certi in quanto non registrate da tutte le UU.OO. nel software regionale.

L'autotrasfusione

L'autotrasfusione è una delle prestazioni di medicina trasfusionale, che consiste nel prelievo di sangue da un paziente per trasfonderlo allo stesso, in caso di necessità. L'attività di autotrasfusione richiede l'iniziale procedura di pre-deposito di sangue intero da parte del paziente.

Tabella 147. Numero di autotrasfusioni

	2014	2013	2012
SANGUE INTERO	1.163	1.637	2.120

Le procedure di emovigilanza per i pazienti

La segnalazione di eventi avversi - come previsto dal DM del 3 marzo 2005 - richiede il monitoraggio di tutte le reazioni inaspettate e gli incidenti gravi che possono verificarsi nell'intero processo trasfusionale. In merito ai pazienti i dati sono riportati nella tabella che segue.

Tabella 148. Notifiche emovigilanza sui pazienti (confronto quinquennale)

	2014	2013	2012
EFFETTI INDESIDERATI RICEVENTI	58	52	35
INCIDENTI GRAVI	3	3	2

2.6.4 I fornitori di beni e servizi

I fornitori di beni e servizi rappresentano un portatore di interesse a monte di tutti i processi trasfusionali. La loro attività consente, infatti, l'esecuzione di tutte le fasi. Il loro ruolo - sistematicamente - si esplica anche in una funzione di continua consulenza e supporto nella risoluzione di problematiche emergenti. Tra gli stessi si identificano:

- fornitori di beni (reagenti, materiali sanitari, materiali non sanitari) - i quali offrono anche una serie di servizi pre e post vendita (dalla programmazione all'assistenza);
- fornitori di servizi di consulenza, di trasporto e di informatizzazione - con i quali si configura una vera e propria partnership in quanto affiancano specifiche figure del Dipartimento nella gestione quotidiana delle attività e/o consentono il flusso produttivo;
- aziende che operano nel conto lavoro - tra le quali rientra il più rilevante degli accordi non formali di partnership "la produzione di farmaci plasmaderivati".

L'approvvigionamento centralizzato dei reagenti, materiali sanitari e non

Senza soffermare l'attenzione sui piccoli fornitori di materiali di consumo (che gravano sulla spesa regionale per le attività di medicina trasfusionale meno del 5%), è essenziale rilevare che nella Regione Marche è attivo il processo centralizzato regionale di approvvigionamento reagenti, materiali sanitari e non, affidato con gara a evidenza pubblica a aziende farmaceutiche. Il rapporto con le diverse aziende fornitrici è gestione dalla Commissione Approvvigionamento (in staff alla Direzione). L'intero sistema di gestione ordini e scorte è garantito dal sistema informativo regionale.

La partnership: esempi di collaborazione continua

Il supporto al sistema di qualità

Il sistema Qualità, ha per oggetto l'“Erogazione dei servizi di raccolta, lavorazione, conservazione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti e prodotti del sangue; Medicina Trasfusionale, sia diagnostica che terapeutica; coordinamento sul territorio delle attività trasfusionali; attività di Centro Regionale di riferimento per i difetti ereditari della coagulazione e l'assistenza ai pazienti affetti da malattie rare; sorveglianza dei pazienti in terapia anticoagulante orale; diagnostica coagulativa di primo e secondo livello; tipizzazione HLA dei candidati donatori di midollo osseo”.

Il termine “qualità” attraversa ogni singola fase - seppur minima - dei processi attuati in medicina trasfusionale. La Direttiva 2005/62/CE ha sancito alcuni pilastri di tale sistema a tutela di tutti gli attori del Sistema Trasfusionale, siano essi interni che esterni. Norme nazionali - sin dalla prima legge del 1967 hanno posto al centro di ogni disposizione e protocollo il concetto di “qualità”. Parlare di qualità significa anche rispetto di procedure e adempimenti legislativi a garanzia di uniformità e standardizzazione sul territorio regionale, nazionale e anche europeo.

A tal fine una specifica Commissione (Commissione Qualità) supportata da consulenti esperti ha predisposto negli anni sistemi che hanno consentito il perseguimento della certificazione ISO 9001-2008 e oggi sono a lavoro - unitamente a referenti regionali - per l'accreditamento richiesto dagli Accordi Stato Regioni 2010 e 2012 (di recepimento delle raccomandazioni europee).

Il lavoro della commissione qualità e dei consulenti ad oggi ha condotto all'elaborazione dei seguenti documenti. Allo scopo di verificare la corretta applicazione delle istruzioni operative richiamate periodicamente sono svolte procedure di audit interne. Inoltre, si svolgono i controlli esterni di processo e di prodotto, per mano di enti indipendenti allo scopo di testare l'applicazione di disposizioni normative.

Gli autisti a supporto del Laboratorio Centralizzato

Per consentire un efficace ed efficiente funzionamento del Laboratorio Centralizzato e, in generale, della struttura dipartimentale per le diverse richieste trasfusionali e non, il DIRMT ha implementato un sistema di trasporto, che garantisce quotidianamente la movimentazione di:

- campioni di sangue per l'esecuzione dei test di screening sulle donazioni dalle singole UU.OO. di Medicina Trasfusionale al Laboratorio Regionale di Sierovirologia e Biologia Molecolare;

- emocomponenti per compensazione territoriale tra le diverse UU.OO. di Medicina Trasfusionale;
- farmaci plasmaderivati per le farmacie ospedaliere dalla UU.OO. di Pesaro, Macerata e Ancona dove sono stoccati i farmaci a tutte le UU.OO. di Medicina Trasfusionale;
- materiali vari per la distribuzione alle strutture trasfusionali dall'U.O. di Ancona (che assolve il compito di deposito temporaneo) alle altre UU.OO. di Medicina Trasfusionale della Regione Marche;
- trasporto delle unità di SCO presso la Banca SCO Abruzzo secondo necessità (con mezzo dedicato).

Attualmente il servizio è effettuato utilizzando risorse umane

- 16 autisti, che svolgono l'attività "a rotazione"
- automezzi, secondo convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti - Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi".

Tabella 149. Attività della Rete di Trasporto

AUTISTI	FREQUENZA VIAGGI*	PERCORSO	KM PERCORSI	FASCIA ORARIA	ORE MAX DI VIAGGIO
1	GIORNALIERO	URBINO - PESARO - FANO - SENIGALLIA	220-250Km	dalle 9,00 alle 14,00 (flessibile)	5,5h circa (in cessione di servizi)
1	GIORNALIERO	FABRIANO - JESI - MACERATA	220-250Km	dalle 9,00 alle 14,00 (flessibile)	5,5h circa (in cessione di servizio)
1	GIORNALIERO	ASCOLI PICENO - SAN BENEDETTO DEL TRONTO - FERMO - CIVITANOVA MARCHE	220-250Km	dalle 10,30 alle 17,00	6h circa (riconosciute ore 6 in orario di servizio)
		COLLEGAMENTI CON OSPEDALE "SALESI" AL TERMINE DELLA FASCIA ORARIA INDICATA	-	dopo le 17,00	-
1	A CHIAMATA (ENTRO LE 36h DALLA RACCOLTA SCO)	BANCA SCO DI PESCARA	300-350Km	-	5,5 h circa (in cessione di servizi)

*media 303 viaggi/anno per ciascuna tariffa regionale (dal lunedì al sabato esclusi festivi)

I servizi informativi a supporto di tutta la rete regionale

Attualmente, tutta la gestione del software, i rapporti con la ditta fornitrice (MESIS Srl) e i possibili miglioramenti sono seguiti dalla Commissione Informatizzazione.

In particolare, tra gli applicativi software (richiesti da DRGM n. 529/2004 e successive modifiche DRGM n. 873/2008), sono presenti:

- amministrazione del magazzino centralizzato dei materiali sanitari, sacche e reagenti;
- amministrazione del magazzino centralizzato dei farmaci;
- costituzione del registro regionale donatori;
- emoteca regionale delle disponibilità reali;
- registro Regionale della MEN (Malattia Emolitica Neonatale);
- osservatorio epidemiologico;
- laboratorio centralizzato per lo screening delle unità di sangue e trapianti oltre alla gestione informatizzata di tutta la raccolta, la lavorazione e l'assegnazione a seguito delle richieste trasfusionali.

Le tappe salienti dell'informatizzazione regionale

2004

- (D.G.R.M. n. 529/2004) Identificazione delle modalità gestionali e operative del DIRMT e conseguente definizione degli applicativi software a supporto.

2007

- Completamento della rete telematica delle strutture trasfusionali del DIRMT.

2009-2010-2011

- Implementazione di nuove statistiche sul software regionale CRCC (inerenti attività trapiantologica, emovigilanza, gestione donatori e pazienti);
- configurazione, implementazione e avvio delle agende di prenotazione e del calendario delle donazioni (ancora parziale sul territorio regionale);
- studio di fattibilità e avvio del software TMM-reparti in sei strutture trasfusionali (da completare nelle altre UU.OO.);
- interfacciamento bidirezionale del software TMM con quello del laboratorio analisi per il trasferimento dei dati (parziale sul territorio regionale);
- studio di fattibilità per l'avvio di un sistema wireless di monitoraggio delle temperature dei frigoriferi e congelatori per l'area sovrazonale di Ancona e Pesaro;
- avvio di sistema di validazione a distanza per l'area sovrazonale di Pesaro e Ancona.

2012

- Manutenzione del software regionale;
- implementazione di TMM-reparti in altre strutture regionali;
- implementazione di nuove funzionalità nel software regionale (es: monitoraggio wireless temperature di congelatori e frigoriferi, validazione a distanza).

2013

- Unificazione dell'ultima struttura di Urbino nel database regionale;
- verifica e allineamento delle configurazioni delle 12 UU.OO.;
- verifiche e sistemazione dei fenotipi dei donatori, allo scopo di ulteriore controllo delle anagrafiche;
- gestione e visualizzazione della refertazione in pdf con archivio storico dei referti prodotti in tutte le strutture. Stampa da software TMM reparti da parte di ciascuna struttura utilizzatrice;
- interfacciamenti strumentazione presso il laboratorio regionale a seguito dell'acquisizione con procedura di gara 2012;
- avvio di TMM reparti (ai fini della tracciabilità completa delle richieste dalle strutture sanitarie) a Pesaro (AO Marche Nord) e presso l'INRCA (sede di Ancona);
- ottimizzazione funzionalità modulo web agenda regionale donatori;
- attivazione scheda MEN (Malattia Eemolitica del Neonato) per UU.OO. Di Ancona e di Jesi.

2014

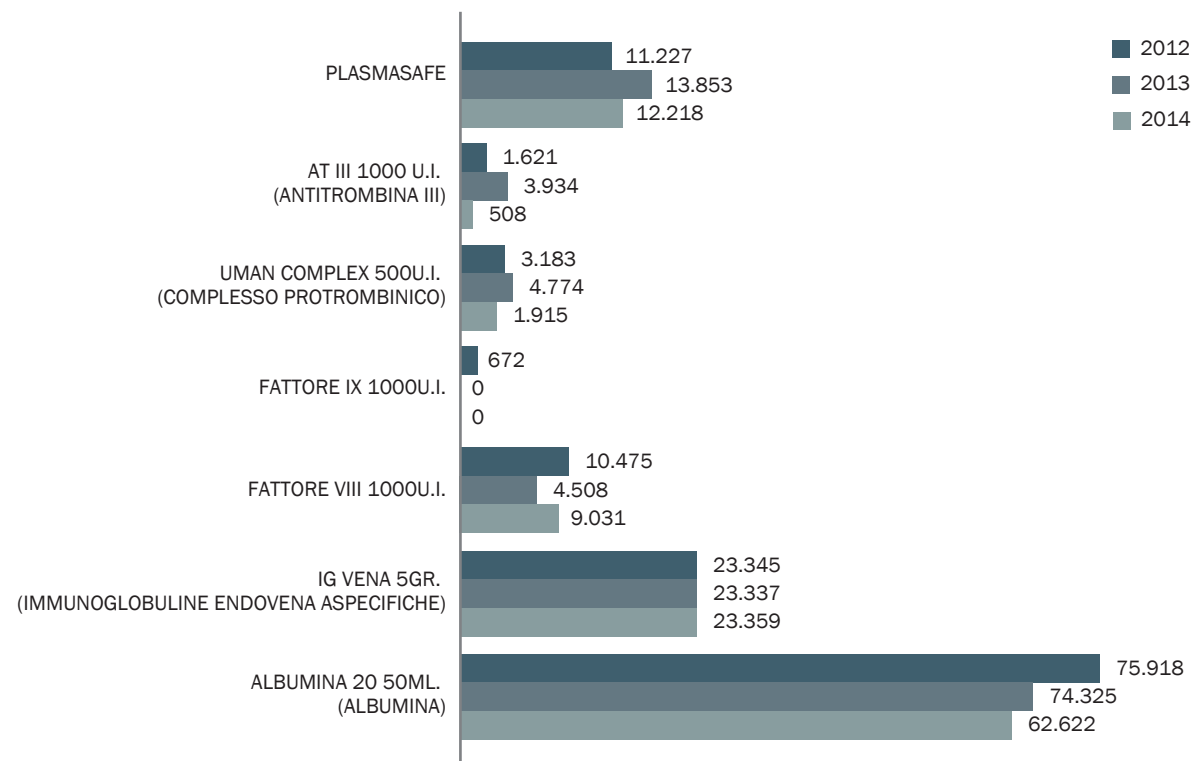
- Modifiche delle funzionalità di integrazione fra laboratorio regionale e sit delle regione, abbandonando la precedente gestione delle liste di lavoro informatizzate via files per sfruttare l'utilizzo del nuovo database regionale;
- nuovo avvio del software TMM-reparti presso il sit di Fano;
- aggiunta della schema men su TMM-reparti per i sit di Macerata, Civitanova, Fano e Fabriano;
- installazione del sistema web per la raccolta informatizzata in tempo reale anche nelle unità di raccolta non raggiunte dalla rete regionale;
- integrazione dei sistemi di raccolta sia per donazioni di sangue intero sia di aferesi su software TMM;
- implementazione di una nuova funzione per archiviare i documenti digitalizzati nella cartella clinica di TMM e conseguente avvio nel sit di Ancona e Jesi;
- valutazione delle difformità tra i sit nel software TMM, allo scopo di raggiungere una uniformità di configurazione e funzionalità del software.

L'azienda di plasmaderivazione: il conto lavoro per i farmaci plasmaderivati

Attualmente, nella Regione Marche la convenzione in essere è con l'azienda Kedrion Biopharma S.p.A.. La Kedrion S.p.A. provvede, previo avviso telefonico, a ritirare periodicamente il plasma giacente presso le Unità Operative nei volumi descritti nel paragrafo "La selezione e l'assegnazione degli emocomponenti". Su tali volumi l'azienda esegue le attività di controllo, di immagazzinamento del plasma, frazionamento industriale, condizionamento industriale, deposito e di distribuzione dei prodotti finiti. Eventuali unità da eliminare a seguito dei controlli, sono comunicati al Dipartimento (e al Centro Regionale Sangue, in staff alla Direzione del Dipartimento

Dai quantitativi avviati in produzione (grazie alla raccolta e lavorazione di plasma), sono stati ottenuti i volumi di farmaci riportati nella figura che segue.

Figura 85. Farmaci plasmaderivati ottenuti dalla lavorazione industriale



Le unità di farmaci plasmaderivati in surplus rispetto al fabbisogno regionale, sono tenute in scorta presso i magazzini dell'azienda di plasmaderivazione che si occupa delle distribuzioni mensili (secondo richieste coordinate dal Centro Regionale Sangue) alle varie farmacie ospedaliere dislocate sul territorio regionale.

45.613

Donatori attivi

73.561

Unità di sangue intero raccolte

23.944

Unità di plasmaferesi raccolte

216

Unità di personale in servizio

72.717

Unità di globuli rossi trasfusi

5.943

Unità di concentrati piastrinici assegnati

32.075

Kg di plasma inviati per la produzione di farmaci plasmaderivati

14.572.521€

Entrate economiche a disposizione del DIRMT



Terza sezione
La relazione Ambientale



3.1 Il progetto Green@Hospital: avviato il percorso verso la sostenibilità

Nel triennio 2012 - 2014, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona ha partecipato alla realizzazione del progetto [Green@Hospital](#) finalizzato alla ricerca di soluzioni sostenibili per il miglioramento dell'efficacia energetica delle strutture ospedaliere.

Ha collaborato, alla realizzazione del progetto, un consorzio coordinato da Loccioni e composto da 10 partner internazionali, tra cui 4 ospedali (AOU Ospedali Riuniti di Ancona - Italia, Chania Saint George - Grecia, Hospital de Mollet - Spagna, Hospital Universitario Virgen De Las Nieves - Spagna), 4 partner industriali (DALKIA Catalunya, DEERNS, IF Technology, Schneider Electric) e due centri di ricerca (IREC e la Technical University of Crete).

Ogni partner ha svolto uno specifico ruolo:

- i partner industriali hanno messo a disposizione le loro competenze in ambito di gestione dell'energia, dell'ingegneria, della geotermia e dell'automazione;
- i partner accademici hanno sviluppato algoritmi di controllo innovativi e supportato l'analisi con simulazioni;
- i partner ospedalieri hanno messo a disposizione la struttura per l'implementazione di soluzioni pilota.

I risultati dei tre anni di lavoro e le soluzioni testate in quattro ospedali europei avviano, di fatto, il percorso verso la sostenibilità, trasformando l'ospedale da struttura energivora a edificio intelligente, capace cioè di adattarsi alle condizioni esterne e di gestire in modo ottimale i consumi grazie al contributo delle moderne tecnologie ICT.

Tra gli edifici pubblici, infatti, gli ospedali sono tra i maggiori consumatori di energia, poiché richiedono un funzionamento 24 ore su 24 per l'intera settimana, senza possibilità di blackout e con diversi impianti che hanno bisogno di un apporto costante di energia, per garantire servizi a pazienti e caregivers.

L'obiettivo del Green@Hospital è stato creare un sistema di gestione dell'energia, basato su una piattaforma web, in grado di ottimizzare i consumi energetici all'interno degli Ospedali:

- facendo interagire le competenze cliniche dell'Ospedale e quelle tecnologiche del mondo industriale per dare vita a tecnologie e processi più sicuri ed efficienti volti a migliorare sensibilmente il percorso di cura del paziente;
- riducendo del 15% i consumi di energia all'interno delle strutture ospedaliere attraverso l'installazione di sistemi integrati di controllo, senza interventi strutturali.

Green@Hospital è stata l'occasione per individuare e testare 9 diverse soluzioni di risparmio energetico:

- presso questa Azienda sono state validate tecnologie per l'efficientamento energetico dell'infrastruttura IT e della climatizzazione del Data Center; sono state implementate nuove soluzioni per il controllo dell'illuminazione;
- nel Policlinico "S. George de la Canea" di Chania (Grecia) sono state applicate logiche di gestione dell'illuminazione e della climatizzazione basate sul rilevamento della presenza delle persone;
- nell'Ospedale Universitario "Virgen de las Nieves" di Granada (Spagna) è stata ottimizzata la gestione delle Unità Trattamento Aria e della climatizzazione del Data Center;
- presso l'Ospedale "Fundacio Sanitaria de Mollet" di Mollet - Barcellona (Spagna) il progetto ha permesso una gestione più efficiente del sistema di climatizzazione geotermico e della ventilazione delle sale operatorie.

Tutte le soluzioni testate hanno garantito la riduzione dei consumi energetici anche se in misura diversa in base alle tipologie di soluzioni installate e al contesto.

Nel caso dell'AOUOORR la priorità in ambito energetico è di garantire la sicurezza della fornitura evitando al massimo gli sprechi ed il progetto Green@Hospital ha permesso di risparmiare fino al 75% dell'energia utilizzata per illuminare gli ambienti dei reparti monitorati. Si calcola che, se le soluzioni testate venissero estese a tutti i locali dell'Ospedale potremmo risparmiare fino ad oltre 1 milione di euro all'anno, da reinvestire in servizi al paziente.

Dal punto di vista economico, l'analisi dei costi sostenuti per realizzare la soluzione e dei risparmi ottenuti, permette di fare una stima del tempo di ritorno dell'investimento ([PayBack Time](#)), se questo fosse sviluppato per tutta la superficie dell'Ospedale. Si ottiene, quindi, un tempo di ritorno pari a 4,9 anni; valore che potrebbe scendere notevolmente qualora le future installazioni, siano già preventivate, o siano fatte in concomitanza a rinnovamenti dell'Ospedale stesso.

La climatizzazione del Data Center di Ancona, invece, ha fatto registrare un valore di risparmio energetico abbastanza contenuto (4%), basso se confrontato con le altre soluzioni testate, ma interessante se si considera che il Data Center è di ultima generazione e già con bassi consumi. Di notevole interesse è il tempo di ritorno, pari a soli 1,3 anni.

Tabella 150. Progetto Green@Hospital: parametri di sostenibilità

OSPEDALI	SOLUZIONI ADOTTATE	RISPARMIO ENERGETICO (%)	RISPARMIO ECONOMICO ANNUALE (€)	RITORNO DELL'INVESTIMENTO (ANNI)	COSTO DELL'INVESTIMENTO (€)
AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA	ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE	75	830.000	4,9	4.076.000
	CLIMATIZZAZIONE DATA CENTER	4	740	1,3	1.000
POLICLINICO "S. GEORGE DE LA CANEA" DI CHANIA (GRECIA)	CLIMATIZZAZIONE IN PEDIATRIA	60	245.000	3,2	840.000
	ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE	57	17.000	16,0	270.000
OSPEDALE UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LAS NIEVES" DI GRANADA (SPAGNA)	CLIMATIZZAZIONE SALE OPERATORIE	17	29.000	3,0	86.700
	CLIMATIZZAZIONE AREA EMERGENZA	33	68.000	1,5	102.480
OSPEDALE "FUNDACIO SANITARIA DE MOLLET" DI MOLLET BARCELONA (SPAGNA)	CLIMATIZZAZIONE DATA CENTER	21	4.700	0,3	1.300
	CLIMATIZZAZIONE DELL'OSPEDALE	17	47.600	1,1	51.800
	VENTILAZIONE	25	40.500	0,4	15.300

Diverse sono le conclusioni maturate dall'esperienza Green@Hospital:

- importanti sono i risultati raggiunti dalle diverse soluzioni sperimentate che potranno essere replicate in occasione di nuovi interventi di manutenzione e ristrutturazione;
- positivo l'impatto del progetto sulle strutture dove sono state testate le soluzioni: la loro operatività è stata garantita senza apportare disagi a causa dei lavori sugli impianti ammodernati;
- ottimo l'impatto sulle persone che frequentano le strutture con il nuovo sistema di illuminazione che adatta la luce a secondo della presenza e della luminosità esterna garantendo confort superiori;
- straordinaria la visibilità che questa Azienda ha raccolto in ambito internazionale dalla partecipazione al progetto tenendo conto che il sito di progetto ha avuto oltre diecimila accessi da tutto il mondo.

3.2 Le politiche di smaltimento rifiuti

Lo smaltimento dei rifiuti nelle strutture sanitarie riveste notevole importanza in ragione della diversità e complessità della composizione dei rifiuti prodotti e dei rischi potenziali che la loro manipolazione implica per la salute e la sicurezza degli operatori sanitari, dei pazienti e per l'ambiente. Esso deve essere finalizzato a:

- diminuire la pericolosità dei rifiuti;
- favorire il reimpiego, il riciclaggio, il recupero, attraverso forme di raccolta differenziata (al fine di ridurre la massa dei rifiuti da smaltire);
- ottimizzare la raccolta, il trasporto e lo smaltimento.

La gestione dei rifiuti sanitari deve, pertanto, assicurare la minimizzazione dei rischi igienico-sanitari connessi alla loro manipolazione, rischi di natura prevalentemente infettiva, ma anche quelli derivanti dalla presenza di sostanze chimiche pericolose e di materiali taglienti. Essa presuppone, perciò, la preliminare individuazione della tipologia e delle caratteristiche dei rifiuti prodotti, separando i pericolosi dai non pericolosi, per l'impostazione di un adeguato programma di gestione.

In sintesi i rifiuti prodotti dall'AOUOORR possono essere classificati in:



Per la gestione dei rifiuti sanitari, ad esclusione dei rifiuti indifferenziati assimilati agli urbani, l'Azienda si avvale di ditte specializzate autorizzate al trasporto e allo smaltimento o recupero dei rifiuti prodotti.

L'Azienda da un decennio attua strategie organizzative e gestionali che hanno permesso alla stessa di seguire un percorso virtuoso e hanno garantito un miglioramento continuo delle performance in termini di riduzione dei rifiuti pericolosi e incremento dei rifiuti raccolti in maniera differenziata.

Le macro-azioni intraprese per raggiungere i predetti obiettivi sono:

- formazione continua del personale sanitario e degli operatori dei servizi appaltati;
- redazione del "Manuale sulla gestione dei rifiuti" e specifiche Istruzioni Operative;
- implementazione e ampliamento delle raccolte differenziate;
- sorveglianza e controllo nelle unità produttive;
- monitoraggio dei dati di produzione.

Altre azioni più capillari sono state intraprese per fronteggiare problematiche specifiche:

- introduzione del sistema di raccolta liquidi biologici presso le Terapie Intensive con apposito apparecchio per evitare qualsiasi intervento manipolativo da parte degli operatori;
- riorganizzazione della gestione dei liquidi dell'Anatomia Patologica. I liquidi reflui dalle attività laboratoristica vengono eliminati direttamente dai banchi di lavoro con impianti di scarico a cisterne separate per tipologia di rifiuto pericoloso.

Tabella 151. Rifiuti sanitari pericolosi per codice, espressi in kg prodotti (triennio 2012-2014)

	TOTALE RIFIUTI PRODOTTI		
	ANNO 2014	ANNO 2013	ANNO 2012
ALTRI SOLVENTI ORGANICI, SOLUZIONI DA LAVAGGIO ED ACQUE MADRI	0,00	0,00	0,00
TONER PER STAMPANTI ESAURITI	321,00	303,40	685,70
SOLUZIONI DI SVILUPPO E ATTIVANTI A BASE ACQUOSA	28,50	304	245,00
SOLUZIONI FISSATIVE	28,00	358,00	260,00
CARTA E PELLICOLA PER FOTOGRAFIA CONTENENTI ARGENTO O COMPOSTI D'ARGENTO	0,00	0,00	0,00
IMBALLAGGI CARTA E CARTONE	232.000,00	233.080,00	212.510,00
IMBALLAGGI IN PLASTICA	116.060,00	74.380,00	66.520,00
IMBALLAGGI IN MATERIALI MISTI	0,00	0,00	0,00
IMBALLAGGI IN VETRO	99.981,10	149.896,20	270.926,45
APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI CLUOROFLUOROCARBURI	509,00	578,00	208,00
APPARECCHIATURE FUORI USO	1.817,00	1.898,00	3.416,00
BATTERIE ALCALINE	306,00	286,70	285,00
RIFIUTI MISTI DERIVANTI DA DEMOLIZIONI E COSTRUZIONI	0,00	0,00	0,00
RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (RIFIUTI SPECIALI)	604.752,45	562.655,75	578.843,20
RIFIUTI CHE NON DEVONO ESSERE RACCOLTI E SMALTITI APPLICANDO PRECAUZIONI PARTICOLARI PER EVITARE INFEZIONI (RIFIUTI SPECIALI)	6.595,60	4.437,80	1.507,60
SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE	43.223,30	39.545,90	35.938,80
SOSTANZE CHIMICHE	0,00	0,00	0,00
MEDICALI	559,35	586,70	626,55
TUBI FLUORESCENTI ED ALTRI RIFIUTI CONTENENTI MERCURIO	0,00	9	0,00
BATTERIE ED ACCUMULATORI	0,00	0,00	0,00
METALLO	1980	0,00	0,00
RIFIUTI INGOMBRANTI	1840	0,00	0,00
Totale	1.110.001,30	1.068.319,45	1.171.972,30

Il dato più significativo nella produzione di rifiuti 2014 è rappresentato dalla diminuita produzione di rifiuti da imballaggi in vetro ed un aumento contestuale della produzione degli imballaggi in plastica. Tale variazione è da ricondurre all'effetto della nuova gara regionale farmaci, la cui applicazione è stata avviata dal 1 aprile 2014. Infatti, il capitolato della nuova gara raccomanda l'acquisto di soluzioni infusionali in contenitori alternativi al vetro per motivi di sicurezza legati a ridurre eventuali incidenti causati dalla incidentale rottura dei contenitori di vetro e per diminuire il peso e, quindi, ridurre il rischio da movimentazione dei carichi.

Altro dato significativo, è rappresentato dall'aumento della produzione di rifiuti pericolosi a rischio infettivo (cod. 180103) legato presumibilmente ad un incremento di pazienti ricoverati per i quali si rende necessario adottare le precauzioni da isolamento da contatto. Tali precauzioni, infatti, prevedono lo smaltimento di tutto il materiale utilizzato per il paziente nei rifiuti pericolosi a rischio infettivo in quanto potenzialmente contaminato. Tale pratica, se da un lato comporta un aumento della produzione di rifiuti, dall'altro si traduce in una riduzione del rischio di propagazione delle infezioni nosocomiali.

Inoltre, l'aumento di rifiuti cod. 180104 (rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni) è da ricondurre anche per questo anno, come per il 2013, allo smaltimento della seconda trincea dei vetrini di vecchia data e non più leggibili presenti nell'istoteca del servizio di anatomia patologica. Tale conferimento specifico è ammontato per il 2014 a 5.690 kg, mentre per il 2013 a 3.640 kg. Pertanto, al contrario di quanto appare, scorporando l'ammontare dello smaltimento vetrini negli archivi, si assiste per la produzione corrente dei rifiuti cod. 180104 ad una sostanziale costanza di produzione nel triennio.

3.3 Le politiche di risparmio energetico

5%

Riduzione consumo
di energia elettrica
e acqua
(dal 2012 al 2014)

5%

Riduzione dei rifiuti
pericolosi
(dal 2012 al 2014)

Tabella 152. Consumi energetici (triennio 2012-2014)

TIPOLOGIA DI CONSUMO	UNITÀ DI MISURA	ANNO 2014		ANNO 2013		ANNO 2012	
		CONSUMI TOTALI	AL METRO QUADRATO	CONSUMI TOTALI	AL METRO QUADRATO	CONSUMI TOTALI	AL METRO QUADRATO
ENERGIA ELETTRICA	MWH	24.787	0,1472	24.912	0,1480	25.647	0,1524
GAS METANO	NMC	6.541.570	38,8595	6.378.871	37,8930	4.192.729	24,9065
ACQUA	MC	183.931	1,0926	181.858	1,0803	194.394	1,1548

Per meglio comprendere i dati di consumo energetico è necessario richiamare il contratto di fornitura (tramite global service) attualmente in essere. La norma UNI 10685/1998 definisce global service quel [“contratto basato sui risultati, che comprende una pluralità di servizi sostitutivi delle normali attività di manutenzione, con piena responsabilità dei risultati da parte dell'Assuntore”](#).

In particolare, il servizio energia, aggiudicato nel 2008, ha come importo di canone annuale euro 8.059.259 (IVA esclusa e al netto degli incrementi ISTAT), importo nel quale sono compresi i compensi per le forniture di energia elettrica, gas metano ed acqua, oltre i servizi di manutenzione e lavori.

In particolare, da considerare che, nel mese di agosto 2012 si è conclusa la realizzazione della centrale di cogenerazione (realizzazione prevista come intervento obbligatorio dal capitolato tecnico prestazionale, il cui costo è risultato a carico del canone) e messi in esercizio i due gruppi di cogenerazione. Il gestore degli impianti e della cogenerazione ha facoltà di produrre energia elettrica per l'AOUOORR e di immettere nella rete esterna la produzione in esubero - condizione esercitata sin dal 2012 e 2013. Ciò spiega l'incremento del consumo di gas metano registratosi progressivamente nel triennio 2012-2014. Si confermano i consumi interni di energia elettrica, mentre di registra un lievissimo incremento del consumo di acqua rispetto al 2013 (+ 1%).

3.4 La relazione ambientale del Sistema Trasfusionale della Regione Marche

Si consideri che allo stato attuale non sono stati ancora poste in essere procedure dettagliate atte a comprendere i quantitativi di rifiuti smaltiti e i consumi energetici di tutte le UU.OO. di Medicina Trasfusionale afferenti al Dipartimento, le quali - si ricorda - sono allocate nelle diverse Aziende Sanitarie e ospedaliere della Regione Marche, le quali gestiscono i flussi e le spese di tali voci ad impatto ambientale. Una prima attività di monitoraggio consente di raccogliere le informazioni che seguono.

L'impatto ambientale delle attività di raccolta e lavorazione in Medicina Trasfusionale regionale

Le diverse entità si sono dotate di procedure più o meno formalizzate ed, ad esempio, alcune Aziende Sanitarie/zone territoriali hanno redatto e reso operativo un vero e proprio "manuale di gestione dei rifiuti sanitari". Il fattore comune di tutte le realtà della Regione, è la mancanza di un sistema informativo fisico dei diversi quantitativi smaltiti distinti per Unità Operativa e singola attività.

Tale lacuna non permette, ad oggi, l'identificazione puntuale del quantitativo dei materiali smaltiti e utilizzati in Medicina Trasfusionale.

Una verifica nelle singole UU.OO. ha fatto, però, emergere che sono in essere tutti gli adempimenti necessari nel rispetto, non solo della normativa vigente, ma anche a garanzia della protezione e salute dei lavoratori, degli utenti e dell'ambiente in generale. Ci si riferisce in particolare ai contenitori differenziati, alla cartellonistica diffusa, alle norme di comportamento comunicate ai diversi utilizzatori.

Inoltre, un dialogo con i diversi operatori ha fatto emergere la prassi diffusa del confezionamento, secondo convenzioni aziendali, dei materiali da destinare allo smaltimento, in plichi, sacchi, contenitori per liquidi e invio degli stessi a centri aziendali aventi la funzione di curarne l'evasione.

L'impatto ambientale del Laboratorio Regionale di Sierovirologia e Biologia Molecolare

Si consideri che - in questo caso - lo smaltimento dei rifiuti segue le indicazioni delle procedure in essere presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona, sede del Laboratorio stesso. Anche se non sono stati raccolti indicatori fisico-tecnici specifici, in questo caso, si è potuto stimare i quantitativi grazie alla corretta esplicitazione dei flussi di lavoro.

1.

550.00

89.5

50.

Quarta sezione
La relazione economica



153.473 €
77.690 154.720
303.670
520 23.515
502 € 228
77.690
10.343
€ 47.010
€

4.1 Le relazioni economico-finanziarie con i diversi stakeholder

Per la prima volta, il sistema informativo-contabile - che esprime i flussi di gestione dell'AOUOORR per l'anno 2014 - è stato analizzato con lo scopo di porre in evidenza le informazioni economico-finanziarie che illustrano le relazioni con i diversi stakeholder. I principali dati di ricavo e di costo - volti a descrivere rispettivamente i contributi ricevuti e le risorse impiegate - sono stati riclassificati e attribuiti a ciascuna categoria di soggetti in grado di influenzare e/o di essere influenzata dall'attività aziendale. La suddivisione dei dati economici per stakeholder consente di valutare quale sia la provenienza delle risorse e quale sia l'impiego economico-sociale effettuato, verificando così l'esistenza di una allocazione delle risorse funzionale alla crescita non solo dell'azienda, ma dell'intero network di soggetti che operano per il perseguimento della tutela della salute.

Precisazione metodologica

Alcuni valori economici (compresi nella denominazione "sopravvenienze" e "insussistenze") che esprimono rettifiche di voci di costo o ricavo - dovuti principalmente a eventi imprevisti, integrazioni o storni per valori di competenza dell'anno precedente o a errori di contabilizzazione - sono riportati nelle singole tabelle, ma delle stesse non è data specifica spiegazione data la varietà della natura delle operazioni alle quali si riferiscono e la non rilevanza dei valori, se trattati singolarmente. Negli stessi aggregati sono inseriti i costi o i ricavi per rimborsi delle spese viaggio, vitto, alloggio o altro erogate alle diverse professionalità afferenti alle strutture di

riferimento (dall'azienda AOUOORR a favore delle risorse umane operanti in aziende o enti esterni, dalle quali ricevono supporto e consulenza o, viceversa, per gli stessi motivi, all'azienda AOUOORR per i propri dipendenti).

Sono, inoltre, esclusi dalla trattazione del presente capitolo, i valori economici riferiti ad ammortamenti su beni sanitari e non sanitari e ad accantonamenti a fondi che per loro natura rappresentano rispettivamente voci di costo pluriennali ripartiti tra gli esercizi di vita utile di un bene del patrimonio aziendale e quote accantonate dall'azienda, per far fronte a degli impegni incerti sia per il loro ammontare che per la loro scadenza.

Regione Marche

La Regione Marche è l'ente di governo che guida, indirizza e verifica l'operato dell'AOUOORR attraverso l'emanazione degli indirizzi di programmazione sanitaria ed economica, demandati dallo Stato (Ministero della Salute - Sistema Sanitario Nazionale; Ministero dell'Economia e Finanza) alle Regioni.

Ha competenze decisionali sul riparto del Fondo Sanitario Regionale, che esprime l'ammontare delle risorse da destinare ai vari enti del Sistema Sanitario Regionale per garantire i livelli essenziali di assistenza dei cittadini della Regione Marche. Il suo ruolo, da un lato, è di supervisione, approvazione e controllo sulle risorse distribuite e, dall'altro, di affiancamento e di supporto alle necessità e alle iniziative degli attori che operano verso il raggiungimento del fine istituzionale di tutela della salute pubblica.

In questa ottica si può leggere la tabella che segue: i contributi per investimenti, per attività di ricerca e didattica, per il sostegno della spesa farmaceutica o per portare avanti in modo efficiente ed efficace le attività ad alta specializzazione e l'attività di emergenza (ambiti specifici dell'Azienda Ospedaliera) rappresentano un supporto economico, che l'ente Regione riconosce all'Azienda. In particolare, i contributi erogati per complessità, attività di ricerca e per attività didattica testimoniano la "dinamicità" della struttura ospedaliera universitaria in funzione dello sforzo di miglioramento della qualità dei servizi, miglioramento che in questo ambito non può che avvenire attraverso la ricerca e la formazione. Conforto a questa lettura dei dati sta nel peso che tale voce assume rispetto al totale dei ricavi (valore della produzione in tabella 168): si tratta, infatti, del 4,5%.

Contestualmente l'AOUOORR sopporta alcuni costi legati prevalentemente a servizi erogati dalla Regione (accreditamento corsi di formazione ECM, stesura verbali su delibere, consulenze amministrative, mantenimento di software per lo scambio di informazioni con la Regione).

Tabella 153. I flussi economico-finanziari che caratterizzano la relazione con la Regione Marche (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
FONDO DI RIEQUILIBRIO	0	65.850.000,00
CONTRIBUTI PER COMPLESSITÀ, PER ATTIVITÀ DI RICERCA E PER ATTIVITÀ DIDATTICA	0	17.056.792,44
QUOTA IMPUTATA ALL'ESERCIZIO DEI FINANZIAMENTI O CONTRIBUTI PER INVESTIMENTI	0	9.709.809,63
CONTRIBUTI EXTRA FONDO VINCOLATI AL NETTO DELLE QUOTE UTILIZZATE PER INVESTIMENTI	0	6.219.683,15
CONTRIBUTI PER ATTIVITÀ DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	0	5.635.835,91
SOSTEGNO SPESA FARMACEUTICA (PAY BACK)	0	3.064.573,40
SOPRAVVIVENENZE ATTIVE, RIMBORSI E RECUPERI	0	567.367,73
RICAVI PER SERVIZI SANITARI E NON SANITARI (PER PRESTAZIONI A FAVORE DI RISORSE UMANE OPERANTI ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE DELLA REGIONE)	0	53.443,85
COSTI PER ALTRI SERVIZI NON SANITARI	25.019,00	0
INSUSSISTENZE, RIBASSI E ARROTONDAMENTI PASSIVI	3.456,65	0

Gli altri Enti: Aziende Sanitarie del SSR e SSN

L'AOUOORR, in quanto Azienda Ospedaliera con alte specializzazioni, offre prestazioni ai pazienti sia residenti nel territorio della Regione Marche sia al di fuori dei confini regionali. Allo stesso tempo, per specifiche necessità, richiede alcuni servizi alle altre aziende del network sanitario.

Premessa

Allo scopo di comprendere i flussi tra le diverse aziende del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale occorre una premessa: come brevemente richiamato nella Relazione Sociale, il Fondo Sanitario Nazionale è distribuito tra le diverse Regioni in relazione al numero dei residenti e altri parametri che esprimono i bisogni e i caratteri socio-assistenziali del territorio dalle stesse coperto. In ottemperanza ai disposti normativi, tali risorse sono erogate dalla Regione - a cascata - alle Aziende Sanitarie locali presenti sul territorio regionale, anche in questo caso in relazione ai residenti e alle variabili socio-sanitarie opportunamente definite nel Piano Sanitario Regionale. Nel caso in cui un paziente riceve prestazioni dall'Azienda AOUOORR, è l'Azienda Sanitaria locale a cui afferisce territorialmente il paziente che rimborsa l'AOUOORR per le prestazioni erogate, senza che ciò comporti un'ulteriore esborso da parte del cittadino che richiede la prestazione (ad eccezione della compartecipazione con ticket che sarà illustrata nel paragrafo dedicato ai pazienti, in quanto da essi elargito). Le Aziende Sanitarie locali in tal caso sono soggetti acquirenti di prestazioni (a nome e per conto dei cittadini residenti nell'area dalle stesse coperta): le risorse ricevute vengono trasferite all'azienda che ha effettuato il servizio (in tal caso l'assistito ha scelto una struttura assistenziale esterna ovvero un presidio diverso da quello operante nell'ambito della propria ASL). L'ammontare del rimborso è differente se si ricevono prestazioni in regime ambulatoriale o in regime di ricovero. Di fatto, le prestazioni ambulatoriali

sono rimborsate sulla base delle tariffe presenti nel nomenclatore tariffario regionale, le prestazioni in regime di ricovero sono rimborsate tenuto conto dei Diagnostic Related Group - DRG. Il sistema tariffario fissa il valore delle prestazioni, imponendo di conseguenza alla struttura un costante impegno rivolto alla massimizzazione del volume delle attività erogate, in presenza di forti vincoli organizzativi e logistici e con l'obiettivo di salvaguardare i livelli qualitativi dei servizi prestati la cui realizzazione è orientata la gestione aziendale. Le tariffe vengono definite sulla base di costi standard di produzione commisurati a livelli di efficienza medi, incentivando verso il perseguimento di tali livelli e, quindi, verso una standardizzazione degli iter diagnostico-terapeutici e delle attività di supporto ai processi di erogazione. Il sistema di finanziamento pubblico a tariffa predeterminata è stato applicato alle prestazioni (ambulatoriali e ospedaliere) associandole a sistemi di misurazione del prodotto ospedaliero in regime di ricovero e al sistema di classificazione fondato sui DRG (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi), i quali dividono classi di ricovero clinicamente significative ed omogenee in relazione all'assistenza prestata e al consumo di risorse. Con l'introduzione di politiche tariffarie si cerca di incentivare i livelli di efficienza garantendo la qualità del servizio e perseguendo obiettivi di equità ed di universalità nella fruizione dei servizi collettivi. I servizi qualitativamente più elevati allo stesso prezzo risconteranno probabilmente una crescita della domanda per le prestazioni di servizi con un conseguente incremento di risorse per l'azienda.

Tabella 154. Le principali differenze tra Aziende Sanitarie locali e Aziende Ospedaliere (anno 2014)

	Aziende Sanitarie LOCALI	AZIENDE OSPEDALIERE
FUNZIONE	GARANTIRE I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	UNICAMENTE PER PRODURRE SERVIZI
Flussi di finanziamento	Provenienti da trasferimenti dello Stato in sede di programmazione ↓ assegnazioni ricevute per acquistare le risorse del processo di erogazione sanitarie oppure ad acquistare prestazione da altre unità di erogazione (ASL, ospedali, strutture accreditate).	Provenienti totalmente dai volumi di prestazioni erogate

Considerata la premessa di cui sopra, la tabella che segue evidenzia come oltre 221 milioni di euro sono stati ricevuti nel 2014 per prestazioni erogate ai pazienti residenti sul territorio regionale e quasi 28 milioni da altre aziende fuori Regione. Allo stesso tempo, più di 600 mila euro è stato impiegato dall'azienda AOUOORR per acquistare prestazioni e beni da aziende del territorio nazionale, a favore dei pazienti trattati all'interno della struttura. I contributi ricevuti da aziende del SSN rappresentano per lo più riconoscimenti per specifici progetti di miglioramento continuo promosse dall'AOUOORR in collaborazione con l'ente/struttura erogante.

Tabella 155. I flussi economico-finanziario che caratterizzano la relazione con le aziende del Servizio Sanitario Regionale (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	0,00	221.790.500,83
SOPRAVVIVENENZE ATTIVE	0,00	20.888,44
RECUPERI, RIMBORSI E RIVALSE	0,00	8.959,76
COSTI PER SERVIZI SANITARI	162.921,91	0,00
COSTI PER ALTRI SERVIZI NON SANITARI	1.133,25	0,00
INSUSSISTENZE PASSIVE	133.906,73	0,00

Tabella 156. I flussi economico-finanziario che caratterizzano la relazione con le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	0,00	27.855.471,38
CONTRIBUTI EXTRA FONDO VINCOLATI	0,00	19.521,60
SOPRAVVIVENENZE ATTIVE, RIMBORSI E RECUPERI	0,00	58.221,51
ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE	479.981,54	0,00
ACQUISTI DI BENI SANITARI	197.358,70	0,00
COSTI PER SERVIZI NON SANITARI	11.883,02	0,00
INSUSSISTENZE E SOPRAVVIVENENZE PASSIVE	5.928,50	0,00

Gli altri Enti: le istituzioni e gli enti non sanitari regionali, nazionali o stranieri

I flussi di scambio esistono anche con altri enti che non sono propriamente del Servizio Sanitario, sia esso nazionale o regionale. Si riconducono, in questo aggregato enti, quali specifici organismi deputati alla ricerca o all'innovazione o anche agenzie regionali che operano a favore della tutela ambientale. Con essi l'AOUOORR si rapporta al fine di promuovere e sviluppare iniziative di ricerca su determinati aspetti (alimentari, nutrizionali, infettivologici, etc.), per i quali riceve contributi specifici e sopporta costi di gestione. Altro flusso di entrata è rappresentato dalle prestazioni che tali enti sostengono per i dipendenti dell'AOUOORR.

Tabella 157. La relazione economico-finanziaria con le altre istituzioni Nazionali, Regionali e Straniere (anno 2014)

	ALTRE ISTITUZIONI NAZIONALI		ALTRE ISTITUZIONI REGIONALI		ALTRE ISTITUZIONI STRANIERE	
	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
CONTRIBUTI EXTRA FONDO VINCOLATI	0,00	312.374,52	0,00	1.452.281,06	0,00	0,00
RIMBORSO INPS E INAIL PER IL PERSONALE	0,00	57.117,96	0,00	212.166,24	0,00	0,00
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE	0,00	41.260,53	0,00	73.309,64	0,00	49.808,32
SOPRAVVENIENZE ATTIVE, RIVALSE E RIMBORSI	0,00	85.740,13	0,00	7.324,65	0,00	7.016,00
ACQUISTI DI BENI SANITARI	1.182,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ACCANTONAMENTO PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI	7.514,08	0,00	1.445.454,26	0,00	0,00	0,00
COSTI PER SERVIZI NON SANITARI	17.482,00	0,00	46.926,72	0,00	0,00	0,00
IMPOSTE E TASSE	6.722,00	0,00	761.728,49	0,00	0,00	0,00

Focus sui rapporti con l'Unione Europea

Un focus merita i rapporti che si instaurano con gli organismi dell'Unione Europea (prevalentemente con membri di specifiche Commissioni) e mirati allo sviluppo di progetti e iniziative di ricerca applicata ai diversi ambiti di diagnosi e cura.

Tabella 158. La relazione economico-finanziaria con l'Unione Europea (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
CONTRIBUTI VINCOLATI	0,00	62.173,95
ALTRE SOPRAVVENIENZE ATTIVE	0,00	1.557,37
ACCANTONAMENTO PER QUOTE INUTILIZZATE CONTRIBUTI VINCOLATI DA PRIVATI	28.858,46	0,00
COSTI PER SERVIZIO DI RISTORAZIONE E MENSA	810,00	0,00

È convinzione comune che si debba fare molto di più per sviluppare il rapporto con l'Unione Europea.

Al di là, infatti, della indiscutibile utilità dello scambio e della circolazione delle informazioni, nell'ambito della ricerca è ormai a tutti noto che le risorse si possano rintracciare quasi solo a livello europeo, secondo una logica di competizione virtuosa che metta a confronto strutture nazionali in funzione della loro capacità.

Focus sui rapporti con l'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM)

Il rapporto con l'UNIVPM rappresenta uno dei principali punti di forza dell'Azienda ed è, quindi, importante valutarne anche la dimensione economica.

In questo paragrafo, ciò che si rendiconta sono i rapporti "istituzionali", concentrati prevalentemente sui costi che l'AOUOORR sostiene per servizi sanitari e non sanitari.

Tabella 159. La relazione economico-finanziaria con l'Università Politecnica delle Marche

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE (PER PRESTAZIONI EROGATE A PERSONALE DELL'UNIVPM)	0,00	170.215,47
SOPRAVVIVENENZE ATTIVE, RIVALSE E RIMBORSI	0,00	99.472,17
CONTRIBUTI EXTRA FONDO VINCOLATI	0,00	1.734,20
COSTI PER CONVENZIONI AMMINISTRATIVE E GESTIONALI	12.200,00	0,00
COMPENSI PER MEMBRI ESTERNI DI COMMISSIONI	92.859,74	0,00
ACQUISTI DI PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA	5.189,44	0,00

Le risorse umane

I flussi con gli individui che prestano la loro attività lavorativa nell'AOUOORR esprimono lo sforzo del personale dipendente del SSN e afferente alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche nel perseguire i bisogni dei pazienti, sia in termini di erogazione di prestazioni sanitarie che in termini di progresso della ricerca scientifica. Si consideri che la relazione con l'Università rappresenta una relazione che assume connotati diversi rispetto a quello con altri stakeholder in tutto e per tutto considerabili come soggetti esterni: in tal caso, infatti, se da un punto di vista giuridico, gestionale ed economico, le due entità, AOUOORR e Università, sono ben distinte, nella operatività quotidiana esiste un intreccio di relazioni e disupporto reciproco che va ben al di là del dato contabile riportato in tabella. Le professionalità e le competenze dei docenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, infatti, sono parzialmente a disposizione della cura dei pazienti dell'AOUOORR. Ciò trova ragione nel carattere strategico dell'AOUOORR: Azienda non solo ospedaliera ma universitaria. È per l'importanza strategica di una continua attività di formazione e di aggiornamento professionale che l'AOUOORR impiega risorse e tempo del proprio personale.

Tabella 160. La relazione economico-finanziaria con le risorse umane (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
SOPRAVVIVENENZE ATTIVE, RIVALSE E RIMBORSI	0,00	174.982,91
ALTRI RICAVI PROPRI NON CARATTERISTICI	0,00	46.301,21
RETRIBUZIONE LORDA	181.940.894,01	0,00
COMPETENZE ACCESSORIE PERSONALE UNIVERSITARIO - AREA SANITARIA	5.573.374,81	0,00
COSTI PER ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE	4.780.259,85	0,00
PREMI DI ASSICURAZIONE - R.C. PROFESSIONALE	611.839,48	0,00
INDENNITÀ ORGANI DIRETTIVI E COLLEGIO SINDACALI	535.178,22	0,00
CONSULENZE A FAVORE DI TERZI RIMBORSATE	545.926,21	0,00
SPESE PER CORSI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	376.067,16	0,00
RIMBORSI SPESE PERSONALE DIPENDENTE E ORGANI	47.262,27	0,00
COMPENSI AI DOCENTI INTERNI	19.747,40	0,00
SOPRAVVIVENENZE PASSIVE	1.015.648,01	0,00
SPESE LEGALI E INTERESSI DI NATURA FINANZIARI	3.950,42	0,00

Benché ovvio, appare sempre importante sottolineare come i costi per il personale rappresentino la voce più importante tra le uscite dell'AOUOORR. E questo non per minimizzare i valori eccessivi in un'ottica oramai ampiamente diffusa presso tutti coloro si trovino a commentare la composizione della spesa pubblica specie quella sanitaria; al contrario qui si vuole enfatizzare l'aspetto positivo di costi che, innanzitutto, vengono riversati sul territorio, innervandone il tessuto economico e arrecando beneficio all'economia locale, ma soprattutto costituendo il primo e più significativo indicatore di quale sforzo compia l'AOUOORR per garantire alti livelli di qualità nell'erogazione dei servizi sanitari.

I Pazienti

Il flusso economico di entrata dai pazienti è principalmente rappresentato dal valore di tutte le prestazioni erogate in libera professione dal personale dell'AOUOORR e dal contributo (con ticket) corrisposto dal cittadino.

Tabella 161. La relazione economico-finanziaria con i pazienti (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE (IN LIBERA PROFESSIONE)	-	10.023.184,47
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	-	4.422.797,90
PROVENTI DA DONAZIONE E LIBERALITÀ DIVERSE	-	46.309,98
RICAVI PER POSTI LETTO A PAGAMENTO	-	7.227,33
DIRITTI PER RILASCIO CERTIFICAZIONI, CARTELLE CLINICHE E FOTOCOPIE	-	116.063,87
ALTRI RICAVI E PROVENTI	-	138.143,18
SOPRAVVIVENENZE ATTIVE, RIVALSE E RIMBORSI	-	103.461,58

La tabella ora esposta costituisce, in qualche modo, una espressione dello sforzo di “perequazione” che la normativa vigente e l'AOUOORR pongono in essere per ridurre il peso dei costi sanitari sulla fiscalità generale, cercando di spostarlo sugli utenti in funzione però della capacità reddituale di ciascuno. È evidente che si tratta di una quota piuttosto ridotta rispetto al valore complessivo della produzione, ma rappresenta pur sempre un segnale della direzione che le strutture sanitarie regionali devono prendere per non ridurre in futuro la capacità di rispondere ai problemi della cittadinanza. Una corretta strategia di maggiore equità nella copertura della spesa sanitaria non può prescindere da una attenta analisi di questi dati. Il disporre di informazioni così dettagliate e puntuali rappresenta, perciò, il punto di partenza per l'adozione di regole a tutela delle fasce più deboli della popolazione.

Altri soggetti privati

L'AOUOORR ha anche rapporti con operatori privati dai quali provengono delle entrate per utilizzo spazi e canoni di affitto per servizi che i pazienti possono ricevere all'interno della struttura (a solo titolo di esempio, parcheggi, edicola ecc.).

Tabella 162. La relazione economico-finanziaria con i privati (anno 2014)

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
ALTRI COSTI DI GESTIONE	1.221,06	0
FITTI ATTIVI	0	11.869,02
RICAVI DA GESTIONE ESERCIZI PUBBLICI	0	304.498,12
ALTRE RIVALSE, RIMBORSI E RECUPERI	0	93,77

Il terzo settore

Le associazioni di volontariato sono degli enti che danno un ulteriore valore all'attività svolta dall'AOUOORR supportando, da un lato, gli operatori sanitari e, dall'altro, i pazienti/familiari durante il percorso assistenziale. Le due Fondazioni Ospedali Riuniti e Salesi - anch'essi appartenenti al terzo settore - promuovono e finanziano la realizzazione di progetti a beneficio di tutta l'attività clinica e di ricerca attuata dai professionisti e dagli studiosi all'interno AOUOORR.

Tabella 163. La relazione economico-finanziaria con il terzo settore

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
PROVENTI DA DONAZIONE E LIBERALITÀ DIVERSE	0,00	200.166,68
RICAVI PER PRESTAZIONI	0,00	87.182,63
ALTRI PROVENTI E RICAVI DIVERSI	0,00	72.504,00
CONTRIBUTI DA PRIVATI	0,00	43.000,80
INSUSSISTENZE	0,00	6.185,99
RECUPERI SPESE LEGALI, TELEFONICHE E POSTALI	0,00	648,89
ALTRI RICAVI PROPRI NON CARATTERISTICI	0,00	641,54
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI E NON SANITARI (TRASPORTO)	316.522,59	0,00
ACQUISTI DI PRESTAZIONI SANITARIE	1.000,00	0,00
CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI, ENTI E ALTRI	410.945,68	0,00
SPESE PER PUBBLICITÀ E INSERZIONI	16.348,00	0,00
SERVIZIO DI RISTORAZIONE E MENSA	12.583,37	0,00
SPESE PER CORSI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	1.100,00	0,00
ACQUISTO DI SERVIZI ESTERNALIZZATI	5.000,00	0,00

Anche nel caso della associazioni di volontariato, così come per il rapporto con l'Università, la tabella sopra esposta non rende piena testimonianza del valore che effettivamente viene creato a vantaggio dell'utenza e del territorio. È sufficiente pensare a quale sostegno possa derivare ai pazienti dal lavoro dei volontari nelle loro diverse manifestazioni. Qualora si provasse, infatti, a simulare una quantificazione economica delle prestazioni erogate dai volontari, o al contrario si immaginasse di dover sostenere costi equivalenti, si otterrebbero risultati ampiamente positivi, senza ovviamente tener conto dei vantaggi psicologici e umani conseguibili dall'opera delle associazioni.

I fornitori di beni e servizi

Le aziende fornitrici di beni e servizi e i liberi professionisti erogano prestazioni e forniscono i fattori produttivi per permettere l'esercizio dell'attività clinico-assistenziale e di ricerca; l'AOUOORR paga loro un corrispettivo stabilito nel rispetto delle normative che regolano tali rapporti.

Tabella 164. La relazione economico-finanziaria con il terzo settore

	COSTI (in euro)	RICAVI (in euro)
INTERESSI E SCONTI ATTIVI FINANZIARI E POSTALI	0,00	15.306,84
ALTRI PROVENTI DA LIBERALITÀ	0,00	97.675,73
OMAGGI DA FORNITORI	0,00	113.664,52
ARROTONDAMENTI, RIVALSE E RIMBORSI SPESE	0,00	281.565,57
ALTRI RICAVI E PROVENTI	0,00	527.561,16
SOPRAVVIVENENZE E INSUSSISTENZE ATTIVE	0,00	1.047.453,99
CONTRIBUTI PER ATTIVITÀ DI RICERCA E SPERIMENTAZIONE	0,00	1.107.500,70
ACQUISTI DI BENI SANITARI NON MEDICINALI (AL NETTO DELLE RIMANENZE DI MAGAZZINO)	59.655.231,00	0,00
ACQUISTI DI BENI SANITARI MEDICINALI (AL NETTO DELLE RIMANENZE DI MAGAZZINO)	45.311.097,87	0,00
ACQUISTI DI BENI NON SANITARI (AL NETTO DELLE RIMANENZE DI MAGAZZINO)	4.207.862,48	0,00
ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	40.408.074,00	0,00
ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	7.452.524,26	0,00
SOPRAVVIVENENZE E INSUSSISTENZE PASSIVE	179.896,85	0,00
SPESE PER CORSI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE	100.981,19	0,00
COMPENSI PER MEMBRI ESTERNI DI COMMISSIONI	64.777,41	0,00
COMPENSI AI DOCENTI ESTERNI	61.585,90	0,00
INTERESSI PASSIVI E ONERI FINANZIARI	18.433,94	0,00
IMPOSTE E TASSE	13.431,57	0,00

4.2 La sintesi del valore economico da distribuire: le risorse impiegate e i contributi ricevuti

Riclassificando il dettaglio delle voci di Conto Economico è possibile determinare come l'insieme dei costi sostenuti per l'attività della struttura rappresenti in realtà per il territorio una ricchezza.

Gli schemi di riclassificazione del Conto Economico da utilizzare sono diversi a seconda del tipo di informazione di cui si necessita. Nel seguente schema di rappresentazione delle risultanze economiche della gestione si evidenzia la "ricchezza" residua che la struttura in esame è riuscita a creare, una volta coperti tutti i costi dei fattori esterni (beni e servizi) necessari per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, rappresentando il valore aggiunto globale lordo determinato sulla base della differenza tra il valore della produzione (comprensivo contributi in c/esercizio, ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria; concorsi, recuperi e rimborsi; compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie ed altri ricavi) ed i costi della produzione (comprensivi consumi di beni e servizi; manutenzione e riparazione; godimento beni di terzi; costi per servizi esterni ed oneri diversi di gestione).

Il valore aggiunto globale lordo rappresenta il risultato delle attività tipiche e ordinarie della struttura, dal quale, aggiungendo i risultati positivi della gestione straordinaria e di quella finanziaria si ottiene il valore distribuibile. La determinazione del valore distribuibile costituisce la base di riferimento per capire quali soggetti possano beneficiare della creazione della ricchezza. Tuttavia, per l'esercizio 2014 il valore distribuibile risulta decurtato del saldo negativo della gestione finanziaria netta che andrebbe, invece, considerata come un'ulteriore distribuzione del valore aggiunto lordo, ma che per rigore metodologico e per una continuità di rappresentazione viene esposta nel Conto Economico riclassificato prima del valore distribuibile (come negli anni precedenti).

Per arrivare al risultato differenziale della gestione vengono sottratti, infatti, dal valore distribuibile i costi del personale, gli ammortamenti (lordi delle svalutazioni) e le imposte.

Tabella 165. Il valore creato all'AOUOOR (triennio 2012-2014)

IN EURO	2014	2013	2012
CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	106.210.093	83.637.655	85.732.126
RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO SANITARIE A RILEVANZA SANITARIA	260.532.271	278.444.738	276.851.606
CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI	4.012.861	3.181.367	2.971.985
COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	4.422.486	4.504.016	4.524.510
ALTRI RICAVI	1.184.024	1.133.058	1.195.844
Valore della produzione	376.361.736	370.900.833	371.276.070
CONSUMI DI BENI E SERVIZI	150.964.371	146.287.952	145.614.768
MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	16.014.187	15.959.763	16.052.822
GODIMENTO BENI DI TERZI	2.363.578	1.663.189	1.932.218
COSTI PER RISCHI E SPESE ESTERNI	11.351.877	11.254.346	9.534.112
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	2.222.265	2.100.366	2.245.094
(-) Costi esterni della produzione	182.916.278	177.265.616	175.379.014
Valore aggiunto globale lordo	193.445.457	193.635.217	195.897.057
(+) SALDO DELLA GESTIONE STRAORDINARIA	688.134	1.075.143	1.755.311
(+) SALDO DELLA GESTIONE FINANZIARIA	-5.654	10.666	24.099
Valore distribuibile	194.127.938	194.721.027	197.676.466
(-) COSTO DEL PERSONALE	169.365.191	170.481.350	172.795.118
(-) AMMORTAMENTI	13.202.550	12.493.946	13.136.176
(-) IMPOSTE	11.472.024	11.485.899	11.607.325
Risultato differenziale della gestione	€ 88.173	€ 259.832	€ 137.848

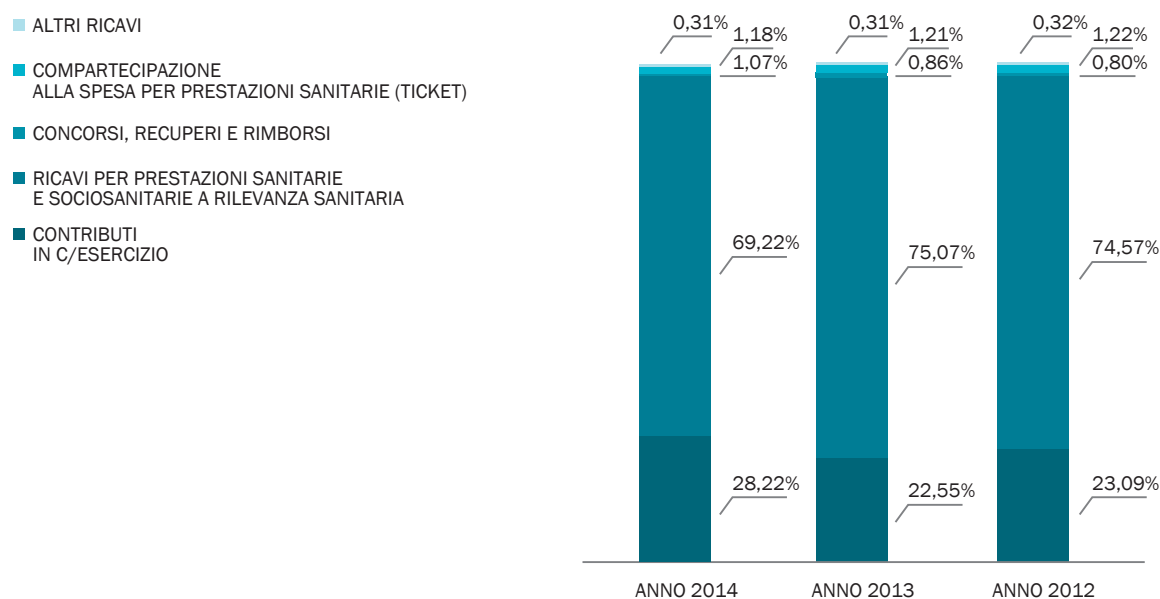
La revisione al ribasso delle tariffe (ricoveri e ambulatoriali) nel nomenclatore regionale ha comportato una riduzione delle entrate derivante dai ricavi per prestazioni (€ -17.912.467), più che compensata (€ +22.572.438) dai contributi in c/esercizio. Tuttavia, anche se in termini assoluti si è registrato un miglioramento nel mero saldo dei valori, si tratta di una compensazione che in pratica sostituisce il pagamento per una prestazione “puntuale” (la tariffa per l'erogazione di uno specifico servizio sanitario) con una erogazione forfetaria (il contributo in c/esercizio) a tutto svantaggio della misurazione dell'efficienza della erogazione dei servizi sanitari da parte dell'AOUOORR. Fra l'altro, simulando la sostituzione delle attuali tariffe del nomenclatore regionale con le previsioni dei costi standard definiti dalla nuova riforma della pubblica amministrazione in via di approvazione in Parlamento, si registrerebbe un incremento dei ricavi per prestazioni sanitarie: in altre parole, l'attuale livello di efficienza raggiunto dall'AOUOORR può considerarsi superiore alla media nazionale di analoghe strutture organizzative.

Facile notare, peraltro, come nel 2014 rispetto agli anni precedenti, il costo del personale si continui a ridurre (-0,65%), ma nello stesso tempo non si riduca la qualità delle prestazioni sanitarie. Vi è piena consapevolezza da parte del management della necessità e della possibilità di ottenere sempre maggiori recuperi di efficienza, attraverso una più oculata gestione dei costi e un progressivo maggiore impegno nella erogazione delle prestazioni: ciò che però colpisce nei dati è che questi risultati negli ultimi anni sono stati ottenuti senza provocare una riduzione nei servizi.

L'AOUOORR riesce, complessivamente a raggiungere una condizione di equilibrio economico, confermata dalla presenza di un saldo positivo di gestione, nonostante una riduzione delle entrate per ricavi da prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, ma con un incremento dei contributi in c/esercizio, e con un costante impegno della governance all'attuazione di politiche di razionalizzazione dei costi.

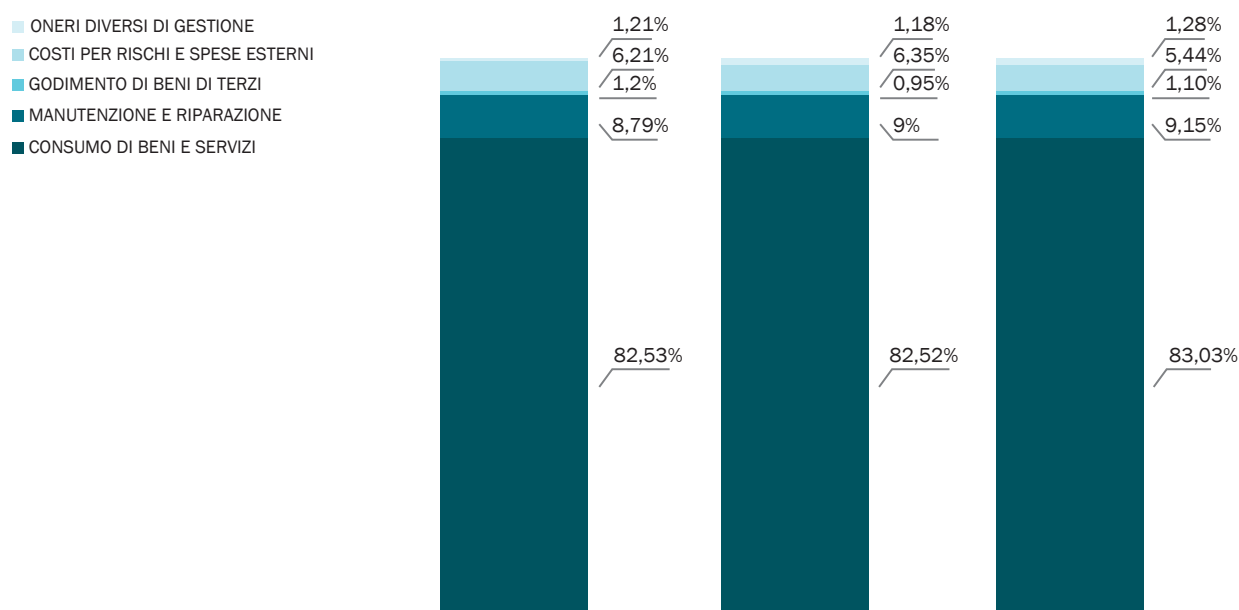
Trattandosi di una struttura non destinata a conseguire utili da distribuire a remunerare il capitale versato dai soci come una qualunque organizzazione orientata al conseguimento di un profitto, il conseguimento di un sostanziale pareggio rappresenta un risultato di per sé già valutabile in modo certamente positivo.

Figura 86. La composizione del valore della produzione



Il valore dei costi della produzione indica una continuità nella gestione ottimale delle risorse per ottenere sempre maggiori efficienze nel conseguimento dei risultati aziendali allo scopo di garantire la soddisfazione dell'utenza.

Figura 87. La composizione costi esterni della produzione



Coperti i costi sostenuti per i fattori produttivi impiegati nell'attività istituzionale, residua (al lordo della gestione straordinaria positiva) un importo per una parte destinata, nell'esercizio 2014, ad essere utilizzata nelle operazioni a carattere finanziario, per un'altra parte destinata alla copertura dei costi del personale e degli ammortamenti, ed infine residua un ammontare che viene assorbito dalla gestione tributaria.

Si sottolinea che la gestione straordinaria riguarda i risultati derivanti dal verificarsi di eventi eccezionali, mentre la gestione finanziaria è determinata dalla compensazione tra proventi ed oneri finanziari che dipendono dalla struttura finanziaria del compendio aziendale.

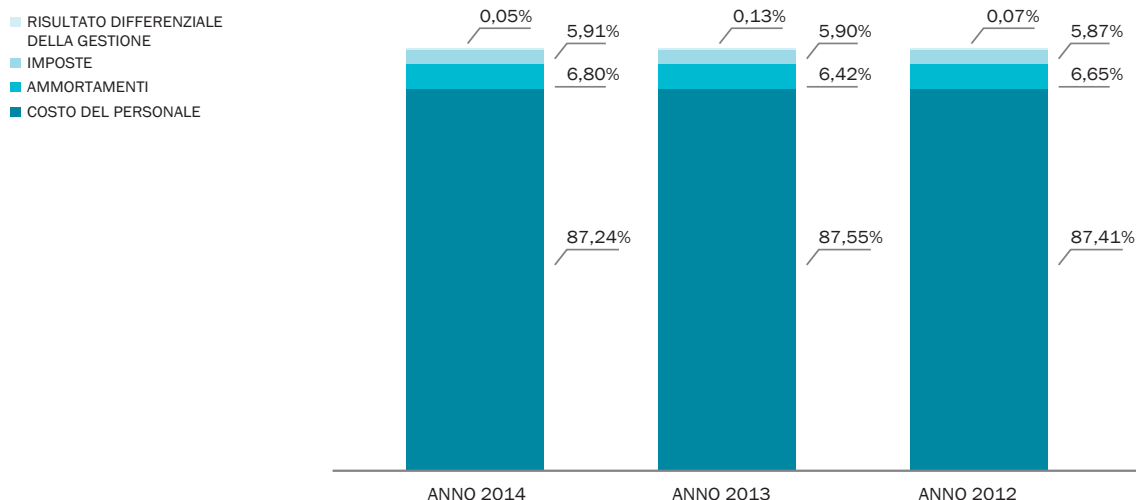
Tabella 166. Riepilogo valore aggiunto globale lordo e valore distribuibile (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
VALORE AGGIUNTO GLOBALE LORDO	193.445.457	193.635.217	195.897.057
VALORE DISTRIBUIBILE	194.127.938	194.721.027	197.676.466

Il seguente grafico mostra come il valore distribuibile viene suddiviso tra le risorse umane, il reintegro del capitale e la Pubblica Amministrazione, oltre una minima quota che resta in Azienda (e quindi della Regione Marche).

La ripartizione risulta del tutto coerente con la strategia dell'AOUOORR, che implica il massimo impegno per la distribuzione del valore alle risorse umane e, al secondo posto, per il mantenimento del capitale fisico.

Figura 88. Attribuzione del valore distribuibile (triennio 2012-2014)



L'Azienda ha chiuso gli esercizi dell'ultimo triennio con risultati positivi, registrando nel 2014 un saldo positivo di gestione di circa € 88.173.

Il grafico rappresenta la sintesi di come l'impiego di capitali nell'AOUOORR rappresenti non un mero consumo di risorse pubbliche e private, ma al contrario un "investimento" capace di restituire a tutti gli stakeholder molto di più di quanto utilizzato, attraverso le diverse forme di rendimento che trovano concreta manifestazione nei servizi all'utenza, negli stipendi alle risorse umane, nel mantenimento dei livelli di prestazione delle attrezzature, ecc. In tal senso, lo sforzo di redigere il presente bilancio sociale trova proprio in queste considerazioni una delle principali motivazioni, garantendo la conoscenza e la trasparenza nell'entità e nell'uso delle risorse pubbliche, fornendo altresì informazioni sulle scelte gestionali e manageriali. Ogni cittadino, leggendo questo articolato resoconto, può formarsi una consapevole opinione ed elaborare un suo personale giudizio fondato su dati oggettivi.

Il valore distribuito agli stakeholder

52%

Del valore della produzione

87,2%

Al personale che presta ogni giorno il proprio servizio

6,8 %

All'incremento e alla conservazione del patrimonio aziendale

5,9 %

Alla Pubblica Amministrazione attraverso le imposte

0,1 %

Alla Proprietà (Regione Marche)

4.3 Il patrimonio aziendale dell'ultimo triennio

Il patrimonio dell'AOUOORR "Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" di Ancona è costituito, in virtù di quanto disposto dalla Legge regionale 20 giugno 2003, n. 13, da tutti i beni mobili ed immobili apportati dalle Aziende Ospedaliere "Umberto I", "G.M. Lancisi" e "G. Salesi", nonché da tutti i beni successivamente acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, anche in conformità a quanto previsto dalla normativa regionale.

I cespiti sono coerentemente registrati, inventariati, ed iscritti a bilancio. La cancellazione di beni classificati come appartenenti al patrimonio indisponibile e la loro iscrizione in quello disponibile, o viceversa, deve avvenire in osservanza delle procedure stabilite in ambito regionale sulla base della normativa di settore, regionale e nazionale.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art.830, secondo comma, del Codice Civile. A norma dell'art.5, comma 2, del D.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii., gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della Regione.

I beni immobili e mobili che l'Azienda utilizza per il conseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e sono assoggettati alla disciplina dell'art. 828, secondo comma, del Codice Civile.

Il patrimonio indisponibile dell'Azienda è costituito dall'Ospedale di Torrette di Ancona, dall'Ospedale Salesi di Ancona, dall'immobile "ex Villa Maria" di Ancona e dall'Elisuperficie di Fabriano.

Il patrimonio disponibile dell'Azienda è costituito da diversi terreni e fabbricati siti in diversi Comuni della Regione Marche nonché dalla struttura in precedenza sede dell'ospedale G.M. Lancisi di Ancona.

L'Azienda, inoltre, ha in locazione passiva un magazzino per la gestione delle attività economiche sito nel Comune di Ancona.

Una prima analisi viene fatta confrontando i [valori di bilancio delle immobilizzazioni immateriali](#) e materiali degli esercizi 2013-2014.

Tabella 167. Immobilizzazioni immateriali

IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	2014	2013	2012
1) COSTI D'IMPIANTO E DI AMPLIAMENTO	0,00	0,00	0,00
2) COSTI DI RICERCA E SVILUPPO	0,00	0,00	0,00
3) DIRITTI DI BREVETTO E DI UTILIZZAZIONE DELLE OPERE DELL'INGEGNO	37.184,90	37.184,90	37.184,90
4) IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI IN CORSO E ACCONTI	0,00	0,00	0,00
5) ALTRE IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	415.742,90	505.921,46	651.514,21
Totale immobilizzazioni immateriali	452.927,80	543.106,36	688.699,11

Tabella 168. Immobilizzazioni materiali

IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	2014	2013	2012
1) TERRENI	2.592.811,99	2.559.038,81	2.559.038,81
a) terreni disponibili	2.536.001,73	2.502.228,55	2.502.228,55
b) terreni indisponibili	56.810,26	56.810,26	56.810,26
2) FABBRICATI	145.718.567,52	150.886.480,42	150.899.222,79
a) fabbricati non strumentali (disponibili)	4.574.710,29	4.421.710,29	4.421.710,29
b) fabbricati strumentali (indisponibili)	141.143.857,23	146.464.770,13	146.477.512,50
3) IMPIANTI E MACCHINARI	18.796.158,35	16.483.131,92	5.240.087,07
4) ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	8.508.492,51	9.887.104,86	11.923.116,88
5) MOBILI E ARREDI	281.718,17	311.042,28	451.370,41
6) AUTOMEZZI	26.017,00	10.625,00	18.731,25
7) OGGETTI D'ARTE	0,00	0,00	0,00
8) ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	1.910.287,45	1.260.450,31	1.659.702,31
9) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI IN CORSO E ACCONTI	4.528.064,30	6.775.330,61	21.754.277,36
Totale immobilizzazioni materiali	182.362.117,29	188.173.204,21	194.505.546,88

Le immobilizzazioni finanziarie con separata indicazione in bilancio, per ciascuna voce dei crediti, degli importi esigibili entro l'esercizio successivo, sono di valore pari a zero.

Non può nascondersi in un'analisi attenta il risultato della riduzione delle immobilizzazioni, che come accennato rappresenta un segnale negativo e che sollecita le autorità competenti ad una profonda riflessione sulla necessità di porre in essere un piano di interventi, sostenibile e razionale, per realizzare nuovi investimenti, contando anche sull'efficienza della Azienda. Contemporaneamente, però, osservando il dato dall'ottica della Azienda stessa e del suo management, va sottolineato il conseguimento di un risultato ampiamente positivo laddove, a fronte della riduzione dei ricavi per prestazione e delle immobilizzazioni, la quantità e la qualità delle prestazioni erogate non sia diminuito, anzi abbia registrato alcuni miglioramenti.

Nella seguente parte si focalizza l'attenzione sugli investimenti strategici ed, in particolare, si cerca di capire quali sono state le scelte in materia di Health Technology Assessment (investimenti in tecnologia sanitaria) che hanno caratterizzato l'ultimo triennio 2012-2014.

La valutazione di un investimento in tecnologia sanitaria viene considerata in senso lato come l'insieme di componenti tangibili e intangibili che consente di erogare servizi assistenziali. Tali tecnologie possono essere distinte in base alle loro finalità o alle risorse che richiedono.

Il parco tecnologico dell'AOUOORR

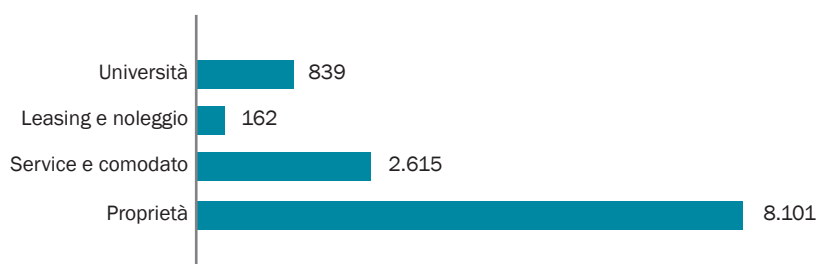
Nell'anno 2014 è costituito da n. 11.717 apparecchiature censite, per un valore di sostituzione complessivo pari a € 113.212.365.

Tabella 169. Numero apparecchiature elettromedicali e loro valorizzazione nel triennio 2012-2014

2014		2013		2012	
N. APP.	VALORE DI SOSTITUZIONE	N. APP.	VALORE DI SOSTITUZIONE	N. APP.	VALORE DI SOSTITUZIONE
11.717	€ 113.212.365	11.679	€ 116.880.410	11.871	€ 113.960.710

Nella valorizzazione del parco tecnologico sono comprese tutte le apparecchiature acquisite, in proprietà, con contratti di comodato d'uso, leasing, service, noleggio ed, infine, quelle di proprietà dell'Università Politecnica delle Marche impiegate ai fini assistenziali. Nel seguente grafico viene riportata la suddivisione delle apparecchiature in funzione della formula di acquisizione.

Figura 89.
Tipologia di acquisizione
delle apparecchiature elettromedicali
(anno 2014)



La complessità della tecnologia in uso può essere descritta sommariamente nella distinzione in alto, medio e basso grado tecnologico come si può vedere dalla seguente tabella.

Tabella 170. Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (anno 2014)

ALTO		MEDIO		BASSO	
NUMERO APP.	VALORE (€)	NUMERO APP.	VALORE (€)	NUMERO APP.	VALORE (€)
600	40.841.580	8.649	66.981.467	2.468	5.389.317

Dall'analisi della vetustà del parco macchine emergono i risultati riportati nella seguente tabella.

Tabella 171. Rappresentazione percentuale dell'obsolescenza del parco macchine nel triennio 2012-2014

2014			2013			2012		
< 5 anni	>5 e < 10 anni	> 10 anni	< 5 anni	>5 e < 10 anni	> 10 anni	< 5 anni	>5 e < 10 anni	> 10 anni
24%	30%	46%	20%	28%	52%	28%	24%	48%

Solo circa il 24% di tutte le apparecchiature ha meno di cinque anni a fronte di un 46% che ne ha più di dieci.

Come si evince dalla tabella sotto riportata, la percentuale delle apparecchiature con obsolescenza superiore a 10 anni passa dal 48% del 2012 al 46% del 2014. Questa tabella rappresenta quanto ampiamente detto in precedenza circa le attrezzature dell'Azienda e la loro progressiva vetustà, ponendo in risalto le necessità di futuri interventi in questo ambito.

Le apparecchiature e i beni donati all'AOUOORR dai vari stakeholder

I diversi stakeholder come associazioni, fondazioni, privati ed altri enti contribuiscono alla formazione del patrimonio aziendale attraverso donazioni di apparecchiature e di beni, con un ruolo sempre più significativo.

Al fine di rendere conto dei beni ricevuti in donazione nella seguenti tabelle è possibile consultare il dettaglio analitico dell'ultimo triennio (per questioni di chiarezza espositiva sono stati riportati solo i beni e le apparecchiature che superano un valore di 5.000 euro).

Tabella 172. Donazioni di apparecchiature e beni da parte di associazioni, fondazioni, privati e altri enti (triennio 2012-2014)

DONATORE 2014	DESCRIZIONE BENI	DESTINAZIONE	IMPORTO
Gemeaz Elior S.p.A.	Attrezzature per cucina	Cucina Torrette	€ 287.673,20
Eredità Casagrande	Terreni e fabbricati disponibili, beni vari, mobili e arredi vari	Castelleone di suasa	€ 196.423,00
Studio Pacinotti Srl.	Strumentario chirurgico per chirurgia robotica	Blocco operatorio Torrette	€ 189.118,42
B.t. Medical Srl. Unipersonale	Strumentario per neurochirurgia	Blocco operatorio Torrette	€ 25.796,00
C.m.m. Di Mauro Manardi & c S.n.c.	Riscaldatori sanguigni	Blocco operatorio Torrette	€ 18.851,44
Associazione il sorriso negli occhi onlus	Elettrocardiografo mod. Eli 350	Cardiochirurgia pediatrica e congenita	€ 10.870,00
3M italia Srl	Strumentazione per il monitoraggio di parametri vitali - componenti hardware	Anestesia e rianimazione, anestesia e rianimazione pediatrica, blocco operatorio Torrette, rianimazione cardiocirurgica (tipo)	€ 10.333,40
Johnson & Johnson Medical S.p.A	Strumentazione per elettrochirurgia - componenti accessori hardware	Blocco operatorio clinica di ostetricia e ginecologia	€ 10.004,00
Teleflex Medical Srl	Strumentario pluriuso per chirurgia mini-invasiva	Blocco operatorio cardiocirurgia adulti e pediatrica	€ 8.692,50
Primed Srl	Strumentazione varia per supporto e monitoraggio dei parametri vitali, apparecchiature per pressoterapia	Neuroanestesia e tipo + clinica anestesia e rianimazione	€ 6.344,00
Associazione italiana contro le leucemie linfoma e mieloma - onlus - sez. Ancona	Apparecchiatura per pcr mod. Veriti 96 ell thermal cyler, fotocopiatrice Olivetti d-copia 3501	Clinica ematologica	€ 6.307,40
Primed Srl	Strumentazione per elettrochirurgia - componenti accessori hardware	Blocco operatorio Torrette	€ 5.319,20
DONATORE 2013	DESCRIZIONE BENI	DESTINAZIONE	IMPORTO
Ditta MSD Italia	Contributo liberale	Cardiologia	€ 7.260,00
Associazione Dino Masullo	N° 2 Videolaringoscopio e n° 1 Monitor	Anestesia e rianimazione Pediatrica	€ 10.000,65
Ditta Santoni	Arredi vari	Chirurgia senologica	€ 4.500,04
A.I.P.O.	Sistema di telecamere per toracoscopia	Pneumologia	€ 11.000,00

A.I.P.O.	Telecamera per toracosopia	Pneumologia	€ 10.000,00
Associazione Ylenia Morsucci	Ecografo portatile	Elisoccorso	€ 21.780,00
Fondazione NEOMED	N° 2 Congelatori da laboratorio	Neonatologia	€ 5.324,00
Fondazione Ospedale Salesi	VideogastroscoPIO pediatrico completo di accessori, di fonte di luce fredda e pompa di insufflazione	Chirurgia pediatrica	€ 36.495,62
Ditta MSD Italia	N° 2 Poltrone infusionali	Gastroenterologia	€ 9.084,68
Sig.a S.F.	Fonte luminosa per laparoscopia	Clinica chirurgica	€ 10.370,00
DONATORE 2012	DESCRIZIONE BENI	DESTINAZIONE	IMPORTO
Ditta BT Medical	Congelatore medicale per plasma	Blocco operatorio	€ 6.897,00
Fondazione Ospedale Salesi	Workstation di anestesia	Blocco operatorio	€ 62.920,00
Fondazione Ospedale Salesi	Culla termica neonatale	Neonatologia	€ 12.165,34
A.I.L.	Congelatore completo di carrello	Clinica di ematologia	€ 39.060,00
Ditta BT Medical	Furgone	Autoparco	€ 17.000,00
Fondazione Ospedale Salesi	Monitor per ossigenazione tissutale	Neonatologia	€ 43.923,00
Sig. D.G.	Apparecchiatura radiologica digitale portatile	Radiologia pediatrica	€ 180.000,00
Associazione Patronesse per l'assistenza al bambino specializzato	N° 28 apparecchi televisivi	Stanze di degenza del Presidio "G. Salesi"	€ 8.000,00
Lega Italiana Fibrosi Cistica	Tapiroulant	Pediatria - Sezione Fibrosi Cistica	€ 5.324,00
Associazione Raffaello	N° 2 Monitor multiparametrici	Clinica di pediatria - Sezione Oncoematologia Pediatrica	€ 10.527,00
Fondazione Cariverona	Co-finanziamento per acquisizione acceleratore lineare per Progetto "Sostituzione acceleratore lineare"	Radioterapia	€ 1.690.465,98
Fondazione Cariverona	Co-finanziamento per acquisizione software e attrezzature informatiche vari per Progetto "Aggiornamento Sistema Informativo Aziendale"	Servizio Informativo Aziendale	€ 430.470,74

4.4 Gli equilibri tra gli investimenti effettuati e le fonti

Lo Stato patrimoniale evidenzia al termine di ogni esercizio la composizione del patrimonio aziendale ed è uno strumento per valutare le modifiche intervenute in esso, rispetto agli esercizi precedenti.

Da un lato, trova evidenza il capitale investito, composto dal complesso delle attività (investimenti) e dall'altro, il totale delle fonti di copertura, ovvero i debiti (passività) ed il patrimonio netto, presentando grandezze stock in grado di esprimere in maniera sintetica l'entità delle disponibilità patrimoniali dell'AQUOORR.

Tabella 173. La riclassificazione dello Stato Patrimoniale secondo il criterio finanziario (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
Totale attività	288.236.287	280.361.810	294.506.984
ATTIVITÀ A BREVE TERMINE	105.421.242	91.645.499	99.312.738
Liquidità immediate (Cassa, titoli a breve termine)	20.223.848	21.772.306	23.949.866
Liquidità differite (Crediti vs. clienti, effetti attivi)	69.026.957	53.412.419	58.695.599
Disponibilità (Scorte, ratei e risconti attivi)	16.170.437	16.460.775	16.667.272
ATTIVITÀ A LUNGO TERMINE	182.815.045	188.716.311	195.194.246
Immobilizzazioni materiali (Immobili, impianti, attrezzature e altri beni)	182.362.117	188.173.204	194.505.547
Immobilizzazioni immateriali (Costi d'impianto, di ricerca, diritti di brevetto, altre imm.ni immateriali)	452.928	543.106	688.699
Immobilizzazioni finanziarie (Partecipazioni, titoli a lungo termine)	0,00	0,00	0,00
Totale passività	288.236.287	280.361.810	294.506.984
PASSIVITÀ A BREVE TERMINE (Debiti vs. fornitori, debiti tributari, altri debiti a breve termine, ratei e risconti passivi)	58.290.065	61.752.198	81.860.253
PASSIVITÀ A LUNGO TERMINE (Fondi per rischi e oneri)	66.068.466	56.086.427	46.036.992
PATRIMONIO NETTO (Fondo di dotazione, finanziamenti per investimenti, altre riserve, utile/perdita dell'esercizio)	163.877.757	162.523.186	166.609.738

Lo Stato Patrimoniale riclassificato secondo il criterio finanziario, distingue i valori dell'attivo secondo una logica di liquidità decrescente, mentre le passività secondo un criterio di esigibilità decrescente.

Per offrire agli stakeholder un sistema di informazioni sulla solidità patrimoniale e sulla situazione di liquidità d'AQUOORR si presentano alcuni margini calcolati sulla base dei risultati derivanti dalla riclassificazione dello stato patrimoniale.

Tabella 174. L'analisi della solidità patrimoniale e della liquidità (triennio 2012-2014)

	2014	2013	2012
CCN (Attività corrente- passività corrente)	47.131.177	29.893.302	17.452.485
MARGINE DI TESORERIA (Liquidità immediate e differite -passività correnti)	30.960.740	13.432.527	785.212

Ad una prima lettura è interessante notare il rilevante valore costituito dal patrimonio netto, che rappresenta ben il 57% del totale delle fonti, a testimonianza di una significativa “solidità” dell’impianto finanziario. Si tratta di percentuali che valutate al confronto con aziende private operanti sia nel settore sanitario sia in altri settori costituisce certamente una eccellenza. Sulla base, poi, dell’analisi del capitale circolante netto (CCN) e del margine di tesoreria, l’AOUOORR negli ultimi esercizi, si registra un adeguato livello di liquidità, permettendo di fronteggiare gli impegni di pagamento ed il corretto svolgimento delle funzioni aziendali.

Il valore positivo del CCN nel triennio assicura una condizione di equilibrio della struttura finanziaria, garantendo la copertura di investimenti correnti con fonti di finanziamento a breve termine. Inoltre, dall’analisi del margine di tesoreria si può affermare che l’AOUOORR negli ultimi esercizi è stata in grado di fronteggiare tempestivamente gli impegni di pagamento.

A conforto di questi ultimi due dati sulla liquidità aziendale, stanno i tempi medi di pagamento dei fornitori che si attestano intorno 45 giorni medi, ben al di sotto perciò di quanto registrabile nella sanità in Italia: circostanza questa che, come noto, rappresenta una delle maggiori criticità di tutto la pubblica amministrazione. Questo dato perciò merita una particolare sottolineatura e testimonia l’efficacia collaborazione esistente tra gli uffici regionali e il management dell’azienda, con evidenti ricadute positive nei rapporti con i fornitori e in termini di immagine più in generale.

4.5 La relazione economica del Sistema Trasfusionale Regionale

Il Sistema Trasfusionale della Regione Marche opera grazie a contributi pubblici che finanziano le voci di spesa come esposto di seguito:

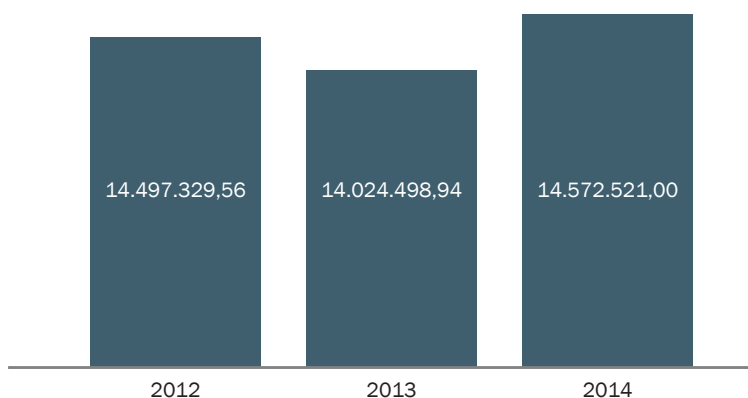
L'attività di direzione, gestione e coordinamento del Sistema Trasfusionale marchigiano sono finanziate da fondi pubblici regionali attribuiti direttamente al DIRMT. Le spese di riferimento sono liquidate dall'Azienda Ospedaliera presso la quale il Dipartimento è collocato;

- le risorse umane che operano nel sistema trasfusionale sono remunerate direttamente dalle singole aziende sanitarie o ospedaliere che ospitano il Centro presso il quale la risorsa presta la propria attività lavorativa. Ad esse sono riconosciute anche quote aggiuntive di remunerazione comprese nel Fondo di Remunerazione della Produzione Incrementale erogato dalla Regione Marche;
- il materiale di consumo non soggetto a procedura di gara centralizzata, le utenze, gli arredi e le attrezzature e i relativi oneri rappresentano costi di diretta competenza delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che ospitano la singola unità operativa;
- i rimborsi riconosciuti alle associazioni di donatori sono liquidati anch'essi dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere che ospitano la singola unità operativa.

4.5.1 Le risorse economiche a disposizione del Dipartimento

Classificando le voci del bilancio rappresentante le entrate e i costi sostenuti dal Dipartimento (secondo lo schema del valore aggiunto globale come raccomandato dallo standard del Gruppo per il bilancio sociale nel documento: "La rendicontazione sociale per le Aziende Sanitarie") non si evincono sostanziali modifiche nel triennio.

Figura 90. Entrate economiche a disposizione del DIRMT - valori in euro



Le entrate sono rappresentate dai contributi regionali (quote di trasferimento del fondo sanitario stanziato per le attività trasfusionali) ricevuti per l'espletamento delle proprie attività. I costi invece sono derivati da diverse voci di spesa: costi di trasporto, dei materiali di consumo soggetti a gara, delle spese necessarie per la lavorazione di emocomponenti effettuata dall'azienda di plasmaderivazione, delle spese relative alla gestione delle attività di coordinamento.

Una breve analisi dello schema di cui sopra dimostra che la direzione del DIRMT, per l'anno 2014 ha svolto la propria attività con un notevole risparmio di risorse grazie alle politiche orientate all'efficacia e all'efficienza dei diversi processi. Il dettaglio delle voci che seguono mostra tali scostamenti.

Tabella 175. Confronto preventivo-consuntivo DIRMT - anno 2014

(VALORI IN EURO)	BILANCIO DI PREVISIONE 2014	BILANCIO DI ESERCIZIO 2014	SCOSTAMENTO (%)
LAVORAZIONE ESTERNA (CONVENZIONE PLASMADERIVATI)	6.037.743,00	6.135.203,20	1,6%
ACQUISTI EMODERIVATI (A PREZZO DI MERCATO)	75.570,00	162.727,40	115,3%
BIOLOGIA MOLECOLARE (LABORATORIO CENTRALIZZATO)	1.202.605,00	1.202.647,37	0,0%
MATERIALE SOGGETTO A GARA CENTRALIZZATA	6.458.971,00	6.273.907,27	-2,9%
RETE DI TRASPORTO (COMPRESI CANONI DI LOCAZIONE)	281.912,00	239.890,04	-14,9%
SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATO	194.982,00	195.069,18	0,0%
FORMAZIONE DIPARTIMENTALE	15.317,00	10.465,86	-31,7%
RACCOLTA SUL TERRITORIO	77.700,00	66.024,87	-15,0%
PROMOZIONE PROGETTI ASSOCIATIVI	16.350,00	16.348,00	0,0%
SPESE GENERALI	25.608,00	25.078,10	-2,1%
GESTIONE SCO	232.115,00	225.212,89	-3,0%

* gli importi sono comprensivi Iva ordinaria.

4.5.2 I costi delle risorse umane operanti nelle UU.OO. di Medicina Trasfusionale

Come già richiamato, con la D.G.R. n. 873/2008 è stato stabilito che il Sistema Trasfusionale opera grazie ad un'équipe dirigenziale e di comparto distribuita nelle Unità Operative e attribuita alla struttura dipartimentale solo funzionalmente. Pertanto, per conoscere il costo del personale in servizio a tempo indeterminato e determinato presso le strutture di Medicina Trasfusionale della Regione Marche, è stato necessario reperire i dati direttamente dalle funzioni amministrative delle Aziende Sanitarie/ospedaliere.

Il costo del personale è approssimativamente 14 milioni di euro, di cui 2.853.000 circa dell'azienda AOUOORR.

4.5.3 I rimborsi alle Associazioni di donatori

I rimborsi alle Associazioni e alle Federazioni di donatori sono calcolati secondo quanto indicato dalla tabella in allegato all'accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. b) della legge del 21 ottobre 2005, n. 219. Si consideri che vengono calcolati separatamente i rimborsi spettanti all'area sovra zonale di Macerata in quanto in questa zona parte della raccolta (di natura "associativa") è curata dalle Associazioni, le quali operano secondo protocolli dipartimentali e in ottemperanza ai decreti nazionali e con materiali e strumenti forniti dal Dipartimento.

Legge n. 219/2005

Art. 6, comma 1 - lettera b)

(Principi generali per l'organizzazione delle attività trasfusionali)

1. Con uno o più accordi tra Governo, Regioni e Province autonome sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b), e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:

(omissis)

b) viene adottato uno schema tipo per la stipula di convenzioni con le associazioni e federazioni di donatori di sangue per permettere la partecipazione delle stesse alle attività trasfusionali. Lo schema tipo di convenzione individua anche le tariffe di rimborso delle attività associative uniformi su tutto il territorio nazionale. Viene comunque garantita alle associazioni e federazioni di donatori di sangue la più ampia partecipazione alla definizione dell'accordo ed alla programmazione regionale e locale delle attività trasfusionali; (omissis)

Tabella 176. I rimborsi alle associazioni dei donatori per le attività associative (anno 2014)

	STIMA DEL VALORE DI RACCOLTA PUBBLICA (in euro)
SANGUE INTERO	1.454.563,51
PLASMAFERESI	575.649,52
MULTICOMPONENT	96.283,59
	2.126.496,62
	VALORE DEL RIMBORSO PER RACCOLTA ASSOCIATIVA (in euro)
SANGUE INTERO	95.421,00
PLASMAFERESI	115.211,52
MULTICOMPONENT	0,00

4.5.4 Le risorse economiche impiegate per beni sanitari e non, esclusi dalla gara centralizzata

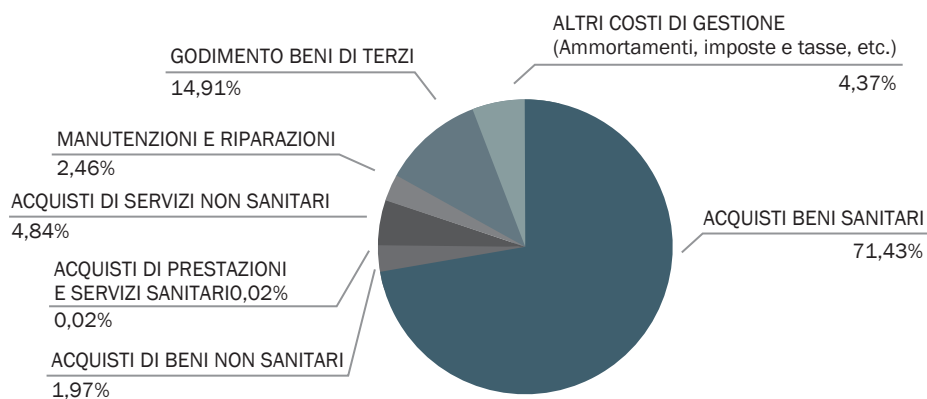
Prima di descrivere le spese di materiali sanitari e non, esclusi dalla gara centralizzata è necessario fare una premessa. La fonte dei dati presentati è rappresentata dai budget che le singole Unità Operative di Medicina Trasfusionale discutono con le Aziende Sanitarie e Ospedaliere che li ospitano. Dal processo di raccolta di tali dati, è emerso che i sistemi informativo-contabili delle singole zone non presentano caratteri di omogeneità. Pertanto, la rappresentazione sotto esposta presenta caratteri di stima dei valori reali.

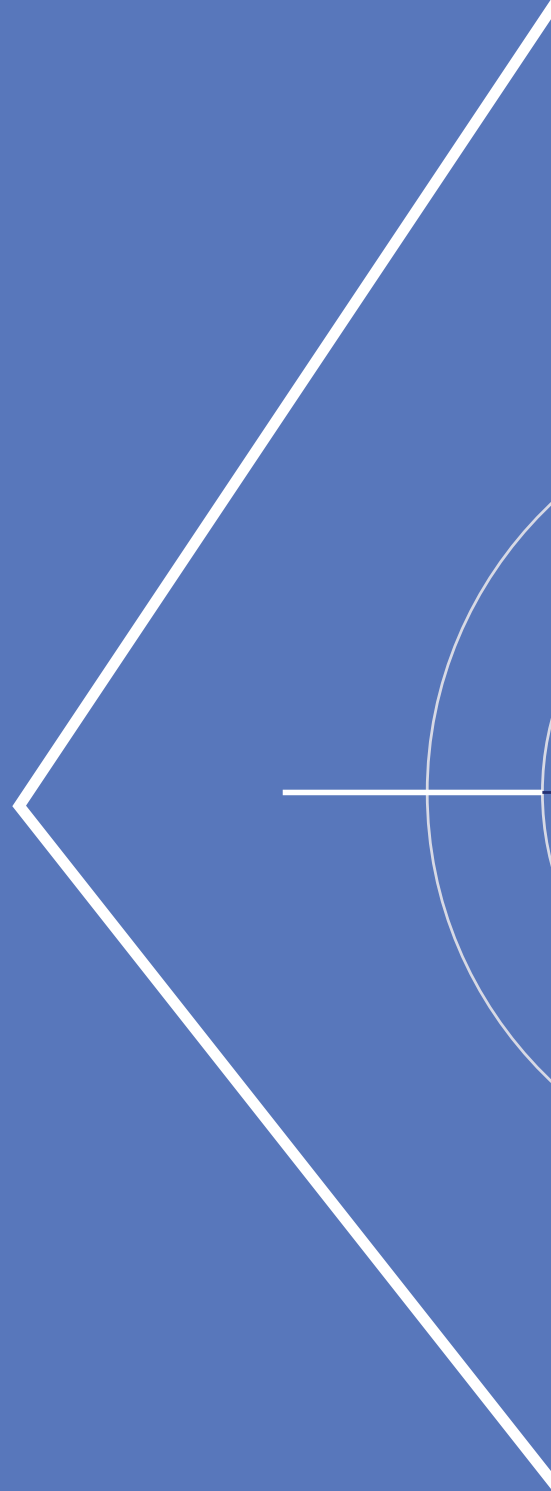
A titolo esemplificativo si considerino i seguenti ostacoli incontrati nella predisposizione di un consuntivo globale delle spese in oggetto:

- i costi sostenuti dalle Unità Operative non risultano omogenei in quanto alcune di loro esercitano attività supplementari (es: allergologia, coagulopatie) rispetto ad altre. Tale fattore è causa di un aggravio di costo nella voce "acquisto materiali diagnostici e prodotti chimici";
- le utenze e le spese relative ai cespiti (es: mobili d'ufficio) non sono dettagliatamente monitorate presso le singole Unità Operative ma sono comprese, in modo globale, nel bilancio dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera che ospita il singolo centro trasfusionale. Pertanto, tali voci di costo non sono comprese nella lista sotto presentata.

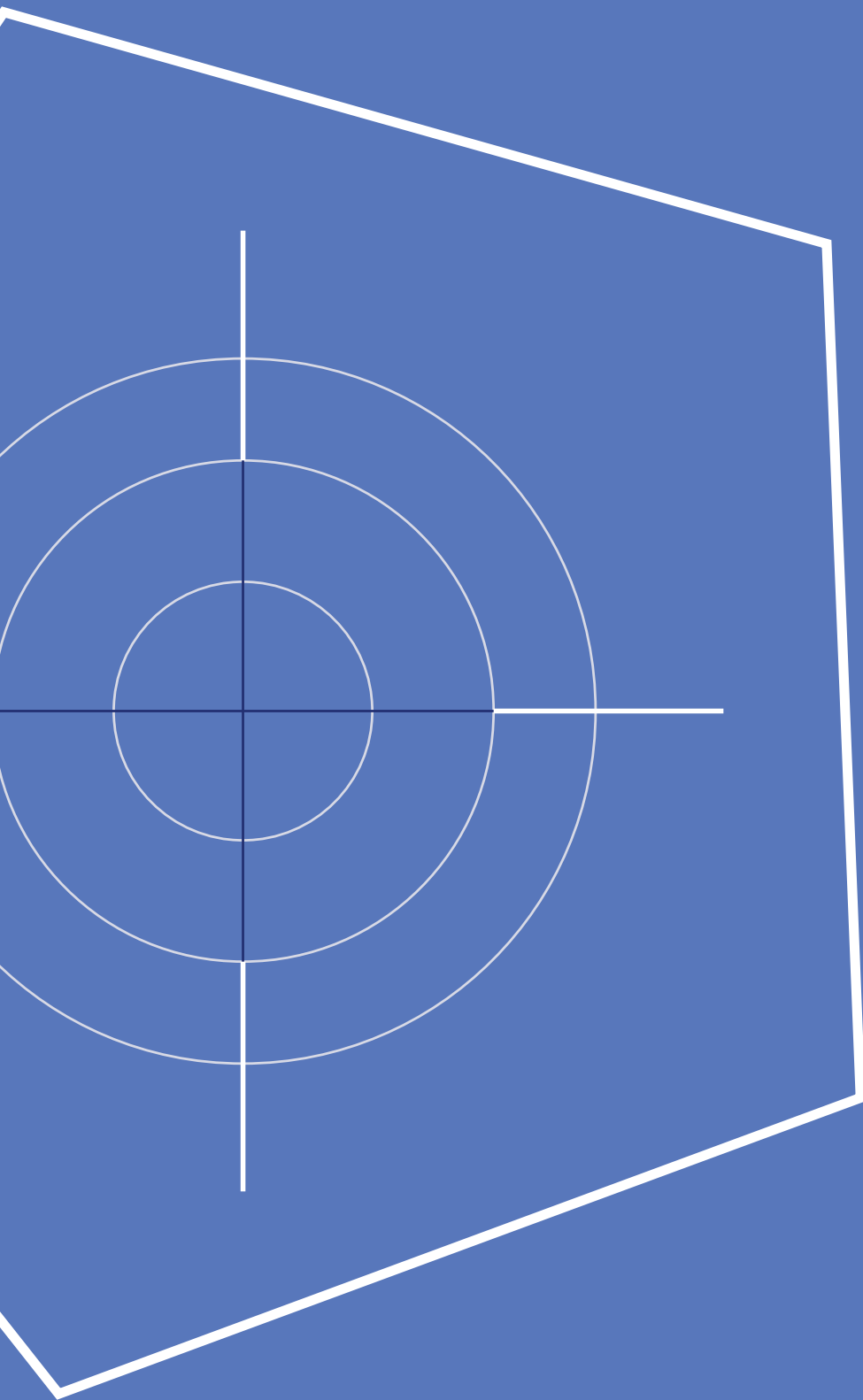
Tenuto conto di tali problematiche del sistema informativo regionale, la stima dei consumi di beni sanitari e non, esclusi da gara centralizzata, nei diversi anni, ammonta a circa 4 milioni di euro (compresa una quota di circa 700.000 euro variabile negli anni di poche decine di migliaia per attività immunologiche e allergologiche espletate in un'unica UU.OO. e di una quota di circa 400.000 euro dedicata all'acquisto di farmaci emoderivati in alcune strutture).

Figura 91. Le risorse economiche per beni e servizi esclusi dalla gara centralizzata - anno 2014





Quinta sezione
Gli obiettivi di miglioramento



5.1 Il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi del 2014

In merito, si relazionano i risultati raggiunti nell'anno di rendicontazione relativamente agli obiettivi strategici e operativi 2014 e le cause degli eventuali scostamenti.

Tabella 177. Obiettivi operativi attesi e conseguiti area sanitaria

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Appropriatezza organizzativa	Controllo della degenza media	8,06	7,94	1,5%
	Riduzione dei DH con finalità diagnostica	26,38	26,63	-0,9%
	Incremento % DRG LEA chirurgici in DS	55,33	55,81	-0,9%
	Contenimento dei ricoveri ordinari medici <= 2 gg	18,05	19,16	-5,8%

Il numero di **giornate di degenza media** per ricovero rimane sostanzialmente stabile tra il 2014 e il 2013, a fronte di un aumento della complessità della casistica trattata e pur registrando le costanti difficoltà del territorio a riprendere in carico il paziente uscito dalla fase acuta.

Quanto alla **riduzione dei ricoveri diurni con finalità diagnostica**, indicatore di appropriatezza erogativa che vorrebbe misurare il trasferimento di tali attività in regime ambulatoriale, l'obiettivo è stato raggiunto in quanto nel 2014 tale valore si è ridotto di circa l'1% rispetto al 2013.

Con riferimento all'**incremento percentuale dei ricoveri chirurgici** a rischio di inappropriately in regime di ricovero ordinario e, di conseguenza da erogarsi in regime diurno, il valore si mantiene costante intorno al 55%, soglia media di raggiungimento su cui si sta ancora lavorando per il suo miglioramento.

Sempre nella categoria degli obiettivi sanitari finalizzati al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa, vi è l'indicatore della percentuale di **ricoveri ordinari minori di 2 gg**. Tale obiettivo è stato pienamente raggiunto in quanto il valore 2014 si è ridotto di quasi un 6% rispetto al 2013.

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Appropriatezza clinica	Rispetto dei tempi di attesa chirurgici per classe di priorità	53%	65%	-12%
	Attuazione della L.n. 38/2010 e DGRM n.892/2011 rilevazione dolore	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo
	Riduzione dei ricoveri medici pazienti >= 65 anni oltre soglia	5,48	4,12	33,0%
	Rilevazione ed analisi degli eventi avversi	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Nella classe degli obiettivi connessi con l'appropriatezza clinica, riscontriamo il **rispetto dei tempi di attesa chirurgici per classe di priorità**. La percentuale complessiva aziendale di pazienti prenotati ed operati entro i termini ministeriali definiti per classi di priorità (A, B, C, D) è variata con una diminuzione tra il 2014 (53%) e il 2013 (65%). Tale andamento è strettamente correlato all'incidenza dell'attività programmata (per cui ha senso misurare l'attesa) e quella in emergenza/urgenza che non entra in tale rilevazione. Infatti, nel 2014 l'attività chirurgica in urgenza è del 23%. Peraltro, la percentuale di utilizzo della sala operatoria è pari al 97% per cui ciò rivela un pieno utilizzo della capacità di sala operatoria e, quindi, una carenza complessiva di disponibilità di sala operatoria per soddisfare le intere esigenze che si riversano sull'AOUOORR.

Inoltre, ci si era posti come obiettivo 2014 l'implementazione degli [interventi attuativi della Legge n.38/2010](#) e della [DGRM n.892/2011 sulla rilevazione del dolore in ospedale](#).

Sin dal 2012 è stato costituito un gruppo di lavoro aziendale denominato "Gruppo ospedaliero senza dolore" composto da un referente per ciascun dipartimento assistenziale e coordinato, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Responsabile della Medicina del dolore, coadiuvato dalla Direzione Medica. L'obiettivo del gruppo è quello di migliorare la qualità di vita dei pazienti e delle loro famiglie, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo mediante modalità condivise di rilevazione del dolore ed un approccio metodologico omogeneo. Nello specifico, la legge n.38/2010 prevede l'obbligo per il personale medico ed infermieristico di riportare nella documentazione clinica, la rilevazione del dolore, la sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica ed i farmaci utilizzati; in ottemperanza a ciò, questa Azienda ha creato un apposito flow chart per attuare in maniera sistematica la rilevazione del sintomo del dolore attraverso l'individuazione di una appropriata scala di rilevazione del dolore, così come previsto dalla DGR Marche n.892/2011.

A questo proposito, nell'ambito di apposite riunioni di aggiornamento delle azioni messe in campo, è stato istituito, tramite il prezioso supporto del sistema aziendale di controllo e verifica delle prestazioni sanitarie, (CVPS), gestito dalla Direzione Medica Ospedaliera, la verifica puntuale, in documentazione sanitaria della presenza della scheda di rilevazione compilata in ogni sua parte. I dati prodotti hanno confermato il trend positivo relativo all'adozione della scheda.

Ancora, la percentuale dei [ricoveri medici di pazienti di età superiore ai 65 anni](#) oltre soglia rappresenta una misura dell'appropriatezza clinica che vorrebbe il paziente dimesso appena stabilizzato e finita la fase acuta e, comunque, non oltre il numero standard di giornate previste per lo specifico episodio di ricovero. In realtà, la percentuale di tali pazienti sale dal 4,12 del 2013 al 5,48 del 2014. L'oggettiva difficoltà a garantire tale obiettivo è dipesa dalla scarsa capacità del territorio di riassorbire il paziente dopo la fase acuta soprattutto nei settori oncologico e della medicina interna.

In merito alla [rilevazione ed analisi degli eventi avversi](#), sin dal 2011, l'Azienda alimenta un flusso di dati su standard nazionali per la rilevazione degli eventi sentinella e dei sinistri. Periodicamente l'Azienda provvede all'inserimento nel software online degli eventi sentinella tramite compilazione delle schede ministeriali A e B nei tempi stabiliti dalla procedura regionale (compilazione della scheda A entro 48 ore dall'evento sentinella; e compilazione della scheda B entro 35 giorni dall'evento).

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Percorsi integrati - PDT	Interventi multidisciplinari	658	680	-3,2%
	Protocolli aziendali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Nel corso degli anni e più precisamente dalla pubblicazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003-2006, l'AOUOORR, seguendo le indicazioni provenienti dal livello regionale, ha maturato un'importante esperienza nella costruzione e valutazione dei PDTA. Tra questi quelli dedicati alla [prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza](#). Le Infezioni Ospedaliere, dette anche Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA), provocano significative problematiche sanitarie ed economico-gestionali: prolungamento della degenza del paziente, aumento del numero dei ricoveri per lo stesso paziente, formazione di batteri antibiotici-resistenti, aumento dei costi per la spesa farmaceutica, aumento dei rischi per la sicurezza del paziente, aumento dei contenziosi medico-legali. Nell'AOUOORR, in tale ambito, è in atto la sorveglianza ed il controllo: delle infezioni del sito chirurgico, delle infezioni urinarie associate a catetere (IVUAC), della razionalizzazione della profilassi antibiotica in chirurgia, della circolazione dei microrganismi multiresistenti (tra questi anche degli Enterobatteri Resistenti ai Carbapenemi - CRE).

Il [3% degli interventi chirurgici aziendali sono multidisciplinari](#) ovvero hanno come "primo operatore" chirurghi che afferiscono a diverse strutture e discipline. Ciò costituisce una misura di eccellenza e qualità dell'intervento in quanto permette di coniugare durante lo stesso intervento chirurgico, le professionalità di diverse discipline che operano sullo stesso paziente.

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Implementazione delle alte specialità	Incremento % di DRG di alta complessità	15,48	15,12	+2,4%

In qualità di Ospedale di secondo livello, è fondamentale implementare le alte specialità. Tra le misure di tale obiettivo vi è l'[incremento percentuale dei DRG](#) di alta complessità così come codificati dal Ministero della Salute. Tale obiettivo è stato ampiamente raggiunto con una percentuale di 15,48 rispetto al 15,12 del 2013.

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Ridefinizione delle funzioni e dei margini di autonomia organizzativa e gestionale	Riduzione degli incarichi di struttura complessa e semplice	6	1	7

In merito all'obiettivo regionale di **riduzione delle strutture complesse e semplici**, l'Azienda è intervenuta nel 2014 solo su quelle complesse con una riduzione di 6 SC.

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Potenziamento della mobilità attiva extraregionale	Incremento della % di attrazione extraregionale tramite lo sviluppo di procedure di eccellenza	11,63	11,95	-2,7%

Raggiunto anche l'obiettivo di **potenziamento della mobilità attiva extraregionale**, indicatore particolarmente importante per un'Azienda Ospedaliera di secondo livello. Ebbene, tale percentuale si mantiene al 12% dell'intera produzione aziendale in ricovero ordinario.

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Razionalizzazione dei consumi sanitari, non sanitari e servizi richiesti	Contenimento consumi dispositivi medici, medicinali con e senza AIC, cancelleria, materiali di guardaroba	€ 109.214.962	€ 105.318.667	+ € 3.896.295
	Razionalizzazione delle richieste interne di laboratorio analisi e radiologiche (in pesi prodotti)	5.710.750	5.601.554	+1,9%

Quanto all'obiettivo di **razionalizzazione dei consumi di beni sanitari e non sanitari** si registra nel bilancio 2014 un incremento di € 3.896.295 rispetto al 2013 per le seguenti motivazioni.

Farmaci. L'aggregato farmaci aumenta rispetto al 2013 di € 1.842.154. La maggior spesa è connessa per € 543.567 all'aumento dei costi della lavorazione plasma effettuata da Kedrion per la produzione degli emoderivati distribuiti all'interno dell'intera Regione dal DIRMT; per la restante parte alla distribuzione diretta effettuata presso questa Azienda (in particolare dei farmaci H, A, di quelli somministrati ad emofilici nel corso del ricovero ospedaliero e oncologici). In pratica si mantiene stabile la spesa farmaceutica somministrata a pazienti interni.

Altri beni. Nel corso dell'anno 2014 si è registrato un aumento complessivo degli altri beni sanitari (esclusa la farmaceutica) e non sanitari, per € 2.054.141. L'aumento più rilevante si registra tra i beni sanitari per complessivi € 1.602.893 (dispositivi medici e impiantabili attivi per € 873.902 di cui € 111.659 del DIRMT per esigenze regionali e € 491.840 connessi con un incremento della complessiva attività chirurgica dell'1,3% rispetto al 2013; dispositivi medici diagnostici in vitro per € 573.862 a fronte di un incremento di 1,9% dell'attività di laboratorio). Anche i beni non sanitari aumentano di € 451.248 pressoché interamente per la voce alimentari. Con riferimento a quest'ultimo aspetto si evidenzia come nel 2014, a seguito di operazioni di ristrutturazione dei locali cucina, l'appalto del servizio fornitura pasti pronti, iniziato a marzo 2013, incide per l'intero anno; inoltre, nel 2014 sono stati erogati n. 620.463 pasti a fronte di n. 614.034 del 2013 (+ 1,04%). Infine si è registrato un incremento dei costi relativi alla fornitura di derrate alimentari conseguente l'adesione alla convenzione Consip, in vigore dal giugno 2013, che impatta per 12 mesi nel 2014.

Le **richieste di esami di laboratorio e radiologici** effettuate in costanza di ricovero, sono misurate in termini di "pesi" e non di prestazioni ovvero misurando la complessità della prestazione e il relativo assorbimento di risorse. Orbene, il numero complessivo di pesi richiesti ai servizi intermedi da parte dei reparti cresce dal 2013 al 2014 di quasi un 2%. Mentre, da un lato si è lavorato sulla appropriatezza delle richieste, dall'altro, l'aumento della complessità della casistica trattata dall'AOUOORR ha comunque indotto un aumento della complessità delle richieste e quindi del loro peso relativo.

OBIETTIVI OPERATIVI AREA SANITARIA	INDICATORE	VALORE OTTENUTO (anno 2014)	VALORE DI RIFERIMENTO (anno 2013)	SCOSTAMENTO 2014/2013
Implementazione del sistema informativo amministrativo-contabile	Pieno utilizzo procedura informatica di sala operatoria	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Infine, al fine di implementare il sistema informativo amministrativo-contabile, nel 2014 si è lavorato sull'utilizzo della apposita [procedura informatica in sala operatoria](#) in grado di registrare i consumi di sala operatoria per lo specifico paziente operato, permettendo un maggior controllo e verificabilità dei beni sanitari utilizzati durante l'intervento chirurgico.

Si passa ora alla trattazione degli obiettivi assegnati e raggiunti nell'area amministrativa, professionale e tecnica.

Tabella 178. Obiettivi operativi attesi e conseguiti area PTA

OBIETTIVI OPERATIVO AREA PTA	INDICATORE	VALORE DI RIFERIMENTO	VALORE OTTENUTO	SCOSTAMENTO
Protocollo informatizzato: implementazione	Implementazione del protocollo informatizzato secondo le indicazioni che saranno fornite dalla SO Affari generali	Messa in opera delle operazioni propedeutiche all'avvio del nuovo programma di protocollazione	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Nel 2014 si è lavorato per avviare l'introduzione del protocollo informatizzato in azienda. Ciò permette una gestione più agevole e sicura della corrispondenza in entrata e uscita, nonché la sua archiviazione elettronica nell'ottica di implementare l'e-government.

Tale evoluzione ha un duplice obiettivo: consentire agli enti pubblici della Regione di adottare un sistema interoperabile e cooperante di protocollo informatico e di gestione dei flussi documentali coerente con le disposizioni di legge; offrire a cittadini, imprese ed amministrazioni la possibilità di sostituire lo scambio di documenti cartacei con lo scambio di documenti informatici attraverso un sistema di posta elettronica certificata. Nel corso del 2014 si è provveduto ad effettuare la necessaria formazione/informazione agli operatori utilizzatori nelle diverse funzioni. Inoltre, il primo passo propedeutico è consistito nella definizione del Manuale di gestione ed utilizzo della procedura regionale. Nel febbraio 2015 la procedura aziendale precedente è stata disattivata e tutte le strutture amministrative utilizzano la nuova procedura Paleo.

OBIETTIVI OPERATIVO AREA PTA	INDICATORE	VALORE DI RIFERIMENTO	VALORE OTTENUTO	SCOSTAMENTO
Implementazione sistema informativo amministrativo-contabile	Utilizzo a regime delle richieste da reparto tramite il sistema applicativo AREAS in collaborazione con tutti reparti sanitari	Avvio dell'utilizzo della nuova procedura AREAS per i reparti definiti in sede di budget 2014	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Per quanto riguarda l'implementazione del sistema informativo amministrativo-contabile, nel 2014 ci si era posti l'obiettivo di avviare il percorso di informatizzazione delle richieste di beni sanitari e non sanitari dai reparti sulla procedura aziendale centrale [AREAS](#) in modo da implementare la contabilità di magazzino informatizzata. I moduli Richieste di approvvigionamento da Reparto, Armadietto di reparto e inventario di reparto sono stati avviati con successo presso 15 reparti. Nel corso del 2015 anche tutti gli altri reparti entreranno a regime.

OBIETTIVI OPERATIVO AREA PTA	INDICATORE	VALORE DI RIFERIMENTO	VALORE OTTENUTO	SCOSTAMENTO
bilancio sociale 2013	Deliberazione del documento entro il 31.05.2014	Presentazione del Bilancio Sociale 2014	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Presentazione del [bilancio sociale](#) come strumento di trasparenza e comunicazione con i cittadini. Il bilancio sociale 2013, primo bilancio sociale di questa Azienda, è stato elaborato nel corso del 2014, presentato a tutta la cittadinanza nella giornata del 12 settembre 2014 e pubblicato sul sito aziendale. Merita rilevare che l'Azienda ha ricevuto per questo lavoro il prestigioso premio nazionale Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione, categoria Aziende Ospedaliere,

sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica con la seguente motivazione "La documentazione in riferimento al bilancio di esercizio 2013 è esaustiva e segue le indicazioni del D.Lgs n.118/2011. Le informazioni sono espresse con chiarezza e analiticità. Il bilancio sociale è redatto in maniera chiara e presenta una notevole qualità sotto il profilo grafico. Ottimo strumento di comunicazione istituzionale, presenta estratti pensati per le varie categorie di stakeholder. I riferimenti ai bilanci sono presenti in estratto. Nel complesso l'Azienda si segnala per una documentazione di ottimo livello per esaustività, chiarezza e innovazione di presentazione dei documenti."

OBIETTIVI OPERATIVO AREA PTA	INDICATORE	VALORE DI RIFERIMENTO	VALORE OTTENUTO	SCOSTAMENTO
Aggiornamento inventari beni durevoli	Supporto all'aggiornamento degli inventari dei beni durevoli erogato secondo le linee guida ed il coordinamento effettuato dalla SO Acquisizione beni e servizi	Definizione della procedura operativa per l'organizzazione del lavoro da effettuarsi entro il 2016.	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

L'attività relativa all'aggiornamento degli inventari dei beni durevoli ha comportato, nei primi mesi dell'anno 2014, la costituzione di un gruppo di lavoro formato da professionisti afferenti all'area gestione attività economiche, controllo di gestione economico-finanziaria e SIA. Il gruppo si è occupato della progettazione e successiva realizzazione di una procedura informatica denominata "gestione inventario beni mobili durevoli" necessaria all'effettuazione della rilevazione fisica inventariale. I dipendenti individuati da ciascuna struttura amministrativa sono stati invitati ad una giornata formativa propedeutica all'inizio delle operazioni di inventariazione; ai partecipanti è stata consegnata copia del manuale operativo. Dal 15 ottobre sono iniziate le operazioni di aggiornamento degli inventari presso le strutture di cui al piano 0 della struttura ospedaliera di Torrette.

OBIETTIVI OPERATIVO AREA PTA	INDICATORE	VALORE DI RIFERIMENTO	VALORE OTTENUTO	SCOSTAMENTO
Sviluppo del PAC secondo il piano di cui alla determina n. 655/DG del 9.12.2013	Rispetto delle scadenze nella predisposizione della documentazione individuata in collaborazione con la Regione	Rispetto delle scadenze previste dal PAC regionale per le specifiche aree coordinate da questa Azienda (rimanenze e patrimonio netto)	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

L'Azienda ha collaborato alla definizione della procedura di certificazione dell'area rimanenze nell'ambito del ciclo magazzino, nel rispetto delle disposizioni D.M. 1° marzo 2013 "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità". Nell'ambito del percorso di condivisione avviato dalla Regione Marche con le aziende/enti del Servizio Sanitario Regionale, è stata definita una procedura aziendale volta a garantire la certificabilità dell'area rimanenze ciclo magazzino nel rispetto dei seguenti principi:

- accertamento dell'esistenza fisica delle giacenze;
- identificazione del momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà o di possesso dei beni;
- riconciliazione contabilità sezionale e contabilità generale;
- definizione dei ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione.

Nello specifico per l'anno 2014, lo schema del Percorso Attuativo Certificabilità - Area Rimanenze di cui alla Delibera di Giunta Regione Marche 1667/2013 del 9 dicembre 2013 prevede la definizione di specifiche procedure identificando i seguenti obiettivi e rispetto delle seguenti scadenze.

Gli obiettivi operativi relativi al percorso di certificabilità dei bilanci sono i seguenti.

OBIETTIVI	AZIONI	SCADENZA
E.1) Dimostrare l'effettiva esistenza fisica (magazzini - reparti/servizi - terzi) delle scorte	E1.1. Definizione (o valutazione se esistente) di una procedura sulla corretta rilevazione fisica degli inventari di magazzino.	30/06/2014
E.2) Individuare i movimenti in entrata ed in uscita e il momento effettivo di trasferimento del titolo di proprietà delle scorte	E.2.1. Definizione della procedura operativa di movimentazione dei beni in entrata e in uscita	30/06/2014
	E.2.2. Formalizzazione di un sistema di monitoraggio a campione della corretta gestione dei carichi e scarichi	31/12/2014
E.3) Rilevare gli aspetti gestionali e contabili delle scorte garantendo un adeguato livello di correlazione tra i due sistemi.	E.3.1. Definizione della procedura di rilevazione e valorizzazione delle scorte	31/12/2014

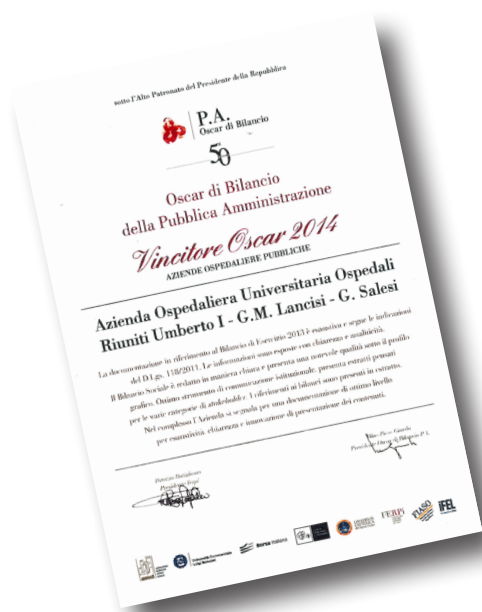
E.4) Definire ruoli e responsabilità connessi al processo di rilevazione inventariale delle scorte (magazzini - reparti/servizi - terzi) al 31 dicembre di ogni anno.	E.4.1. Prevedere, all'interno della procedura sulla corretta rilevazione fisica degli inventari di magazzino, la definizione di norme generali per la separazione dei ruoli e delle responsabilità connesse alla rilevazione fisica delle giacenze	30/06/2014
---	--	------------

A riscontro degli obiettivi definiti ed entro le scadenze previste sono state predisposte le seguenti procedure:

- procedura per la corretta rilevazione fisica degli inventari di magazzino (E.1.1);
- procedura per la movimentazione dei beni in entrata e in uscita (E.2.1);
- sistema di monitoraggio a campione della corretta gestione carichi e scarichi (E.2.2);
- procedura di rilevazione e valorizzazione delle scorte (E.3.1);
- norme generali per la separazione dei ruoli e delle responsabilità connesse alla rilevazione fisica delle giacenze (E.4.1).

OBIETTIVI OPERATIVO AREA PTA	INDICATORE	VALORE DI RIFERIMENTO	VALORE OTTENUTO	SCOSTAMENTO
Reportistica economica trimestrale	Tempestività, correttezza e qualità della reportistica trimestrale di contabilità analitica relazionata dai Gestori di spesa al Controllo di gestione	Predisposizione della reportistica trimestrale di co.an. nelle scadenze previste dalla Regione Marche	Obiettivo qualitativo	Obiettivo qualitativo

Con riferimento all'obiettivo di **tempestività, correttezza e qualità della reportistica trimestrale di contabilità analitica relazionata dai Gestori di spesa al Controllo di gestione**, sin dal 2006, sono state stabilite le scadenze previste per la trasmissione dei dati utili alla compilazione dei report trimestrali di contabilità analitica da parte dei gestori di spesa al Controllo di gestione, struttura deputata all'invio dei documenti di rendicontazione economica trimestrale alla Regione Marche. Tali scadenze sono coerenti con i lavori che questa struttura deve poi eseguire per soddisfare il debito informativo nei confronti della Regione Marche nei termini dalla stessa stabiliti, tenendo in considerazione che il rispetto delle scadenze regionali per la produzione della reportistica periodica di contabilità analitica costituiscono elemento di valutazione annuale del Direttore Generale. Ciò premesso, tenuto conto del lavoro costante effettuato da questa SO con le singole strutture per la predisposizione della reportistica, la SO Controllo di Gestione è stata in ogni caso in grado di predisporre i report per la Regione Marche nei tempi e modi dovuti.



Oscar di Bilancio
della Pubblica Amministrazione

Vincitore Oscar 2014
AZIENDE OSPEDALIERE PUBBLICHE

Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi

La documentazione in riferimento al Bilancio di Esercizio 2013 è esaustiva e segue le indicazioni del D.Lgs. 118/2011. Le informazioni sono espresse con chiarezza e analiticità.

Il Bilancio Sociale è redatto in maniera chiara e presenta una notevole qualità sotto il profilo grafico. Ottimo strumento di comunicazione istituzionale, presenta estratti pensati per le varie categorie di *stakeholder*. I riferimenti ai bilanci sono presenti in estratto.

Nel complesso l'Azienda si segnala per una documentazione di ottimo livello per esaustività, chiarezza e innovazione di presentazione dei contenuti.

5.2 Gli obiettivi di miglioramento

Dopo il monitoraggio attento delle istanze dei diversi stakeholder e degli indicatori gestionali individuati nei documenti programmatici, si presentano di seguito i principali obiettivi di miglioramento per il prossimo biennio.

OBIETTIVO STRATEGICO DI RIFERIMENTO	MACRO OBIETTIVI OPERATIVI DIRIGENZA	INDICATORE
Razionalizzazione dell'offerta attraverso la riduzione dei PL per acuti ed il potenziamento di quelli di lungodegenza/riabilitazione in coerenza con gli atti regionali di riordino	Appropriatezza organizzativa	Controllo della degenza media
		Riduzione dei DH con finalità diagnostica
		Incremento % DRG LEA chirurgici in DS
		Contenimento dei ricoveri ordinari medici <= 2 gg
	Appropriatezza clinica	Rispetto dei tempi di attesa chirurgici per classe di priorità
		Attuazione della L.n. 38/2010 e DGRM n. 892/2011 rilevazione dolore
Riorganizzazione dei processi e percorsi interni al fine di dare adempimento all'organizzazione regionale per reti cliniche	Percorsi integrati - PDT	Riduzione dei ricoveri medici pazienti >= 65 anni oltre soglia
		Interventi multidisciplinari
	Implementazione delle alte specialità	Protocolli aziendali per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza
		Incremento % di DRG di alta complessità
Rimodulazione degli incarichi di struttura complessa e di struttura semplice funzionale alla riorganizzazione per reti cliniche e all'applicazione dei parametri previsti dalla spending review.	Ridefinizione delle funzioni e dei margini di autonomia organizzativa e gestionale	Riduzione degli incarichi di struttura complessa e semplice
Rispetto dei vincoli economici prevista dalla programmazione di bilancio regionale	Potenziamento della mobilità attiva extraregionale	Incremento della % di attrazione extraregionale tramite lo sviluppo di procedure di eccellenza
	Razionalizzazione dei consumi sanitari, non sanitari e servizi richiesti	Contenimento consumi dispositivi medici, medicinali con e senza AIC, cancelleria, materiali di guardaroba
		Razionalizzazione delle richieste interne di laboratorio analisi e radiologiche
		Razionalizzazione delle richieste di prestazioni a soggetti esterni
	Razionalizzazione della spesa per il personale	Costo del personale in riduzione rispetto al 2004 meno l'1,4% nei limiti definiti dalla DGRM n. 977/2014
		Costo del personale c.d. "flessibile" in riduzione nei limiti definiti dalla DGRM n. 977/2014
Implementazione del processo di informatizzazione della PA	Protocollo informatizzato: implementazione	Implementazione del protocollo informatizzato
	Implementazione sistema informativo amministrativo-contabile	Utilizzo a regime delle richieste da reparto tramite il sistema applicativo AREAS in collaborazione con tutti reparti sanitari
		Pieno utilizzo procedura informatica per le richieste da reparto
Potenziamento della comunicazione verso i cittadini	Bilancio sociale 2015	Deliberazione del documento entro il 30.09.2016
Implementazione del Percorso di Certificabilità dei bilanci	Aggiornamento inventari beni durevoli	Supporto all'aggiornamento degli inventari dei beni durevoli erogato secondo le linee guida ed il coordinamento effettuato dalla SO Acquisizione beni e servizi
		Aggiornamento degli inventari dei beni durevoli
	Sviluppo del PAC secondo il piano di cui alla determina n. 655/DG del 9.12.2013 e s.m.i.	Rispetto delle scadenze nella predisposizione della documentazione individuata in collaborazione con la Regione

5.3 Gli obiettivi di miglioramento del Sistema Trasfusionale della Regione Marche

Durante il 2014 sono stati rispettati gli obiettivi definiti l'anno precedente, cioè:

- l'espletamento delle fasi di audit di tutti i punti raccolta e le strutture trasfusionali della Regione Marche, in ottemperanza ai dettati normativi comunitari (Direttive 2002/98/CE, 2004/33/CE, 2005/61/CE, 2005/62/CE) e nazionali (Decreti legislativi 207/2007, 208/2007 e 261/2007; accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e 2012 e successive disposizione del CNS), con l'obiettivo di rispettare la scadenza dell'accreditamento prevista per il 30 giugno 2015;
- mantenimento dell'autosufficienza regionale di Emazie;
- raggiungimento dell'autosufficienza dei farmaci plasmaderivati (considerando i quantitativi stimati di fabbisogno storico);
- unificazione dei data base locali in un unico database regionale, continuazione degli interfacciamenti informatici con laboratorio e con i reparti, studio di fattibilità per allacciamento del sistema regionale ARCA.

Per il 2015, la Direzione del Dipartimento si impegna a:

- assicurare, in collaborazione con gli uffici regionali preposti, il rispetto dei dettati normativi comunitari (Direttive 2002/98/CE, 2004/33/CE, 2005/61/CE, 2005/62/CE) e nazionali (Decreti legislativi 207/2007, 208/2007 e 261/2007; accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 e 2012 e successive disposizione del CNS) per l'accreditamento delle UU.OO. di Medicina Trasfusionale;
- promuovere studi progettuali per la realizzazione di un'unica localizzazione produttiva per le attività di produzione di primo e secondo livello e le attività diagnostiche, tenuto conto anche delle raccomandazioni espresse nell'Accordo Stato-Regioni emanato in data 25 luglio 2012;
- rispettare gli obiettivi di mantenimento dell'autosufficienza regionale di Emazie e farmaci plasmderivati e di potenziamento del sistema informativo regionale a garanzia della tracciabilità lungo tutti i processi trasfusionali (si veda tabella che segue).

	DESCRIZIONE OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE INDICATORE 2013	OBIETTIVO PER IL 2014	VALORE INDICATORE 2014	OBIETTIVO 2015
1	Mantenimento autosufficienza regionale di Emazie	Rapporto tra unità di Emazie prodotte/unità di Emazie trasfuse	102%	> 100%	101%	> 100%
2	Raggiungimento autosufficienza Immunoglobuline (Ig Vena - prodotto plasmaderivato)	Rapporto tra flaconi di Ig Vena fatturata (come da convenzione del conto lavorazione)/flaconi di Ig Vena distribuita	100%	100%	100%	100%

Unitamente agli obiettivi operativi già presentati, il Dipartimento si impegna al perseguimento dei seguenti obiettivi riguardanti il miglioramento del sistema informatico e delle procedure a supporto dello stesso, a garanzia della costante e piena tracciabilità dei processi trasfusionali

DESCRIZIONE OBIETTIVO		INDICATORE	OBIETTIVO 2015
a	Valutazione e attivazione di un sistema web per la registrazione informatizzata della raccolta in tempo reale effettuata nelle unità di raccolta non raggiunti dalla rete regionale	Numero unità di raccolta dotate di sistema web	100% delle unità di raccolta
b	Modifica delle agende di prenotazione della donazione, secondo le richieste delle associazioni dei donatori e compatibilmente con il software da loro adottato	Avvio delle corrette funzionalità	Completamento della fase di modifica iniziale
c	Prosecuzione dello studio di fattibilità per allacciamento del sistema regionale ARCA (finalizzato alla gestione anagrafica pazienti e donatori) con i TMM reparti e conseguente attivazione	Numero delle UU.OO. con allacciamento attivato	Almeno di tre unità
d	Attivazione della richiesta urgentissima su gestionale TMM reparti	Attivazioni nelle UU.OO. di Medicina Trasfusionale che utilizzano TMM Reparti	50% delle UU.OO. utilizzatrici
e	Estensione dell'attivazione scheda MEN (Malattia Emolitica del Neonato)	Numero UU.OO. di Medicina Trasfusionale con attivazione della scheda MEN/totale UU.OO. di Medicina Trasfusione e della Regione Marche	12 UU.OO. su 12 UU.OO.
f	Integrazione dei software informativi dell'U.O. di Medicina Trasfusionale di Pesaro con quelli utilizzati presso il Laboratorio di Pesaro	Avvio e conclusione	100%

Glossario

ATTO AZIENDALE	L'Atto aziendale è lo strumento che disciplina, nel rispetto della normativa vigente e della pianificazione regionale e locale, l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda, i compiti i livelli di responsabilità dei suoi dirigenti, nonché le correlazioni fra le strutture stesse.
ADI (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)	È un servizio a carico del Sistema Sanitario che permette al paziente di ricevere le necessarie prestazioni sanitarie e assistenziali al domicilio, evitando il ricovero in ospedale o in casa di riposo.
ADP (ASSISTENZA DOMICILIARE PROGRAMMATA)	È un servizio a carico del Sistema Sanitario che assicura visite programmate del medico di famiglia presso il domicilio di pazienti non deambulanti, con particolari patologie croniche o invalidanti, che non sono in grado di recarsi o di essere trasportati presso l'ambulatorio.
AFERESI	Indica una metodologia di prelievo a scopo trasfusionale, che consente la separazione e la raccolta di un singolo specifico emocomponente. Si effettua con l'ausilio di apparecchiature (separatori cellulari) che, utilizzando materiale sterile monouso, prelevano il sangue e lo separano per centrifugazione o per filtrazione, restituendo al donatore, attraverso un unico accesso venoso, i componenti non utilizzati. Con alcuni tipi di separatori cellulari è addirittura possibile raccogliere i componenti del sangue variamente combinati tra loro, ad esempio Emazie e plasma, Emazie e Concentrati piastrinici, plasma e Concentrati piastrinici; questo tipo di donazione prende il nome di Aferesi Multicomponent. Il prelievo di solo plasma si chiama Plasmaferesi.
ALT	Test sierovirologico: alanina transaminasi (ALT o ALAT, alanina amminotransferasi)
ANALITA	Sostanza rilevata/misurata in un test di laboratorio.
BUDGET	È uno strumento di programmazione della gestione aziendale riferito ricavi e costi di un periodo, solitamente di durata annuale. Nel budget sono indicati gli obiettivi che l'Azienda, nel suo complesso e nell'articolazione dei suoi servizi, si propone di raggiungere.
BUFFY COAT	Frazione di sangue che si ottiene dopo centrifugazione tra emazie e plasma e contiene principalmente leucociti e piastrine
CMV (IGG, IGM)	Citomegalovirus è un virus a DNA di forma icosaedrica appartenente alla famiglia degli Herpes Virus
CONTRATTO PART-TIME	Contratto di lavoro a tempo parziale, conosciuto anche come contratto di lavoro part-time, in Italia, indica un contratto di lavoro subordinato caratterizzato da una riduzione dell'orario di lavoro rispetto a quello ordinario (detto anche full-time) che è generalmente di durata di 40 ore settimanali
CONSENSO INFORMATO AD UN TRATTAMENTO SANITARIO	Espressione della volontà di un soggetto avente potestà che, opportunamente informato, autorizza ad effettuare uno specifico trattamento sanitario
CREDITI FORMATIVI (ECM)	L'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche sia pratiche, promosse da Società Scientifiche, nonché soggetti pubblici e privati accreditati (provider), allo scopo di adeguare continuamente e sistematicamente conoscenze, abilità e competenze dei professionisti della salute. Il programma nazionale di ECM riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica.
DEGENZA ORDINARIA	È il ricovero in ospedale di pazienti in condizioni acute che necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata (es. osservazione infermieristica per 24 ore, immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche, ecc.).
E-GOVERNMENT	(abbreviazione di electronic government, noto anche come e-gov) È costituito da interazioni digitali tra il governo e i cittadini, il governo e le imprese, il governo e i dipendenti, tra governo e governi/agenzie, così come l'interazione dei cittadini con il loro governo.
FARMACI OFF LABEL	Nella pratica clinica i farmaci off label sono quelli già registrati, ma utilizzati in maniera non conforme a quanto previsto dal riassunto delle caratteristiche del prodotto autorizzato.
HAV AB IGG, HAV AB IGM	Marcatori sierologici virus epatite A
HBCAB, HBCABIGM, HBEAB, HBEAG, HBSAB, HBSAG	Test sierologici virus epatite B

HCV AB	Test sierologico virus epatite C
HIVAB 1/2	Test sierologico HIV (Human Immunodeficiency Virus)
IBMDR	Italian Bone Marrow Donatore Registry (Registro nazionale Italiano Donatori di Midollo Osseo). Ha lo scopo di procurare ai soggetti in attesa di trapianto di Cellule Staminali Ematopoietiche (CSE), privi di un donatore consanguineo (familiare HLA compatibile), un volontario adulto o una unità di sangue cordonale, non familiari con caratteristiche immunogenetiche tali da consentire il trattamento terapeutico con buone probabilità di successo.
INDICATORI	Generalmente un indicatore è una misura elementare o il rapporto tra misure elementari (es. numero di medici in servizio, tasso di mortalità per infarto miocardico, ecc.). La particolarità di un indicatore rispetto alle comuni misure consiste nel fatto che consente di prendere decisioni per promuovere in modo consapevole il cambiamento e il miglioramento. Le decisioni vengono prese nel momento in cui il valore rilevato per uno specifico indicatore si discosta dal valore che ci si attenderebbe in condizioni di performance ottimali. Il valore atteso viene definito prima di avviare la rilevazione dell'indicatore.
INFEZIONE OSPEDALIERA	Infezione insorta nel corso di un ricovero ospedaliero, ma non manifesta clinicamente né in incubazione al momento dell'ingresso, che si rende evidente dopo 48 ore o più dal ricovero. Sono comprese anche le infezioni successive alla dimissione ma causalmente riferibili, per tempo di incubazione, agente eziologico e modalità di trasmissione al ricovero medesimo (ad esempio: infezione della ferita chirurgica).
LUES	Esame sierologico per la diagnosi della sifilide
MEN	Malattia Emolitica Neonatale
MOBILITÀ ATTIVA (ATTRAZIONI)	Indica le prestazioni sanitarie erogate dall'azienda a cittadini residenti sul territorio di altre Aziende Sanitarie locali della Regione (mobilità attiva intra-regione) o di altre Regioni (mobilità attiva extra-regione).
MOBILITÀ PASSIVA (FUGHE)	Indica l'uso di prestazioni sanitarie erogate da altre aziende della Regione (mobilità passiva intra-regione) o di altre Regioni (mobilità passiva extra-regione) da parte di cittadini residenti nel territorio di riferimento della Azienda Sanitaria Locale.
OSS	Operatore socio sanitario.
OTA	Operatore tecnico addetto all'assistenza. Svolge la propria attività (es. attività alberghiere, lavaggio e asciugatura materiale ecc.) in diversi ambiti.
QUALIFICAZIONE BIOLOGICA	Gli elementi di qualificazione biologica della donazione e dei relativi prodotti comprendono: a) i risultati dei test microbiologici ed immunoematologici previsti dalle disposizioni normative vigenti; b) il trattamento delle informazioni disponibili correlate alla donazione e al donatore, con particolare riferimento ad eventuali specifici rilievi anamnestici e clinici in fase di selezione e ad eventuali rilievi/informazioni post donazione; c) eventuali test di qualificazione biologica non previsti dalle disposizioni normative, effettuati per soddisfare particolari requisiti di sicurezza degli emocomponenti e/o specifiche necessità cliniche.
REAZIONE AVVERSA	Un effetto indesiderato osservato in un soggetto in relazione ad una donazione, ad una trasfusione o ad una procedura diagnostica o terapeutica.
RICEVENTE	La persona cui sono stati nominativamente assegnati uno o più emocomponenti o che ha ricevuto gli emocomponenti assegnati.
RISCHIO CLINICO	Probabilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.
SUMAI	Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana
SCREENING	Programma organizzato e sistematico di diagnosi precoce condotto su una popolazione asintomatica (cioè che non accusa nessun disturbo o "sintomo" di quella specifica malattia: lo screening si rivolge a persone "che si sentono sane") che viene attivamente invitata dalla struttura sanitaria ad effettuare un esame clinico, strumentale o di laboratorio. Attraverso uno screening si vuole identificare una malattia in fase iniziale perché, tanto più è precoce la diagnosi, tanto più è probabile riuscire a modificare la storia naturale della malattia utilizzando un trattamento dimostratosi efficace.
SCINTIGRAFIA	Esame di medicina nucleare che si ottiene somministrando un tracciante radioattivo che grazie all'utilizzo di specifici strumenti consente di evidenziare il tracciante nel tessuto che si vuole analizzare.
SO	Struttura Organizzativa

STUDI "PROFIT"/SPONSORIZZATI E "NON PROFIT"	Gli studi "profit" sono condotti solo con l'apporto da parte di uno sponsor, il quale gestisce, finanzia e assume la responsabilità dello studio stesso. Gli studi "non profit" sono finalizzati al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria e non a fini industriali; possono essere o non essere supportati da contributi esterni.
TC	Tomografia computerizzata. È una tecnica diagnostica per immagini che consente di esaminare varie parti del corpo.
TRIAGE	Sistema utilizzato per selezionare i soggetti coinvolti in infortuni, gravi o leggeri che siano, secondo classi di urgenza/emergenza crescenti, in base alla gravità delle lesioni riportate o del loro quadro clinico.
TREPONEMA PALLIDUM	Batterio del phylum delle Spirochaetes. È l'agente eziologico della sifilide.
TRI-NAT	Test per la ricerca di HCV-HIV-HBV (NAT: Nucleic Acid Testing)
UNITÀ EQUIVALENTI	Unità di lavoro dipendente equivalente a tempo pieno. È un'unità di misura, utilizzata dall'ISTAT, del volume di lavoro prestato nelle posizioni lavorative. È calcolata riducendo il valore unitario delle posizioni lavorative a tempo parziale in equivalenti a tempo pieno.
VALIDAZIONE ANALITICA	Conferma della validità e della rappresentatività di un dato analitico attraverso lo studio dei valori dei valori che si presentano e il confronto tra diversi parametri.
VALIDAZIONE BIOLOGICA	Valutazione finale dell'insieme degli elementi di qualificazione biologica della donazione e dei relativi prodotti, che consente di dichiararne l'idoneità alla trasfusione (previo accertamento della compatibilità immunologica) e di effettuarne l'etichettatura definitiva.

Ringraziamenti

Il documento è stato realizzato con la preziosa collaborazione delle strutture amministrative e sanitarie dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che hanno fornito i dati e le analisi in esso contenute, coordinate dalla SO Controllo di gestione.

Le informazioni da sistema informativo regionale relative al Sistema Trasfusionale della Regione Marche sono state raccolte e elaborate grazie al supporto e alla collaborazione del Direttore del Dipartimento Interaziendale Regionale di Medicina Trasfusionale, del Coordinatore della Medicina Trasfusionale AOUOORR e di tutto il personale operante all'interno delle strutture del Dipartimento.

L'assistenza metodologica è stata fornita dal Dipartimento di Management dell'Università Politecnica delle Marche.

Indice delle figure

Figura 1.	Organizzazione del Sistema Sanitario della Regione Marche	14
Figura 2.	Popolazione residente (trend 2011/2065) - Regione Marche	16
Figura 3.	Popolazione per fasce di età (triennio 2012-2014)	16
Figura 4.	Popolazione per fasce di età (anno 2014)	17
Figura 5.	Rappresentazione cartografica delle fasce isocrone a 60 e 90 minuti di guida da Ospedali Riuniti Torrette- Via Conca 71 (Velocità medie teoriche)	19
Figura 6.	Popolazione assistita per classi di età (anno 2014)	20
Figura 7.	Assistiti per sesso in percentuale (anno 2014)	20
Figura 8.	Obiettivi strategici dell'AQUOORR	29
Figura 9.	Tempi di attesa Pronto Soccorso Torrette - in minuti- (triennio 2012-2014)	34
Figura 10.	Tempi di attesa Pronto Soccorso Salesi pediatrico -in minuti (triennio 2012-2014)	34
Figura 11.	L'ospedale ideale progettato dal Lab@AOR, con i 3 piani che rappresentano le funzioni dell'accoglienza al paziente, la gestione dei dati e la produzione	38
Figura 12.	I centri mondiali che hanno visitato il Lab@AOR nel 2014.	39
Figura 13.	La piattaforma APOTECA per la gestione robotizzata della produzione i.v. in farmacia	40
Figura 14.	L'organigramma del Sistema Trasfusionale della Regione Marche al 31.12.2014	46
Figura 15.	La mappa degli stakeholder al 31.12.2014	47
Figura 16.	Gli enti del Servizio Sanitario Regionale	54
Figura 17.	Totale personale in unità di lavoro equivalenti (triennio 2012-2014)	56
Figura 18.	Analisi del personale dipendente area comparto per genere (triennio 2012-2014)	58
Figura 19.	Analisi del personale dipendente area dirigenza per genere (triennio 2012-2014)	58
Figura 20.	Personale dipendente del SSN con contratto part-time (triennio 2012-2014)	59
Figura 21.	Il portale trasparenza dell'AQUOORR	63
Figura 22.	Adesione dei dipendenti alle giornate di sciopero (triennio 2012-2014)	70
Figura 23.	Denunce per infortunio (triennio 2012-2014)	71
Figura 24.	Analisi degli infortuni per tipologia di rischio - trend 2012-2014	71
Figura 25.	Trend della copertura vaccinale antiinfluenzale ed anti epatite B (triennio 2012-2014)	74
Figura 26.	Il dialogo con i collaboratori: "La comunicazione dell'AQU Ospedali Riuniti (riguardo procedure, attività, obiettivi, risultati) favorisce il perseguimento di obiettivi comuni"	75
Figura 27.	Il dialogo con i collaboratori: "Il tuo "responsabile" favorisce la collaborazione tra le UU.OO. e all'interno dell'U.O. per la quale lavori?"	76
Figura 28.	Il dialogo con i collaboratori: "I compiti e le responsabilità che ti vengono affidati sono idonei considerando le tue competenze?"	77
Figura 29.	Tipologie di trasporti con autoambulanza	78
Figura 30.	Prestazioni di attività clinica (in mobilità) ai pazienti in ambulatorio - trend 2012-2014	83
Figura 31.	Accessi di pronto soccorso, senza successivo ricovero (triennio 2012-2014)	86
Figura 32.	Prestazioni di laboratorio distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)	86
Figura 33.	Prestazioni di Medicina Riabilitativa distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)	86
Figura 34.	Prestazioni di Medicina Trasfusionale distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)	87
Figura 35.	Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)	87
Figura 36.	Attività clinica distinte per provenienza dei pazienti (triennio 2012-2014)	87
Figura 37.	Profilo dei pazienti ambulatoriali per classi di età (anno 2014)	88
Figura 38.	Profilo dei pazienti ambulatoriali per classi di età (anno 2014)	88
Figura 39.	Peso medio delle discipline di eccellenza (triennio 2012-2014)	91
Figura 40.	Processo di donazione della Regione Marche (anno 2014)	92
Figura 41.	Processo di donazione: focus Ancona (anno 2014)	92
Figura 42.	Numero trapianti effettuati dal 30/05/2005 al 31/12/2014	93
Figura 43.	Ricoveri di pazienti provenienti dal pronto soccorso (triennio 2012-2014)	95
Figura 44.	Ricoveri di pazienti provenienti da OBI (triennio 2012-2014)	95
Figura 45.	Assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria per provenienza (triennio 2012-2014)	96
Figura 46.	Attività di Trapianti organi e tessuti per provenienza (triennio 2012-2014)	97
Figura 47.	Day hospital e day surgery per provenienza (triennio 2012-2014)	97
Figura 48.	Attività di riabilitazione per provenienza (triennio 2012-2014)	97

Figura 49. Assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria per genere (anno 2014)	98
Figura 50. Attività per Trapianti organi per genere (anno 2014)	98
Figura 51. Day hospital e day surgery per genere (anno 2014)	98
Figura 52. Attività di riabilitazione per sesso (anno 2014)	98
Figura 53. Assistenza ospedaliera per acuti in degenza ordinaria per classi di età (anno 2014)	99
Figura 54. Attività per Trapianti organi per classi di età (anno 2014)	99
Figura 55. Day hospital e day surgery per classi di età (anno 2014)	99
Figura 56. Attività di riabilitazione per classi di età (triennio 2012-2014)	99
Figura 57. Frequenza ore di mediazione nelle strutture (anno 2014)	106
Figura 58. Frequenza ore di mediazione per lingua (2012-2013)	107
Figura 59. Distribuzione di prevalenza (a) ed incidenza (b) dei microrganismi in reparti di area chirurgica, medica e critica	108
Figura 60. Trasferimento inter-struttura dei microrganismi nella rete ospedaliera marchigiana	109
Figura 61. Il dialogo con le associazioni: L'AQUOORR fornisce supporto ai familiari dei pazienti durante la permanenza nei reparti	124
Figura 62. Il dialogo con le associazioni: L'AQUOORR Riuniti agevola la raccolta fondi a favore del volontariato	124
Figura 63. Importo fatturato (in migliaia di euro) per categoria merceologica (triennio 2012-2014)	125
Figura 64. Tempi medi di pagamento (triennio 2012-2014)	126
Figura 65. Classe di fatturato (in euro) dei fornitori	127
Figura 66. Il dialogo con i fornitori: "I prodotti forniti/servizi erogati dalla Sua Azienda a quale classe merceologica appartengono?"	127
Figura 67. Il dialogo con i fornitori: "Indicare le principali strutture con le quali entra in contatto"	128
Figura 68. Il dialogo con i fornitori: "Come viene principalmente a conoscenza delle attività dell'AQUOORR?"	128
Figura 69. Unità SCO solidaristiche e dedicate/intrafamiliari	133
Figura 70. Unità SCO bancatesul totale raccolte	133
Figura 71. Controlli microbiologici su unità SCO e follow-up donatore	135
Figura 72. Organizzazione regionale IBMDR	135
Figura 73. Risorse umane operanti nelle UU.OO.	136
Figura 74. Risorse umane aggiuntive (a contratto, aspettativa, etc) nella dotazione organica nelle UU.OO.	137
Figura 75. Attività immunoematologia donatori (dato regionale)	138
Figura 76. Esami di sierovirologia obbligatori e non obbligatori sulle unità donate (dato regionale)*	138
Figura 77. Esami di biologia molecolare sulle unità donate - HIV, HBV e HCV (dato regionale)*	139
Figura 78. Numero di emocomponenti ottenuti da separazione di sangue intero raccolto	139
Figura 79. Attività di immunoematologia ai pazienti (dato regionale)	141
Figura 80. Assegnazione emocomponenti eritrocitari e piastrinici da donazione omologa (dato regionale)	142
Figura 81. Assegnazione plasma - in LITRI - distinto per tipologia (dato regionale)	142
Figura 82. Plasma inviato all'Azienda di plasmaderivazione (dato regionale)	143
Figura 83. Unità di plasmasafe (da 200 ml) distribuiti	148
Figura 84. Procedure terapeutiche	149
Figura 85. Farmaci plasmaderivati ottenuti dalla lavorazione industriale	153
Figura 86. La composizione del valore della produzione	176
Figura 87. La composizione costi esterni della produzione	177
Figura 88. Attribuzione del valore distribuibile (triennio 2012-2014)	178
Figura 89. Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali (anno 2014)	181
Figura 90. Entrate economiche a disposizione del DIRMT - valori in euro	186
Figura 91. Le risorse economiche per beni e servizi esclusi dalla gara centralizzata - anno 2014	189

Indice delle tabelle

Tabella 1.	Posti letto nel territorio regionale (DGRM n. 735/2013)	17
Tabella 2.	Dotazione mezzi e équipe per il servizio di Pronto Soccorso (DGRM n. 735/2013)	18
Tabella 3.	Indici di stato psico-fisico e per decessi - Regione Marche (Unioncamere)	18
Tabella 4.	Assistiti per provenienza (anno 2014)	20
Tabella 5.	Elenco Dipartimenti ad Attività Integrata	26
Tabella 6.	Articolazione dipartimentale anno 2014	27
Tabella 7.	Dati di ricovero complessivi ordinari e diurni (triennio 2012-2014)	32
Tabella 8.	Accessi in pronto soccorso distinti per sede- triennio 2012-2014	33
Tabella 9.	Accessi in pronto soccorso distinti per codice di priorità - triennio 2012-2014	33
Tabella 10.	Attività dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) - triennio 2012-2014	34
Tabella 11.	Pazienti inviati ad altro istituto dal Pronto Soccorso Adulto, Pediatrico/Ginecologico (triennio 2012-2014)	34
Tabella 12.	Attività complessiva del Comitato Etico (triennio 2012-2014)	35
Tabella 13.	Pareri (comprensivi di emendamenti) del Comitato Etico (triennio 2012-2014)	35
Tabella 14.	Prese d'atto del Comitato Etico (triennio 2012-2014)	35
Tabella 15.	Pareri quale centro coordinatore (triennio 2012-2014)	35
Tabella 16.	Studi (esclusi gli emendamenti) sponsorizzati e non profit (triennio 2012-2014)	36
Tabella 17.	Studi per tipologia (anno 2014)	36
Tabella 18.	Studi per oggetto (anno 2014)	36
Tabella 19.	Attività di sperimentazione (triennio 2012-2014)	36
Tabella 20.	Numero di sperimentazioni distinti per provenienza dell'azienda finanziatrice (triennio 2012-2014)	36
Tabella 21.	Spesa utilizzo farmaci OFF Label - in euro (triennio 2012- 2014)	37
Tabella 22.	Progetti nazionali e internazionali attivi nel 2014 - area sanitaria	37
Tabella 23.	Eventi di formazione promossi dal Lab@AOR (anno 2014)	39
Tabella 24.	Focus Community (anno 2014)	39
Tabella 25.	Focus Share the Care (anno 2014)	39
Tabella 26.	Attività di ricerca del Lab@AOR (anno 2014)	40
Tabella 27.	Progetti di sviluppo del Lab@AOR (anno 2014)	40
Tabella 28.	Consistenza del personale in unità di persone (triennio 2012-2014)	56
Tabella 29.	Consistenza del personale in unità di lavoro equivalenti (triennio 2012-2014)	57
Tabella 30.	Assunzioni e cessazioni del personale (triennio 2012-2014)	57
Tabella 31.	Motivazione della cessazione del personale (triennio 2012-2014)	58
Tabella 32.	Anzianità di servizio del personale (triennio 2012-2014)	59
Tabella 33.	Personale tirocinante, borsista e sanitario non dipendente (triennio 2012-2014)	59
Tabella 34.	Specializzandi e frequentatori volontari presenti in Azienda (triennio 2012-2014)	59
Tabella 35.	Personale dipendente del SSN coinvolto nei corsi di laurea universitari (triennio 2012-2014)	60
Tabella 36.	Numero medici autorizzati alla libera professione (triennio 2012-2014)	61
Tabella 37.	Numero prestazioni in libera professione ed in attività istituzionale (triennio 2012-2014)	61
Tabella 38.	Procedimenti disciplinari per esito e per area contrattuale (triennio 2012-2014)	65
Tabella 39.	Procedimenti disciplinari distinti per contenuto (triennio 2012-2014)	66
Tabella 40.	Cause con personale dipendente (triennio 2012-2014)	66
Tabella 41.	Crediti assegnati dall'Azienda a soggetti interni e esterni (triennio 2012-2014)	67
Tabella 42.	Risultati piano formazione anno 2014 (solo personale interno dipendente*)	68
Tabella 43.	Dati della formazione in sede e a corsi esterni organizzati da providers pubblici della Regione Marche del (personale discente e docente) - anno 2014	68
Tabella 44.	Indicatori della formazione individuale fuori sede - crediti (anno 2014)	68
Tabella 45.	Corsi di formazione non ECM (anno 2014)	68
Tabella 46.	Valutazione del personale dipendente del SSN	69
Tabella 47.	Valutazione del personale dipendente dell'Università	69
Tabella 48.	Numero dei dipendenti iscritti ai sindacati (triennio 2012-2014)	70
Tabella 49.	Numero incontri con i sindacati per tipologia e ruolo di appartenenza (triennio 2012-2014)	71
Tabella 50.	Analisi e segmentazione degli infortuni per Dipartimento/Macro Area e rischio (anno 2014)	72

Tabella 51.	Numero di incidenti infortunistici per categoria professionale (anno 2014)	72
Tabella 52.	Indice di incidenza degli infortuni (pro-capite) - trend 2012-2014	72
Tabella 53.	Numero di incidenti infortunistici per categoria professionale (anno 2014)	73
Tabella 54.	Il dialogo con i collaboratori: "L'ambiente dei colleghi è cooperativo e cordiale"	75
Tabella 55.	Il dialogo con i collaboratori: relazione con la direzione AOUOORR	75
Tabella 56.	Il dialogo con i collaboratori: "L'AOUOORR agevola"	75
Tabella 57.	Il dialogo con i collaboratori: giudizio sulla preparazione, competenza e disponibilità del personale amministrativo e sanitario	76
Tabella 58.	Il dialogo con i collaboratori: "Nel 2014, nell'ambito delle attività dell'UU.OO. c'è chiarezza nella definizione degli obiettivi, dei compiti e delle responsabilità"	77
Tabella 59.	Il dialogo con i collaboratori: "La formazione e l'apprendimento ricevuto dall'AOU Ospedali Riuniti fino ad ora sono adeguati"	77
Tabella 60.	Il dialogo con i collaboratori: possibilità di migliorare la preparazione	77
Tabella 61.	Attività di elisoccorso - ore di volo (triennio 2012-2014)	79
Tabella 62.	Attività di elisoccorso - numero di voli (triennio 2012-2014)	79
Tabella 63.	Prestazioni di laboratorio per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)	80
Tabella 64.	Cessioni di servizio per attività di laboratorio (triennio 2012-2014)	81
Tabella 65.	Prestazioni di Medicina Riabilitativa per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)	81
Tabella 66.	Cessioni di servizio per attività di medicina trasfusionale (triennio 2012-2014)	81
Tabella 67.	Prestazioni di Medicina Riabilitativa per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)	82
Tabella 68.	Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini per pazienti ambulatoriali (triennio 2012-2014)	82
Tabella 69.	Prestazioni di radiologia per tipologia in mobilità (triennio 2012-2014)	82
Tabella 70.	Prestazioni di medicina nucleare per tipologia in mobilità (triennio 2012-2014)	82
Tabella 71.	Cessioni di servizio per attività di diagnostica (triennio 2012-2014)	83
Tabella 72.	Cessioni di servizio per attività clinica (triennio 2012-2014)	83
Tabella 73.	Dettaglio per SOD	84
Tabella 74.	Ricoveri ordinari e giornate di degenza (triennio 2012-2014)	89
Tabella 75.	Percentuali DRG chirurgici in ricovero ordinario (triennio 2012-2014)	89
Tabella 76.	Percentuali DRG di alta complessità (triennio 2012-2014)	89
Tabella 77.	Dati relativi all'attività di ricovero ospedaliero - alte specialità (triennio 2012-2014)	90
Tabella 78.	Ricoveri e giornate di degenza per trapianti organi e tessuti (triennio 2012-2014)	91
Tabella 79.	Peso medio per trapianti organi e tessuti (triennio 2012-2014)	91
Tabella 80.	Attività per trapianti organi per tipologia di organo (triennio 2012-2014)	91
Tabella 81.	Attività chirurgica di prelievo d'organo suddivisa per anno di attività (triennio 2012-2014)	92
Tabella 82.	Attività di trapianto del midollo (triennio 2012-2014)	92
Tabella 83.	Numero di donatori effettivi nelle Marche	93
Tabella 84.	Attività cornee nelle Regione Marche (anno 2014)	94
Tabella 85.	Ricoveri diurni e accessi per attività di day hospital e day surgery (triennio 2012-2014)	96
Tabella 86.	Ricoveri e accessi per l'attività di riabilitazione (triennio 2012-2014)	96
Tabella 87.	Peso medio Day Hospital (triennio 2012-2014)	96
Tabella 88.	Percentuale DR4 chirurgici diurni (triennio 2012-2014)	96
Tabella 89.	Ricoveri totali - mobilità extraregionale	100
Tabella 90.	Ricoveri totali - stranieri	100
Tabella 91.	Ricoveri totali - mobilità extraregionale	103
Tabella 92.	Ricoveri totali - mobilità extraregionale	103
Tabella 93.	Spesa relativa all'assistenza farmaceutica distrettuale distinta per classi di farmaci (2012-2014)	104
Tabella 94.	Parti indolore sul totale parti vaginali	105
Tabella 95.	Attività del Comitato Valutazione Sinistri (triennio 2012-2014)	110
Tabella 96.	Risarcimento per tipologia di procedimento (triennio 2012-2014)	110
Tabella 97.	Stato di avanzamento delle istanze di risarcimento (triennio 2012-2014)	111
Tabella 98.	Cause senza copertura assicurativa (triennio 2012-2014)	111
Tabella 99.	Cause con copertura assicurativa (triennio 2012-2014)	111
Tabella 100.	Segnalazioni da parte dei cittadini (triennio 2012-2014)	116
Tabella 101.	Strumenti per le segnalazioni (2014)	116
Tabella 102.	Reclami distinti per categorie (triennio 2012-2014)	116
Tabella 103.	Suggerimenti distinti per contenuto (2013-2014)	117
Tabella 104.	Elogi distinti per contenuto (triennio 2012-2014)	117
Tabella 105.	Il dialogo con le associazioni: "Il personale operante nell'AOUOORR è disponibile a fornire informazioni"	123
Tabella 106.	Il dialogo con le associazioni: "I servizi alberghieri forniti dall'AOUOORR (ristorazione, pulizia, etc.) sono adeguati alle esigenze dei pazienti"	123

Tabella 107. Il dialogo con le associazioni: "Gli spazi e la cartellonistica messi a disposizione per l'attività di promozioni sono idonei alle esigenze della Vostra associazione"	123
Tabella 108. Il dialogo con le associazioni: "L'AOUOORR fornisce idonea assistenza per le problematiche emergenti e le richieste presentate dalla Vostra associazione"	124
Tabella 109. Numero totale fornitori in anagrafica	125
Tabella 110. Importo fatturato (in migliaia di euro) per territorio di provenienza - triennio 2012-2014	125
Tabella 111. Tempi medi di pagamento dei fornitori	126
Tabella 112. Il dialogo con i fornitori: Conosce come è organizzata l'AOUOORR e quali sono le sue attività?	128
Tabella 113. Il dialogo con i fornitori: Valutazione dell'operato dell'AOUOORR	129
Tabella 114. Il dialogo con i fornitori: termini, modalità di pagamento e aspetti logistici (2014-2013)	129
Tabella 115. Il dialogo con i fornitori: assistenza, tempi di risposta e modulistica	129
Tabella 116. Il dialogo con i fornitori: informazioni sull'operato del personale	129
Tabella 117. Il dialogo con i fornitori: "Le innovazioni di prodotto e di processo sono condivise tra l'Azienda e i Fornitori"	130
Tabella 118. Il dialogo con i fornitori selezionati mediante procedura ad evidenza pubblica	130
Tabella 119. Donatori della Regione Marche	131
Tabella 120. Donazioni omologhe della Regione Marche	131
Tabella 121. Attività di sorveglianza del donatore	132
Tabella 122. Numeri di casi distinti per tipologie di reazioni indesiderate e livello (focus 2014)	132
Tabella 123. Numero casi di malattie infettive rilevate tra i donatori periodici	132
Tabella 124. Indicatori Banca Abruzzo per raccolta SCO (rapporto tra unità raccolte e bancate)	133
Tabella 125. Dati di attività SCO raccolte distinti per singolo Centro di Raccolta	133
Tabella 126. Indicatori CNS - CNT - Banca Abruzzo per raccolta SCO	134
Tabella 127. Rapporto numero unità SCO raccolte su numero dei parti	134
Tabella 128. Controlli di sierovirologia e biologia molecolare a donatori	138
Tabella 129. Concentrati piastrinici da pool di buffy coat	140
Tabella 130. Emocomponenti da aferesi	140
Tabella 131. Unità scadute sul totale prodotto	140
Tabella 132. Unità eliminate (per cause sanitarie, tecniche, dopo controlli qualità) sul totale prodotto	140
Tabella 133. Trattamenti sui singoli emocomponenti	141
Tabella 134. Unità Emazie acquistate da regioni eccedentarie e cedute a regioni carenti	142
Tabella 135. Attività formativa dipartimentale 2014	143
Tabella 136. Il fabbisogno di emocomponenti (unità presumibilmente trasfuse) per singola struttura regionale - anno 2014	145
Tabella 137. Emocomponenti trasfusi da "AOUOORR - Umberto I" per pazienti (in regime ambulatoriale e di ricovero) - anno 2014	146
Tabella 138. Emocomponenti trasfusi da "AOUOORR - Lancisi" per pazienti (in regime ambulatoriale e di ricovero) - anno 2014	146
Tabella 139. Emocomponenti trasfusi da "AOUOORR - Salesi" per pazienti (in regime ambulatoriale e di ricovero) - anno 2014	147
Tabella 140. Farmaci plasmaderivati distribuiti per tipologia	147
Tabella 141. Farmaci "Albumina" (in flaconi) distribuiti per struttura sanitaria regionale	148
Tabella 142. Farmaci "Immunoglobuline endovena aspecifiche" distribuiti per struttura sanitaria regionale	148
Tabella 143. Farmaci "Fattore VIII" distribuiti per struttura sanitaria regionale	148
Tabella 144. Farmaci "ANTITROMBINA III 1000 U.I." distribuiti per struttura sanitaria regionale	148
Tabella 145. Farmaci "UMAN COMPLEX 500 U.I." distribuiti per struttura sanitaria regionale	148
Tabella 146. Farmaci "AIMAFIX 1000 U.I." distribuiti per struttura sanitaria regionale	148
Tabella 147. Numero di autotrasfusioni	149
Tabella 148. Notifiche emovigilanza sui pazienti (confronto quinquennale)	149
Tabella 149. Attività della Rete di Trasporto	151
Tabella 150. Progetto Green@Hospital: parametri di sostenibilità	158
Tabella 151. Rifiuti sanitari pericolosi per codice, espressi in kg prodotti (triennio 2012-2014)	160
Tabella 152. Consumi energetici (triennio 2012-2014)	161
Tabella 153. I flussi economico-finanziari che caratterizzano la relazione con la Regione Marche (anno 2014)	168
Tabella 154. Le principali differenze tra Aziende Sanitarie locali e Aziende Ospedaliere (anno 2014)	169
Tabella 155. I flussi economico-finanziario che caratterizzano la relazione con le aziende del Servizio Sanitario Regionale (anno 2014)	169
Tabella 156. I flussi economico-finanziario che caratterizzano la relazione con le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (anno 2014)	169
Tabella 157. La relazione economico-finanziaria con le altre istituzioni Nazionali, Regionali e Straniere (anno 2014)	170
Tabella 158. La relazione economico-finanziaria con l'Unione Europea (anno 2014)	170
Tabella 159. La relazione economico-finanziaria con l'Università Politecnica delle Marche	171
Tabella 160. La relazione economico-finanziaria con le risorse umane (anno 2014)	171
Tabella 161. La relazione economico-finanziaria con i pazienti (anno 2014)	172
Tabella 162. La relazione economico-finanziaria con i privati (anno 2014)	172

Tabella 163. La relazione economico-finanziaria con il terzo settore	173
Tabella 164. La relazione economico-finanziaria con i fornitori	174
Tabella 165. Il valore creato dall'AQUOORR (triennio 2012-2014)	175
Tabella 166. Riepilogo valore aggiunto globale lordo e valore distribuibile (triennio 2012-2014)	177
Tabella 167. Immobilizzazioni immateriali	179
Tabella 168. Immobilizzazioni materiali	180
Tabella 169. Numero apparecchiature elettromedicali e loro valorizzazione nel triennio 2012-2014	180
Tabella 170. Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (anno 2014)	181
Tabella 171. Rappresentazione percentuale dell'obsolescenza del parco macchine nel triennio 2012-2014	181
Tabella 172. Donazioni di apparecchiature e beni da parte di associazioni, fondazioni, privati e altri enti (triennio 2012-2014)	182
Tabella 173. La riclassificazione dello Stato Patrimoniale secondo il criterio finanziario (triennio 2012-2014)	184
Tabella 174. L'analisi della solidità patrimoniale e della liquidità (triennio 2012-2014)	185
Tabella 175. Confronto preventivo - consuntivo DRMT - anno 2014	187
Tabella 176. I rimborsi alle associazioni dei donatori per le attività associative (anno 2014)	188
Tabella 177. Obiettivi operativi attesi e conseguiti area sanitaria	193
Tabella 178. Obiettivi operativi attesi e conseguiti area PTA	196

Questionario di valutazione del bilancio sociale 2014



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

D_iM_a
Dipartimento di Management



Questionario di valutazione del bilancio sociale 2014

DATI GENERALI DEL COMPILATORE (COMPILARE SOLO LA SEZIONE CHE INTERESSA)

Provincia di residenza _____

Sesso

☐ M ☐ F

Anno di nascita _____

Categoria di appartenenza

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| ☐ Personale interno | ☐ Azienda sanitaria | ☐ Paziente |
| ☐ Associazioni di volontariato | ☐ Enti/Istituzioni | ☐ Collettività |
| ☐ Dipendente | ☐ Libero Professionista | ☐ Studente |
| ☐ Pensionato | ☐ Disoccupato | ☐ Altro |

Professione

L'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "OSPEDALI RIUNITI" E IL BILANCIO SOCIALE

Come è venuto in possesso/conoscenza del Bilancio Sociale?

- ☐ Convegno di presentazione
- ☐ Internet
- ☐ Ricevuto per posta
- ☐ Ricevuto dall'AOUOORR tramite una dipendenza
- ☐ Per motivi di studio
- ☐ Tramite conoscenti
- ☐ Per caso

Quale capitolo del Bilancio Sociale ha trovato più interessante?

- ☐ Identità aziendale
- ☐ Relazione sociale
- ☐ Impatto ambientale
- ☐ Relazione economica

Quali argomenti/tematiche vorrebbe approfondire o aggiungere?

QUALITÀ E EFFICACIA DEL BILANCIO SOCIALE

Che giudizio assegna al Bilancio Sociale?

	Identità aziendale				Relazione Sociale				Impatto ambientale				Relazione economica			
	BASSO			ALTO	BASSO			ALTO	BASSO			ALTO	BASSO			ALTO
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
COMPLETEZZA																
CHIAREZZA																
TRASPARENZA																
VERIFICABILITÀ																
GRAFICA																

altro (specificare) _____

Commenti e suggerimenti

Si prega di restituire il presente questionario compilato alla SO controllo di gestione dell'AOUOORR, via Conca 71-60020 Torrette (AN).



*Stampato presso
Tipografia Garofoli
di Sassoferrato (AN) Italy*

