

Integrated Report 2016

*Azienda Ospedaliero Universitaria
Ospedali Riuniti
Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi*

IR



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

D_iM_a
Dipartimento di Management



Integrated Report 2016

*Azienda Ospedaliero Universitaria
Ospedali Riuniti
Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi*



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

DiMa
Dipartimento di Management



Prof. Stefano Marasca

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

Dott. Michele Caporossi

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

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

Assegnista di ricerca nel settore disciplinare "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

Dott.ssa Eva Cerioni

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

Dall'Integrated Report alla rendicontazione del Piano Strategico Aziendale



La rendicontazione sociale nelle sue varie forme (bilancio sociale, report etico, bilancio di sostenibilità, etc.) vive alterne vicende e fortune in stretta correlazione con l'interesse che riesce a stimolare nei potenziali fruitori. Purtroppo in Italia rendicontare il rapporto tra obiettivi e risultati delle diverse articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale appare ancora, nell'immaginario collettivo, come esercizio un po' svogliato e rituale di una tecnica "di moda" anziché strumento fondamentale per dimostrare e mostrare l'efficacia pratica oltre che l'efficienza. Lo dico cercando di fare realisticamente tesoro dell'opinione comune in merito al risultato concreto delle varie esperienze di bilancio sociale in sanità che mi è dato di conoscere. Orbene, se c'è un'esigenza da soddisfare per assicurare un futuro al servizio sanitario pubblico, quella si chiama "accountability", capacità di rendicontare in forma trasparente, come scritto a più riprese dall'OMS. Questo ci ha indotto ad assistere nella redazione di questo strumento nella forma di Integrated Report, e ad affinare ancora i diversi indicatori in esso esposte, confermando la logica della declinazione ai "sei capitali" ma coordinando il set delle informazioni qualificate con il Piano Strategico Aziendale approvato nell'Aprile del 2017. Ecco, il presente report 2016 rappresenta la transizione verso uno strumento che rendiconti il grado di perseguimento e raggiungimento degli obiettivi individuati dalla pianificazione strategica. Pertanto l'esposizione delle prospettive future relative al triennio, esposte nell'ultima parte andrà re-declinata nel corso del 2017 secondo le linee strategiche Aprirsi, Progettare, Cambiare, Condividere, che costituiscono l'ossatura del rilancio degli Ospedali riuniti nello scenario regionale e sovraregionale dei prossimi anni. Noi continuiamo a credere nella fondamentale importanza di questo strumento. Renderlo efficace significa renderlo più leggibile a chiunque voglia approfondire il posizionamento della nostra Azienda ospedaliera in termini di risposta alla domanda espressa. Il lavoro impostato e svolto dalla nostra Direzione Programmazione e Controllo con a capo Vania Carignani e dal Dipartimento di Management della Facoltà di Economia della Università Politecnica delle Marche diretto dal Prof. Stefano Marasca va già ampiamente in questa direzione. Ci aspettiamo, al fine di migliorare ancora, ogni utile suggerimento che i lettori vorranno esprimere.

Michele Caporossi
Direttore Generale
*Azienda Ospedaliero-Universitaria
Ospedali Riuniti di Ancona*

Presentazione del Rettore



Il documento presenta in totale trasparenza, completezza e coerenza l'operato dell'Azienda con dati economici-patrimoniali e sociali per dare la possibilità a tutti gli interlocutori di formulare giudizi e decisioni.

La lettura di questo documento, semplice e chiaro nella formulazione dei principali risultati, 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 e efficienza dell'intero sistema sanitario regionale.

Come ho avuto modo di evidenziare già nei precedenti anni, l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona presenta importanti specificità 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 sviluppate 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.

Mi preme inoltre sottolineare l'eccellente livello del capitale umano presente all'interno dell'Azienda, che rende possibile il raggiungimento degli ottimi livelli nelle prestazioni e nei servizi documentati dal presente documento. La ricchezza di capitale umano disponibile e le tante esperienze sviluppate, sempre confrontate con la migliore pratica clinica internazionale, possono permettere in questa Azienda la creazione di un laboratorio per la sperimentazione di nuovi modelli assistenziali da integrare con tutte le altre strutture della Regione. Poter coordinare con sistemi territoriali integrati, l'assistenza sanitaria per i casi di alta complessità di prestazioni, con i casi di cronicità e assistenza a lungo termine, permetterebbe di migliorare la qualità dell'intero servizio sanitario con una migliore efficienza e sostenibilità economica. Sono certo che questa Azienda, in sinergia con le strutture della Regione, possa offrire un contributo alla formulazione di nuovi modelli organizzativi, per migliorare la qualità dei servizi, e formare la classe medica che dovrà nei prossimi anni affrontare questa trasformazione.

Su queste prospettive l'Università Politecnica delle Marche continuerà a dare il proprio supporto anche incrementando le proprie azioni all'interno del nuovo protocollo d'intesa che si sta sviluppando con la Regione Marche.

Sauro Longhi
Rettore
*Università Politecnica
delle Marche*

Sommario

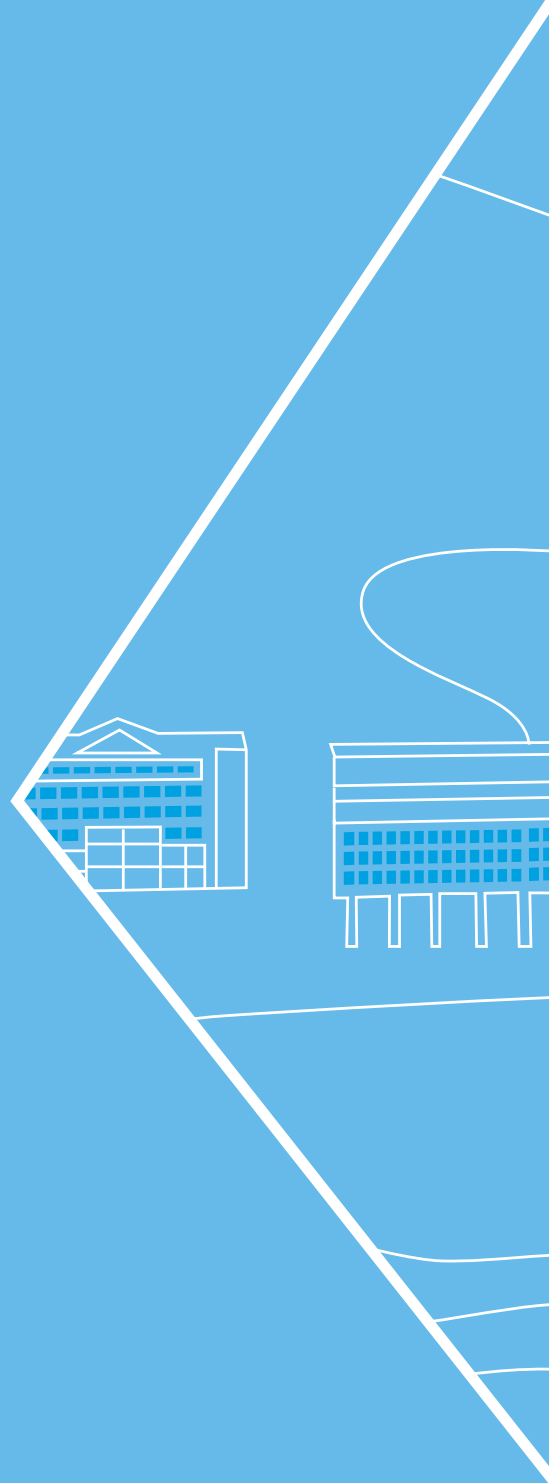
Nota metodologica	9
<hr/>	
L'Azienda Ospedali Riuniti: uno sguardo d'insieme	11
Il processo di creazione del valore	14
Il contesto di riferimento	15
Gli stakeholder	17
I sei capitali fondamentali	18
La governance e l'organizzazione: l'integrazione fra Azienda Ospedaliera e Facoltà di Medicina e Chirurgia	19
La vision e la mission	21
Le strategie	22
I rischi e le opportunità	23
<hr/>	
Le attività e gli output	25
L'attività ospedaliera	28
L'attività ambulatoriale	33
L'attività farmaceutica	37
L'attività di emergenza	38
Le attività gestionali e di supporto	41
<hr/>	
La realizzazione delle strategie e l'impatto sui capitali	47
L'impatto sul capitale finanziario	48
Il valore creato per il capitale umano	51
Il valore creato in termini di capitale intellettuale	58
Il valore creato in termini di capitale relazionale	66
L'impatto sul capitale produttivo	86
L'impatto sul capitale naturale	88
<hr/>	
La risposta al bisogno di salute	91
<hr/>	
Le prospettive future	101
<hr/>	
Indice delle tabelle	104
<hr/>	
Indice delle figure	106

Nota metodologica

Nella sua quarta edizione, l'AOUOORR mantiene l'approccio dell'edizione precedente di social accountability. Le informazioni (quali-quantitative, monetarie e non) sulla governance, sull'impiego delle risorse, sui servizi erogati ai pazienti e sulla qualità, percepita e creata, vengono rappresentate in modo integrato e coerente. L'interazione di detti elementi e l'influenza reciproca tra gli stessi spiegano come l'AOUOORR crea valore sociale ed economico nel breve, medio e lungo termine. Sin dall'edizione precedente la volontà è stata di adottare uno strumento in grado di valutare la performance complessiva dell'Azienda per dare testimonianza di un atteggiamento trasparente ed etico, dell'attenzione alla sostenibilità nell'uso delle risorse e del perseguimento di obiettivi di equità, appropriatezza, sicurezza e qualità delle cure. La scelta di proseguire il percorso di reporting ispirato al framework dell'International Integrated Reporting Council (IIRC) rafforza, pertanto, la sensibilità già dimostrata dall'AOUOORR, di adottare strumenti di accountability volontaria per rispondere alle esigenze informative e di coinvolgimento di una pluralità di stakeholder, primi fra tutti i pazienti. Grazie all'Integrated Report migliorano: la comprensione delle interdipendenze tra le risorse utilizzate, la promozione di un approccio coeso al reporting aziendale, l'enfaticizzazione del pensare integrato dell'organizzazione, la qualità delle informazioni trasmesse agli stakeholder. Si tratta di un documento che, sinteticamente, focalizza il percorso strategico dell'AOUOORR e il contributo che l'agire quotidiano e i flussi relazionali tra gli stakeholder hanno sul valore creato nell'erogazione di prestazioni a tutela della salute. Tre principi ispirano il documento: sinteticità, attendibilità e completezza. Il focus vuole essere quello di enfatizzare il concetto di valore creato dell'azienda. Ecco che affianco al framework dell'IIRC vengono inseriti i principi alla base della teoria del valore di Porter. Il quadro teorico è così completato dando un'opportuna rilevanza alle attività primarie dell'azienda, alle attività di supporto e alla interrelazione presente tra queste grazie all'Integrated Thinking. Quest'ultimo concetto è basato sulla connettività e sulle interdipendenze tra le diverse categorie di risorse e relazioni, che caratterizzano l'attività dell'ente. Inoltre l'approccio consente di rappresentare informazioni, finanziarie e non, su: contesto, rischi e opportunità, attività, risultati e performance passata, presente e futura. Si rende così disponibile uno strumento di gestione e, soprattutto, di rendicontazione sull'abilità dell'Azienda di creare e preservare il valore sociale ed economico nel breve, medio e lungo termine.

Prof. Stefano Marasca

*Direttore del Dipartimento di Management
Università Politecnica delle Marche*



*L'Azienda Ospedali Riuniti:
uno sguardo d'insieme*





L'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti Umberto I, G.M. Lancisi, G. Salesi (*di seguito AOUOORR*) 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. Essendo una Azienda integrata con l'[Università Politecnica delle Marche](#) (*da ora, Università*), l'AOUOORR interagisce costantemente con la [Facoltà di Medicina e Chirurgia](#) dell'Ateneo anconetano per l'attività di ricerca e di didattica. *Struttura di alta specializzazione*, l'Azienda eroga prestazioni di particolare complessità assistenziale e multidisciplinarietà. Rimane territorio di riferimento per il Comune di Ancona anche per le specialità di bassa e media complessità. È sede del Dipartimento di emergenza di secondo livello, garantendo tutta l'assistenza in fase acuta della patologia.

ATTIVITÀ



Attività ospedaliera

Attività ospedaliera per acuti
Day Hospital e Day Surgery
Attività ambulatoriale
per interni



Attività ambulatoriale

Attività di laboratorio
Attività di diagnostica
strumentale e per immagini
Attività clinica



Attività di emergenza

Servizio di elisoccorso
L'équipe del 118
Il servizio di emergenza

Dati di sintesi

46.056

Ricoveri

33.438 Ordinari

12.618 Day hospital

+2,4% rispetto al 2015

4.994.123

Prestazioni ambulatoriali

3.072.338 per interni

1.921.785 per esterni

+0,2% rispetto al 2015

84.731

Accessi di pronto soccorso

1,3% codici rossi,

21,6% codici gialli,

63,1% per codici verdi

14,0% codici bianchi

+4,2% rispetto al 2015

3.656

Dipendenti

3.532 Sistema Sanitario Nazionale

124 Università Politecnica delle Marche

+3,8% rispetto al 2015

606

Specializzandi

+2,9% rispetto al 2015

78.238

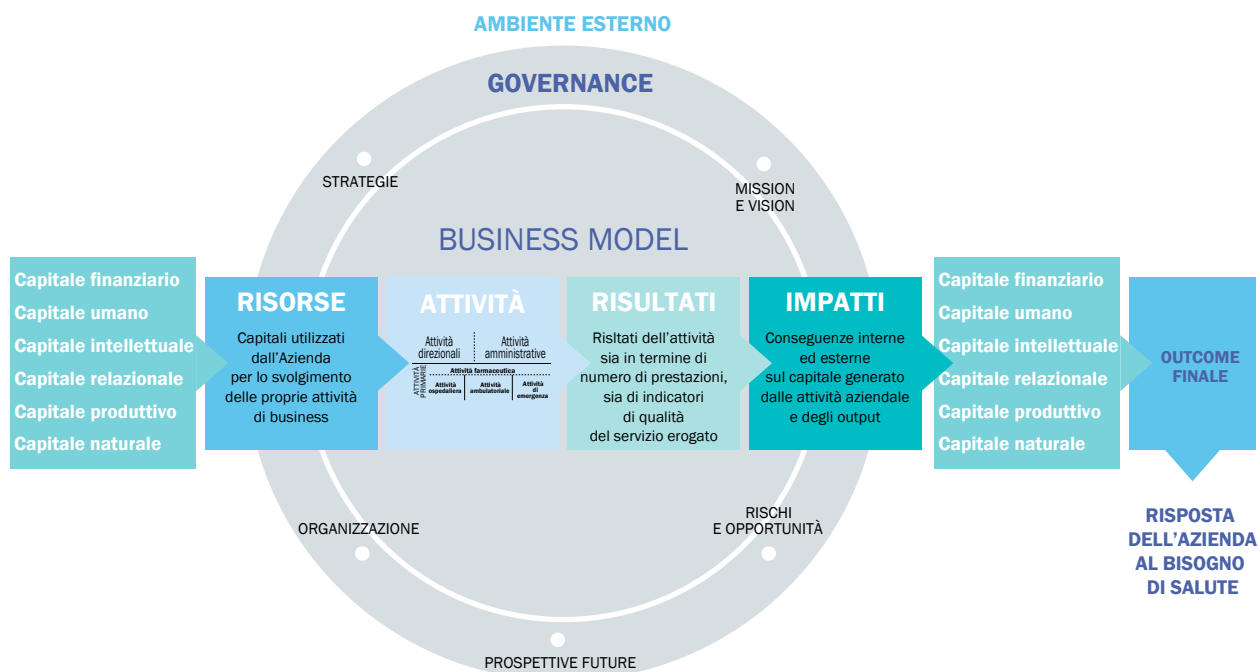
Crediti di formazione
acquisiti dai dipendenti
(in sede e fuori sede)

+1,4% rispetto al 2015

79.355 €

Utile dell'esercizio 2016

Il processo di creazione del valore

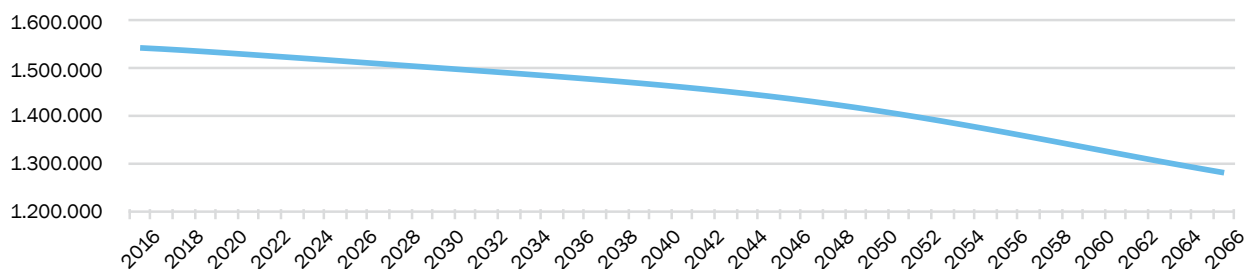


Lo schema riportato sopra rappresenta il processo di creazione di valore dell'AOUOORR. Le risorse a disposizione dell'Azienda sono rappresentate dai sei capitali (capitale finanziario, capitale naturale, capitale intellettuale, capitale produttivo, capitale umano e capitale relazionale). Queste risorse vengono trasformate attraverso le attività "chiave" dell'Azienda (attività ospedaliera, attività ambulatoriale, attività di emergenza) e le altre attività di supporto in risultati (output) cioè in prestazioni ambulatoriali, di ricovero, di emergenza ad alto livello qualitativo erogate ai propri pazienti. Il processo descritto genera impatti sui diversi capitali in termini di accrescimento o assorbimento delle risorse. L'attuazione del processo di trasformazione delle risorse in attività finalizzate all'erogazione delle prestazioni avviene in linea con il sistema di governance dell'Azienda ed è costantemente influenzata dall'ambiente esterno. Ne risulta che l'AOUOORR crea valore non solo sulle proprie risorse e sul proprio patrimonio ma, soprattutto, opera nel garantire in modo appropriato la tutela della salute dei propri pazienti: la risposta ai bisogni del paziente rappresenta per l'AOUOORR il valore creato grazie all'impiego di risorse e all'esercizio delle attività.

Il contesto di riferimento

Attualmente, la popolazione residente nelle Marche è di oltre un milione e mezzo di abitanti. Le previsioni di crescita assumono un andamento quasi lineare: secondo quanto riportato dalle analisi previsionali consultabili dal sito Demostat, infatti, si prevede un andamento costante per i prossimi 10 anni mentre la crescita sarà meno che proporzionale per il periodo successivo.

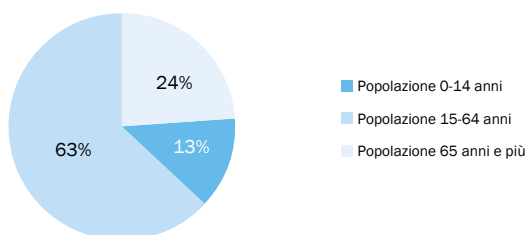
Figura 1. Popolazione residente trend 2016-2066 – Regione Marche



Fonte ISTAT 2016

Analizzando la popolazione per classi di età, si può notare che, il 63% della popolazione ha un'età compresa tra i 15 e i 64 anni, dato in linea con il centro Italia e con l'Italia nel suo complesso.

Figura 2. Popolazione per fasce di età (anno 2016)



Fonte Rielaborazione dati ISTAT 2016

Facendo una analisi degli indicatori demografici, la Regione Marche presenta un dato molto positivo per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita sia per gli uomini (81,2) che per le donne (85,9). Per quanto riguarda il tasso di mortalità (11%) e il tasso di natalità (7,5%) la Regione Marche risulta in linea con quanto rilevato a livello nazionale dall'Istat.

Tabella 1. Indicatori demografici – Regione Marche (anni 2016)

	2016
TASSO DI NATALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	7,50%
TASSO DI MORTALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	11%
CRESCITA NATURALE (PER MILLE ABITANTI)	- 3,5
TASSO DI NUZIALITÀ (PER MILLE ABITANTI)	2,90%
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA - MASCHI	81,2
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI - MASCHI	19,6
SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA - FEMMINE	85,9
SPERANZA DI VITA A 65 ANNI - FEMMINE	22,9

Fonte ISTAT 2016

Risulta altrettanto importante dare uno sguardo ad alcuni indicatori dello stato di salute. Nelle tabelle sotto riportate il dato della Regione Marche viene messo a confronto con il dato del centro Italia e con il dato complessivo nazionale. Per quanto riguarda le condizioni di salute e la presenza di malattie croniche la Regione Marche risulta in linea con il dato nazionale e con il dato relativo al centro Italia.

Tabella 2. Indicatori dello stato di salute – Regione Marche (anno 2016)

PERSONE PER CONDIZIONI DI SALUTE E PRESENZA DI ALCUNE MALATTIE CRONICHE	ITALIA	CENTRO	MARCHE
IN BUONA SALUTE	70,1	68,7	67,1
CON ALMENO UNA MALATTIA CRONICA	39,1	39,3	41,2
CON ALMENO DUE MALATTIE CRONICHE	20,7	20,6	20,2

Fonte ISTAT 2016

Analizzando il dettaglio delle malattie croniche un focus positivo può esser fatto sul diabete e sulle malattie al cuore dove il dato della Regione Marche risulta un punto percentuale inferiore rispetto al dato nazionale. Allo stesso tempo si riscontra una presenza maggiore di ulcera gastrica o duodenale e di osteoporosi nella Regione Marche rispetto all'Italia nel suo complesso.

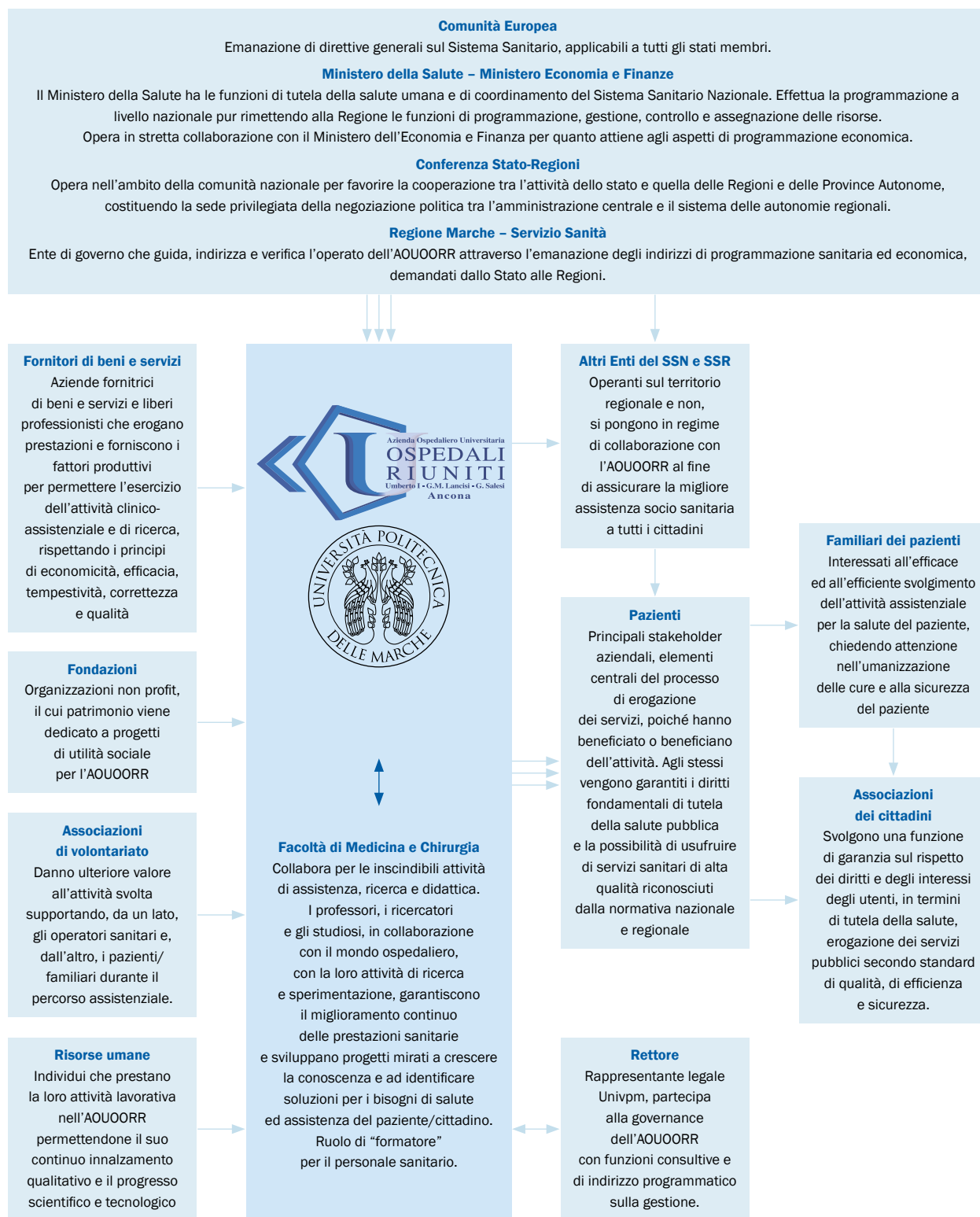
Tabella 3. Indicatori dello stato di salute – Regione Marche (anno 2016)

PERSONE CON MALATTIE CRONICHE	ITALIA	CENTRO	MARCHE
CRONICI IN BUONA SALUTE	42,3	41,2	42
AFFETTI DA DIABETE	5,3	5,7	4,4
AFFETTI DA IPERTENSIONE	17,4	16,4	16,4
AFFETTI DA BRONCHITE CRONICA	5,8	6,1	5,8
AFFETTI DA ARTROSI, ARTRITE	15,9	15,9	17,2
AFFETTI DA OSTEOPOROSI	7,6	8,6	6,6
AFFETTI DA MALATTIE DEL CUORE	3,9	4	4,3
AFFETTI DA MALATTIE ALLERGICHE	10,7	10,9	10,1
AFFETTI DA DISTURBI NERVOSI	4,5	4,7	4,8
AFFETTI DA ULCERA GASTRICA O DUODENALE	2,4	2,4	3,5

Fonte ISTAT 2016

Gli stakeholder

Nella seguente figura vengono rappresentate l'insieme delle relazioni intessute dall'AOUOORR con i propri portatori di interesse, fonte di consenso e legittimazione sociale intorno alle proprie attività nel perseguimento della mission istituzionale.



I sei capitali fondamentali



I sei capitali rappresentano le risorse a disposizione dell'AOUOORR nel processo di creazione di valore nel tempo. Essi sono intesi come input aziendali con complesse interdipendenze che, per effetto delle attività di ricovero, ambulatoriale e di emergenza subiscono incrementi o decrementi di valore.

Capitale finanziario



Insieme dei fondi (cioè le risorse finanziarie e monetarie) che l'AOUOORR utilizza per erogare le prestazioni sanitarie e svolgere l'intera attività istituzionale. Tali fondi sono generati dalla stessa attività assistenziale, di ricerca e di didattica, dai risultati degli investimenti o, in aggiunta, ottenuti tramite forme di finanziamento da soggetti pubblici (principalmente dalla Regione Marche) o da soggetti privati. L'impiego delle risorse finanziarie e monetarie avviene nel rispetto degli obiettivi di economicità del sistema e in modo da permettere all'Azienda di operare in condizioni di solvibilità.

Capitale umano



Competenze, capacità ed esperienza delle persone che partecipano alle attività istituzionali (di ricovero, ambulatoriale e di emergenza) e a tutte le attività gestionali e di supporto all'interno dell'AOUOORR. Il capitale umano è espressione della forte integrazione tra il sistema ospedaliero e il sistema universitario. Grazie a una costante attività di formazione, il personale accresce in modo continuativo le proprie competenze tecnico-professionali necessarie a svolgere le attività specifiche di ogni tipologia di figura professionale presente in azienda. Allo stesso tempo, ciascuna persona opera in continua integrazione con i vari operatori della salute a livello aziendale ma anche regionale allo scopo di contribuire al perseguimento delle linee strategiche aziendali.

Capitale intellettuale



Insieme delle risorse immateriali che in Azienda contribuiscono alla creazione di valore. Comprende: i risultati dell'attività di ricerca e di sperimentazione svolta dal personale dell'azienda, anche grazie alla costante interazione con i ricercatori e i professori della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche e la continua collaborazione a progetti nazionali e internazionali; le progettualità previste nell'ambito dell'innovazione che consentono il miglioramento tecnologico e dei processi a beneficio della qualità dei servizi. Inoltre, specifica risorsa è l'insieme di conoscenze implicite strutturate in protocolli, procedure e sistemi informatici.

Capitale relazionale



Insieme delle relazioni esterne dell'Azienda che consentono lo sviluppo e l'accumulazione di conoscenze e lo sfruttamento di queste per la creazione di valore. Esso rappresenta l'insieme delle risorse derivanti dai rapporti dell'Azienda con i pazienti, i fornitori, i partners del sistema sanitario (Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale, Attività di 118, Fondazioni e Associazioni). Con ciascuno di essi si instaurano flussi informativi regolatori di attività, di processo o strategici che configurano la dinamicità dell'operato aziendale e consentono il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Capitale produttivo



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. Sono incluse le immobilizzazioni materiali tra le quali rientrano gli edifici o i macchinari, gli impianti e le attrezzature (di proprietà dell'AOUOORR o in locazione). I beni mobili e immobili dell'Azienda costituiscono patrimonio indisponibile se sono utilizzati per il conseguimento dei propri fini istituzionali.

Capitale naturale



Insieme delle risorse naturali (rinnovabili e non rinnovabili) e i relativi servizi ecosistemici che rendono possibile l'esercizio delle attività dell'AOUOORR. Comprende le politiche di sostenibilità inerenti l'utilizzo della risorsa acqua, delle fonti energetiche, dell'elettricità e le iniziative di smaltimento rifiuti, attuate al fine di garantire il rispetto dell'ambiente presente e futuro.

La governance e l'organizzazione: l'integrazione fra Azienda Ospedaliera e Facoltà di Medicina e Chirurgia

L'organizzazione aziendale è fondata su criteri di **multidisciplinarietà**, mira al miglioramento delle competenze tecniche e scientifiche e risponde ad obiettivi assistenziali, di didattica e di ricerca.

Il criterio della **multidisciplinarietà** si realizza attraverso:

- la configurazione dei processi in funzione della **specificità** del bisogno assistenziale e dell'**ottimizzazione** dei livelli di risposta, con conseguente flessibilità organizzativa e delle procedure;
- l'**integrazione** e l'**interazione** delle professionalità come metodo di organizzazione delle funzioni tecnico-produttive ed amministrative al fine di garantire la continua capacità di risposta ai bisogni degli utenti e la corretta soddisfazione delle esigenze individuate come prioritarie in sede di programmazione;
- l'**appropriatezza**, l'**efficacia** e l'**efficienza** allocativa ed operativa delle risorse, mediante processi di condivisione di esse, che ne consentano la più razionale utilizzazione;
- il raggiungimento degli **obiettivi di didattica e di ricerca** individuati nella programmazione dell'Università nei suoi specifici settori scientifico-disciplinari integrati nella programmazione aziendale;
- la ricerca dell'**eccellenza dei percorsi di cura**, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici;
- il **monitoraggio costante del livello delle prestazioni** e delle loro modalità di svolgimento.

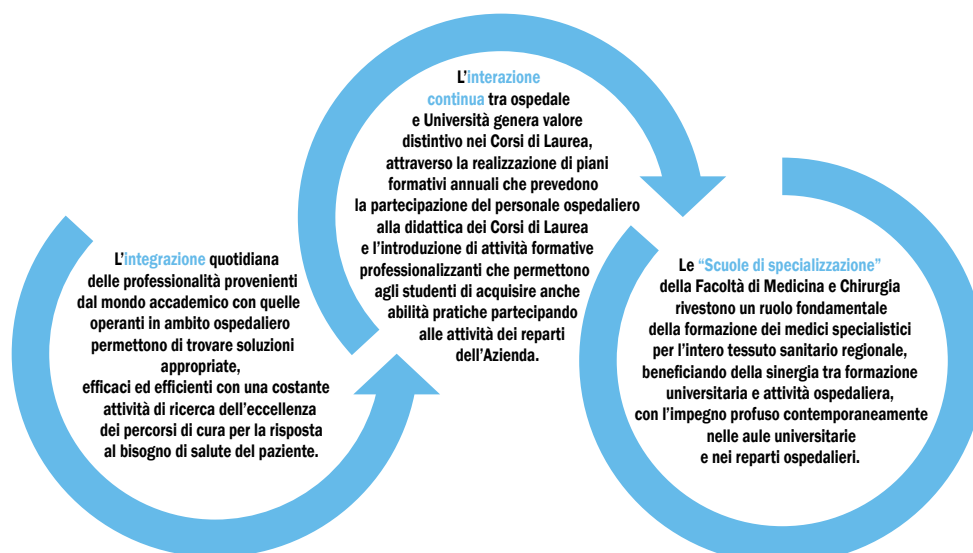
1. L'obiettivo fondamentale dell'AOUOORR è il raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute (intesa come mantenimento della salute fisica, psichica e sociale) in un processo che includa in modo inscindibile la didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e la ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche). Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

2. L'AOUOORR, in quanto espressione originale dell'integrazione di due distinti ordinamenti (Servizio Sanitario Regionale e Università), assume un modello organizzativo dinamico ed equilibrato tra le componenti, nel quale la specificità di ciascun operatore è definita dall'insieme degli obiettivi dell'Azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza."

(Atto aziendale)

L'AOUOORR presenta un'organizzazione più complessa di un'Azienda ospedaliera, poiché è integrata con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, distinguendosi, infatti, per la forte integrazione al suo interno della componente ospedaliera e della componente della ricerca e della didattica.

L'**integrazione** permette un miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie e di effettuare progetti volti a rispondere ai bisogni di salute dei pazienti. La Facoltà di Medicina e Chirurgia in collaborazione con il personale ospedaliero ha un ruolo fondamentale per la formazione degli studenti e degli specializzandi.

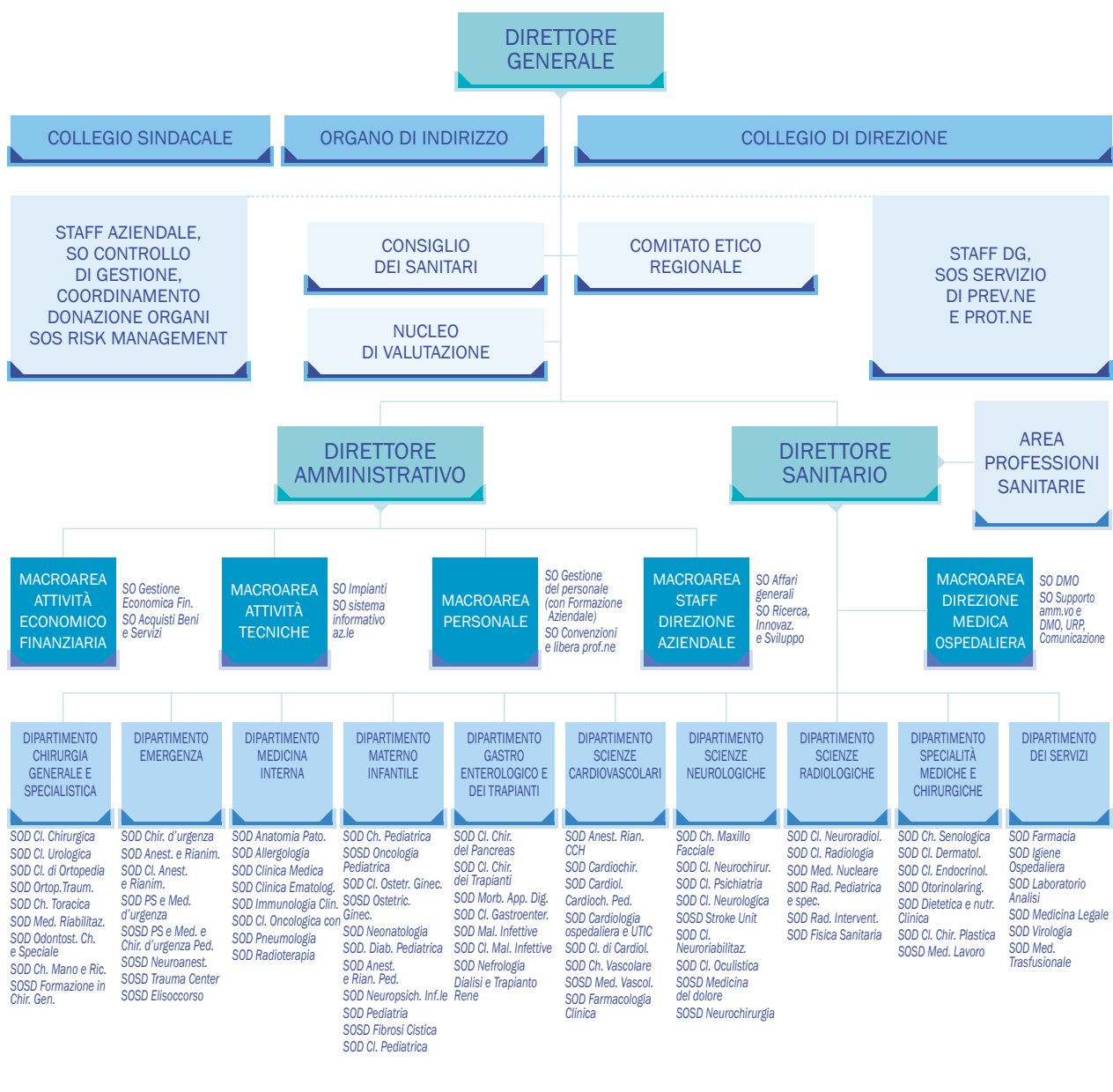


L'organigramma aziendale

L'Azienda nei 10 Dipartimenti Assistenziali Integrati, si articola in n. 68 strutture complesse di cui n. 38 a direzione ospedaliera e n. 30 a direzione universitaria. Sono poi in essere n. 5 macro aree funzionali (Direzione Medica Ospedaliera, Attività economico finanziarie, Attività Tecniche, Personale, Staff Direzione aziendale), l'Area professioni sanitarie e la SO Controllo di gestione in staff .

I Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.).
 forniscono 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.

Figura 3. L'organigramma aziendale (anno 2016)



La vision e la mission

L'ospedale è una missione.

Al suo interno operano e cooperano professionisti competenti:
persone che si occupano del benessere di altre persone in modo **Gentile, Generoso, Geniale**.

L'ospedale è uno **spazio pubblico**.

Si integra nel tessuto del territorio, nella città e nella vita dei suoi abitanti,
dialogando in trasparenza con tutti gli attori della vita pubblica.

L'ospedale è un **presidio organizzato di benessere**.

Contribuisce alla salute fisica, psichica e sociale della comunità
garantendo cure appropriate, sicure ed efficienti.

L'ospedale è un **centro di conoscenza e di ricerca**.

Collabora con l'Università per generare idee
e pratiche innovative e formare le prossime generazioni di specialisti.

L'ospedale è un **laboratorio di innovazione**.

Al suo interno, le tecnologie e i metodi più avanzati
garantiscono il più alto livello di assistenza.

L'ospedale è il **centro di un network clinico**.

Fa da riferimento per la rete assistenziale regionale,
polo di attrazione delle regioni limitrofe e di altri Paesi.

Missione

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.

Visione

Al raggiungimento di tale obiettivo - indicato nella mission - concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche del Servizio Sanitario e della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Le strategie e le azioni vanno orientate alla piena integrazione nel Servizio Sanitario della Regione Marche, consolidandosi nel ruolo "Azienda di riferimento regionale", perno della rete assistenziale regionale per il livello di complessità adeguato, polo di attrazione anche delle Regioni limitrofe

Le strategie

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. I documenti di programmazione sanitaria ed economica (principalmente Piano Sanitario Nazionale e, a cascata, Piano Sanitario Regionale) guidano la definizione delle strategie dell'AOUOORR.

Essere ospedale di riferimento locale, nazionale e sovranazionale

L'AOUOORR mira a garantire un costante miglioramento della qualità dell'attività assistenziale mediante un disegno strategico focalizzato sulla valorizzazione del proprio ruolo di ospedale di riferimento regionale ed extraregionale per alcune specialità distintive. Quale struttura di alta complessità, l'Azienda persegue strategie volte a divenire polo di attrazione in ambito nazionale e sovranazionale, mediante il perseguimento di obiettivi volti a innalzare le professionalità cliniche e scientifiche, sviluppare la qualità delle prestazioni di elevato livello, garantire un costante miglioramento dei tempi di erogazione delle prestazioni e potenziare l'attività "operatoria". Orientarsi in questa direzione vuol dire per l'Azienda operare in sinergia con l'Università, così da divenire attrattivi non solo per i pazienti ma anche per le professionalità mediche che vedono nell'Azienda un luogo di crescita e formazione continua. Come ospedale di riferimento per la comunità locale e il territorio circostante, l'Azienda persegue strategie finalizzate a favorire la continuità dell'iter assistenziale e, quindi, a evitare duplicazioni di attività e allungamenti nelle liste di attesa. La collaborazione e la coordinazione con gli altri enti del SSR e le istituzioni locali diviene, in questo percorso, essenziale. Operare in ottica di integrazione tra ospedale e territorio vuol dire per l'Azienda aprirsi a obiettivi focalizzati sul miglioramento dell'efficacia del processo integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.



Promuovere economicità e sostenibilità

L'AOUOORR si impegna ad assicurare l'equilibrio economico tra risorse impiegate e risultati ottenuti nell'erogazione dei servizi assistenziali. Agire nel perseguimento di strategie improntate all'economicità significa per l'Azienda promuovere obiettivi di efficienza che garantiscano comunque un continuo incremento della qualità dei servizi resi. Tendere alla eliminazione di flussi operativi irregolari (sia nella gestione dei materiali sia nelle attività assistenziali), delle attività non a valore e degli sprechi è un primo punto focale delle strategie tese all'economicità e alla sostenibilità. Al contempo, valorizzare e accrescere le proprie risorse interne è il secondo pilastro di strategie volte a creare valore sociale oltre che economico per tutti gli stakeholder aziendali. L'Azienda vuole focalizzare il proprio impegno sulla crescita del proprio capitale umano, sul potenziamento tecnologico, sullo sviluppo del sistema informativo e sull'accrescimento dei servizi di emergenza mediante obiettivi e azioni improntate a efficienza, efficacia e sostenibilità sotto il profilo sia assistenziale che organizzativo.

Accrescere comunicazione, condivisione e trasparenza

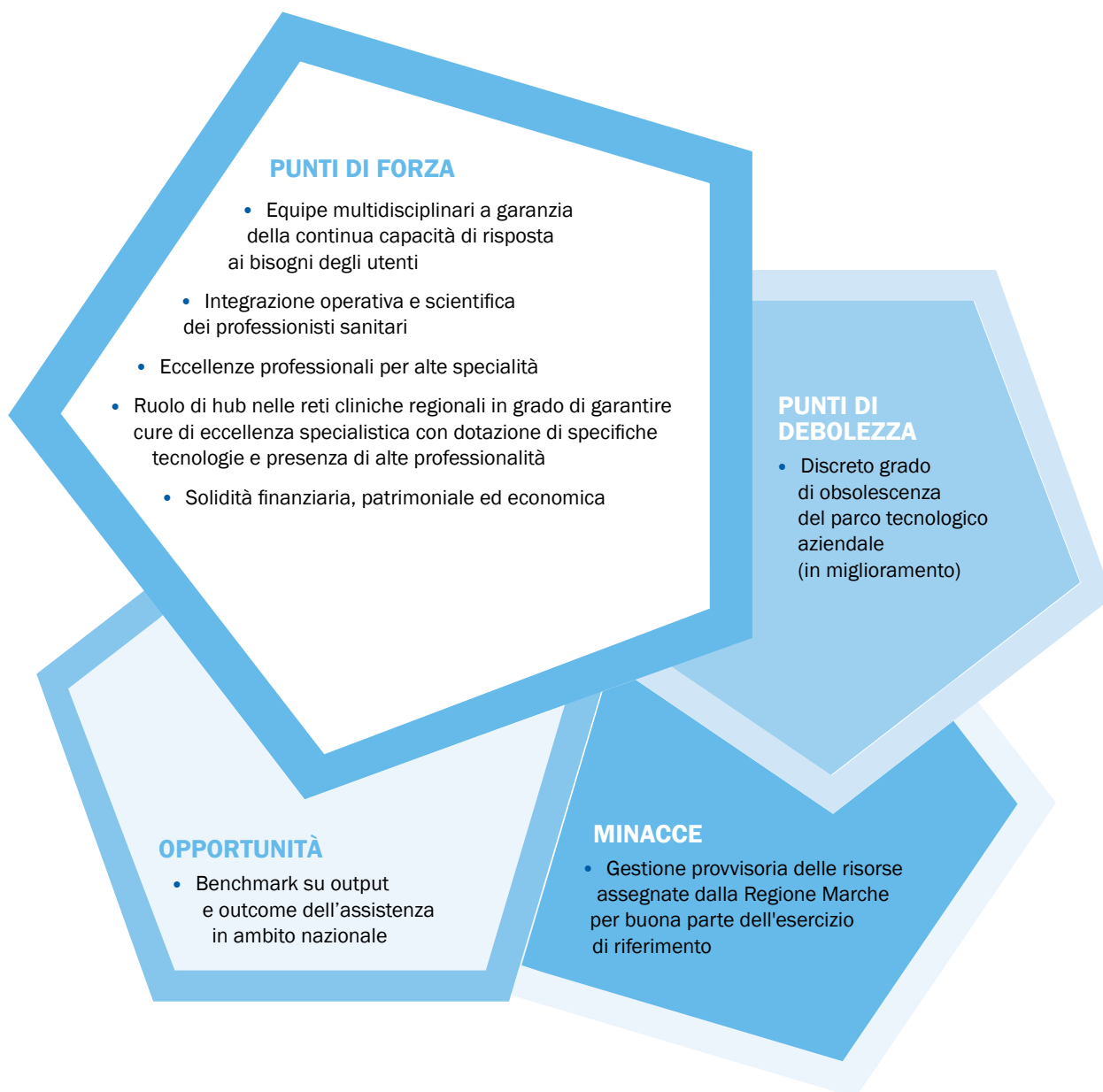
L'AOUOORR ha interesse a favorire forme di dialogo e comunicazione con tutti gli stakeholder. L'Azienda si impegna a garantire la piena soddisfazione di quanto richiesto dalla normativa e dai regolamenti in materia socio-sanitaria, attraverso la produzione, l'aggiornamento e la pubblicazione di documenti atti a garantire trasparenza nelle procedure e accesso civico agli stessi. L'impegno si estende all'implementazione di misure di prevenzione della corruzione e di processi finalizzati a sviluppare informatizzazione e tracciabilità dei flussi operativi e gestionali. Le strategie in tale ambito non si fermano a soddisfare gli adempimenti normativi, ma si focalizzano su obiettivi e azioni mirate a rafforzare la comunicazione dell'Azienda verso tutti gli stakeholder e a migliorare le percezioni di fiducia, sicurezza e qualità da parte degli utenti. Comunicazione che non vuole essere uni-direzionale, ma vuole accrescere la condivisione tra i diversi attori del servizio sanitario. Rientrano in questo disegno strategico i progetti promossi dalla Direzione e rivolti al personale interno visto come interprete delle istanze strategiche e autore di proposte.

Integrare e sviluppare ricerca scientifica ed applicata

L'AOUOORR mira a promuovere costantemente forme di integrazione tra mondo ospedaliero, Università, imprese e start-up, per la promozione e lo sviluppo di attività di ricerca innovativa e di nuove forme di ricerca multidisciplinare. L'investimento in ricerca e conoscenze è per l'Azienda uno dei punti cardine delle strategie volte a garantire un servizio di qualità e costante attrazione di professionalità di alto livello. Attività di ricerca medica e chirurgica promossa da professori e ricercatori della Facoltà di Medicina associata a quella del personale ospedaliero diviene un primario ambito di intervento di strategie, obiettivi e azioni nel continuo divenire dell'azienda. Al centro di tale orientamento ci sono lo sviluppo di competenze e relazioni scientifiche nazionali ed internazionali e tutte le iniziative di sperimentazioni che precedono la pratica clinica. A ciò si affianca l'impegno dell'Azienda a promuovere ricerche multidisciplinari con tutti i settori di ricerca dell'Università finalizzati a innovare i prodotti/servizi nel settore healthcare. L'Azienda riconosce la rilevanza di forme di collaborazione tra il mondo ospedaliero, il mondo di ricerca e le aziende private del Settore farmaceutico, biomedicale e dell'ICT in ottica di crescita e condivisione delle conoscenze al fine di fornire una risposta appropriata, efficiente, efficace e sostenibile ai bisogni di salute dei pazienti.

I rischi e le opportunità

I rischi e le opportunità, considerando le caratteristiche interne dell'Azienda, possono essere riassunte nei seguenti ambiti.





Le attività e gli output



Una visione di sintesi



L'attività ospedaliera dell'AOUOORR, medica e chirurgica, risulta erogata nel **45,57% dei casi in regime di emergenza/urgenza**. 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. Impegno confermato dalla riduzione dal 2015 al 2016 pari al 2,4% delle giornate di degenza media. Circa il 47% dei ricoveri ordinari proviene dalla ex Zona 7 anconetana. I ricoveri dell'intera provincia di Ancona rappresentano ancora circa il 59% dei ricoveri ordinari complessivi; il 30% dal resto delle Marche e l'11% da fuori Regione. Di medesima interpretazione sono i dati relativi alla provenienza dei ricoveri in day hospital. Nonostante le fluttuazioni annuali, sembrerebbe evidenziarsi un uso frequente del DH per l'attività interna regionale.

L'AOUOORR eroga annualmente circa 5 ml di prestazioni ambulatoriali, di cui – nel 2016 – il 38,5% per pazienti esterni e 61,5% per pazienti ricoverati. Di queste, circa 3,8 milioni di prestazioni ambulatoriali nella branca laboratoristica (di cui quasi un terzo erogate ad esterni).

Nel 2016, il 18% del totale delle prestazioni dell'attività ambulatoriale è rappresentato da 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.

Tabella 4. Dati di ricovero complessivi – ordinari e diurni – e di prestazioni ambulatoriali (anni 2016-2015)

I RICOVERI		
	2016	2015
N. DIMESSI IN REGIME ORDINARIO	33.438	32.452
N. DIMESSI IN DAY HOSPITAL	12.618	12.504
Totale dimessi	46.056	44.956
N. GIORNATE DI DEGENZA PER RICOVERI IN REGIME ORDINARIO	263.877	262.382
N. GIORNATE DI DEGENZA PER RICOVERI IN DAY HOSPITAL	33.439	30.590
Totale giornate di degenza	297.316	292.272
LE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE PER ESTERNI E INTERNI		
	2016	2015
ATTIVITÀ DI LABORATORIO (PER ESTERNI)	1.073.606	1.120.488
ALTRE PRESTAZIONI (PER ESTERNI)	848.179	854.032
Totale prestazioni per esterni	1.921.785	1.974.520
ATTIVITÀ DI LABORATORIO (PER INTERNI)	2.776.715	2.726.321
ALTRE PRESTAZIONI (PER INTERNI)	295.623	282.767
Totale prestazioni per interni	3.072.338	3.009.088
Totale prestazioni	4.994.123	4.983.608

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 quasi 85.000 accessi annui (di cui parte hanno avuto come conseguenza anche un ricovero) di cui, nel 2016, il 64,0% a Torrette e il restante al Salesi. Nel 2016, nei tre blocchi operatori sono stati eseguiti complessivamente 22.756 interventi, di cui il 65,7% su pazienti ricoverati in regime ordinario, 14,7% su pazienti ricoverati in regime diurno, 19,6% su pazienti trattati in regime ambulatoriale.

Tabella 5. Interventi chirurgici da registro operatorio per regime di erogazione (anni 2016-2015)

	2016				2015			
	Ambulatoriale	DH	Ordinario	Totale	Ambulatoriale	DH	Ordinario	Totale
BLOCCO OPERATORIO G. SALESÌ	3	1.315	3.128	4.446	4	1.331	3.191	4.526
BLOCCO OPERATORIO LANCISI	13		1.339	1.352	10	3	1.285	1.298
BLOCCO OPERATORIO TORRETTE	4.437	2.027	10.494	16.958	4.394	2.109	10.264	16.767
Totale	4.453	3.342	14.961	22.756	4.408	3.443	14.740	22.591

Un breve cenno merita l'analisi delle attività in libera professione intramuraria che ha subito un incremento nel 2016 superiore al 6%.

Tabella 6. Le attività in libera professione (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO DI PRESTAZIONI ESEGUITE IN LIBERA PROFESSIONE	182.151	169.994
NUMERO DI RICOVERI ESEGUITI IN LIBERA PROFESSIONE	294	289

L'attività ospedaliera

L'attività ospedaliera per acuti

L'AOUOORR nella sua qualificazione di Azienda di riferimento regionale, svolge attività ospedaliera 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 7. Ricoveri ordinari e giornate di degenza (anni 2016-2015)

	2016	2015
RICOVERI ORDINARI	33.438	32.452
GIORNATE DI DEGENZA	263.877	262.382
DEGENZA MEDIA	7,89	8,09

L'attività di ricovero ordinario presenta un trend in aumento. L'aumento si è attestato al 3,04% dal 2015 al 2016. L'indice di degenza media è diminuito rispetto al 2016 (-0.33%).

Il peso medio aziendale per i ricoveri ordinari si attesta su un valore pari a 1,4 (sia per il 2016 che per il 2015).

Il peso medio costituisce una misura della complessità del trattamento associato allo specifico episodio di ricovero.

*Un diagnosis-related group (abbreviato DRG), quale raggruppamento omogeneo di diagnosi (in acronimo ROD), è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale (ricoverati in regime ordinario o day hospital) in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impegnate (isorisorse).

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. La percentuale dei DRG c.d. di alta complessità** sul totale è di circa il 15%.

Tabella 8. Percentuali DRG chirurgici in ricovero ordinario (anni 2016-2015)

	2016	2015
PERCENTUALE DRG CHIRURGICI SU TOTALE ATTIVITÀ DI IN RICOVERO ORDINARIO	46,47%	46,80%

Tabella 9. Percentuale di DRG di alta complessità in ricovero ordinario (anni 2016-2015)

	2016	2015
PERCENTUALE DI DRG DI ALTA COMPLESSITÀ IN RICOVERO ORDINARIO	14,91%	14,94%

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

Anche l'indice di degenza media pre-operatoria è diminuito rispetto al 2015, ponendosi in linea con l'obiettivo regionale (fissato a 1,85).

Tabella 10. Indice di degenza media pre-operatoria (anni 2016-2015)

	2016	2015
INDICE DI DEGENZA MEDIA PRE-OPERATORIA	1,85	1,87

Focus: le attività di alta specialità dell'AOUOORR

In quest'ambito, appare importante richiamare l'attività delle discipline cosiddette "alte specialità" dell'AOUOORR, alcune delle quali "esclusive" sul territorio regionale. Nel dettaglio, seguono le alte specialità dell'AOUOORR.

Tabella 11. Attività ad alta specialità dell'AOUOORR

ANGIOLOGIA	FIBROSI CISTICA
ATTIVITÀ RIGUARDANTI LE MACULOPATIE E LE RETINE	GENETICA MEDICA
CARDIOCHIRURGIA	GENETICA ONCOLOGICA
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CONGENITA	MALATTIE NEUROMUSCOLARI
CHIRURGIA EPATOBILIARE	MALATTIE RARE
CHIRURGIA BARIATRICA	MEDICINA NUCLEARE - PET
CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO
CHIRURGIA DEL PANCREAS	NEUROCHIRURGIA
CHIRURGIA PEDIATRICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE	NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
CHIRURGIA SENOLOGICA	NEURORADIOLOGIA INTERVENTISTICA
CHIRURGIA TORACICA	ODONTOSTOMATOLOGIA PER DISABILI
CHIRURGIA VASCOLARE	ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
DIALISI PEDIATRICA	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA
ELETTROFISIOLOGIA	RADIOTERAPIA - BRACHITERAPIA
EMATOLOGIA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
EMODINAMICA	UNITÀ SPINALE
NEFROLOGIA (ABILITAZIONE A TRAPIANTO DI RENE)	IMMUNOLOGIA CLINICA

Le attività evidenziate in blu rappresentano i servizi a pazienti che presentano caratteri di esclusività sul territorio regionale.

Focus: L'attività di trapianto di organi e di tessuti

I trapianti di fegato realizzati nel 2016 sono stati 35 e quelli di rene 45, il numero più alto dall'inizio del programma trapianti nelle Marche.

Tabella 12. Attività per Trapianti organi per tipologia di organo Regione Marche (anni 2016-2015)

	2016	2015
RENE	45	41
FEGATO	35	31
COMBINATO FEGATO- RENE	-	2
Totale	80	74

fonte: procedura ORMAWIN e relazione SOD

Con l'attività di trapianto degli organi e tessuti, è rilevante citare l'attività di trapianto di midollo.

Tabella 13. Attività di trapianto di midollo (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO TRAPIANTI DI MIDOLLO**	59	50

** fonte: SDO

L'analisi della provenienza dei pazienti trapiantati rileva una percentuale extraregionale pari al 31,6% e regionale pari a 68,4%.

Tabella 14. Trapianti AOUOORR 2016 per provenienza del paziente

	FEGATO	RENE	MIDOLLO	TOTALE TRAPIANTI
EXTRAREGIONE	66,7%	43,9%	3,4%	31,6%
MARCHE	33,3%	56,1%	96,6%	68,4%

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 15. Peso medio attività trapianti (anni 2016-2015)

	2016	2015
PESO MEDIO DIMESSI	14,72	14,68

Nella seguente tabella è stata rappresentata l'attività chirurgica di prelievo multiorgano eseguita dalla Clinica di Chirurgia dei Trapianti suddivisa per il 2015 ed il 2016.

Tabella 16. Attività chirurgica di prelievo d'organo suddivisa per anno di attività (anni 2016-2015)

	2016	2015
MULTIORGANO	31	25
SOLO FEGATO	14	7
SOLO RENI	4	8
NON PRELEVATI	3	5

Nell'anno 2016 sono state prelevate 98 cornee (70 nel 2015), con un incremento del 40% rispetto al precedente anno.

Tabella 17. Attività cornee nelle Regione Marche (anni 2016-2015)

	2016	2015
PRELIEVI DI CORNEE	98	70

Day hospital e Day Surgery

Di seguito è illustrata l'attività diurna di ricovero medico (day hospital) e chirurgico (day surgery). L'attività di day hospital / day surgery nel corso del 2016 non ha subito variazioni rispetto al 2015. Il totale dei ricoveri in day hospital espletati dall'AOUOORR sono poco più del 20% del totale dei ricoveri in day hospital registrati sul territorio regionale.

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. Nel 2016 un ricovero diurno in acuzie risulta costituito, in media, da 2,65 accessi.

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 o, al limite, con un solo pernottamento.

Il peso medio aziendale per i ricoveri diurni si attesta su un valore pari allo 0,89 (dato 2016, + 0,01 rispetto al 2015)

Tabella 18. Ricoveri diurni e accessi per attività di day hospital e day surgery (anni 2016-2015)

	2016	2015
RICOVERI DIURNI	12.618	12.504
NR. ACCESSI	33.439	30.590
NR. MEDIO DI ACCESSI PER CIASCUN RICOVERO	2,65	2,44

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

Tabella 19. Ricoveri diurni e accessi per attività di day hospital e day surgery (anni 2016-2015)

	2016	2015
PERCENTUALE DRG CHIRURGICI SU TOTALE PRODUZIONE DH	37,59%	37,08%

Le attività ambulatoriali per interni

A favore dei pazienti ricoverati, l'AOUOORR eroga prestazioni di laboratorio, di diagnostica strumentale e per immagini e svolge attività clinica. Nell'ambito delle attività di laboratorio, il 96% delle prestazioni sono erogate dal laboratorio analisi. Per la diagnostica, circa il 90% è dedicato alla radiologia body.

Tabella 20. Attività di laboratorio per interni (anni 2016-2015)

	2016	2015
ANATOMIA PATOLOGICA	24.856	22.568
CITOPATOLOGIA DIAGNOSTICA	4.088	3.419
CLINICA PEDIATRICA - CITOGENETICA	1.429	564
IMMUNOLOGIA CLINICA E TIPIZZAZIONE TESSUTALE	22.961	21.284
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGIA	2.678.095	2.643.221
MEDICINA TRASFUSIONALE	9.242	8.836
VIROLOGIA	36.044	35.265
Totale	2.776.715	2.735.157

Tabella 21. Attività di diagnostica strumentale e per immagini per interni (anni 2016-2015)

	2016	2015
NEURORADIOLOGIA	9.458	10.210
RADIOLOGIA BODY	93.445	89.418
MEDICINA NUCLEARE	1.064	1.109
Totale	103.967	100.737

Tabella 22. Attività clinica per interni (anno 2016-2015)

	2016	2015
ALLERGOLOGIA	718	799
ANESTESIA E RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA	79	1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEI TRAPIANTI E CHIRURGIA MAGGIORE	1.085	440
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	4.691	4.947
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CONGENITA	212	8
CARDIOLOGIA OSPEDALIERA E UTIC	7879	6.991
CHIRURGIA D'URGENZA	603	459
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	162	144
CHIRURGIA PEDIATRICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE	1.223	1.286
CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E CHIRURGIA DELLA MANO	251	252
CHIRURGIA TORACICA	107	160
CHIRURGIA VASCOLARE	368	519
CLINICA ANESTESIA E RIANIMAZIONE GENERALE, RESPIRATORIA, TRAUMA MAGGIORE	2.842	2.930
CLINICA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	25	11
CLINICA CHIRURGIA DEL PANCREAS	3	2
CLINICA CHIRURGICA	-	6
CLINICA DERMATOLOGICA	717	856
CLINICA DI CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA	3.207	4.453
CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	689	618
CLINICA DI ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	527	565
CLINICA DI GASTROENTEROLOGIA, EPATOLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA URGENZA	987	1.212
CLINICA DI NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA E D'URGENZA	147	69
CLINICA DI NEURORABILITAZIONE	16.977	13.923
CLINICA DI ORTOPEDIA ADULTA E PEDIATRICA	1.024	936
CLINICA EMATOLOGICA	1.046	813
CLINICA MALATTIE INFETTIVE TROPICALI, PARASSITOLOGIA, EPATITI CRONICHE	728	621
CLINICA MEDICA	3	23
CLINICA NEUROLOGICA	5.982	6.385
CLINICA OCULISTICA	4.764	3.368
CLINICA ONCOLOGICA	158	163
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGIA IND. OSTETRICO E GRAVIDANZA ALTO RISCHIO	2	-
CLINICA PEDIATRICA INDIRIZZO GENETICO-METABOLICO GASTRO-NEFROLOGICO	4.311	3.326
CLINICA PSICHIATRICA	849	883
CLINICA UROLOGICA	1962	1.918
COSTI COMUNI AMBULATORI OSTETRICO GINECOLOGICI	2354	1.587
DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	1581	1.418
FARMACOLOGIA CLINICA	117	50
FIBROSI CISTICA	258	124
FISICA SANITARIA	231	297
MALATTIE APPARATO DIGERENTE, END. DIGESTIVA E MAL. CRONICHE INTESTINALI	1497	1.748
MALATTIE INFETTIVE EMERGENTI E DEGLI IMMUNODEPRESSI	987	1.145
MEDICINA DEL DOLORE	668	757
MEDICINA DEL LAVORO	1287	1.810
MEDICINA LEGALE	1.903	1.945
MEDICINA RIABILITATIVA	26.297	24.900
MEDICINA VASCOLARE	896	763
NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO DI RENE	6.180	6.125
NEONATOLOGIA	135	217
NEUROANESTESIA E TIPO	298	17
NEUROCHIRURGIA GENERALE CON PARTICOLARE INTERESSE PEDIATRICO	367	350
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	1.893	1.741
ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGICA E SPECIALE	318	550
ODONTOSTOMATOLOGIA SALESI	157	142
OFTALMOLOGIA SALESI	927	1.178
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	35	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	2.500	2.371
ORTOPEDIA SALESI	6.102	5.533
OSTETRICA E GINECOLOGIA A PARTICOLARE INTERESSE ONCOLOGICO	22	6
OTORINOLARINGOIATRIA	8745	8.895
OTORINOLARINGOIATRIA SALESI	1322	1.285
PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMO-ENDOCRINO-IMMUNO-INFETTIVOLOGICO	169	196
PNEUMOLOGIA	3.715	3.803
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE E URGENZA PEDIATRICA	4.902	2.927
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	45.302	35.242
RADIOTERAPIA	2.766	3.172
SERVIZIO DI CARDIOLOGIA PRESSO SALESI	3.323	3.813
PIC UNIT	74	-
Totale	191.656	173.194

L'attività ambulatoriale

I **soggetti esterni** (in regime di mobilità sanitaria intra ed interregionale ed in regime di regolazione diretta*) beneficiano di prestazioni di specialistica ambulatoriale: per le branche laboratorio analisi – microbiologia – virologia – anatomia patologica – genetica – immunoematologia; per la branca diagnostica per immagine articolata in radiologia diagnostica e medicina nucleare; per attività clinica.

L'attività di laboratorio

L'attività laboratoristica riguarda diversi ambiti: la maggior parte delle prestazioni sono erogate dalla branca laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia sia in mobilità che in cessione di servizi. Rispetto al 2015 non si sono registrate sensibili variazioni nei volumi di prestazioni erogate a soggetti esterni.

** In regime di regolazione diretta rientrano le prestazioni erogate "in cessione di servizio" e quelle a "paganti in proprio". All'interno delle "cessioni 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.*

Tabella 23. Attività di laboratorio per esterni (anni 2016-2015)

		2016	2015
IN MOBILITÀ	PRESTAZIONI SSN	825.443	894.698
IN REGOLAZIONE DIRETTA	CESSIONI DI SERVIZI	190.563	201.159
	PAGANTI IN PROPRIO	57.600	42.771
Totale		1.073.606	1.138.628

di cui:

Tabella 24. Prestazioni di laboratorio in mobilità (anni 2016-2015)

	2016	2015
ANATOMIA PATOLOGICA	11.837	10.356
CITOPATOLOGIA DIAGNOSTICA	5.265	4.990
CLINICA PEDIATRICA - CITOGENETICA	4.329	4.342
IMMUNOLOGIA CLINICA E TIPIZZAZIONE TESSUTALE	40.796	36.686
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGIA	725.124	799.781
MEDICINA TRASFUSIONALE	8.077	8.144
VIROLOGIA	30.015	30.399
Totale	825.443	894.698

Tabella 25. Prestazioni di laboratorio in cessione di servizi (anni 2016-2015)

	2016	2015
ANATOMIA PATOLOGICA	17.799	17.826
CITOPATOLOGIA DIAGNOSTICA	17.568	24.218
CLINICA PEDIATRICA - CITOGENETICA	3.499	2.860
IMMUNOLOGIA CLINICA E TIPIZZAZIONE TESSUTALE	7.953	8.152
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGIA	119.425	122.060
MEDICINA TRASFUSIONALE	9.386	9.921
VIROLOGIA	14.933	16.122
Totale	190.563	201.159

L'attività di diagnostica strumentale e per immagini

Per l'attività di diagnostica strumentale e per immagini, rispetto al 2015, si è registrato un aumento complessivo di poco superiore al 2%, principalmente dovuto all'erogazione delle prestazioni in regime di mobilità e, tra queste, per la tipologia "radiologia body".

Tabella 26. Attività di diagnostica strumentale e per immagini per esterni (anni 2016-2015)

		2016	2015
IN MOBILITÀ	PRESTAZIONI SSN	73.299	71.594
	CESSIONE DI SERVIZI	1.767	1.731
IN REGOLAZIONE DIRETTA	PAGANTI IN PROPRIO	117	92
	Totale	75.183	73.417

di cui:

Tabella 27. Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini in mobilità (anni 2016-2015)

	2016	2015
NEURORADIOLOGIA	6.861	6.572
RADIOLOGIA BODY	63.216	61.514
MEDICINA NUCLEARE	3.222	3.508
Totale	73.299	71.594

Tabella 28. Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini in cessione di servizi (anni 2016-2015)

	2016	2015
NEURORADIOLOGIA	115	157
RADIOLOGIA BODY	1.499	1.437
MEDICINA NUCLEARE	153	137
Totale	1.767	1.731

Figura 4. Le prestazioni di radiologia per tipologia (anni 2016-2015)

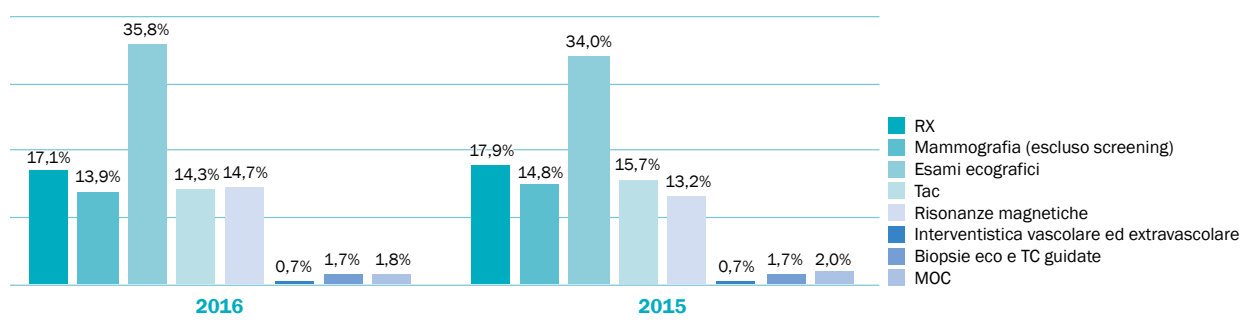
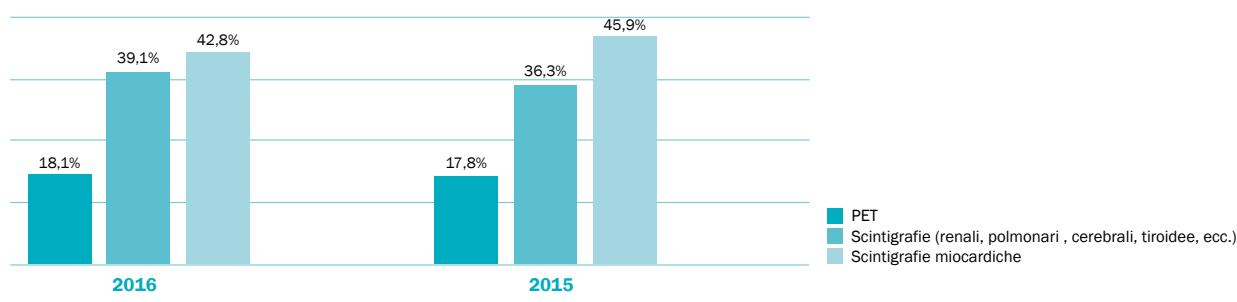


Figura 5. Le prestazioni di medicina nucleare per tipologia (anni 2016-2015)



L'attività clinica

La quasi totalità delle strutture dell'AOUOORR erogano prestazioni a pazienti esterni in regime ambulatoriale, oltre che quotidianamente essere impegnate a supporto dell'attività di ricovero ordinario, fornendo prestazioni per i pazienti ricoverati (già richiamate nel paragrafo "prestazioni ambulatoriali per interni").

Tabella 29. Attività di specialistica clinica per esterni (anni 2016-2015)

		2016	2015
IN MOBILITÀ	PRESTAZIONI SSN	693.278	686.899
IN REGOLAZIONE DIRETTA	CESSIONE DI SERVIZI	74.718	71.485
	PAGANTI IN PROPRIO	5.000	4.091
Totale		772.996	762.475

Tabella 30. Attività di specialistica clinica dettaglio per struttura (anni 2016-2015)

STRUTTURA	PRESTAZIONI SSN		CESSIONE DI SERVIZI	
	2016	2015	2016	2015
ALLERGOLOGIA	21.215	19.198	32	17
ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEI TRAPIANTI E CHIRURGIA MAGGIORE	-	1	-	-
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PEDIATRICA	-	1	2	-
CARDIOCHIRURGIA	174	148	23	15
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA E CONGENITA	9.824	10.217	238	219
CARDIOLOGIA OSPEDALIERA E UTIC	19.230	19.681	1.029	1.205
CENTRO REGIONALE GENETICA ONCOLOGICA	1.735	1.258	-	-
CHIRURGIA D'URGENZA	262	177	2	3
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	1.952	1.962	334	301
CHIRURGIA PEDIATRICA E DELLE SPECIALITÀ CHIRURGICHE	2.000	1.899	16	16
CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA E CHIRURGIA DELLA MANO	2.576	2.531	15	24
CHIRURGIA SENOLOGICA	1.075	1.123	-	-
CHIRURGIA TORACICA	64	72	60	58
CHIRURGIA VASCOLARE	1.771	1.573	628	665
CLINICA CHIRURGIA DEI TRAPIANTI	134	172	10	14
CLINICA CHIRURGIA DEL PANCREAS	38	48	-	2
CLINICA CHIRURGICA	1.867	1.712	2	4
CLINICA DERMATOLOGICA	16.541	16.205	-	2
CLINICA DI CARDIOLOGIA E ARITMOLOGIA	9.248	9.457	99	87
CLINICA DI CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	2.536	2.646	59	67
CLINICA DI ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	12.378	11.538	197	180
CLINICA DI GASTROENTEROLOGIA, EPATOLOGIA, ENDOSCOPIA DIGESTIVA URGENZA	7.539	7.352	60	41
CLINICA DI NEUROCHIRURGIA ONCOLOGICA E D'URGENZA	667	675	219	427
CLINICA DI NEURORIABILITAZIONE	17.165	17.322	74	40
CLINICA DI ORTOPEDIA ADULTA E PEDIATRICA	2.660	2.753	17	32
CLINICA EMATOLOGICA	29.077	25.590	1.044	1.328
CLINICA MALATTIE INFETTIVE TROPICALI, PARASSITOLOGIA, EPATITI CRONICHE	7.581	8.109	143	120
CLINICA MEDICA	2.472	2.523	-	-
CLINICA NEUROLOGICA	25.611	34.294	60	131
CLINICA OCULISTICA	12.189	11.870	60	33
CLINICA ONCOLOGICA	5.956	6.972	-	-
CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGIA IND. OSTETRICO E GRAVIDANZA ALTO RISCHIO	13.422	10.101	-	-
CLINICA PEDIATRICA INDIRIZZO GENETICO-METABOLICO GASTRO-NEFROLOGICO	4.434	5.051	1.011	773

STRUTTURA	PRESTAZIONI SSN		CESSIONE DI SERVIZI	
	2016	2015	2016	2015
CLINICA PSICHIATRICA	1.036	1.303	1	14
CLINICA UROLOGICA	15.087	14.233	15	26
COSTI COMUNI AMBULATORI OSTETRICO GINECOLOGICI	6.741	4.946	19	25
DIABETOLOGIA PEDIATRICA	827	917	-	-
DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	26.205	26.193	64.401	58.082
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA	132	33	-	-
FARMACOLOGIA CLINICA	-	-	84	60
FIBROSI CISTICA	2.404	2.379	3	
FISICA SANITARIA	4.426	4.987	48	54
FORMAZIONE IN CHIRURGIA GENERALE	217	211	-	-
MALATTIE APPARATO DIGERENTE, END. DIGESTIVA E MAL. CRONICHE INTESTINALI	4.199	3.557	193	310
MALATTIE INFETTIVE EMERGENTI E DEGLI IMMUNODEPRESSI	1.870	2.132	1	4
MEDICINA DEL DOLORE	2.494	3.195	2	-
MEDICINA DEL LAVORO	1.148	909	881	1.609
MEDICINA D'URGENZA	-	1.044	-	5
MEDICINA LEGALE	236	73	40	140
MEDICINA RIABILITATIVA	14.443	10.771	-	-
MEDICINA VASCOLARE	1.614	1.535	12	10
NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO DI RENE	104.213	102.305	176	139
NEONATOLOGIA	555	429	-	-
NEUROCHIRURGIA GENERALE CON PARTICOLARE INTERESSE PEDIATRICO	583	536	330	458
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	4.589	4.436	16	15
ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGICA E SPECIALE	5.282	5.195	16	31
ODONTOSTOMATOLOGIA SALESI	1.410	1.932	-	-
OFTALMOLOGIA SALESI	3.914	3.532	16	9
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	1.207	-	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3.690	3.926	85	110
ORTOPEDIA SALESI	7.586	7.928	169	113
OSTETRICA E GINECOLOGIA A PARTICOLARE INTERESSE ONCOLOGICO	8.322	8.244	-	-
OTORINOLARINGOIATRIA	9.094	7.912	255	339
OTORINOLARINGOIATRIA SALESI	3.816	2.911	5	20
PEDIATRIA AD INDIRIZZO PNEUMO-ENDOCRINO-IMMUNO-INFETTIVOLOGICO	3.550	3.424	-	-
PNEUMOLOGIA	7.012	6.393	532	527
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA D'URGENZA	118.467	117.143	1.144	2.651
PRONTO SOCCORSO E MEDICINA E CHIRURGIA ACCETTAZIONE E URGENZA PEDIATRICA	34.265	32.381	115	134
RADIOTERAPIA	56.840	62.873	725	796
RISORSE DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	72	103	-	-
RISORSE DIPARTIMENTO SCIENZE CARDIOLOGICHE	1.326	1.699	-	-
STROKE UNIT	1.013	948	-	-
Totale	693.278	686.899	74.718	71.485

L'attività farmaceutica

L'Azienda sostiene la spesa farmaceutica per i farmaci erogati ai pazienti durante il ricovero o utilizzati in regime ambulatoriale. In aggiunta, l'Azienda contribuisce allo svolgimento dell'attività farmaceutica territoriale, fornendo un servizio di distribuzione diretta dei farmaci tramite la propria farmacia ospedaliera. I pazienti, al momento della dimissione per il primo ciclo di cura o, al momento del ricevimento di una prestazione ambulatoriale, possono, attraverso la prescrizione del medico specialista dell'AOUOORR, prelevare - presso la farmacia dell'ospedale - il farmaco di interesse. La distribuzione del farmaco attraverso la farmacia dell'ospedale (spesa farmaceutica territoriale) rappresenta quasi il 30% dell'intera spesa farmaceutica dell'Azienda.

Tabella 31. Spesa relativa all'assistenza farmaceutica (triennio 2016-2015)

	2016	2015
FARMACEUTICA "OSPEDALIERA"	€ 39.057.971	€ 37.373.217
FARMACEUTICA "TERRITORIALE"	€ 16.372.515	€ 17.822.672
Totale	€ 55.430.486	€ 55.195.889

Di questi, come mostra la tabella che segue, il 28,5% circa è rappresentato dai farmaci, che possono essere esclusivamente erogati da strutture sanitarie (definiti di classe "H").

Tabella 32. Spesa relativa all'assistenza farmaceutica per classi di farmaci (anni 2016-2015)

		2016	2015
FARMACEUTICA OSPEDALIERA "PURA"	FARMACEUTICA OSPEDALIERA "PURA"	€ 29.815.584	€ 28.168.391
	FILE H	€ 15.805.330	€ 15.185.854
	FILE F	€ 14.010.254	€ 12.982.537
	08 FARMACI UTILIZZATI IN REGIME AMBULATORIALE NON COMPRESI IN TARIFFA	€ 8.665.823	€ 8.810.231
	09 FARMACI SOMMINISTRATI AD EMOFILICI NEL CORSO DEL RICOVERO OSPEDALIERO	€ 5.344.431	€ 4.172.306
	DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE AIC "H"	€ 9.242.387	€ 9.204.826
	01 FORNITURA DIRETTA DI FARMACI DEL PHT (ESCLUSI I CODICI 01 BIS, 02, 03, 04 E 05)	€ 28.266	€ 12.579
	02 DIMISSIONE OSPEDALIERA	€ 33.980	€ 43.069
	03 POST VISITA SPECIALISTICA	€ 15.457	€ 26.314
	04 ADI + ADP + ALTRO	€ 33.961	€ 37.907
05 OSSIGENO LIQUIDO E GASSOSO	-	-	
06 FARMACI "H" FORNITI ESCLUSIVAMENTE DALLE STRUTTURE SANITARIE (NON SOMMINISTRATI IN REGIME DI RICOVERO)	€ 9.112.246	€ 9.047.542	
07 FARMACI LEGGE 648/1996	€ 18.476	€ 37.414	
Totale farmaceutica ospedaliera	€ 39.057.971	€ 37.373.217	
FARMACEUTICA TERRITORIALE FILE F (CLASSE AIC A + C + NULL)	DISTRIBUZIONE DIRETTA CLASSE AIC "A"+"C"+"NULL"	€ 16.372.515	€ 17.822.672
	01 FORNITURA DIRETTA DI FARMACI DEL PHT (ESCLUSI I CODICI 01 BIS, 02, 03, 04 E 05)	€ 3.478	€ 4.646
	02 DIMISSIONE OSPEDALIERA	€ 1.122.366	€ 870.102
	03 POST VISITA SPECIALISTICA	€ 282.650	€ 303.896
	04 ADI + ADP + ALTRO	€ 56.597	€ 60.326
	05 OSSIGENO LIQUIDO E GASSOSO	-	-
	06 FARMACI "H" FORNITI ESCLUSIVAMENTE DALLE STRUTTURE SANITARIE (NON SOMMINISTRATI IN REGIME DI RICOVERO)	€ 14.907.020	€ 16.553.658
	07 FARMACI LEGGE 648/1996	€ 404	€ 30.044
Totale	€ 55.430.486	€ 55.195.889	

L'attività di emergenza

L'AOUOORR partecipa con l'Azienda Sanitaria Unica Regionale allo svolgimento dell'attività di emergenza sanitaria territoriale. La attua attraverso il servizio 118 eliambulanza, che, come noto, costituisce il sistema operativo di emergenza.

Il servizio di emergenza sanitaria territoriale 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 un aumento dell'attività di elisoccorso tra il 2015 e il 2016. Nel 2014 è stato sottoscritto un protocollo d'Intesa per la gestione del Servizio di Eliambulanza tra l'AOUOORR e l'Azienda Ospedaliera di Perugia, per l'utilizzo congiunto dell'Elicottero, operativo presso la base di Fabriano.

Tabella 33. Attività di elisoccorso – ore di volo (anni 2016-2015)

	2016	2015
TOTALE ORE DI VOLO BASE DI ANCONA	310.02	276.21
ORE DI VOLO TRASPORTO SANITARIO	308.37	275.10
ORE DI VOLO NON SANITARIO *	1.32	1.11
TOTALE ORE DI VOLO BASE DI FABRIANO	320.03	326.16
ORE DI VOLO TRASPORTO SANITARIO	297.34	291.53
ORE DI VOLO NON SANITARIO BASE	22.29	34.23
Totale ore di volo (entrambi i mezzi)	630.12	602.37

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

Tabella 34. Attività di elisoccorso – numero di voli (anni 2016-2015)

	2016	2015
N. TOTALE DI VOLI DA BASE DI ANCONA	622	582
N. VOLI PRIMARI* ATTIVATI DA BASE DI ANCONA	458	429
DI CUI PRIMARI HEMS (HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE)	452	420
DI CUI PRIMARI HHO (HELICOPTER HOIST OPERATION)	4	8
DI CUI PRIMARI SAR (SEARCH AND RESCUE)	-	1
DI CUI PRIMARI CONVENZIONE CON ENI-AGIP	2	-
N. VOLI SECONDARI** ATTIVATI DA BASE DI ANCONA	163	151
N. VOLI PER ESERCITAZIONI O ALTRO ATTIVATI DA BASE DI ANCONA	1	2
N. TOTALE DI VOLI DA BASE DI FABRIANO	389	373
N. VOLI PRIMARI ATTIVATI DA BASE DI FABRIANO	331	320
DI CUI PRIMARI HEMS (HELICOPTER EMERGENCY MEDICAL SERVICE)	280	273
DI CUI PER REGIONE UMBRIA	18	1
DI CUI PRIMARI HHO (HELICOPTER HOIST OPERATION)	-	4
DI CUI PRIMARI SAR (SEARCH AND RESCUE)	50	43
DI CUI PER REGIONE UMBRIA	14	17
DI CUI PRIMARI CONVENZIONE CON ENI-AGIP	1	-
N. VOLI SECONDARI ATTIVATI DA BASE DI FABRIANO	58	48
DI CUI PER REGIONE UMBRIA	16	15
N. VOLI PER ESERCITAZIONI O ALTRO ATTIVATI DA BASE DI FABRIANO	-	5
DI CUI PER REGIONE UMBRIA	-	1
Totale N. voli (entrambi i mezzi)	1.011	955
di cui per Regione Umbria	48	34

* 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. Tipologie dei voli primari:

- interventi HEMS, 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, interventi di ricerca e salvataggio in ambiente ostile;
- interventi HHO, 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).

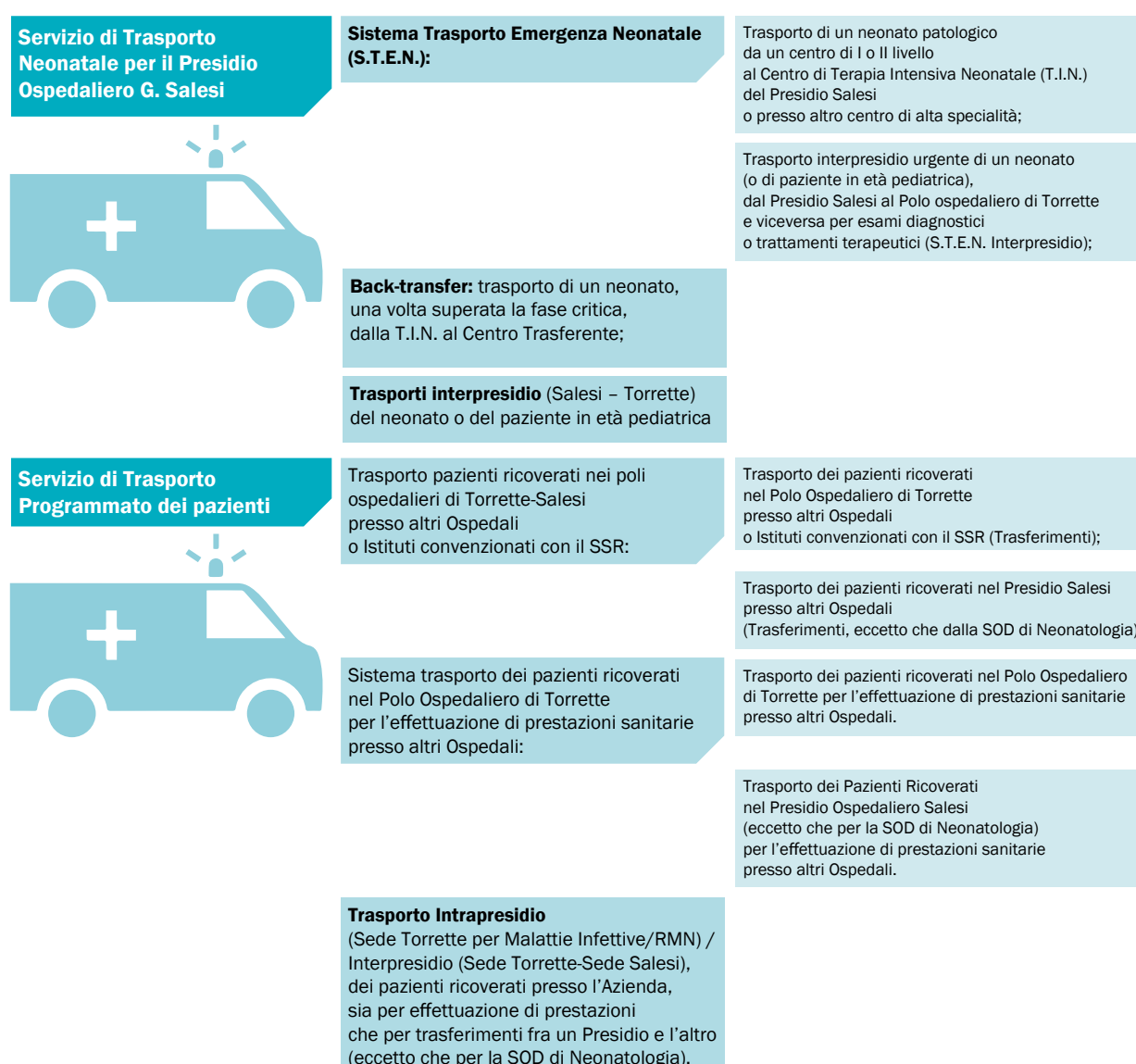
** Volo secondario: nel caso in cui l'elicottero viene impiegato per il trasporto di un paziente critico da un ospedale ad un altro, per trasferirlo verso un centro ospedaliero dotato di strutture specialistiche assenti nel presidio inviante.

L'equipe del 118

Dal 1 novembre 2014 le funzioni della centrale operativa 118 sono state trasferite per competenza all'ASUR. Inoltre, con determina n. 536/DG del 23 ottobre 2014 avente come oggetto "DGRM 1200/2013 Disposizione per la riorganizzazione territoriale del sistema di allarme sanitario - trasferimento Centrale Operativa 118 all'ASUR Marche" è stato disposto il trasferimento all'ASUR Marche della complessiva gestione della struttura complessa Centrale Operativa 118. Il servizio erogato dal 118 costituisce uno dei maggiori canali di accesso del paziente per l'AOUOORR, sede di Dipartimento di Emergenza e Urgenza di secondo livello. Tale partnership assicura, infatti, la tempestività del servizio di assistenza del paziente su tutto il territorio regionale e garantisce il trasporto del paziente da e verso l'AOUOORR. Il servizio 118 si compone sia del servizio di emergenza di autoambulanza che di elisoccorso.

Il servizio di ambulanza comprende 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 6. Tipologie di trasporti con autoambulanza



I dati del servizio di emergenza

Le prestazioni del Pronto Soccorso non seguite da ricovero registrano un incremento di 4,2% 2016 (rispetto al 2015). Più dei due terzi dell'intera attività è dedicata al trattamento di codice di gravità verde e bianco.

Tabella 35. Accessi in pronto soccorso distinti per sede (anni 2016-2015)

	2016	2015
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO TORRETTE	54.193	51.737
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO SALESÌ	22.512	22.064
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO GINECOLOGICO SALESÌ	8.026	7.518
Accessi totali	84.731	81.319

Tabella 36. Accessi in pronto soccorso distinti per codice di priorità (anni 2016-2015)

	2016	2015
ROSSO: EMERGENZA	1.127	1.019
GIALLO: URGENZA	18.303	16.460
VERDE: MINOR URGENZA	53.423	51.050
BIANCO: NON URGENTE	11.878	12.790
Accessi totali	84.731	81.319

Figura 7. Percentuali di accessi per gravità (anno 2016)

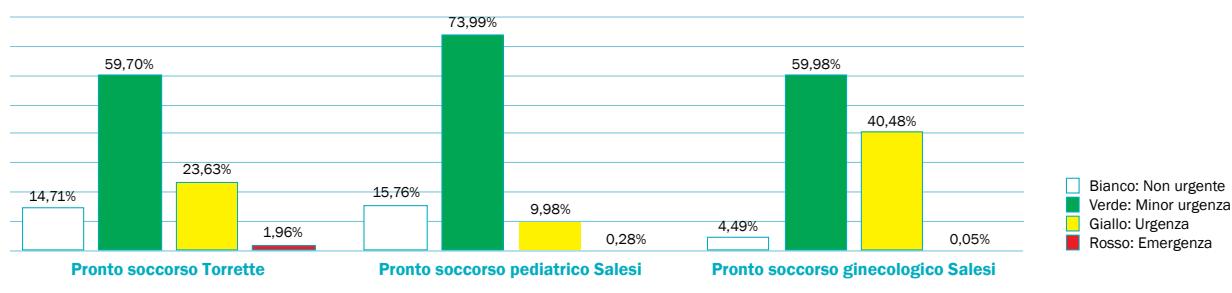


Tabella 37. Percentuale di ricoveri da pronto soccorso sul totale degli accessi (anni 2016-2015)

	2016	2015
PRONTO SOCCORSO TORRETTE	13,2%	14,7%
PRONTO SOCCORSO SALESÌ (PEDIATRICO)	5,9%	5,5%
PRONTO SOCCORSO SALESÌ (OSTETRICO GINECOLOGICO)	25,8%	24,5%

Strettamente correlata all'attività di pronto soccorso è l'Osservazione Breve Intensiva (OBI).

Tabella 38. Attività dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) - (anni 2016-2015)

	PRONTO SOCCORSO TORRETTE		PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO SALESÌ	
	2016	2015	2016	2015
N. ACCESSI IN OBI	2.152	2017	1.101	896
N. RICOVERI DA OBI	469	482	149	144
N. RITORNI ENTRO 10 GG DOPO DIMISSIONE DA OBI	-	43	6	69

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.

Le attività gestionali e di supporto

Affinché l'Azienda riesca ad operare in maniera efficiente, alle attività primarie si affiancano le attività di supporto. Si tratta di attività che non contribuiscono direttamente alla creazione delle prestazioni assistenziali, ma sono necessarie affinché queste ultime siano erogate in tempi e modi adeguati. Le principali attività di supporto nell'Azienda possono essere classificate in direzionali e amministrative.

Le attività direzionali

Il processo di valutazione delle performance

L'Azienda definisce, misura e valuta la performance a livello di amministrazione nel suo complesso, di unità organizzative e dei singoli dipendenti sviluppando un ciclo continuo di gestione della performance. Il sistema di misurazione e valutazione della performance si attua attraverso l'amministrazione delle risorse disponibili assegnate ai Dipartimenti ed alle altre articolazioni aziendali, per il raggiungimento delle finalità assistenziali, didattiche e di ricerca, definite dai documenti di programmazione. 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. La ricaduta degli obiettivi strategici, secondo un processo a cascata su tutti i centri di responsabilità, implica l'individuazione di obiettivi operativi per la dirigenza sia dell'area sanitaria sia di quella amministrativa, professionale e tecnica. **Costituisce principio generale dell'organizzazione la responsabilizzazione della dirigenza rispetto ai risultati.** I principali strumenti utilizzati dall'Azienda nel processo di valutazione sono il piano della performance e il sistema di budgeting, nei quali sono definiti gli obiettivi strategici e operativi ai vari livelli e sui quali si basa il sistema di misurazione dei risultati ottenuti rispetto ai target definiti.



Piano strategico aziendale

Il piano strategico è un documento che indica la direzione e le azioni che l'Ospedale intraprenderà nel triennio 2017-20. per adempiere a pieno al proprio ruolo sociale, dentro e oltre il territorio che è chiamato a servire. Questo documento ha l'obiettivo di: navigare il cambiamento guidati da una visione; motivare il personale a raggiungere un obiettivo comune; responsabilizzare ogni attore a promuovere il cambiamento; collaborare con le istituzioni e la rete su obiettivi condivisi e comunicare con trasparenza gli obiettivi strategici dell'Ospedale. Il documento programmato, per il triennio 2017-2019, parte dall'analisi evolutiva del contesto socio-sanitario-economico, delineando le situazioni di contesto-territorio, popolazione, quadro epidemiologico e la conoscenza della domanda di prestazioni e delle criticità nell'accesso.



Piano della performance

Il piano della performance è un documento programmatico triennale che presenta ed illustra agli stakeholder dell'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i., gli obiettivi strategici ed operativi dell'ente, gli indicatori necessari alla loro misurazione nonché le risorse a disposizione per la loro realizzazione e compatibili con la programmazione di bilancio. Trattasi di uno strumento di "trasparenza" dell'ente nei confronti di portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso. Esso ha lo scopo di assicurare la qualità, comprensibilità e attendibilità della rappresentazione della performance. Nello specifico esso deve esplicitare il processo di formulazione e verifica degli obiettivi aziendali ed il legame che sussiste tra missione istituzionale, obiettivi strategici e operativi. Il Piano della performance deve necessariamente raccordarsi con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e con il Piano Anti Corruzione essendo le misure previste da questi documenti programmatici, parti integranti del Piano della performance e soprattutto degli obiettivi strategici aziendali.



Sistema di budgeting

Il sistema di budgeting discende dal Piano della performance, nel quale sono definiti gli obiettivi strategici e operativi. Esso definisce i sub-obiettivi operativi per ogni articolazione dell'Azienda e, comunque, distinti tra quelli della dirigenza dell'area sanitaria e quella amministrativa professionale e tecnica. Il processo di budgeting prevede, altresì, la negoziazione degli obiettivi operativi annuali aziendali e delle sue articolazioni, tenuto conto del complesso delle responsabilità direzionali ed operative afferenti ai vari livelli. Elemento fondamentale del budget è la correlazione tra risorse e risultati. Il budget è, quindi, un importante strumento operativo per la gestione aziendale, ha la funzione di definire i livelli di responsabilizzazione dei Dirigenti e di valutare in maniera oggettiva il conseguimento degli obiettivi assegnati.



Sistema di reporting

Il sistema di Reporting rappresenta l'insieme strutturato di report cioè rendiconti periodici di controllo messi a disposizione dei manager ai vari livelli della struttura per informarli sull'andamento della gestione sia essa corrente o strategica. Il reporting può essere considerato come la sintesi di tutte le rilevazioni finalizzate al controllo di gestione, in quanto è il modo di presentare le informazioni più rilevanti per la gestione. Periodicamente, in corso di esercizio, viene rilevato il grado di raggiungimento degli obiettivi annuali al fine di porre in essere eventuali azioni correttive qualora l'andamento della gestione non dovesse essere in linea con gli obiettivi predefiniti. Il monitoraggio della performance è continuo nel tempo. Le eventuali azioni correttive possono portare ad una tempestiva modifica degli obiettivi iniziali dovuta alla incapacità di raggiungerli per motivi esogeni e/o endogeni all'organizzazione. Il reporting, infatti, evidenzia i nessi causali tra i risultati e le variabili chiave da cui questi dipendono.



Relazione sulla performance

Al fine di assicurare la comprensibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le PA debbono redigere annualmente, entro il 30 giugno, la relazione sulla performance evidenziando, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse assegnate, con rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato. La relazione sulla performance è strumento di rendicontazione nei confronti dei cittadini e di tutti gli stakeholder, interni ed esterni (risorse umane, organizzazioni sindacali, pazienti/cittadini, fornitori, associazioni di volontariato, Regione Marche, Ministero Salute, Università Politecnica delle Marche, altre aziende del SSR e SSN), quale atto conclusivo del ciclo di gestione della performance. Il documento, correlato a quanto definito nel Piano della performance 2016-2018, è redatto in modo da essere comprensibile e divulgabile, nel rispetto del principio della trasparenza e della coerenza delle informazioni ivi contenute e si da garantire la possibilità di partecipazione di tutti, attraverso una più approfondita conoscenza dell'azienda.

Le attività amministrative

Le tabelle che seguono espongono i principali dati relativi all'attività amministrativa svolta a supporto delle attività ospedaliera, ambulatoriale e di emergenza.

Tabella 39. Attività della gestione economico - finanziaria (anno 2016)

	2016
NUMERO DOCUMENTI PASSIVI RICEVUTI	38.882
NUMERO DOCUMENTI ATTIVI EMESSI DALLA STRUTTURA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA	3.840
NUMERO DOCUMENTI ATTIVI EMESSI DA CASSE TICKET	229.103
NUMERO ORDINATIVI DI PAGAMENTO (MANDATI)	9.714
NUMERO ORDINATIVI DI INCASSO (REVERSALI)	3.377
NUMERO REGISTRAZIONI PRIMA NOTA	297.433

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 41 c.1 (attestazione dei tempi di pagamento) del D.L. 24/04/2014 n. 66, l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti di cui all'articolo 33 del decreto legislativo del 14 marzo 2013, n. 33, è pari a -11,19 giorni.

Tabella 40. Indicatore annuale della tempestività dei pagamenti (anno 2016)

RISULTATI INDICATORE TEMPESTIVITÀ PAGAMENTI ANNO 2016			
SOMMA, PER CIASCUNA FATTURA, DEI GIORNI TRA LA DATA DI SCADENZA E LA DATA DI PAGAMENTO MOLTIPLICATA PER L'IMPORTO DOVUTO	- 1.733.796.083,41	=	- 11,19
SOMMA DEGLI IMPORTI PAGATI NEL PERIODO DI RIFERIMENTO (PARI A 40.040 DOCUMENTI)	€ 154.905.645,40		

Tabella 41. Numero degli atti amministrativi (anno 2016)

	2016
NUMERO DETERMINE DEL DIRETTORE	873
NUMERO DETERMINE DIRIGENZIALI	1.228
NUMERO DI DOCUMENTI PROTOCOLLATI (CORRISPONDENZA IN ENTRATA)	78.636

Tabella 42. Numero di cause gestite (anno 2016)

	2016
NUMERO DI CAUSE IN CORSO	247

Tabella 43. Numero di provvedimenti disciplinari al personale dipendente (anno 2016)

	2016
NUMERO DI PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI AL PERSONALE DIPENDENTE	55

Per quanto riguarda l'attività di **Acquisizione Beni e Servizi** nell'anno 2016 si sono registrati 22.258 ordini emessi e 22 aggiudicazioni di gara per un importo superiore a € 40.000.

Tabella 44. Numero di cedolini elaborati dalla struttura di Gestione del personale (anno 2016)

	2016
CEDOLINI ELABORATI (COMPRESIVO DEI CEDOLINI DI DIPENDENTI CESSATI E/O IN ASPETTATIVA)	42.139

Nella tabella che segue vengono riportati i dati relativi alle relazioni intraprese tra l'Azienda e i sindacati nell'anno 2015-2016.

Tabella 45. Numero incontri con i sindacati per tipologia e ruolo di appartenenza (biennio 2016-2015)

	TIPOLOGIA INCONTRI	2016	2015
AREA COMPARTO	INCONTRI TECNICI	-	-
	INCONTRI SINDACALI	20	6
AREA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	INCONTRI TECNICI	1	4
	INCONTRI SINDACALI	10	7
AREA DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMMINISTRATIVA	INCONTRI TECNICI	-	-
	INCONTRI SINDACALI	9	4

L'amministrazione trasparente

In relazione all'amministrazione trasparente dell'Azienda si riportano focus relativi al piano aziendale anticorruzione, al regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali e al codice di comportamento. Inoltre, viene anche fornito un dettaglio relativo alle azioni poste in essere nel corso dell'anno 2016 per l'attuazione del piano aziendale.

Il piano aziendale anticorruzione

In attuazione della Convenzione dell'ONU contro la corruzione, ratificata dallo Stato italiano con Legge n. 116 del 03/08/2009, è stata adottata la Legge n. 190 del 06/11/2012 "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 le iniziative in materia. In base all'art. 1, co.8, della suddetta legge e successive modifiche e integrazioni e a seguito dell'Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali del 24 luglio 2013, dal 31 gennaio 2014, è redatto il Piano Aziendale Anticorruzione (pubblicato sul sito web sezione Amministrazione Trasparente dell'Azienda). Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) viene aggiornato entro il 31 gennaio di ogni anno. Il Piano Anticorruzione, valido per il triennio 2016/2018, è stato approvato con la Determina n. 39/DG del 28/01/2016 avente per oggetto, "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018, Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, Piano della Performance 2016-2018 e Sistema di misurazione e valutazione della Performance. Approvazione". Il Piano Triennale 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 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. 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). Ai sensi dell'art. 1 comma 9 lettera a) della Legge 190/2012, e tenuto conto delle aree di rischio generali e specifiche descritte nell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, sono state già individuate nell'azienda, durante gli anni 2014 e 2015, in linea con quanto previsto nei relativi Piani di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, le Aree dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" nell'ambito delle quali è potenzialmente più elevato il rischio di corruzione, comprendendo anche delle aree di rischio ulteriori rispetto a quelle obbligatorie e specifiche previste dalla normativa, che l'Azienda ha deciso di analizzare per la mappatura dei processi a potenziale rischio corruzione. La mappatura realizzata è stata considerata provvisoria e non esaustiva, ed è pertanto soggetta ad implementazione nel corso del biennio 2016-2017, in particolare per quanto attiene i processi a rischio delle aree specifiche previste dalla Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015, e non ancora identificate quali le liste di attesa, la farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, la ricerca, le sponsorizzazioni, e le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero. Con Determine n. 657/DG del 10/12/2013 e n. 12/DG del 17/01/2014, e confermato con Determine n. 712/DG del 30/12/2014 e n. 624/DG del 13/11/2015 è stato nominato il Responsabile della prevenzione della corruzione (R.P.C.) e della Trasparenza della Azienda. 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. L'Azienda assicura quindi al Responsabile il supporto delle professionalità operanti nei settori a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le unità organizzative. 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.

Azioni poste in essere nel corso del 2016

Per quanto concerne lo stato di attuazione del Piano aziendale nell'anno 2016, si è provveduto a realizzare le misure previste nel cronoprogramma tramite l'adozione dei seguenti atti:

- approvazione dello *"Schema di Patto di Integrità e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nelle procedure per l'aggiudicazione di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi"* (Determina n. 585/DG del 01/06/2016);
 - adozione della Determina n. 584/DG del 25.08.2016 avente ad oggetto *"Schema di Regolamento per la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici nelle procedure bandite dall'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona per l'aggiudicazione di contratti pubblici aventi ad oggetto beni e servizi. Approvazione"*;
 - inserimento della clausola di salvaguardia negli avvisi, nei bandi di gara che prevede che il mancato rispetto del Patto di Integrità dà luogo all'esclusione dalla procedura e alla risoluzione del contratto;
 - sottoscrizione da parte dei soggetti con particolari qualifiche che intervengono nel processo di acquisto di specifiche dichiarazioni su assenza di situazioni di incompatibilità e conflitto di interessi (RUP Commissione esecutore contratto etc);
 - esperimento, quando lo richiede il progettista per particolari tipologie di approvvigionamento, delle consultazioni preliminari di mercato ex artt. 66 e 67 D. Lgs. n. 50/2016, che incrementa il livello di trasparenza e correttezza della procedura
- Nell'esercizio 2016, l'Azienda ha proseguito l'attività del *Percorso Attuativo della Certificabilità di Bilancio (PAC)*, in attuazione a quanto previsto nella DGR 536 del 08/07/15, che ha ridefinito le schede degli obiettivi, azioni e tempistiche di tale percorso. Tale programma di lavoro, che vede coinvolte tutte le aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, rappresenta anche uno strumento di controllo e di riduzione di rischio frode amministrativo-contabile in sanità.

La completa implementazione del percorso porterà, pertanto, miglioramenti dell'organizzazione e dei sistemi amministrativi-contabili, garantendo la piena tracciabilità dei flussi contabili e finanziari anche per il controllo delle aree ritenute più a rischio corruzione. Lo stato di avanzamento di ogni area del percorso viene rendicontato periodicamente, alle scadenze previste, alla Regione Marche che monitora e relaziona ai tavoli centrali degli adempimenti. In relazione al conferimento di incarichi legali per l'assistenza, rappresentanza e difesa nei procedimenti in materia civile, penale, amministrativa, di lavoro e di responsabilità contabile in cui l'Azienda sia parte attiva o passiva, sono stati individuati come fattori di rischio l'esclusività nella scelta dei legali stessi nonché la determinazione dei compensi professionali non in linea con la normativa nazionale in materia e/o con relativa regolamentazione aziendale. Il piano di azione individuato per la corretta gestione di tali adempimenti prevede la revisione periodica/integrazione/modifica della rosa di professionisti anche con riferimento alle materie oggetto di contenzioso, nonché il rispetto della normativa in materia di conferimento incarichi legali e determinazione delle tariffe forensi vigenti nel tempo. Al fine di conformare l'affidamento di tali incarichi ai principi generali di trasparenza, pubblicità, efficacia, economicità, non discriminazione e proporzionalità l'Azienda, con determina n.514 del 28 luglio 2016, provvedeva alla indizione di avviso pubblico finalizzato alla istituzione di apposito elenco di professionisti legali sulla scorta delle manifestazioni di interesse a tal fine pervenute. La procedura si è positivamente conclusa con la pubblicazione dell'elenco dei professionisti - contenente tutti i dati di riferimento di ciascuno di loro ed i relativi curricula - nel sito aziendale - Amministrazione trasparente - Bandi e contratti - Albo avvocati. Nell'anno 2016 è stata altresì predisposta la proposta di adozione del *Regolamento Sistemi Informativi*. L'elevato uso della tecnologia informatica (e in particolare l'accesso alla rete informatica e telematica, Internet e posta elettronica) come strumento di lavoro, impone la necessità di regolamentarne l'utilizzo, allo scopo di fornire agli utenti, adeguata informazione circa le modalità da seguire per un corretto utilizzo degli strumenti e delle risorse informatiche e telematiche messe loro a disposizione per lo svolgimento delle proprie mansioni istituzionali, in modo che possano collaborare alle politiche di sicurezza messe in atto. Con tale documento si vuole evitare che comportamenti inconsapevoli degli utenti, combinati a vulnerabilità intrinseche dei sistemi e agli attacchi informatici sempre più frequenti possano mettere a repentaglio la continuità dei servizi e la sicurezza delle informazioni e, al contempo, dare un contributo allo sviluppo di una cultura della sicurezza del proprio patrimonio informativo e della tutela dei diritti degli interessati; si caratterizza come strumento di garanzia a favore di tutti coloro che svolgono un rapporto di lavoro o di servizio a beneficio dell'Azienda, nella misura in cui costituisce una informativa preventiva, fornita a tutti questi soggetti, circa termini, casi e modalità di verifica del corretto utilizzo degli strumenti informatici e telematici messi a loro disposizione per le attività di lavoro. Sono inoltre state intraprese azioni utili per contribuire al completamento degli obblighi di pubblicazione sul Portale della Trasparenza e migliorare la qualità dei dati ivi contenuti nonché volte alla formazione del personale nel settore specifico della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Nel corso dell'anno 2016 è stata svolta una continua attività di monitoraggio sui contenuti pubblicati nel Portale della Trasparenza, perseguendo l'obiettivo di colmare eventuali mancanze riscontrate. Per quanto concerne l'organizzazione delle Giornate della Trasparenza, adempimento contenuto nel P.T.T.I. anno 2016, l'Azienda ha provveduto in data 17 ottobre 2016 all'organizzazione dell'evento coinvolgendo gli stakeholder aziendali.

Il regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali

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 è stato deliberato con Determina n. 345/DG del 30/06/2015. Sul sito web aziendale, sezione Amministrazione Trasparente, sono state acquisite e pubblicate le dichiarazioni in merito degli organi di indirizzo politico e dei titolari di incarichi di Direzione di struttura complessa ospedalieri.

Il codice di comportamento

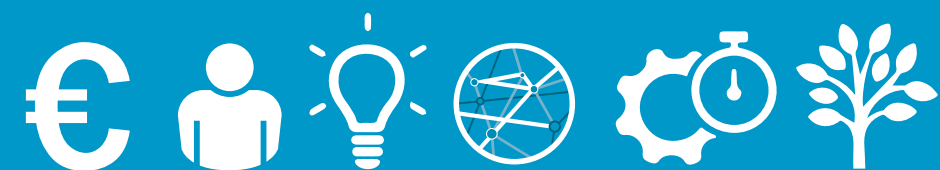
Con Determina n. 45/DG del 09/02/2015, modificata con Determina n. 288/DG del 10/06/2015, è stato pubblicato sul sito aziendale il Codice di Comportamento, recante i principi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i dipendenti, i collaboratori e/o consulenti (con qualsiasi tipologia 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.

Il codice disciplinare

Con Determina 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", e aggiornata con Determina n. 81/DG del 23/02/2015 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.



*La realizzazione delle strategie
e l'impatto sui capitali*



L'impatto sul capitale finanziario

Con il sotto riportato conto economico si presenta l'insieme dei fondi (cosiddetto "capitale finanziario") che l'AOUOORR ha utilizzato, nel 2016, per erogare le prestazioni sanitarie e svolgere l'intera attività istituzionale. Tali fondi sono generati dalla stessa attività assistenziale, di ricerca e di didattica, dai risultati degli investimenti, o ottenuti tramite forme di finanziamento da soggetti pubblici (principalmente dalla Regione Marche) o da soggetti privati. L'insieme dei fondi è destinato alla copertura finanziaria dei costi dei fattori della produzione esterni necessari per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, alla copertura del costo del personale, al reintegro del capitale attraverso i processi di ammortamento delle immobilizzazioni. A tali costi devono essere aggiunti quelli generati dal capitale finanziario (oneri finanziari) e quelli relativi alle imposte e tasse dell'esercizio (derivanti dagli adempimenti tributari). Ne residua una quota di utile di € 79.355, quale risultato positivo della gestione dell'intera attività dell'AOUOORR. L'Azienda, infatti, ha chiuso gli esercizi dell'ultimo biennio con risultati economici positivi che evidenziano un equilibrio economico, coerente con le linee strategiche definite per raggiungere gli obiettivi assegnati di medio lungo termine, che permette di integrare gli equilibri preventivamente concordati a livello regionale in termini di risorse assegnate nello stesso arco temporale.

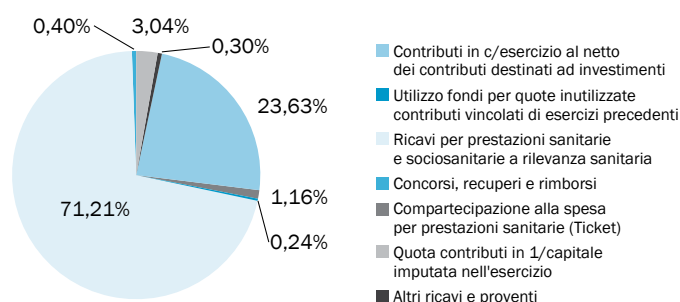
Tabella 46. Il conto economico (schema di bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013)

	2016	2015
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	€ 381.444.543	€ 382.876.700
- B) COSTI DELLA PRODUZIONE	-€ 372.284.611	-€ 371.430.144
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	€ 9.159.932	€ 11.446.556
+/- C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	-€ 13.992	-€ 4.902
+/- D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE	-	-
+/- E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	€ 2.376.190	€ 2.438.552
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	€ 11.522.130	€ 13.880.206
- Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	-€ 11.442.775	-€ 11.298.084
Utile di esercizio	€ 79.355	€ 2.582.122

Per comprendere analiticamente le risorse assegnate ed acquisite dall'AOUOORR viene analizzato il valore della produzione per gli esercizi 2015 - 2016 che registra una lieve diminuzione dello 0,4% passando da € 382.876.700 del 2015 a € 381.444.543 del 2016.

Inoltre, il seguente grafico sintetizza il valore della produzione 2016 in termini percentuali, evidenziando, per le voci più elevate, che il 71% deriva da ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie e il 24% da contributi in c/esercizio.

Figura 8. La composizione del valore della produzione in termini percentuali (anno 2016)



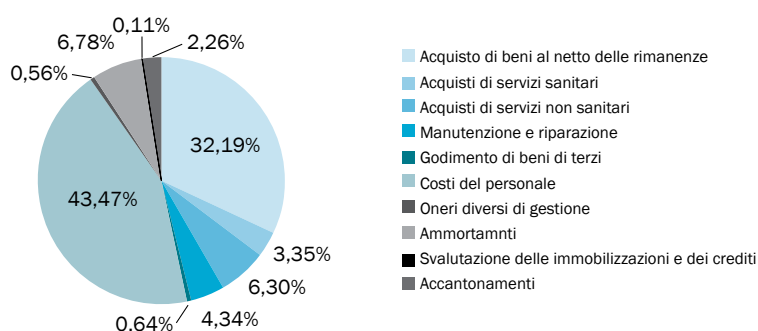
Analizzando i costi della produzione (voce B del Conto Economico), sostenuti per garantire la fornitura di servizi sanitari e riportati nella seguente tabella, vi rientrano i costi per gli acquisti di beni e dei servizi sanitari e non sanitari, le spese di manutenzione e riparazione sostenute per mantenere l'efficienza dei beni utilizzati nell'erogazione dei servizi, i costi per il godimento di beni di terzi materiali ed immateriali, quali, quelli per noleggio e per il leasing dei beni, i costi del personale, gli oneri diversi di gestione, gli ammortamenti, ovvero quote di costi pluriennali imputate all'esercizio, la svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti, nonché gli accantonamenti destinati a far fronte ad impegni incerti sia per la loro manifestazione futura, sia per il loro ammontare che per la loro scadenza.

Tabella 47. Costi della produzione 2016

		2016	VARIAZIONE PERCENTUALE RISPETTO ALL'ESERCIZIO PRECEDENTE
1)	ACQUISTI DI BENI	€ 120.649.528	-1,74%
	A) ACQUISTI DI BENI SANITARI	€ 116.677.236	
	B) ACQUISTI DI BENI NON SANITARI	€ 3.972.292	
2)	ACQUISTI DI SERVIZI SANITARI	€ 25.253.200	3,07%
3)	ACQUISTI DI SERVIZI NON SANITARI	€ 23.471.328	0,44%
4)	MANUTENZIONE E RIPARAZIONE	€ 16.146.413	-0,02%
5)	GODIMENTO DI BENI DI TERZI	€ 2.367.346	-8,07%
6)	COSTI DEL PERSONALE	€ 161.828.161	1,42%
7)	ONERI DIVERSI DI GESTIONE	€ 2.081.370	1,47%
8)	AMMORTAMENTI	€ 12.472.325	-2,19%
9)	SVALUTAZIONE DELLE IMMOBILIZZAZIONI E DEI CREDITI	€ 416.010	123,58%
10)	VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	€ -816.121	-45,60%
11)	ACCANTONAMENTI	€ 8.415.051	-6,60%
Totale costi della produzione		€ 372.284.611	

Nel 2016, i costi del personale e quelli per l'acquisto di beni al netto delle rimanenze (consumo di beni) assorbono rispettivamente il 43% e il 32% del totale dei costi della produzione.

Figura 9. I costi della produzione in termini percentuali rispetto al totale dei costi della produzione 2016



Passando all'analisi del rendiconto finanziario dell'AOUOORR, lo stesso esprime le variazioni (entrate e uscite) che si sono verificate in un dato intervallo temporale (annuale) all'interno di specifiche risorse finanziarie per effetto di operazioni relative alla gestione aziendale, con l'obiettivo di rappresentarne la dinamica finanziaria.

Dal prospetto del rendiconto finanziario si evince un aumento di liquidità che passa da un flusso di cassa complessivo negativo del 2015 ad uno positivo di € 27.985.330 del 2016.

Tabella 48. Il rendiconto finanziario

	2016	2015
TOTALE FLUSSO CCN DELLA GESTIONE CORRENTE	€ 4.968.708	€ 8.871.879
+/- A) TOTALE OPERAZIONI DI GESTIONE REDDITUALE	€ 26.514.869	- € 6.265.235
+/- B) TOTALE ATTIVITÀ DI INVESTIMENTO	€ 6.813.662	€ 5.899.414
+/- C) TOTALE ATTIVITÀ DI FINANZIAMENTO	- € 5.343.201	- € 2.218.291
Flusso di cassa complessivo (A+B+C)	€ 27.985.330	- € 2.584.112

Invece, 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.

Tabella 49. La riclassificazione dello Stato Patrimoniale secondo il criterio finanziario (anni 2016-2015)

	2016	2015
Totale attività	€ 296.924.161	€ 292.697.752
Attività a breve termine	€ 125.982.635	€ 115.835.749
LIQUIDITÀ IMMEDIATE (CASSA, TITOLI A BREVE TERMINE)	€ 63.185.973	€ 81.861.002
LIQUIDITÀ DIFFERITE (CREDITI VS. CLIENTI, EFFETTI ATTIVI)	€ 45.625.065	€ 17.639.736
DISPONIBILITÀ (SCORTE, RISCOINTI ATTIVI)	€ 17.171.596	€ 16.335.011
Attività lungo termine	€ 170.941.526	€ 176.862.003
IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI (IMMOBILI, IMPIANTI, ATTREZZATURE E ALTRI BENI)	€ 170.706.305	€ 176.505.479
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI (COSTI D'IMPIANTO, DI RICERCA, DIRITTI DI BREVETTO, ALTRE IMM.NI IMMATERIALI)	€ 235.222	€ 356.524
IMMOBILIZZAZIONI FINANZIARIE (PARTECIPAZIONI, TITOLI A LUNGO TERMINE)	€ -	€ -
Totale passività	€ 296.924.161	€ 292.697.752
Passività a breve termine (DEBITI VS. FORNITORI, DEBITI TRIBUTARI, ALTRI DEBITI A BREVE TERMINE, RATEI E RISCOINTI PASSIVI)	€ 67.377.559	€ 61.083.366
Passività a lungo termine (FONDI PER RISCHI E ONERI)	€ 74.038.097	€ 70.312.460
Patrimonio netto (FONDO DI DOTAZIONE, FINANZIAMENTI PER INVESTIMENTI, ALTRE RISERVE, UTILE/PERDITA DELL'ESERCIZIO)	€ 155.508.504	€ 161.301.926

È interessante notare il rilevante valore costituito dal patrimonio netto che rappresenta ben il 52% del totale delle fonti nel 2016, a testimonianza di una significativa "autonomia finanziaria" e un grado di capitalizzazione notevole dell'AOUOORR. Per offrire agli stakeholder un sistema di informazioni sulla solidità patrimoniale e sulla situazione di liquidità d'AOUOORR si presentano alcuni margini calcolati sulla base dei risultati derivanti dalla riclassificazione dello stato patrimoniale.

Tabella 50. L'analisi della solidità patrimoniale e della liquidità (anni 2016-2015)

	2016	2015
CCN (ATTIVITÀ CORRENTE- PASSIVITÀ CORRENTE)	€ 58.605.075	€ 54.752.383
Margine di tesoreria (LIQUIDITÀ IMMEDIATE E DIFFERITE -PASSIVITÀ CORRENTI)	€ 41.433.479	€ 38.417.372

Sulla base dell'analisi del capitale circolante netto (CCN) e del margine di tesoreria, l'AOUOORR negli ultimi esercizi registra un adeguato livello di liquidità che permette di fronteggiare gli impegni di pagamento ed il corretto svolgimento delle funzioni aziendali senza compromettere l'equilibrio economico della gestione. Il valore positivo del CCN nel biennio assicura una condizione di equilibrio della struttura finanziaria, garantendo la copertura di investimenti correnti con fonti di finanziamento a breve termine.

Il valore creato per il capitale umano

La composizione del capitale umano

Il personale dell'Azienda è composto da **3.532** dipendenti del **SSN** e **124** dipendenti dell'**Università**.

Tabella 51. Consistenza del personale (anni 2016-2015)

	DIPENDENTE DEL SSN		DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ	
	2016	2015	2016	2015
DIRIGENTI MEDICI	632	593	84	86
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	60	57	12	12
DIRIGENTI PROFESSIONALI	4	4	-	-
DIRIGENTI TECNICI	3	3	-	-
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	8	6	-	-
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	2.034	1.965	27	28
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	206	195	1	1
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	585	573	-	-
Totale	3.532	3.396	124	127

L'analisi per fasce d'età evidenzia che, relativamente all'anno 2016, il 61,6% del personale dipendente del SSN ha un'età al di sotto dei 50 anni. Sostanzialmente diversa è la segmentazione del personale afferente all'Università, ove gli under 50 rappresentano solo il 23,4% del totale delle risorse umane. Considerando il totale dei dipendenti dell'AOUOORR (SSN ed Università), il 69% è di sesso femminile ed il 31% maschile. L'elevata incidenza dei soggetti di sesso femminile si registra nell'area comparto con il 88,5% (sul totale dei dipendenti dell'area comparto del SSN e dell'Università); l'area contrattuale della dirigenza è caratterizzata nel caso dei dipendenti del SSN da una sostanziale parità tra i due sessi, si registra infatti il 50,4% di sesso maschile e il 49,6% femminile (sul totale dei dirigenti dipendenti del SSN). Per i dirigenti dipendenti dall'Università si ha, invece, una prevalenza di personale appartenente al genere maschile 66,7% (sul totale dei dirigenti dipendenti dell'Università) rispetto al 33,3% appartenete al genere femminile. L'analisi relativa all'anzianità di servizio mostra una situazione caratterizzata da elevato turn-over registrando solo un 25,5% (sul totale dei dipendenti del SSN e dell'Università) con un'anzianità di servizio superiore ai 20 anni. Nel 2016 si ha un totale di 186 contratti part-time (10 per i dirigenti medici e 172 per il personale nell'area comparto del SSN e 4 contratti per il personale sanitario dipendente dell'Università). In linea con l'intento strategico di accrescere le proprie risorse interne, dal piano assunzioni (al netto delle cessazioni) risulta che l'incremento del personale dal 2015 al 2016 è pari a 135 unità, di cui il 60% nell'area sanitaria del comparto e il 29% nell'area della dirigenza medica.

Tabella 52. Motivazione della cessazione del personale (anni 2016-2015)

	DIPENDENTE DEL SSN		DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ	
	2016	2015	2016	2015
PENSIONAMENTO	43	53	3	2
MOBILITÀ IN USCITA	66	58	-	-
LICENZIAMENTI	-	-	-	-
SCADENZA INCARICO	15	76	-	-
RECESSO	20	-	-	-
RISOLUZIONE PER INABILITÀ FISICA	3	-	-	-
ALTRE CAUSE	95	45	2	2
Totale	242	232	5	4

Contribuiscono all'erogazione dei servizi assistenziali e di ricerca, accanto al personale dipendente, altre figure quali contrattisti, libero professionisti, tirocinanti e borsisti, specializzandi, frequentatori volontari.

Tabella 53. Personale tirocinante, borsista e sanitario non dipendente (anni 2016-2015)

	2016	2015
PERSONALE SANITARIO NON DIPENDENTE	53	38
PERSONALE TECNICO/AMMINISTRATIVO NON DIPENDENTE	2	6
PERSONALE TIROCINANTE "EXTRACURRICOLARE" E BORSISTA	8	8
Totale	63	52

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

Tabella 54. Specializzandi e frequentatori volontari presenti in Azienda (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO SPECIALIZZANDI	606	591
NUMERO COMPLESSIVO FREQUENTATORI VOLONTARI E TIROCINANTI A TITOLO GRATUITO	268	228

Tabella 55. Specializzandi distinti nelle diverse scuole di specializzazione (anno 2016)

	2016
ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA	7
ANATOMIA PATOLOGICA	5
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	70
CHIRURGIA GENERALE	23
CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA	9
CHIRURGIA TORACICA	1
CHIRURGIA VASCOLARE	3
DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA	15
EMATOLOGIA	18
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	8
GASTROENTEROLOGIA	8
GERIATRIA	17
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	31
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	22
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	32
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	4
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	4
MALATTIE INFETTIVE	9
MEDICINA DEL LAVORO	14
MEDICINA D'EMERGENZA URGENZA	7
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	19
MEDICINA INTERNA	35
MEDICINA LEGALE	14
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	1
NEUROCHIRURGIA	12
NEUROLOGIA	18
OFTALMOLOGIA	16
ONCOLOGIA MEDICA	23
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27
PATOLOGIA CLINICA	2
PEDIATRIA	30
PSICHIATRIA	26
RADIODIAGNOSTICA	51
REUMATOLOGIA	2
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	5
UROLOGIA	18
Totale	606

A riprova della forte integrazione tra sistema ospedaliero e sistema universitario, si consideri che, nel 2016, il 4,1% dei dirigenti e l'8,2% del personale del comparto (dipendente del SSN) presta la propria attività anche nei corsi didattici universitari istituiti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'ateneo anconetano.

Tabella 56. Personale dipendente del SSN coinvolto nei corsi di laurea universitari (anni 2016-2015)

	2016	2015
DIRIGENTI MEDICI	21	17
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	8	10
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	-	-
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	231	216
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	1	1
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	1	1
Totale	262	245

Nel 2016, il 48.7% dei professionisti medici ha optato per l'esercizio della libera professionale intramuraria.

Tabella 57. Numero medici autorizzati alla libera professione (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO MEDICI AUTORIZZATI ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA	274	280
NUMERO MEDICI AUTORIZZATI ALLA LIBERA PROFESSIONE SOLO "ALLARGATA"	1	-
NUMERO MEDICI AUTORIZZATI ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA E ALLARGATA	34	45

Tabella 58. Numero dei dipendenti del SSN iscritti ai sindacati (biennio 2016-2015)

	2016	2015
DIRIGENZA MEDICA TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	394	382
DIRIGENZA MEDICA TOTALE DIPENDENTI	632	593
% ISCRITTI SU TOTALE	62%	64%
DIRIGENZA SPTA TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	41	40
DIRIGENZA SPTA TOTALE DIPENDENTI	75	70
% ISCRITTI SU TOTALE	55%	57%
COMPARTO TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	1.395	1.378
COMPARTO TOTALE DIPENDENTI	2.825	2.733
% ISCRITTI SU TOTALE	49%	50%
TOTALE DIPENDENTI ISCRITTI	1.830	1.800
TOTALE DIPENDENTI	3.532	3.396
% ISCRITTI SU TOTALE	52%	53%

Tabella 59. Adesione dei dipendenti alle giornate di sciopero (biennio 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO GIORNATE DI SCIOPERO	8	3
NUMERO DIPENDENTI CHE HANNO ADERITO ALLO SCIOPERO	159	78

La formazione del personale

Nell'anno 2016, l'AOUOORR, come provider ECM pubblico accreditato dalla Regione Marche, ha 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, e con obiettivi di sviluppo e indirizzi prioritari di apprendimento professionale anche individuali e di team.

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.

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".

Le attività di aggiornamento realizzate dai professionisti aziendali nel 2016, incentrate sullo sviluppo continuo e sul mantenimento delle competenze, sono state improntate a progettualità pedagogica, contestualizzazione della formazione, valorizzazione dell'esperienza, integrazione tra attese individuali/di team e obiettivi organizzativi.

Tabella 60. Crediti ECM* assegnati dall'Azienda a soggetti interni e esterni (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO DI EVENTI SVOLTI IN AZIENDA	327	293
NUMERO DI EDIZIONI SVOLTE	543	467
NUMERO DI PARTECIPANTI EFFETTIVI (INCLUSI ESTERNI)	8118	7680
TOTALE CREDITI ECM ASSEGNATI (AD INTERNI E ESTERNI)	85.316	84.724
CREDITI ECM ASSEGNATI A PARTECIPANTE	10,51	11,03

* L'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e al proprio sviluppo professionale (in ottemperanza a quanto sancito dal DLgs 502/1992 integrato dal DLgs 229/1999).

Tabella 61. Risultati piano formazione anno 2015 (solo personale interno dipendente*) – (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO CORSI INTERNI REALIZZATI	327	295
ORE TOTALI DI FORMAZIONE EFFETTUATE DAI DIPENDENTI (ANCHE PARTECIPANDO A CORSI ACCREDITATI DA SOGGETTI PUBBLICI DEL SISTEMA REGIONALE ECM)	86.289,45	76.323
ORE DI FORMAZIONE INTERNA (CORSI ORGANIZZATI DALL'AZIENDA) - SI SPECIFICA CHE SONO STATE OFFERTE COMPLESSIVAMENTE N. 124.649 ORE*	84.086,15	74.135
ORE DI FORMAZIONE EFFETTUATE DAI DIPENDENTI A CORSI DEI PROVIDER ACCREDITATI DALLA REGIONE MARCHE	2.203,3	2.118
CREDITI TOTALI ACQUISITI DA INTERNI (ANCHE PARTECIPANDO A CORSI ACCREDITATI DA SOGGETTI PUBBLICI DEL SISTEMA REGIONALE ECM)	76.629	74.761
CREDITI ACQUISITI DA INTERNI (PARTECIPANDO A CORSI ORGANIZZATI IN SEDE)	73.407	72.058
CREDITI ACQUISITI DA INTERNI PARTECIPANDO A CORSI ORGANIZZATI DAI PROVIDER REGIONALI	3.222	2.703
CREDITI EROGATI CON FORMAZIONE ESTERNA (INDIVIDUALE FUORI SEDE)	1.609	2.384

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

Tabella 62. Dati della formazione dei dipendenti in sede e a corsi esterni organizzati da providers pubblici della Regione Marche (personale discendente e docente) - (anni 2016-2015)

	2016		2015	
	ORE	CREDITI	ORE	CREDITI
DIRIGENZA MEDICA	10.513,1	12.825	7.828	8.456
DIRIGENZA SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMM.VA	1.975,05	1.910	1.554	1.579
PERSONALE DEL COMPARTO	71.966,25	59.711	66.818	64.584
PERSONALE UNIVERSITARIO IN CONVENZIONE	1.835,05	2.183	123	142
Totale	86.289,45	76.629	76.323	74.761

A fianco della formazione c.d. ECM, si sono svolte numerose attività formative in azienda, alcune delle quali sono state espletate in adempimento di normative nazionali; altre promosse per finalità organizzative e altre ancora rientranti in specifici ambiti medico-clinici a beneficio di ristretti gruppi di discendenti.

La valutazione del personale dipendente

Sulla base degli obiettivi operativi, l'Azienda promuove una politica di definizione del **sistema premiante** - 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 da 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 alle linee strategiche. 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. 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, ma che presta attività assistenziale presso la AOUOORR. *Si precisa che la valutazione di struttura relativa all'anno 2016 è ancora in corso al momento della stesura del presente documento, mentre quella individuale 2016 è già conclusa.*

Tabella 63. Valutazione del personale dipendente (anni 2016-2015)

	DIPENDENTE DEL SSN				DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ			
	VALUTAZIONE INDIVIDUALE (% MEDIA RAGGIUNTA)		VALUTAZIONE DI STRUTTURA (% MEDIA RAGGIUNTA)		VALUTAZIONE INDIVIDUALE (% MEDIA RAGGIUNTA)		VALUTAZIONE DI STRUTTURA (% MEDIA RAGGIUNTA)	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015
DIRIGENZA MEDICA	97%	96%	n.d.	74%	100%	99%	n.d.	78%
DIRIGENZA SPTA	99%	99%	n.d.	90%	97%	97%	n.d.	78%
COMPARTO	99%	98%	n.d.	96%	99%	99%	n.d.	98%

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. Nel 2016 il numero delle denunce complessivamente pervenute è pari a 263, una unità in meno rispetto a quello del 2015 e comunque il più basso dell'ultimo quinquennio.

Tabella 64. Numero denunce per infortuni (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO DENUNCE PER INFORTUNI	263	264

Di queste, per l'anno 2016, 183 sono state accertate. Nel 2016 gli eventi che hanno comportato giorni di assenza dal lavoro sono stati 103 (105 nel 2015); mentre quelli senza gironi di assenza da lavoro sono stati 80 (86 nel 2015).

Il 42% delle denunce hanno riguardato denunce per rischio biologico, l'15% casi di movimentazione manuale dei carichi/pazienti e, per le restanti denunce, l'oggetto è identificabile come "fisico generico". La categoria professionale maggiormente coinvolta risulta essere quella degli infermieri (97 casi rilevati nel 2016), seguita da quella dei medici (24 casi nel 2016). 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 65. Indice di incidenza degli infortuni (pro-capite) - (anni 2016-2015)

	2016	2015
INFORTUNI CON ALMENO 1 GIORNO DI ASSENZA	103	105
INDICE DI INCIDENZA	27,67	28,16

I provvedimenti disciplinari e la gestione del contenzioso con il personale dipendente

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 66. Procedimenti disciplinari per esito e per area contrattuale (biennio 2016-2015)

DISTINZIONE PER ESITO DEL PROCEDIMENTO	2016	2015
ESITO SFAVOREVOLE PER IL DIPENDENTE	23	14
ARCHIVIATI	27	9
PENDENTI PER PROCEDIMENTO PENALE IN CORSO	-	-
NON ANCORA DEFINITI	5	9
Totale	55	32
DISTINZIONE PER ESITO DEL PROCEDIMENTO	2016	2015
DIRIGENZA SANITARIA	3	-
DIRIGENZA PTA	-	-
COMPARTO	52	32
Totale	55	32

Tabella 67. Procedimenti disciplinari distinti per contenuto (biennio 2016-2015)

	2016	2015
ASSENZA INGIUSTIFICATA DAL SERVIZIO	11	14
CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA	2	3
NEGLIGENZA NELL'ESECUZIONE DEI COMPITI ASSEGNATI E CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA	5	1
NEGLIGENZA NELL'ESECUZIONE DEI COMPITI ASSEGNATI E CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA (RECIDIVA)	-	2
NEGLIGENZA NELL'ESECUZIONE DEI COMPITI ASSEGNATI E INOSSERVANZA DISPOSIZIONI DI SERVIZIO	1	2
INOSSERVANZA DISPOSIZIONI DI SERVIZIO	2	-
INOSSERVANZA DELLE DISPOSIZIONI DI SERVIZIO E CONDOTTA NON CONFORME A PRINCIPI DI CORRETTEZZA	4	6
INSUFFICIENTE RENDIMENTO NELL'ASSOLVIMENTO DEI COMPITI ASSEGNATI	-	1
VIOLAZIONE DOVERI DI COMPORTAMENTO	29	-
COMPORAMENTI MINACCIOSI E GRAVEMENTE INGIURIOSI	-	2
ALTERCHI CON VIE DI FATTO NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	-	1
APPROPRIAZIONE DI MATERIALE DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA	1	-
Totale	55	32

Tabella 68. Cause con personale dipendente (biennio 2016-2015)

MATERIA	SORTE		PENDENTI		DEFINITE	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
LAVORO (GIUDICE ORDINARIO)	17	21	34	32	18	14
AMMINISTRATIVO (GIUDICE AMMINISTRATIVO)	1	-	7	7	1	-
CIVILE IN PROCEDIMENTO PENALE	-	1	1	1	-	-
Totale	18	22	42	40	19	14

Il comitato unico di garanzia

Nell'ambito delle attività del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), nel corso del 2016, si è dato avvio al percorso di attivazione del servizio "sportello d'ascolto" del disagio lavorativo. Lo sportello nasce come servizio di supporto ai dipendenti che si trovano in situazione di malessere lavorativo e difficoltà psico-sociali nell'ambiente di lavoro, dando voce e ascolto all'individualità e alle esigenze del singolo professionista. Oltre all'avvio del servizio in oggetto, si è lavorato sempre in collaborazione con il CUG per la definizione dei contenuti e della metodologia per la realizzazione del questionario di rilevazione del benessere organizzativo nell'ambito delle iniziative mirate a potenziare la comunicazione verso gli stakeholder.

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. Il CUG è 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. Le finalità del CUG, nell'ambito della Azienda, sono: garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica, realizzare la migliore utilizzazione delle risorse umane, assicurare la formazione e lo sviluppo professionale dei dipendenti, garantire pari opportunità alle lavoratrici e ai lavoratori e contrastare ogni forma di discriminazione diretta e indiretta. Oltre a compiti propositivi, consultivi e di verifica, il CUG ha il compito di preparare il Piano di azioni positive, ovvero misure che mirano a rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità tra donne e uomini. Il piano è consultabile all'indirizzo <http://trasparenza.ospedaliriuniti.marche.it/>. Con determina n. 134/DG del 18/03/2015 è stato approvato il regolamento del C.U.G. – anche esso disponibile nell'apposita sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale.

Il valore creato in termini di capitale intellettuale

La promozione e la realizzazione di progetti di ricerca e sperimentazioni

La promozione e la realizzazione di progetti di ricerca e sperimentazioni, unitamente alle conoscenze derivanti dall'esperienza quotidiana consentono agli operatori dell'AOUOORR 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.

Il Comitato Etico

Il Comitato Etico è incaricato di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti arruolati nelle sperimentazioni 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 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. A conclusione dell'iter valutativo il Comitato esprime il proprio 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 dell'AOUOORR è Centro coordinatore).

Il Comitato Etico Regionale CER è costituito mediante determina del Direttore dell'AOUOORR. La nomina dei componenti e le eventuali sostituzioni sono effettuate previa intesa con i Direttori degli altri Enti del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Il CER è unico per tutti gli Enti del SSR, con sede presso l'AOUOORR. Nella composizione del CER deve essere garantita la pari rappresentatività dei 4 Enti del SSR, l'interdisciplinarietà, la complementarità, la rappresentanza di entrambi i sessi, le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti.

La valutazione etica, scientifica e metodologica degli studi clinici da parte del CER ha come riferimento quanto previsto dal Decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, dalla dichiarazione di Helsinki nella sua versione più aggiornata e dalla convenzione di Oviedo, dalle norme di buona pratica clinica e dalle linee guida aggiornate dall'Agenzia Europea per la valutazione dei medicinali in tema di valutazione dell'efficacia delle sperimentazioni cliniche.

In tale ambito i diritti, la sicurezza e il benessere delle persone coinvolte nello studio prevalgono sugli interessi della scienza e della società.

Deliberazione della Giunta Regionale Marche n.1104 del 29/9/2014

Focus sull'attività del Comitato Etico

Tabella 69. Pareri (comprensivi di emendamenti) del Comitato Etico (anno 2016)

	2016		OSPEDALI RIUNITI	ASUR	MARCHE NORD	INRCA
PARERE FAVOREVOLE	647	Di cui	358	178	68	43
PARERE NON FAVOREVOLE	15		9	4	-	2
PARERE SOSPESO*	41		23	15	2	1
Totale	703		390	197	70	46

* Il parere Unico si rilascia quando il Comitato Etico è competente come Centro Coordinatore.

** Il parere sospensivo si rilascia quando il Comitato Etico è richiede integrazioni/modifiche al promotore. Il parere che il Comitato Etico rilascia, una volta ricevute le modifiche/integrazioni dal promotore, può essere esclusivamente favorevole o non favorevole.

Tabella 70. Prese d'atto del Comitato Etico (anno 2016)

	2016		OSPEDALI RIUNITI	ASUR	MARCHE NORD	INRCA
PRESE D'ATTO	377	Dicui	369	6	2	-

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 71. Pareri quale centro coordinatore (anno 2016)

	2016		OSPEDALI RIUNITI	ASUR	MARCHE NORD	INRCA
PARERE STUDI CLINICI	8	Dicui	5	-	1	2
PARERE STUDI OSSERVAZIONALI	37		23	9	1	4
Totale	45		28	9	2	6

Gli studi possono essere di due tipi: "studio sperimentale clinico o interventista" e "studio osservazionale".

Lo "studio sperimentale clinico" è inteso come ogni forma di esperimento pianificato su pazienti, programmato per valutare il trattamento più appropriato di futuri pazienti con una determinata condizione patologica. Si tratta di una tipologia di studi sull'uomo finalizzati a scoprire o verificare gli effetti clinici farmacologici e/o altri effetti farmacodinamici di uno o più medicinali sperimentali, e/o a individuare qualsiasi reazione avversa ad uno o più medicinali sperimentali, e/o a studiarne l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione, con l'obiettivo di accertarne la sicurezza e/o l'efficacia.

Invece, in uno "studio osservazionale" (definito anche non interventista), il ricercatore si propone di studiare la relazione tra una caratteristica ed un evento, senza intervenire in alcun modo sulle condizioni in cui lo studio viene condotto, cioè limitandosi ad osservare il campione e poi "osservare". Il fine dell'osservazione è di determinare l'entità e le circostanze dell'associazione tra caratteristica ed evento. In presenza di una forte associazione e di circostanze plausibili verrà sospettata una relazione causa-effetto; quanto più forte è l'associazione tanto più forte sarà il sospetto. La "caratteristica" in studio può essere un trattamento farmacologico oppure un fattore demografico (età, sesso, razza), comportamentale (numero di sigarette fumate al giorno), ambientale (esposizione al polline), un dato di laboratorio (livello del colesterolo nel sangue), etc.

L'evento" può essere l'insorgenza (o la diagnosi) della malattia in esame, la sua ricorrenza o recrudescenza, la morte. In questa tipologia di studio, i medicinali sono prescritti secondo le indicazioni dell'autorizzazione all'immissione in commercio e non è necessaria la stipula, da parte dell'Azienda Sanitaria, di polizze aggiuntive rispetto a quelle già previste per la normale pratica clinica.

Alla ricerca scientifica, si affianca una ricerca clinica sostenuta da soggetti esterni.

Tabella 72. Studi (esclusi gli emendamenti) sponsorizzati e non profit (anno 2016)

	2016		OSPEDALI RIUNITI	ASUR	MARCHE NORD	INRCA
STUDIO SPONSORIZZATI	105	Dicui	63	18	14	10
STUDIO "NON PROFIT"	299		131	121	33	14
Totale	404		194	139	47	24

* Gli studi "profit" (o sponsorizzati) 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", rientranti nel DM 17/12/2004, 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.

Analizzando i dati per tipologia di studi (sia sponsorizzati che non profit, esclusi gli emendamenti), con focus sull'anno 2016, la maggioranza degli stessi sono di tipo sperimentale-clinico e riguardano farmaci.

Tabella 73. Studi per tipologia (anno 2016)

	2016	Di cui	OSPEDALI RIUNITI	ASUR	MARCHE NORD	INRCA
STUDIO SPERIMENTALE CLINICO	183		90	52	33	8
STUDIO OSSERVAZIONALE	221		104	87	14	16
Totale	404		194	139	47	24
STUDIO SU UTILIZZO OFF LABEL	172		172	-	-	-
Totale	576	366	139	47	24	

Tabella 74. Studi per oggetto (anno 2016)

	2016	Di cui	OSPEDALI RIUNITI	ASUR	MARCHE NORD	INRCA
FARMACO	396		186	139	47	24
DISPOSITIVO MEDICO	8		8	-	-	-
Totale	404		194	139	47	24

*In questa tabella la categoria "Farmaco" è comprensiva di studi accesso allargato/uso terapeutico

Focus sugli studi "profit" (o sponsorizzati)

Tabella 75. Attività di sperimentazione profit (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO DI STUDI AVVIATI	57	33
NUMERO DI STUDI IN CORSO	150	177
NUMERO DI STUDI CONCLUSI	46	38
Totale	253	248

Tabella 76. Numero di sperimentazioni distinte per provenienza dell'azienda finanziatrice (anni 2016-2015)

	2016			2015		
	ITALIA	EUROPA	ALTRO	ITALIA	EUROPA	ALTRO
NUMERO	81	72	100	86	77	85
PERCENTUALE	32,02%	28,46%	39,53%	34,68%	31,04%	34,28%

Focus sugli studi non profit

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 77. Spesa utilizzo farmaci OFF Label – in euro (anni 2016-2015)

	2016	2015
SPESA UTILIZZO FARMACI OFF LABEL	€ 917.352	€ 525.105

Unitamente all'attività di sperimentazione, il personale interno dell'AOUOORR partecipa a commissioni interne ed esterne per specifici progetti organizzativi e assistenziali; in questa attività può essere affiancato da professionisti esterni. Inoltre, l'Azienda è coinvolta in progetti di ricerca nazionali e internazionali, in ottica di miglioramento continuo delle competenze e, conseguentemente, delle prestazioni erogate.

Tabella 78. Progetti nazionali e internazionali attivi nel 2016 – area sanitaria

PARTNER	BUDGET TOTALE (PER L'AZIENDA)	STRUTTURE COINVOLTE	TITOLO	DATA FINE PROGETTO
15 organizzazioni (8 diversi paesi UE)	€ 225.776	AOU - Stroke Unit - Clinica di Neuroriabilitazione - Uff. Staff	MAGIC Proposal MOBILE ASSISTANCE FOR GROUPS & INDIVIDUALS WITHIN THE COMMUNITY-STROKE	30/04/2020
8 organizzazioni (5 diversi paesi UE)	€ 297.431	AOU - Clinica Oncologica - Uff. staff	H2020MM04 DC-based immunotherapy to treat Malignant Mesothelioma	31/12/2019
7 organizzazioni (5 diversi paesi UE)	€ 68.453	AOU - Uff. staff	MUSic performing and creative Arts professions involved in healthcare: a portal for VET promotion and mutual recognition of profiles	31/12/2015 (prorogato di sei mesi fino al 30/06/2016)

L'innovazione tecnologica e di processo

Lab@AOR – Laboratorio di innovazione in sanità

Il Lab@AOR è il laboratorio pubblico-privato per l'innovazione in Sanità, dove l'AOUOORR e Loccioni collaborano per migliorare attraverso la tecnologia e il dialogo tra discipline, la vita delle persone.

Nato nel 2006, il Lab@AOR è uno spazio progettuale in cui clinici, scienziati ed esperti di tecnologia mettono insieme le rispettive competenze per sviluppare l'ospedale del futuro: sicuro, efficiente, economicamente sostenibile ed a misura di cittadino.

Dentro il laboratorio, i progetti vengono ideati, sviluppati e migliorati da team trasversali che comprendono competenze cliniche, tecnologiche, manageriali, comunicative e di design. Le soluzioni così generate vengono sviluppate all'interno dell'impresa, validate in ospedale e i risultati messi a disposizione della comunità scientifica internazionale.

Nato nelle Marche, il Lab@AOR è oggi il baricentro di una comunità di innovatori italiani e internazionali.

Tabella 79. Il Lab@AOR: dati relativi agli ultimi 10 anni e al 2016

	10 ANNI LAB@AOR	DI CUI 2016
Persone		
PROFESSIONISTI COINVOLTI NELLE ATTIVITÀ DEL LABORATORIO	163	36
PROFESSIONISTI IN VISITA DA OSPEDALI INTERNAZIONALI	546	54
PERSONE FORMATE SU TECNOLOGIA E ORGANIZZAZIONE	87	18
INCONTRI DI APOTECACOMMUNITY (INTERNAZIONALE, ITALIA)	18	3
Scienza		
PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE	49	3
COLLABORAZIONI ACCADEMICHE CON TESI SPERIMENTALE	23	2
Tecnologia		
PROGETTI ATTIVATI APOTECAUNIT, LABORATORIO PREPARAZIONI INIETTABILI	13	2
DIPARTIMENTI COINVOLTI FARMACIA, ONCOLOGIA, EMATOLOGIA, ONCO-EMATOLOGIA PEDIATRICA, SISTEMI INFORMATIVI, ORTOPEDIA, MALATTIE INFETTIVE, TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGIA, MEDICINA GENERALE, CLINICA CHIRURGICA, NEONATOLOGIA	13	11
Design		
PROGETTI ATTIVATI PINK ROOM, PIANO STRATEGICO	15	2
Comunicazione		
ARTICOLI E SERVIZI SU GIORNALI E TV NAZIONALI E INTERNAZIONALI	148	15

APOTECAunit

L'AOUOORR è il primo in Italia ad avviare il percorso di centralizzazione in farmacia della preparazione delle terapie infusionali. Una rivoluzione tecnologica resa possibile dallo sviluppo del nuovo sistema robotizzato APOTECAunit, che viene validato per la prima volta nell'Ospedale. Ma anche una rivoluzione culturale e organizzativa che aumenta l'efficienza e la sicurezza di un processo critico e delicato.

L'introduzione della nuova tecnologia ha richiesto una cabina di regia tecnica con tutti i reparti coinvolti, la Farmacia Ospedaliera e la Direzione per il coordinamento delle operazioni.

Tabella 80. Indicatori del progetto APOTECAunit

Reparti coinvolti <i>Oncologia, Ematologia DH, Medicina d'urgenza, Clinica malattie infettive, Terapia intensiva cardiocirurgia</i>	5
Terapie consegnate	9.500
Farmaci gestiti	9
Persone formate	12
Incontri di coordinamento del progetto	6

Il laboratorio preparazioni iniettabili

In occasione dell'inserimento delle nuove tecnologie sono stati eseguiti lavori di adeguamento dei locali di preparazione delle terapie sterili alle più recenti normative in materia di tutela della salute dei pazienti e prevenzione delle malattie professionali, rispettivamente le norme di buona preparazione europee (EU-GMP Annex1) e la Raccomandazione 14 del Ministero della Salute.

Le tecnologie implementate all'interno del laboratorio, sia per quanto riguarda le soluzioni di domotica e controllo ambientale, sia per quanto riguarda la robotica per la preparazione delle terapie, lo rendono l'esempio più avanzato al mondo di tecnologia applicata alla farmacia ospedaliera.

I locali vengono monitorati anche dal punto di vista del consumo di energia attraverso le soluzioni sviluppate nell'ambito del progetto EU Green@Hospital.



I nuovi laboratori comprendono 6 aree principali, ognuna dedicata ad attività specifiche:

- Area Magazzino. Ricevimento farmaci, stoccaggio flaconi in zone a temperatura controllata e non.
- Area Ufficio. Gestione della produzione farmaceutica, controllo e consegna delle preparazioni allestite, attività amministrativa.

- Area Filtro. Lavaggio in ingresso e in uscita, vestizione e utilizzo dei dispositivi di sicurezza (DPI) in ingresso ai laboratori, rimozione e smaltimento dei DPI in uscita dai laboratori.
- Area preparazione farmaci sterili tossici. Stoccaggio materiale, allestimento automatico e manuale, smaltimento dei flaconi di farmaco e dei dispositivi esausti.
- Area preparazione farmaci sterili non-tossici. Stoccaggio materiale, allestimento automatico e manuale, stoccaggio del prodotto finito, smaltimento dei flaconi di farmaco e dei dispositivi esausti.
- Area preparazione farmaci tossici non-sterili. Allestimento manuale del prodotto, stoccaggio strumenti utilizzati, lavaggio degli strumenti, stoccaggio strumenti puliti.

Tabella 81. Indicatori del laboratorio farmaci iniettabili

MQ DI LABORATORIO RINNOVATI	104
AREE DEDICATE ALLE ATTIVITÀ DI PREPARAZIONE DI CUI 3 CAMERE BIANCHE PER L'ALLESTIMENTO DELLE TERAPIE	6
CLASSE CERTIFICATA DELLE CAMERE BIANCHE	C
PARAMETRI MONITORATI PRESSIONE, TEMPERATURA, UMIDITÀ, CONSUMI ELETTRICI, PRESENZE, PRODUZIONE REAL TIME	6
TECNOLOGIE OSPITATE APOTECAMANAGER, APOTECACHEMO, APOTECAUNIT, APOTECAPS, APOTECAM@A	5

APOTECAccommunity international meeting

I centri ospedalieri più importanti del mondo si sono incontrati l'1 e il 2 settembre presso Loccioni e l'Ospedale di Ancona per progettare l'evoluzione della farmacia ospedaliera. APOTECAccommunity, il network scientifico internazionale degli utilizzatori del sistema APOTECA per la preparazione robotizzata delle terapie endovenose. Il meeting ha ospitato gli influencer della farmacia ospedaliera dai migliori centri del mondo. Quello 2016 è il terzo meeting di APOTECAccommunity, una delle frontiere più avanzate dell'innovazione applicata alla cura dell'uomo. Questo appuntamento è servito per immaginare il futuro della Sanità mondiale.

Tabella 82. Indicatori del progetto APOTECAccommunity

EDIZIONI	3
PROFESSIONISTI IN VISITA	38
CENTRI DI PROVENIENZA	24
PAESI DI PROVENIENZA	18

Pink Room

L'8 marzo è stato inaugurato all'AOUOORR il progetto Pink Day, un servizio per aiutare le pazienti oncologiche a prendersi cura del corpo e della mente durante il percorso di guarigione attraverso consulenze di estetica, dietetica, psicologia. Al progetto, promosso dalla Clinica di Oncologia Medica, ha contribuito anche Loccioni attraverso il Lab@AOR, con le competenze di design e comunicazione.

La qualità “garantita” e “certificata”

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 ha ottenuto, nel marzo 2017, la ri-certificazione di qualità secondo la Norma UNI EN ISO 9001:2008. Come noto l'Azienda – che già da diversi anni ha intrapreso il percorso di certificare singolarmente, secondo le Norme ISO, la gran parte dei servizi sanitari di supporto all'attività clinica – nel 2013 aveva 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.

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

- Laboratorio analisi
- Blocco operatorio
- Centrale di sterilizzazione
- Dipartimento di Scienze Radiologiche
- 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

Quella recentemente acquisita è l'ultima certificazione secondo i dettami della Norma ISO 9001:2008.

La Norma ISO per i sistemi di certificazione di qualità dei prodotti e dei servizi ha infatti subito, negli ultimi anni, modificazioni significative, che sono esitate nella nuova norma ISO 9001:2015.

Con la nuova norma cambia la filosofia alla base dei sistemi di gestione della qualità: la ISO 9001:2015, tende, infatti, a inquadrare un Sistema di Gestione della Qualità fondato non più sulle singole funzioni ma sui processi delle aziende e che fa della riduzione dei rischi, connessi alla variabilità e alla complessità del contesto in cui opera l'azienda, l'elemento fondante da perseguire nei confronti del cliente e delle parti interessate, per la valorizzazione del bene e del servizio offerto.

Infatti la gestione dei rischi con un approccio «risk-based», diventa un elemento fondamentale della norma revisionata: l'individuazione dei rischi, la loro qualificazione e la loro gestione.

Inoltre la politica della qualità e gli obiettivi definiti devono essere allineati con gli orientamenti strategici dell'Azienda nel suo complesso, per cui è determinante il ruolo dell'alta direzione nel perseguimento della qualità certificata.

La norma contiene, infine, due nuovi punti che richiedono una presa in considerazione migliore del contesto in cui opera l'organizzazione. Tale ulteriore riflessione deve articolarsi in un'approfondita analisi del contesto, nell'individuazione delle parti interessate interne ed esterne all'organizzazione (stakeholders) e nella comprensione delle loro aspettative.

L'Azienda ha già avviato un percorso di revisione culturale e documentale finalizzato al raggiungimento, nel corso dell'anno 2018, della certificazione secondo gli standard della norma ISO 9001:2015.

Oltre alla Certificazione UNI EN ISO 9001:2008 sono presenti in Azienda altre certificazioni e accreditamenti tecnico professionali.

Tali certificazioni e/o accreditamenti attestano la competenza tecnica delle strutture relativamente a specifiche attività, in conformità ai requisiti e alle prescrizioni delle norme di settore.

Di seguito vengono descritti alcuni tra i più significativi accreditamenti/certificazioni conseguiti da specifici settori di attività delle SOD aziendali.

Chirurgia Toracica

La SOD di Chirurgia Toracica già nel 2012 ha conseguito (1° centro italiano insieme alla Chirurgia Toracica del Policlinico di Milano) l'**Accreditamento Clinico Istituzionale Europeo**, basato su un progetto intrapreso dalla E.S.T.S. (European Society of Thoracic Surgeons) già nel 2009, progetto che vede quale scopo precipuo il miglioramento degli standards assistenziali.

Il processo di accreditamento valuta l'efficienza delle singole unità mediante uno score composito basato sulle informazioni inserite nel Database della stessa E.S.T.S.; se tale score risulta, alla luce dei dati complessivi, oltre il 50° percentile, il centro può richiedere e ottenere la procedura di accreditamento previo sopralluogo ispettivo da parte di un team di esperti della stessa E.S.T.S., coadiuvato da un tecnico esterno (nel nostro caso la compagnia di rating inglese Adamas). La "**Institutional Quality Re-Certification**", ottenuta nel 2015 alla scadenza del primo triennio di accreditamento, riflette il continuo perfezionamento degli standards assistenziali, tendenti a razionalizzazione dei percorsi clinici, a ottimizzazione di visibilità e trasparenza riguardo ai volumi di attività, alle complicanze, ai costi, e ai risultati globali delle procedure chirurgiche. Il Database Europeo di Chirurgia Toracica, attualmente collega oltre 200 Reparti di circa 50 paesi europei ed extraeuropei. Il prossimo rinnovo è previsto a giugno del 2018.

Centro trapianti-Clinica di Ematologia

Gli standards JACIE (Joint Accreditation Committee of ISCT and EBMT) sono concepiti per fornire una linea-guida per le strutture che sono coinvolte nella raccolta, nella manipolazione e nell'utilizzo clinico delle cellule staminali emopoietiche nei campi del trapianto e della terapia cellulare, e promuovono la qualità nei campi dell'attività clinica e di laboratorio nell'ambito del trapianto di progenitori emopoietici.

I principi fondamentali dello standard JACIE sono stati recepiti in Italia con il decreto legislativo 191/07, che ha esteso il campo di applicazione a tutte le attività relative alla raccolta, alla manipolazione e all'utilizzo clinico di tessuti cellulari umani e derivati destinati ad applicazioni sull'uomo. La Clinica di Ematologia dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha intrapreso la strada dell'accREDITAMENTO del "Programma Trapianti" nel 2006. Questo ha richiesto la creazione di un sistema di qualità che garantisse l'aderenza agli standard JACIE. Il percorso è stato completato nel marzo 2009 con la visita ispettiva svolta da personale qualificato, alla quale è seguito, nel gennaio 2010, l'ottenimento della certificazione di qualità. A giugno 2016 si è svolta la visita di riaccREDITAMENTO per la valutazione del mantenimento degli standard di eccellenza.

Immunologia Clinica

L'attività che viene svolta ai fini trapiantologici nella sezione HLA dell'Immunologia Clinica, per poter essere espletata necessita dell'**accreditamento EFI**.

L'**EFI** è una società europea di immunogenetisti che valutano la qualità e l'organizzazione dell'attività di immunogenetica nella sezione HLA. La certificazione EFI consente di operare nell'ambito trapiantologico (cellule staminali e rene) e per i donatori del registro IBMDR. Tale attività obbliga anche alla esecuzione di controlli di qualità esterni per tutte le metodiche che vengono eseguite: 10 controlli annui con l'Istituto Superiore di Sanità e 10 controlli annui con UKNEQAS. Tutti gli anni l'Istituto Superiore di Sanità comunica l'esito della valutazione alla Direzione Aziendale.

La struttura di Immunologia Clinica partecipa, inoltre, a dei controlli di qualità esterni nel settore citofluorimetria, effettuati dall'Ente UKNEQAS: 12 campioni annui per la valutazione delle CD34+ e 6 campioni annui per il pannello Leukemia.

Laboratorio di Citogenetica

Il Laboratorio di Genetica Medica partecipa annualmente ai Controlli di Qualità Europei presso le seguenti istituzioni:

- **Cytogenetic External Quality Assessment Service (CEQAS)**
 - John Radcliffe Hospital - Oxford University Hospitals NHS Trust - Headington, OXFORD - OX3 9DU- United Kingdom per le Analisi Citogenetiche prenatali, postnatali, oncoematologiche e citogenomiche
- **CF Network**
 - CF EQA Scheme Coordination Centre - Katholieke Univesiteit Leuven, Department of Public Health and Primary Care - Biomedical Quality Assurance Research Unit - Kapucijnenvoer 35, blok D, B-3000 Leuven, Belgium per il Test Genetico per la diagnosi di Fibrosi cistica
- **Controllo Esterno di Qualità (CEQ) dei Test Genetici dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS)**
 - Centro Nazionale Malattie Rare in collaborazione con la Società Italiana di Genetica Umana (SIGU) - Viale Regina Elena 299 - 00161 - Roma (I) per le Analisi Citogenetiche prenatali, postnatali, oncoematologiche e citogenomiche e per il Test Genetico per la diagnosi di Fibrosi cistica

Il valore creato in termini di capitale relazionale

Le relazioni con i pazienti

I pazienti sono i principali stakeholder aziendali dell'AOUOORR, poiché sono i beneficiari dell'attività (come riportato nel paragrafo attività e output). Agli stessi vengono garantiti i diritti fondamentali di tutela della salute pubblica e la possibilità di usufruire di servizi sanitari di alta qualità riconosciuti dalla normativa nazionale e regionale.

Il profilo dei pazienti in regime di ricovero

Analizzando i dati dei ricoveri per genere, il peso della componente femminile sul totale è di poco inferiore sia per i ricoveri ordinari che per quelli di tipo DH e DS. I valori risultano in linea con quelli dell'anno 2015. Per quanto riguarda l'analisi dei ricoveri per classi di età, la classe 45-64 anni è quella che per tutte le tipologie di ricoveri assume un valore maggiore sia per l'anno 2015 che per l'anno 2016.

Figura 10. Ricoveri per genere (anno 2016)

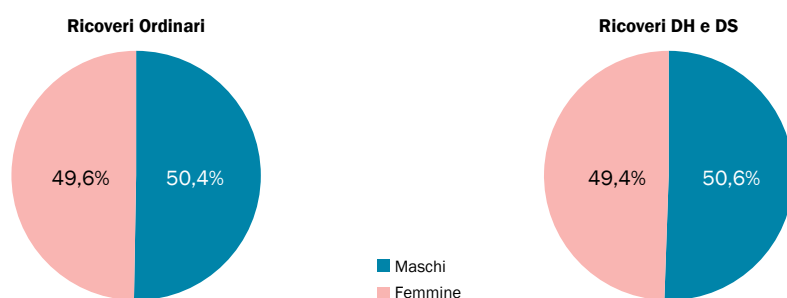


Figura 11. Ricoveri ordinari per classi di età (anni 2016-2015)

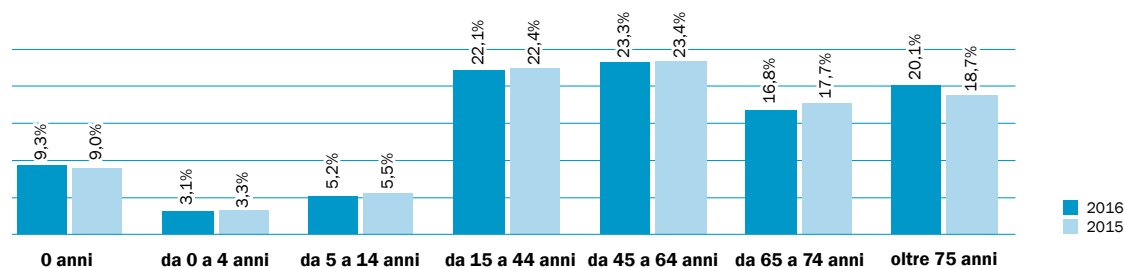
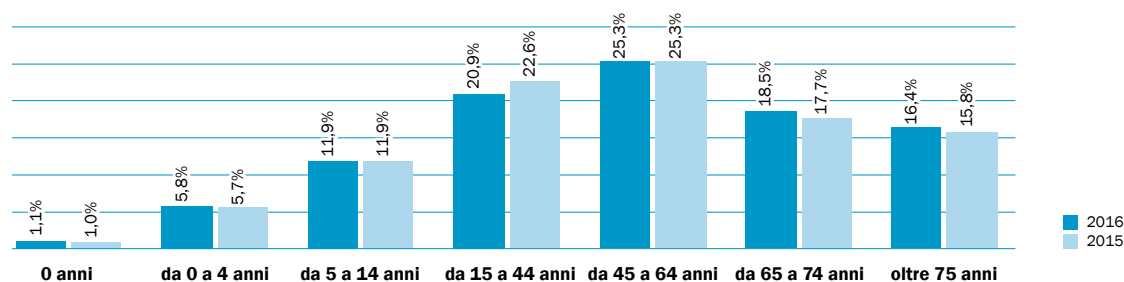


Figura 12. Ricoveri DH e DS per classi di età (anni 2016-2015)



Analizzando la provenienza dei pazienti nell'esercizio 2016 si rileva che circa il 23% dei ricoveri ordinari proviene dal Comune di Ancona; il 36% proviene dall' Area Vasta 2 (extra Comune Ancona); il 30% dal resto delle Marche e l'11% da fuori Regione. Quanto alla provenienza dei ricoveri in day hospital si rileva che circa il 22% dei ricoveri in day hospital proviene dal Comune di Ancona; il 38% dall' Area Vasta 2 (extra Comune Ancona); il 32% dal resto delle Marche e l'9% da fuori Regione.

Tabella 83. Provenienza dei pazienti in regime di degenza ordinaria e dh per provenienza (anni 2016-2015)

PROVENIENZA DEI RICOVERI ORDINARI	%		NUMERO RICOVERI	
	2016	2015	2016	2015
AREA VASTA 2	59,04%	59,21%	19.742	19.215
RIMANENTE QUOTA REGIONALE	30,19%	29,49%	10.096	9.570
ATTRAZIONE EXTRAREGIONALE E STRANIERI	10,77%	11,30%	3.600	3.667
PROVENIENZA DAY HOSPITAL	%		NUMERO RICOVERI	
	2016	2015	2016	2015
AREA VASTA 2	59,45%	59,26%	7.501	7.410
RIMANENTE QUOTA REGIONALE	31,55%	31,79%	3.981	3.975
ATTRAZIONE EXTRAREGIONALE E STRANIERI	9,00%	8,95%	1.136	1.119

Nelle seguenti tabelle è dettagliato il numero ricoveri ordinari e day hospital erogati per provenienza extraregionale del paziente, con evidenza della percentuale di provenienza per singola regione.

Tabella 84. RO e DH per provenienza extraregionale del paziente (anni 2016-2015)

REGIONE	RO PER PROVENIENZA EXTRAREGIONALE DEL PAZIENTE		DH PER PROVENIENZA EXTRAREGIONALE DEL PAZIENTE	
	2016	2015	2016	2015
PIEMONTE	0,7%	0,7%	0,8%	0,7%
VALLE D'AOSTA	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
LOMBARDIA	2,9%	2,6%	1,6%	1,0%
BOLZANO	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
TRENTO	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
VENETO	1,2%	1,3%	1,2%	0,6%
FRIULI VENEZIA GIULIA	0,5%	0,3%	0,3%	0,1%
LIGURIA	0,3%	0,3%	0,1%	0,1%
EMILIA ROMAGNA	6,9%	6,3%	6,8%	6,6%
TOSCANA	1,6%	1,2%	1,3%	2,1%
UMBRIA	11,8%	12,6%	10,9%	10,4%
LAZIO	6,6%	6,1%	8,3%	11,1%
ABRUZZO	40,4%	40,7%	47,6%	46,2%
MOLISE	2,9%	3,3%	3,6%	2,8%
CAMPANIA	5,0%	4,7%	3,7%	5,1%
PUGLIA	9,8%	9,7%	7,5%	8,4%
BASILICATA	1,1%	0,8%	1,5%	0,9%
CALABRIA	0,8%	1,3%	1,3%	1,3%
SICILIA	1,6%	1,3%	1,7%	1,1%
SARDEGNA	0,5%	0,6%	0,5%	0,3%
STATO ESTERO	5,2%	6,0%	1,2%	1,3%

Il 2016 si conferma una forte attrazione sia per l'attività di ricovero ordinario che di day hospital dei pazienti provenienti dalla Regione Abruzzo. Rilevante attrazione si conferma anche dalle Regioni Puglia Lazio e Umbria.

Il profilo dei pazienti ambulatoriali

Analizzando i dati delle prestazioni per genere, il peso della componente femminile e della componente maschile sul totale è identico per le attività di laboratorio e per le altre attività di specialità. Percentuali maggiori sono rilevati, invece, di sesso femminile per quanto riguarda le prestazioni diagnostiche per immagini. I valori risultano in linea con quelli dell'anno 2015. Per quanto riguarda l'analisi delle prestazioni per classi di età, la classe 45-64 anni è quella che per tutte e tre le tipologie di prestazioni assume un valore maggiore sia per l'anno 2015 che per l'anno 2016.

Figura 13. Prestazioni per genere (anno 2016)

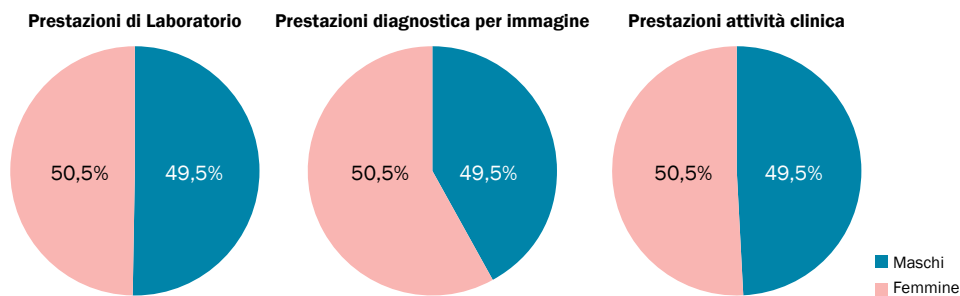


Figura 14. Prestazioni di laboratorio per classi di età (anni 2016-2015)

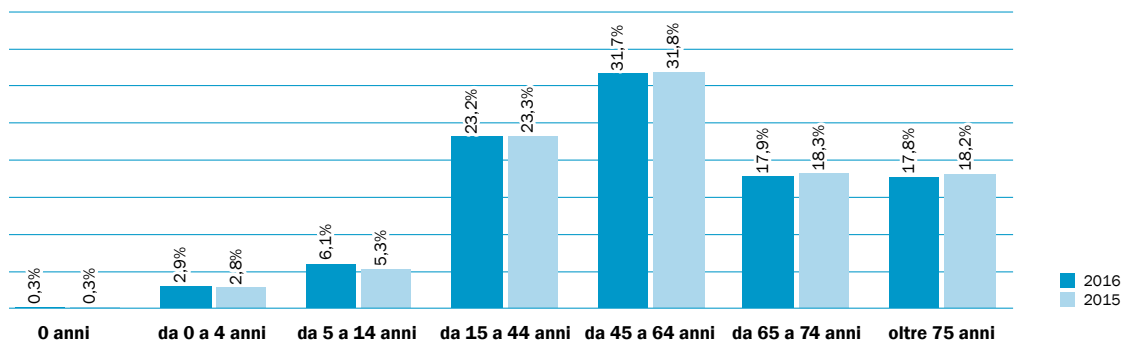


Figura 15. Prestazioni diagnostica per immagini per classi di età (anni 2016-2015)

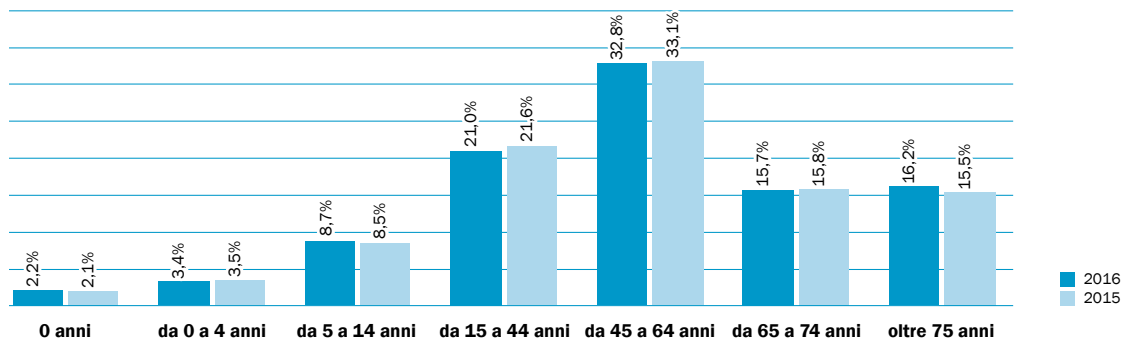
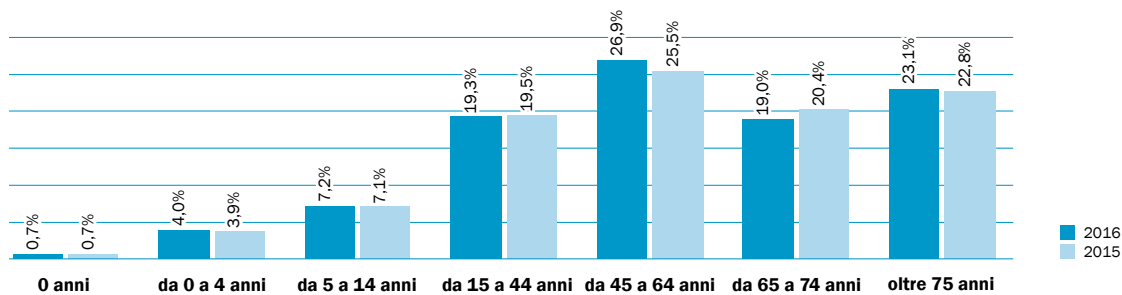


Figura 16. Prestazioni attività clinica per classi di età (anni 2016-2015)



Analizzando la provenienza dei pazienti dell'attività ambulatoriale nel 2016, si evidenzia che le prestazioni di laboratorio offerte ai pazienti residenti nella Regione sono pari a circa il 95% (di cui il 79% è erogato a pazienti provenienti dalle zone geografiche dell'Area Vasta 2 dell'ASUR). Le prestazioni in attività diagnostica e strumentale per immagini sono erogate per il 78,5% ai pazienti dell'Area Vasta 2 ASUR, per il 17,8% ai pazienti provenienti dalla Regione Marche dalle altre Aree Vaste e il 3,7% a pazienti provenienti da fuori Regione.

Inoltre, per le prestazioni rientranti nell'attività clinica registrano il 77,5% dei pazienti provenienti dalle zone geografiche dell'Area Vasta 2 dell'ASUR, il 18% dei pazienti provenienti dalla Regione Marche dalle altre Aree Vaste e il 4,5% a pazienti provenienti da fuori Regione.

Tabella 85. Provenienza pazienti prestazioni ambulatoriali (biennio 2016 2015)

	ATTIVITÀ DI LABORATORIO		ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E STRUMENTALE PER IMMAGINI		ATTIVITÀ CLINICA	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
AREA VASTA 2	79,0%	80,0%	78,5%	79,6%	77,5%	78,5%
REGIONE MARCHE (ESCLUSA AV2)	15,9%	14,8%	17,8%	16,7%	18,0%	17,0%
EXTRAREGIONE E STRANIERI	5,1%	5,2%	3,7%	3,7%	4,5%	4,5%

Il profilo dei pazienti del pronto soccorso

Analizzando i dati dell'attività di emergenza per genere, il peso della componente femminile sul totale è di poco superiore a quello della componente maschile, stesso dato dell'anno 2015. Per quanto riguarda l'analisi dell'attività di emergenza per classi di età, la classe 15-44 anni è quella che assume un valore maggiore sia per l'anno 2015 che per l'anno 2016.

Figura 17. Attività di emergenza: per genere (anno 2016)

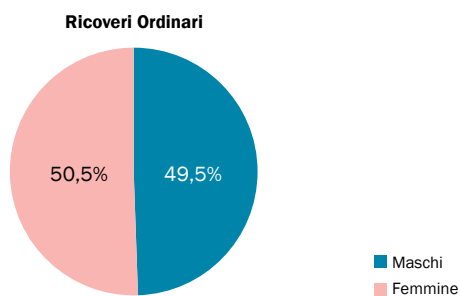
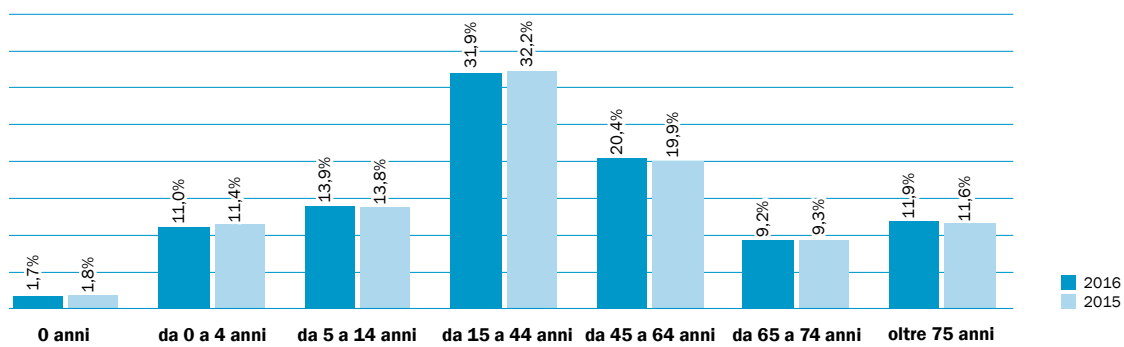


Figura 18. Attività di emergenza: per classi di età (anni 2016-2015)



Focalizzando l'attenzione sulla provenienza dei pazienti che fruiscono dell'attività di pronto soccorso nell'anno 2016 si registrano, considerando il numero degli accessi, i pazienti del Pronto Soccorso di Torrette provenienti dall'Area Vasta 2 costituiscono il 53% degli accessi con codice rosso, l'84% degli accessi con codice giallo e l'88% degli accessi con codice verde e bianco. Analizzando la provenienza dei pazienti del Pronto Soccorso Salesi, vengono presentate alcune diversità: per il Pediatrico, i pazienti provenienti dall'Area Vasta 2 sono il 53,4% degli accessi con codice rosso, il 70,2% degli accessi con codice giallo, l'80,9% degli accessi con codice verde e 80,2% per il codice bianco; per l'Ostetrico ginecologico, la percentuale dei pazienti provenienti dall'Area Vasta 2 con codice rosso è pari al 100%, con codice giallo 77,4%, mentre 83,8% per il codice verde e di 84,6% per quello bianco.

Tabella 86. Popolazione assistita in pronto soccorso per provenienza (biennio 2016 2015)

	CODICE DI ACCESSO	2016			2015		
		AREA VASTA 2	RESTO DELLA REGIONE	FUORI REGIONE E STRANIERI	AREA VASTA 2	RESTO DELLA REGIONE	FUORI REGIONE E STRANIERI
PRONTO SOCCORSO TORRETTE	CODICE ROSSO	52,6%	37,8%	9,6%	62,7%	29,9%	7,4%
	CODICE GIALLO	83,6%	9,4%	7,0%	85,0%	8,4%	6,6%
	CODICE VERDE	88,2%	5,1%	6,7%	88,0%	4,9%	7,1%
	CODICE BIANCO	88,3%	4,7%	7,0%	88,2%	4,8%	7,0%
PRONTO SOCCORSO SALESÌ (PEDIATRICO)	CODICE ROSSO	53,4%	32,8%	13,8%	42,6%	36,2%	21,3%
	CODICE GIALLO	70,3%	22,2%	7,5%	69,3%	24,3%	6,4%
	CODICE VERDE	80,9%	13,8%	5,3%	81,1%	13,8%	5,1%
	CODICE BIANCO	83,2%	11,0%	5,8%	83,7%	10,1%	6,2%
PRONTO SOCCORSO SALESÌ (OSTETRICO GINECOLOGICO)	CODICE ROSSO	100,0%	0,0%	0,0%	71,4%	28,6%	0,0%
	CODICE GIALLO	77,4%	16,2%	6,4%	78,6%	15,0%	6,4%
	CODICE VERDE	83,8%	10,0%	6,2%	83,4%	10,2%	6,4%
	CODICE BIANCO	84,6%	7,6%	7,8%	81,8%	7,4%	10,8%

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 sugli eventi sentinella e sui sinistri;
- la risposta ai questionari sul grado di implementazione delle raccomandazioni ministeriali in ambito di sicurezza;
- l'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 87. Attività del Comitato Valutazione Sinistri (anni 2016-2015)

	2016	2015
NUMERO DI SEDUTE	27	29
NUMERO DI ISTANZE ESAMINATE	92	101

Tabella 88. Risarcimento per tipologia di procedimento (anni 2016-2015)

	2016	2015	
EXTRAGIUDIZIARIE	114	111	
GIUDIZIARIE	48	44	
	PENALI	10	11
	CIVILI	38	33
Totale	162	155	
	DI CUI ISTANZE DI RISARCIMENTO PER DANNO CLINICO	156	141

Tabella 89. Stato di avanzamento delle istanze di risarcimento (anni 2016-2015)

	2016	2015
Chiusi	25	26
APERTI	128	118
Senza seguito/annullati	9	11
Totale	162	155

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.

Tabella 90. Cause con copertura assicurativa (anni 2016-2015)

MATERIA	SORTE		PENDENTI		DEFINITE	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
CIVILE	38	28	117	107	27	30
TENTATIVI OBBLIGATORI DI CONCILIAZIONE*	20	32	9	13	22	28
Totale	58	60	126	120	49	58

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

Tabella 91. Cause senza copertura assicurativa (anni 2016-2015)

MATERIA	SORTE		PENDENTI		DEFINITE	
	2016	2015	2016	2015	2016	2015
CIVILE	3	2	11	11	3	1
PENALE	-	-	-	1	1	-
Totale	3	2	11	12	4	1

La carta dei servizi

La Carta è stata redatta secondo lo “Schema generale di riferimento delle Carte dei Servizi Pubblici Sanitari”, di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995 e secondo i seguenti principi indicati nella Direttiva dello stesso Presidente del Consiglio dei Ministri del 1994:

- Uguaglianza: i servizi sono erogati secondo procedure certe ed uguali per tutti. Nessuna distinzione può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinione politica.
- Imparzialità: l'erogazione dei servizi è ispirata, nei confronti degli utenti a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.
- Continuità: i servizi sono erogati con continuità, regolarità e senza interruzioni, nel tempo e nel rispetto del lavoro altrui. In caso di funzionamento irregolare o di interruzione di servizio, verranno adottate misure volte a limitare al minimo il disagio agli utenti.
- Diritto di scelta: l'utente, nei casi previsti dalla Legge, ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio. Il diritto di scelta riguarda, in particolare, i servizi distribuiti sul territorio.
- Partecipazione: al cittadino è garantita la partecipazione alla prestazione del servizio pubblico attraverso le Associazioni di Volontariato e di tutela dei diritti ed attraverso iniziative individuali (reclami, proposte e segnalazioni). Tali iniziative devono essere considerate opportunità di miglioramento della comunicazione e del clima di reciproca fiducia ed utili spunti di riflessione sul globale miglioramento dell'offerta dei servizi ai cittadini.
- Efficienza ed efficacia: il servizio pubblico è erogato in modo tale da garantire l'efficienza e l'efficacia nella relazione tra i risultati delle cure prestate e le risorse impiegate.

È pubblicata la Carta dei Servizi sul sito internet aziendale, in modo tale che possa essere aggiornata costantemente ogni volta che le diverse strutture aziendali ne ravvisino la necessità. Non più un formato cartaceo, dunque, obsoleto al momento stesso della stampa e di difficile diffusione, ma uno strumento agile e moderno che può essere consultato da chiunque, in qualsiasi momento, restando comodamente a casa e navigando le sezioni del sito di proprio interesse, dove è possibile raccogliere informazioni, contatti, orari.

I servizi alla persona

I servizi alla persona vanno intesi come attenzione posta all'individuo 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 meno vicino alla persona 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.

Ospedale senza dolore

L'iniziativa cardine – in linea con la DGR 892/11 – è stata quella di 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. 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.

Tabella 92. Parti indolore sul totale parti vaginali

	2016	2015
TOTALE PARTI VAGINALI	1.095	1.007
DI CUI PARTI INDOLORE	360	320
% PARTI INDOLORE SUL TOTALE PARTI VAGINALI	32,88%	31,78%

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 Maternità è un luogo dove la donna e la coppia possono vivere alcune fasi del percorso della maternità e dalla gravidanza.

Tabella 93. Casa di Maternità (anno 2016)

	2016
CORSI*	Cure Amiche: 32 corsi Allattamento: 32 corsi Totale donne partecipanti ai corsi: 99
AMBULATORIO** SOSTEGNO ALLATTAMENTO	Donne frequentanti: n. 271 Accessi: n. 970
COLLOQUI*** CON FUTURE MAMME E ACCOMPAGNATORI PRIMA DELLA VISITA ANESTESIOLGICA	Incontri: n. 143 Gestanti partecipanti: n. 1518 Accompagnatori: n. 835
VISITA GUIDATA IN SOSTITUZIONE TEMPORANEA PER ASSENZA DEL PERSONALE ADDETTO	Incontri: n. 1 Gestanti: n. 7
NEONATOLOGIA O ALTRA SOD	Incontri: n.1

* Nei corsi brevi monotematici vengono trattati argomenti quali “Le cure amiche della madre-travaglio parto” 1° incontro e “Allattamento” 2° incontro (tematiche trattate secondo OMS/Unicef). La prenotazione ai corsi avviene telefonicamente o per accesso diretto e vengono effettuati nei giorni di martedì, mercoledì e venerdì in orari pomeridiani. La sospensione di tali incontri avviene nei periodi di ferie/malattie o formazione in quanto l'ostetrica in servizio effettua come turno tutte mattine per garantire il proseguimento dell'attività ambulatoriale di sostegno all'allattamento.

** Visite in accesso diretto o prenotazione/invio da altre SOD (nido clinica ost/div ost – pronto soccorso pediatrico e ostetrico – neonatologia-pediatria-) durata media per incontro per mamma/bimbo 2 ore primo accesso (compilazione cartella raccolta dati motivazione ingresso valutazione/osservazione, elaborazione piano assistenziale); incontri successivi 1 ora e mezza circa (o oltre orario rispondendo ai bisogni della mamma/bimbo).

*** Alle ore 9 di tutti i lunedì, alle ore 15 di tutti i mercoledì e i venerdì per un'ora circa l'ostetrica di turno informa le gestanti e gli accompagnatori su “Cure amiche”, travaglio, parto, SCO, Check List prenatale su Allattamento secondo OMS/Unicef, accesso in Ospedale e risponde ad eventuali domande dei presenti. Incontri codificati su CUP insieme alla visita anestesiolgica.

Accesso ai familiari nei reparti Terapia Intensiva

Dal 2009 presso la SOD Anestesia e rianimazione pediatrica è stato adottato il modello organizzativo della cosiddetta "rianimazione aperta", che prevede l'eliminazione delle barriere fisiche, temporali e relazionali non effettivamente utili alla cura del malato. Ciò significa considerare la presenza di un familiare accanto al paziente come parte integrante e imprescindibile della cura. Soprattutto in ambito pediatrico ciò appare molto importante: la presenza continuativa, 24 ore su 24, dei genitori in Rianimazione risulta una componente necessaria per il benessere del paziente e della famiglia.

Le principali azioni della Rete Antiviolenza Territoriale

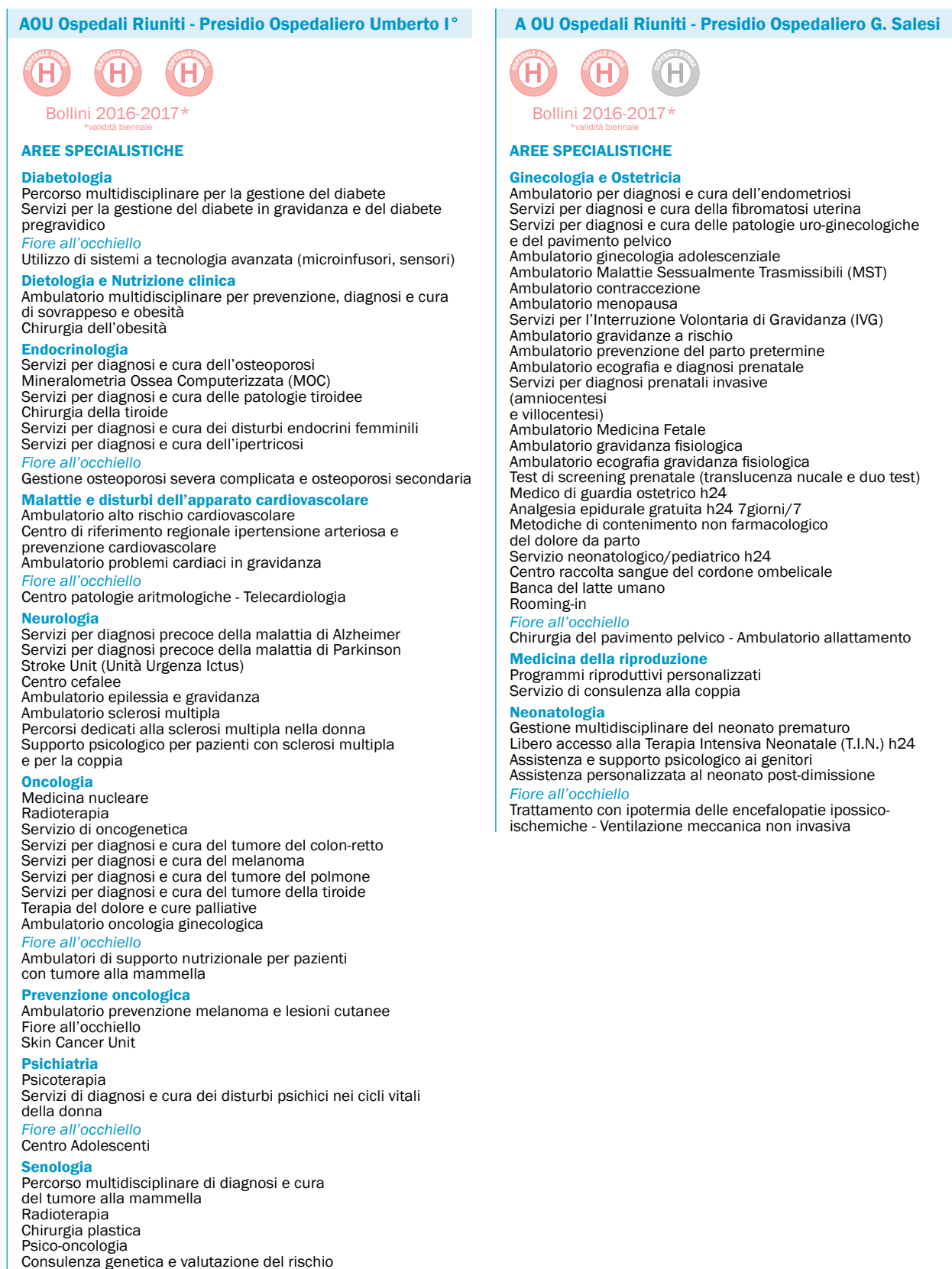
Nel mese di giugno 2016 l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha sottoscritto in Prefettura l'"Accordo di Cooperazione per la creazione della rete antiviolenza territoriale di Ancona". I referenti aziendali per la Rete Antiviolenza hanno partecipato, insieme agli altri partner, agli incontri ed alle attività dei Tavoli Tecnici della Rete Territoriale e si sono impegnati nello svolgimento di attività di formazione, aggiornamento e sensibilizzazione sulla tematica inerente la violenza di genere contro le donne ed i minori rivolte sia ad operatori sociosanitari della propria azienda, che agli operatori di altre strutture sanitarie dell'ASUR-AV2 (Direzione Scientifica Convegno Regionale IV Edizione "La violenza sui minori, sulle donne e sugli anziani. Riconoscere, proteggere intervenire" - A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona, 14/10/2016; tavola rotonda "Il lavoro di rete come risposta alla richiesta di giustizia delle donne vittime di violenza di genere" - Comune di Ancona). La rappresentante dei Pronto Soccorso delle Aziende Ospedaliere Regione Marche, Dirigente Medico afferente alla SOD PS e Medicina d'Accettazione e d'Urgenza dell'A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona, componente effettivo presso Forum Permanente contro le violenze e le molestie di genere (art 3 LR n. 32/2008), ha partecipato a tutti gli incontri promossi dal Forum nonché alla presentazione del Modello SOStegno Donna per l'accoglienza delle donne vittime di violenza nel Pronto Soccorso - Una proposta per Linee Guida Nazionali - Roma Camera dei Deputati. Nell'anno 2016 presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona sono stati identificati e trattati:

- n. 4 **casi di violenza sessuale** (rilevati mediante il numero di volte in cui è stata attivata l'Unità di Crisi); tutti i casi riguardano donne italiane (età media 26,2);
- n. 81 **casi di maltrattamento** (rilevati informaticamente tramite estrapolazione di informazioni contenute nei verbali di PS: codice 6696 identificativo di maltrattamento nel campo "problema principale" e/o codici di diagnosi ICD9CM 99583/99580, rispettivamente identificativi di abuso sessuale adulto e maltrattamento adulto, nel campo "esito sanitario"), di cui n.34 donne straniere (età media 35,8) e n.47 donne italiane (età media 43,4); occorre, comunque, specificare che i casi di maltrattamento potrebbero risultare sottostimati in quanto, non potendo essere rilevati mediante il numero di volte di attivazione dell'UdC (il maltrattamento è un reato perseguibile d'ufficio ed il protocollo non prevede l'attivazione dell'UdC, ma l'automatica segnalazione all'A.G.), l'unica modalità di identificazione è rappresentata dall'extrapolazione dei dati riportati nei verbali di PS che potrebbero non risultare sempre corretti e completi dei codici identificativi previsti.

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. Per il 2016 e 2017 sono stati riconosciuti 3 bollini per il Presidio di Torrette e 2 per il Presidio Salesi.

Figura 19. Servizi clinici premiati – Certificazione Bollini Rosa 2016-2017



In entrambe i presidi si hanno anche servizi dedicati alla violenza sulle donne (spazio dedicato per garantire la privacy, consulenza legale). Si aggiungono i servizi di seguito elencati: documentazione informativa multilingue, mediazione culturale, dieta personalizzata per particolari esigenze o motivi religiosi, servizi estetici, noleggio parrucche, prestito libri, assistenza sociale, servizi alberghieri convenzionati, progetto "Radio in Ospedale" (in aggiunta il servizio "Culla per la Vita" per neonati abbandonati nel presidio Salesi).

I dati della mediazione linguistica

Al fine di agevolare la comunicazione con i cittadini/pazienti stranieri, l'Azienda dispone di un servizio di [mediazione linguistica](#) che fornisce mediazioni/traduzioni interculturali, consulenze telefoniche, 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.*

Tabella 94. Frequenza ore di mediazione nelle strutture (anni 2016-2015)

STRUTTURA	ORE 2016	ORE 2015
CARDIOLOGIA/LANCISI	-	19.30
CHIRURGIA (SAESI)	3.30	16.30
EMATOLOGIA (CLINICA/DAY HOSPITAL)	36.00	04.00
ENDOCRINOLOGIA	4.30	-
MALATTIE INFETTIVE/CLINICA MALATTIE INFETTIVE	-	12.30
NEFROLOGIA	0.00	09.00
NEONATOLOGIA	50.30	46.30
ONCOEMATOLOGIA/ONCOLOGIA (SAESI)	2.00	-
OSTETRICIA CLINICA	3.00	06.30
PEDIATRIA CLINICA E DIVISIONE	2.00	06.00
PSICHIATRIA/CLINICA DI PSICHIATRIA	13.00	06.00
Totale Ore	114.30	126.30

Tabella 95. Frequenza ore di mediazione nelle strutture per lingua (anni 2016-2015)

LINGUA	ORE 2016	ORE 2015
ALBANESE	36.00	23.30
ARABO	2.30	13.00
CINESE	21.30	18.30
FRANCESE	4.00	13.00
HINDI/URDU	-	08.00
INGLESE	1.00	29.00
PUNJABI	3.30	-
RUMENO	3.00	02.30
RUSSO	30.00	03.00
TURCO	-	07.00
INDIANO	-	03.00
CURDO	13.00	06.00
Totale Ore	114.30	126.30

La soddisfazione dei cittadini/pazienti

Dalla politica di comunicazione con i cittadini e con i pazienti, per il biennio 2016-2015, 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.

Tabella 96. Segnalazioni da parte dei cittadini (anni 2016-2015)

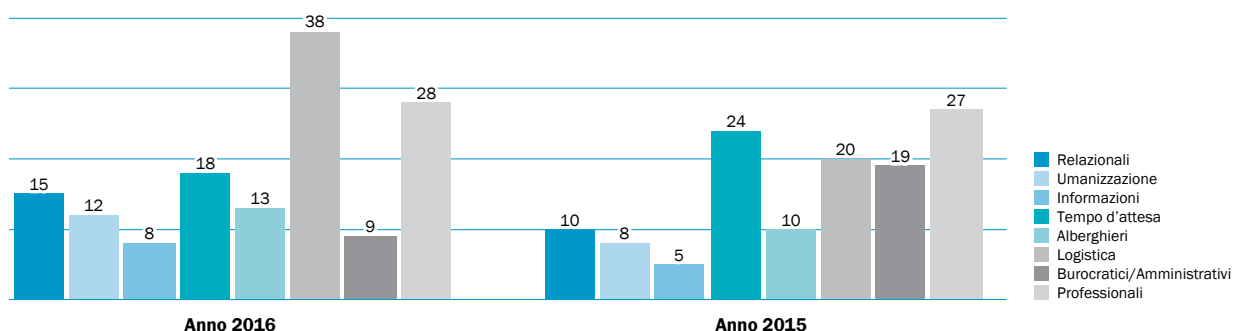
MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE	2016	2015
RECLAMI	141	123
SUGGERIMENTI	94	148
ELOGI	39	52
Totale	274	323

Tabella 97. Strumenti per le segnalazioni (anno 2016)

FONTE DELLA SEGNALAZIONE	"IL MIO OSPEDALE" (SCHEDA)	POSTA ELETTRONICA/ TELEFONICA	URP FRONT OFFICE	ASSOCIAZIONI DI VONTARIATO -TRIB. DELLA SALUTE-
RECLAMI (N. 141)	-	75	51	15
SUGGERIMENTI (N. 94)	94	-	-	-
ELOGI (N. 39)	25	13	1	-
Totale	119	88	52	15

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

Figura 20. Reclami distinti per macrocategorie (anni 2016-2015)



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 si concentrano principalmente sugli argomenti chiave dei reclami. Gli elogi attengono a aspetti relazionali e di umanizzazione.

Figura 21. Suggerimenti distinti per macrocategorie (anni 2016-2015)

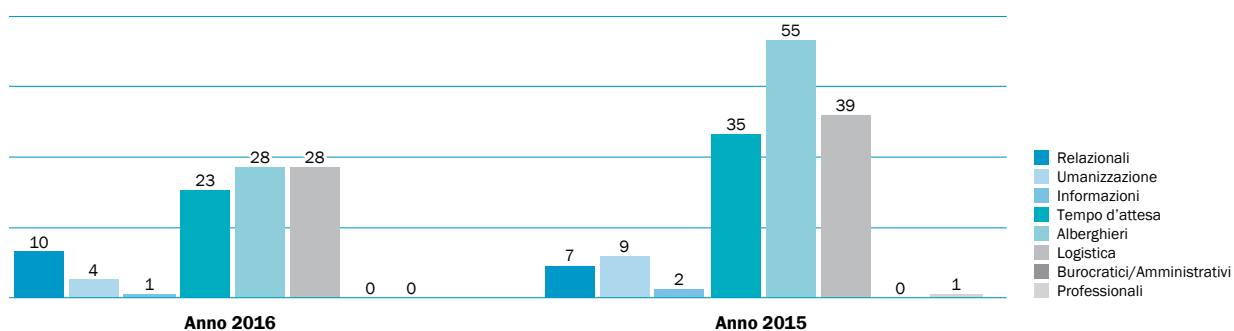
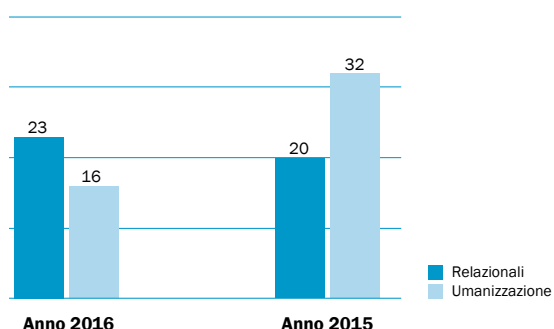


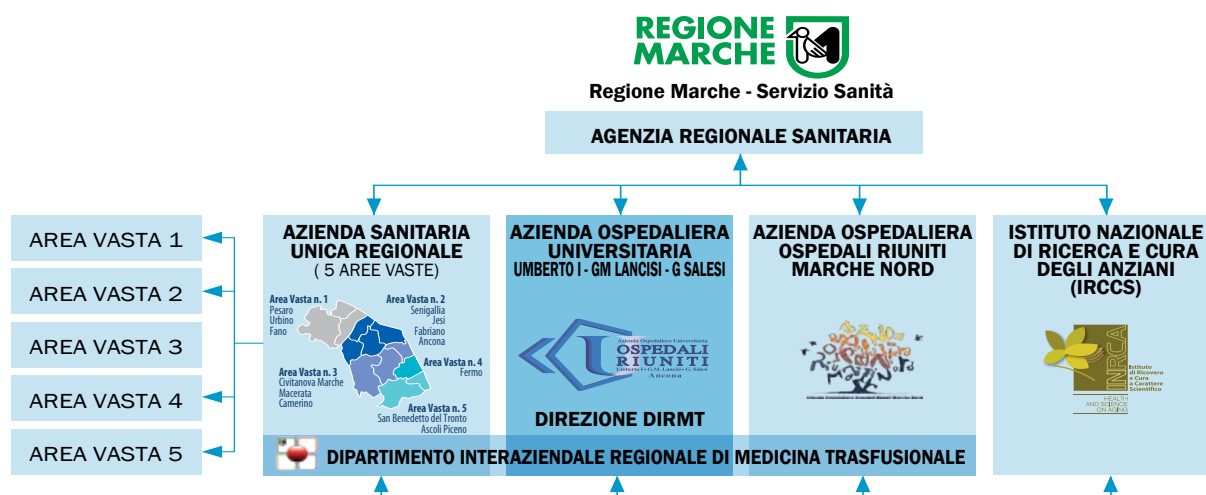
Figura 22. Elogi distinti per macrocategorie (anni 2016-2015)



Le relazioni con gli altri Enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale nel percorso del paziente

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. Le maggiori interrelazioni si pongono con gli enti del Servizio Sanitario Regionale organizzato in 4 strutture ospedaliere pubbliche di cui un'Azienda Sanitaria Locale Unica Regionale, un'Azienda Ospedaliera Universitaria, un'Azienda Ospedaliera, un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Per comprendere le peculiarità della relazione tra le aziende del Servizio Sanitario Regionale, è importante richiamare il concetto di riordino delle reti cliniche, che coinvolge trasversalmente, per ciascuna disciplina, tutte le 4 aziende, individuando punti "hub" e punti "spoke" in funzione delle specifiche mission degli enti. L'adozione di tale approccio richiede la definizione e lo sviluppo di processi d'integrazione a livello di coordinamento (percorsi diagnostico-terapeutici, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria), nonché a livello informatico/informativo. A tal proposito, la Delibera della Giunta Regione Marche n. 1345 del 30 settembre 2013 "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche", ha previsto la riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale attraverso la definizione delle reti cliniche. L'AOUOORR, in quanto unica struttura assistenziale di secondo livello della Regione Marche, ha il ruolo di hub in tutte le discipline di alta complessità, attuando percorsi e strategie atte a garantire uno stretto raccordo con le altre strutture, sia in fase di ricezione del paziente, ma soprattutto in fase di dimissione ad altro istituto una volta superata la fase acuta della patologia. L'integrazione tra l'AOUOORR e le strutture regionali consente, in questa dimensione, di modulare appropriatamente la risposta alle necessità cliniche dei pazienti, ottenendo benefici in termini di efficacia delle cure, efficienza economica e diminuzione dei tempi di attesa.

Figura 23. Gli enti del Servizio Sanitario Regionale



Le reti cliniche: riferimenti normativi nazionali e regionali

L'evoluzione dell'assetto istituzionale della Regione Marche, rappresenta un esempio di risposta complessiva integrata ai bisogni sanitari, attraverso l'utilizzo del modello reticolare, che determina la distribuzione dei servizi sul territorio ed il ruolo attribuito alle diverse aziende. Le disposizioni contenute nella DGR Marche n. 1345/2013 sul "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche" riguardano la riorganizzazione dell'offerta sanitaria regionale attraverso la definizione delle reti cliniche. Tale delibera, infatti, ha stabilito che l'attuazione della Legge n. 135/2013 da parte degli enti del Servizio Sanitario Regionale deve essere effettuata "tenendo conto dell'analisi dei percorsi clinico-assistenziali virtuosi già in essere, degli indicatori di efficienza e di appropriatezza, della collocazione geografica all'interno dell'Area Vasta e delle interconnessioni presenti sul territorio regionale, della necessità di potenziare alcune attività attualmente carenti, anche al fine di garantire uno sviluppo equilibrato ed armonico del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto dei vincoli economici stabiliti dalla Giunta Regionale".

La Delibera della Giunta Regione Marche n. 1345 del 30 settembre 2013 rappresenta l'asse portante della riorganizzazione prevista dal PSSR 2012-2014, avente carattere più organizzativo che strutturale come quello della riduzione dei PL.

Inoltre, di rilevante ripercussione interna è la DGR Marche n. 551/2013 avente ad oggetto "Articolo 12, lettera b) Patto per la salute 2010-2012. Definizione parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del servizio sanitario regionale in esecuzione della deliberazione della giunta regionale n.1696/2012".

Con delibera di Giunta regionale n.1219 del 27/10/2014 sono state apportate alcune modifiche sia alla DGR n.1345/2013 sia alla DGR n.551/2013 sopra richiamate al fine di rimodellare i valori sulla base della prima applicazione nel corso del 2014.

La delibera n.541 del 15/07/2015 ha recepito il regolamento ministeriale sugli standard quali-quantitativi dell'assistenza ospedaliera, contestualizzando al territorio e all'organizzazione della rete ospedaliera regionale le indicazioni nazionali. Successivamente con delibera di Giunta Regionale n. 159 del 29/02/2016 sono stati approvati ulteriori provvedimenti necessari a completare l'attuazione del DM 70/2015.

Fuori dai confini regionali, i rapporti con le altre aziende sanitarie sul territorio nazionale sono rappresentati principalmente dai flussi di scambio generati dalle prestazioni ricevute da pazienti residenti nella Regione Marche da parte di altre aziende extraregione (c.d. mobilità passiva) o, contrariamente, dalle prestazioni erogate dall'AOUOORR a pazienti residenti in altre Regioni italiane o altri Paesi (c.d. mobilità attiva).

Tabella 98. Cessioni di servizio* per azienda del SSR richiedente (anni 2016-2015)

RICHIEDENTI		2016	2015
ASUR AREA VASTA 1	ZONA 1 - PESARO	4.902	4.440
	ZONA 2 - URBINO	5.935	5.647
	ZONA 3 - FANO	1.469	1.458
ASUR AREA VASTA 2	ZONA 4 - SENIGALLIA	13.804	14.885
	ZONA 5 - JESI	13.937	19.103
	ZONA 6 - FABRIANO	7.310	7.280
	ZONA 7 - ANCONA	110.599	107.648
ASUR AREA VASTA 3	ZONA 8 - CIVITANOVA MARCHE	4.748	4.026
	ZONA 9 - MACERATA	9.403	9.308
	ZONA 10 - CAMERINO	4.387	4.030
ASUR AREA VASTA 4	ZONA 11 - FERMO	8.015	8.263
ASUR AREA VASTA 5	ZONA 12 - SAN BENEDETTO	3.287	3.550
	ZONA 13 - ASCOLI PICENO	4.643	4.695
AA.OO. E INRCA	I.N.R.C.A.	49.946	49.084
	AZ. OSP. MARCHE NORD	2.719	2.615
CONVENZIONI	ENTI E AZIENDE VARIE	19.958	26.597
EXTRA REGIONE	ALTRE AZIENDE DEL SSN	1.986	1.746
Totale		267.048	274.375

*Nell'ambito delle cosiddette cessioni di servizio vengono inserite le attività erogate a pazienti esterni, ma ricoverati presso altri ospedali o prestazioni richieste da altri istituti pubblici e privati.

Figura 24. Cessione di servizio per azienda del SSR richiedente (anno 2016)

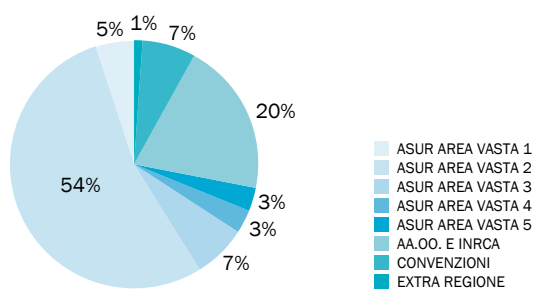


Tabella 99. Cessioni di servizio per branca richiesta (anni 2016-2015)

BRANCA	2016	2015
ANESTESIA	9	8
CARDIOLOGIA	1.184	1.759
CHIRURGIA GENERALE	295	302
CHIRURGIA PLASTICA	13	8
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	752	710
DERMOSIFILOPATIA	30	9
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	171	153
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	1.206	1.628
ENDOCRINOLOGIA	2	7
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	252	349
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE -	194.030	205.973
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	72	123
NEFROLOGIA	148	116
NEUROLOGIA	67	54
OCULISTICA	66	34
ONCOLOGIA	11	15
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	1	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	180	122
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	15	28
OTORINOLARINGOIATRIA	250	332
PNEUMOLOGIA	436	310
PSICHIATRIA	-	15
RADIOTERAPIA	657	744
UROLOGIA	35	32
ALTRE PRESTAZIONI	67.166	61.544
Totale	267.048	274.375

Al fine di dar evidenza del flusso di scambi tra i vari enti (regionali e nazionali), è necessario prestare attenzione ai dati relativi alle prestazioni altamente specialistiche che sono erogate dall'AOUOORR ai pazienti ricoverati presso le altre aziende del SSR (c.d. cessioni di servizio) nonché ai pazienti trasferiti dagli altri istituti regionali all'AOU e quelli dall'AOUOORR agli altri istituti regionali.

Tabella 100. Pazienti dimessi ad altro istituto SSR o SSN (anni 2016-2015)

	2016	2015
PIEMONTE	1	-
LOMBARDIA	7	5
VENETO	1	4
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	-
EMILIA ROMAGNA	8	11
TOSCANA	4	5
UMBRIA	8	10
MARCHE	1.559	1.316
LAZIO	8	8
ABRUZZO	26	6
MOLISE	-	1
PUGLIA	3	4
TRASFERITI AD ALTRO ISTITUTO PUBBLICO O PRIVATO DI RIABILITAZIONE	459	427
Totale	2.085	1.797

Tabella 101. Pazienti trasferiti all'AOUOORR da altro istituto SSR o SSN (anni 2016-2015)

	2016	2015
PIEMONTE	4	2
LOMBARDIA	16	8
PROV. AUTON. BOLZANO	1	1
PROV. AUTON. TRENTO	-	2
VENETO	5	4
FRIULI VENEZIA GIULIA	2	1
LIGURIA	2	-
EMILIA ROMAGNA	15	8
TOSCANA	7	1
UMBRIA	41	30
MARCHE	2.935	2.071
LAZIO	20	17
ABRUZZO	129	97
MOLISE	11	12
CAMPANIA	11	8
PUGLIA	7	19
BASILICATA	1	1
CALABRIA	5	2
SICILIA	6	2
STRANIERI	40	32
Totale	3.258	2.318

Il volontariato: un supporto di valore per il paziente

Le risorse delle Fondazioni

Le 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 affetto da malattie neuromuscolari e percorsi assistenziali completi.

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.



Progetti per il miglioramento della umanizzazione in clinica oncologica:

- Progetto "LA NUOVA ME. Pink day in pink room": dalla sinergia tra Clinica Oncologica e Fondazione, il progetto è un aiuto per le donne con percorso oncologico e prevede la possibilità di avere per le stesse, il primo lunedì di ogni mese, consulenze gratuite di professioniste esterne (esperte di maquillage, hair stylist, insegnanti di yoga) e di specialisti interni che hanno dato la loro disponibilità. La Fondazione, in particolare, gestisce l'accoglienza e la fase organizzativa delle prenotazioni. La pink room è stata inaugurata ufficialmente il giorno 8 Marzo 2016, Festa della donna.
- Progetto MUSIC DAY: il progetto ideato dalla Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona onlus, dalla Clinica Oncologica e dalla Associazione Accademia Musicale di Ancona. Il Music Day, svolto una volta al mese, si rivolge a pazienti, familiari ed operatori permettendo di eliminare la distanza "mondo interno-ospedale" e "mondo esterno-società".
- Nel mese di Dicembre 2016 il Music Day si è trasformato in un concerto di Natale. La Fondazione si è fatta carico della intera organizzazione, della comunicazione e dell'accordo di programma con l'Accademia Musicale di Ancona.

Progetto "Un libro sul cuscino"

Il progetto, condiviso con l'Avulss Ancona, ha lo scopo di allietare il tempo di coloro che sono in Ospedale (pazienti, familiari ecc.) prevedendo delle piccole biblioteche diffuse nei reparti. Il progetto è stato sviluppato con la catalogazione dei libri, donati da privati cittadini (narrativa, storia, ragazzi, giallo-noir, rosa, lingua straniera, saggistica e spiritualità). Accanto alle librerie (nelle sale di attesa di Ortopedia, Cardiologia, Cardiocirurgia pediatrica e congenita, Chirurgia e Otorino), sono state collocate locandine informative.

La Fondazione nel 2016 ha acquistato 2 librerie che sono state donate all'AOUOORR e collocate in Neurochirurgia.

Progetto DCA "Disturbi del comportamento alimentare"

Anche nel 2016 è proseguito il sostegno all'ambulatorio sui disturbi del comportamento alimentare che vede impegnata una psicologa con contratto stipulato con la Fondazione. All'interno degli Ospedali Riuniti è ormai presente e ben 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 e gestione post-acuzia in continuità del territorio.

Iniziative con finalità di raccolta fondi

Nel 2016, in collaborazione con le Associazioni Avulss e IOM, sono state organizzate varie giornate di "raccolta fondi con:

- i prodotti della Azienda Giampaoli per la Pasqua 2016;
- le rose di cera profumate e colorate, realizzate da un artigiano locale per la Festa della Mamma;
- le bags realizzate a mano dalle volontarie dell'Avulss e panettoni di Giampaoli per Natale;
- i libri di Mangiacristiani a supporto dei progetti di umanizzazione e per l'acquisto di un defibrillatore portatile di ultima generazione da usare nelle azioni con l'eliambulanza, in fase di verricello.

Altre iniziative di raccolta fondi prevedono:

- il calendario da tavolo 2017 (in parte utilizzato come veicolo di pubblicizzazione dei progetti legati al 118 e della stessa Fondazione);
- il torneo di burraco e di bridge e lotteria (l'intero ricavato, circa 2000 euro, è stato donato alla Fondazione per i progetti di umanizzazione in Oncologia e Rianimazione);
- lo spettacolo musicale al teatro delle muse di ancona (22 ottobre 2016) dal titolo "70 anni di musica dalla radio al CD" per il miglioramento dei progetti in Clinica Oncologica e nelle sale di attesa delle Rianimazioni (ricavato della serata 4700 euro). Lo spettacolo è stato possibile grazie alle provvidenze dell'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Ancona (gratuità del Teatro).

Partecipazione ad iniziative di screening e di visite gratuite

- Aprile 2016 "open week in rosa": visite senologiche e ginecologiche gratuite
- Maggio 2016: screening tiroide
- Ottobre 2016: giornata mondiale Obesity day, con consulenze endocrinologiche e di nutrizione
- Ottobre 2016: "mese rosa" con visite senologiche gratuite

Queste attività rappresentano un buon veicolo di pubblicizzazione e conoscenza della Fondazione, legata anche alla possibilità di piccole raccolte fondi. In queste iniziative, la Fondazione ha curato la fase organizzativa, di prenotazione e di accoglienza.

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 spedalizzato, 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 ha realizzato con L'AOUOORR sono tutti rivolti al miglioramento della qualità di vita in ospedale dei piccoli degenti e delle loro famiglie.



fondazione salesi
un ospedale per i bambini
onlus

Supporto Psicologico e accoglienza del bambino prematuro

Il progetto presente ormai da anni all'interno della Neonatologia dell'Ospedale Salesi si pone l'obiettivo di offrire un sostegno psicologico ai genitori che si trovano ad affrontare una nascita prematura o gravi patologie neonatali. Prendersi cura dei genitori da parte di una psicologa della Fondazione Salesi significa accompagnarli nel processo di accettazione di una realtà diversa con la disponibilità al dialogo ed all'incontro. Da settembre 2015 la figura della psicologa è stata inserita sia nelle consulenze neonatologiche prenatali a fianco del neonatologo sia in colloqui di supporto individuali con la madre e familiari durante la permanenza nei reparti di Ostetricia e Ginecologia per sostenere ed accogliere da subito la famiglia a rischio di nascita prematura e tutelare così la relazione con il piccolo ancora in pancia. L'obiettivo è preservare un'atmosfera di "tranquillità", elemento fondamentale per vivere al meglio la gravidanza e la successiva nascita.

Accogliere e trattare il dolore in Oncoematologia pediatrica

Una Psicologa è presente dal lunedì al venerdì presso il Day-Hospital e l'Ambulatorio della SOD di Oncoematologia Pediatrica; effettua "Tecniche Non Farmacologiche (TNF)" per il controllo del dolore e "Tecniche di Supporto-Relazione". La presenza continuativa della Psicologa ha permesso di "personalizzare" il trattamento, cioè di trovare la tecnica migliore per ogni paziente. Negli anni al progetto iniziale con Tecniche Non Farmacologiche si sono aggiunte molte altre attività portate avanti dalla psicologa. La Fondazione Salesi infatti crede fortemente, secondo le indicazioni del Ministero della Salute sull'argomento, che attraverso le tecniche chiamate "di Supporto-Relazione" si possa contribuire ad alleviare il dolore del bambino e dei suoi familiari. Per questo motivo nell'ambito di questo progetto si cerca di offrire un'assistenza a 360 gradi per ogni nucleo familiare.

Disturbi del comportamento alimentare

Il progetto nasce dalla constatazione della sempre maggiore precocità di esordio dei Disturbi Alimentari e dalla considerazione dell'importanza di intervenire in maniera completa nella cura di questi complessi disturbi per evitare cronicizzazioni e ricadute.

Una psicoterapeuta e una pediatra nutrizionista operano all'interno della SOD di Neuropsichiatria Infantile. La multidisciplinarietà del progetto garantisce la presa in carico simultanea e integrata degli aspetti organici, psicologici e nutrizionali sia dei pazienti che delle loro famiglie.

Gioco Terapeutico

La Fondazione dell'Ospedale Salesi da diversi anni ha attivato presso gli Ospedale Riuniti di Ancona progetti condotti da personale professionista con l'obiettivo di realizzare per i pazienti pediatrici percorsi di gioco terapeutico. Lo scopo non è quello di fornire strumenti occasionali di attività, di durata limitata, ma di esercitare un'influenza sulle attitudini e sulla compliance del bambino in Ospedale, non solo nei confronti delle terapie ma anche nei confronti del personale sanitario. Quello che la Fondazione Salesi cerca di attuare con i progetti dedicati riguarda la regola delle 3 A cioè Accoglienza, Ascolto e Accompagnamento, tre aspetti che possono risultare fondamentali nell'inserimento del bambino all'interno della dinamica ospedaliera. Si ritiene quindi che ogni attività proposta dovrebbe essere organizzata da professionisti o in caso di volontari in maniera professionale, prevedendo come avviene in Fondazione, una formazione continua per i suoi collaboratori e volontari. Da pochi mesi è attivo il servizio Gioco Terapeutico su chiamata con il quale gli operatori sanitari possono richiedere per i casi che ritengono opportuni la presenza di professionisti.

Operatore Ludico

L'Operatore ludico opera dal lunedì al venerdì all'interno dei reparti pediatrici proponendo attività ludico-ricreative consone all'età e alle disposizioni psico-fisiche dei bambini.

Favole della Buonanotte

Il progetto delle Favole della Buonanotte attivo già da diversi anni prevede la presenza di volontari formati, tramite corsi di formazione/aggiornamento della Fondazione Salesi, nei reparti pediatrici degli Ospedali Riuniti di Ancona. La Fondazione mette a disposizione non solo libri di lettura, ma anche giochi, disegni da colorare e colori. Dall'analisi delle griglie compilate a fine turno dai volontari risulta che il progetto nell'anno 2016 ha coinvolto più di 3.000 bambini.

Ludoteca del Riuso

L'attività ludico-creativa portata avanti dalla Cooperativa COSTESS con lo scopo di offrire ai bambini uno "spazio-tempo" particolare, durante il quale possano svolgere attività in grado di sviluppare creatività e manualità attraverso il riuso di materiale povero.

La Ludoteca offre infatti uno stimolo costante a immaginare, progettare e costruire giocattoli con le proprie mani, proponendo i valori del recupero dei materiali del riuso e del riciclaggio creativo. Un modo diverso, positivo e costruttivo di associare divertimento con l'ecologia, per rendere meno triste la degenza ospedaliera.

Pet Therapy/Dog on Call

Il ricovero ospedaliero è sempre motivo di tensione e preoccupazione per il bambino e i suoi familiari. Gli incontri di Pet Therapy, offrono ai degenti e ai genitori la possibilità di distrarsi e divertirsi, di allentare l'ansia dovuta al ricovero e di sperimentare un clima sereno fatto di giochi, risate e allegria. Su richiesta si prevede l'intervento personalizzato di un operatore con cane addestrato preventivamente preparati in base alle esigenze del bambino ricoverato.

Niente Dolore in Corsia Clown Terapia

I Clown Dottori della Fondazione dell'Ospedale Salesi sono presenti dal lunedì al venerdì ogni mattina. Prima di iniziare la loro attività si svolge una breve riunione con il personale ospedaliero al fine di realizzare un intervento il più possibile ad personam, tenendo conto delle necessità specifiche del paziente, della sua famiglia e del contesto in cui sta vivendo.

Musicoterapia

Il progetto prevede dei professionisti presenti dal lunedì al venerdì che riescono a coinvolgere anche i piccolissimi, proponendo canzoni e ninna nanne e stimolando gli stessi genitori a cantare accompagnati dai loro strumenti.

[App interattiva "L'Ospedale non fa più paura".](#)

L'App mostra, in maniera interattiva, con un linguaggio adeguato alla fascia di età che si vuole raggiungere, le varie procedure mediche a cui il bambino o l'adolescente ricoverato, o in visita dovrà sottoporsi: prelievo ematico, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, ecocardiogramma, spirometria, prove allergiche, raggi, fino ad arrivare a esami più complessi come risonanza magnetica e tac. Il progetto ha lo scopo di preparare un bambino o un adolescente a vivere l'ospedalizzazione non più come un trauma ma come un'esperienza di crescita.

L'App, scaricabile gratuitamente, ha una veste grafica semplice e è di facile utilizzo sia per i pazienti pediatrici che per i loro genitori.

Corsi di formazione

Sono previsti corsi di formazione sulla comunicazione per il personale medico e infermieristico.

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. E' costituita in memoria del Dr. Dante Paladini. La Fondazione 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 vari fasi evolutive della malattia, quanto più completo ed integrato possibile tra le professionalità, le organizzazioni di volontariato ed i servizi del territorio regionale. La Fondazione si propone quindi 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.



La Fondazione Cariverona

Da anni l'Azienda partecipa ai bandi progettuali emessi dalla Fondazione Cariverona per supportare con co-finanziamenti i propri territori di riferimento su iniziative coerenti con i documenti programmatici annuali definiti dalla Fondazione medesima. Sin dal 2003, la Fondazione ha, pertanto, approvato e sostenuto numerosi progetti. Tale preziosa collaborazione ha permesso, nel tempo, il potenziamento delle tecnologie sanitarie dell'AOUOORR nei diversi settori di assistenza.



La Fondazione Cariverona ha fornito 400 dei 683 mila euro necessari ad acquistare il nuovo TC simulatore Aquillion One (16 strati) Toshiba, che permette di acquisire le immagini Tc indispensabili per il trattamento radioterapico dei pazienti affetti da neoplasie.

La macchina, grazie alle sue caratteristiche tecniche, riesce ad individuare il volume del bersaglio e gli organi a rischio anche su pazienti obesi e portatori di protesi metalliche, che spesso non potevano usufruire della radioterapia. Inoltre, tale apparecchio permette di fare una Tac 4D offline, grazie al fatto che il macchinario è in grado di legarsi al ritmo respiratorio, muovendosi insieme ad esso e fotografando l'organo in ogni istante della respirazione.

L'opera dei volontari delle associazioni di volontariato a servizio dei pazienti

Sono molte le associazioni di volontariato che prestano il loro tempo e le loro risorse a servizio dei pazienti. La totalità di quelle 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.

L'Azienda Ospedali Riuniti collabora esclusivamente con Organizzazioni accreditate, a seguito dell'iscrizione al Registro Aziendale delle Associazioni, in base al Regolamento che disciplina l'attività svolta dai Volontari all'interno dell'Ospedale.

In data 01/03/2016 è stato avviato il nuovo registro aziendale delle associazioni di volontariato e di tutela che svolgono attività presso questa Azienda (fino al 29/02/2018). Segue l'elenco delle organizzazioni che operano in ambito socio-sanitario, assistenziale e educativo all'interno dell'AOUOORR iscritte al registro.

Determina del Direttore Generale n. 315 del 26 mag. 2016 per "Prendere atto del Regolamento interno, approvato nella seduta del 23 maggio 2016 dall'Assemblea delle Associazioni di Volontariato autorizzate ad operare presso questa Azienda"

Per le associazioni di volontariato è previsto un regolamento riconosciuto dall'AOUOORR, il quale disciplina il loro funzionamento e le elezioni degli organi dell'Assemblea e dei suoi rappresentanti nel comitato di partecipazione.

Inoltre, con la determina del Direttore Generale n. 343 del 08/06/2016 è stato costituito presso l'AOUOORR il comitato di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute, composto da:

- a) il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato;
- b) un responsabile U.R.P. dell'Azienda o suo delegato;
- c) un rappresentante dei professionisti operanti nell'Azienda ospedaliera, designato dal collegio di direzione;
- d) un dirigente aziendale dell'area delle professioni sanitarie;
- e) undici membri designati dalle associazioni di volontariato e di tutela del diritto alla salute, operanti in ambito sanitario presenti a livello aziendale.

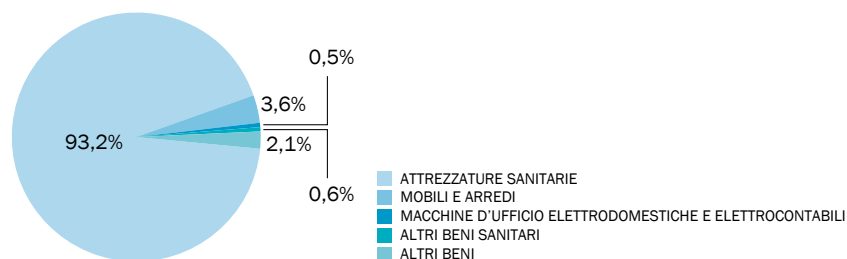
Tabella 102. Elenco delle associazioni di volontariato

A.G.E. (ASSOCIAZIONE ITALIANA GENITORI)
A.I.L. (ASSOCIAZIONE ITALIANA CONTRO LE LEUCEMIE)
AMBAC (ASSOCIAZIONE MARCHIGIANA PER IL BAMBINO CARDIOPATICO)
AMBALT (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)
ANED (ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMODIALIZZATI, DIALISI E TRAPIANTO)
ANLAIDS (ASSOCIAZIONE NAZIONALE LOTTA CONTRO L'AIDS)
ANVOLT (ASSOCIAZIONE NAZIONALE VOLONTARI LOTTA CONTRO I TUMORI)
IL BAULE DEI SOGNI (ASSOCIAZIONE DI CLOWNTERAPIA)
PATRONESSE (ALIAS 'APAPS')
RAFFAELLO (ASSOCIAZIONE)
A.V.I.S. COMUNALE ANCONA (ASSOCIAZIONE ITALIANA VOLONTARI DEL SANGUE)
A.N.T.R. (ASSOCIAZIONE NAZIONALE TRAPIANTATI DI RENE)
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 IOM ISTITUTO ONCOLOGICO MARCHIGIANO ONLUS
MOVIMENTO PER LA VITA DI ANCONA
TRIBUNALE DELLA SALUTE
U.I.L.D.M. (UNIONE ITALIANA LOTTA ALLA DISTROFIA MUSCOLARE)
DENTRO IL SORRISO
VIP CLAUDI CIOFEGA ONLUS VIVIAMO IN POSITIVO
L.I.F.C. (LEGA ITALIANA FIBROSI CISTICA - ASSOCIAZIONE MARCHIGIANA)
A.I.T.A. MARCHE ONLUS (ASSOCIAZIONE ITALIANA AFASICI)
QUI SALUTE DONNA ONLUS (ASSOCIAZIONE DI TUTELA)
A.I.D.O. (ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA DONAZIONE DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE)
LA QUERCIA MILLENARIA (ONLUS)
FI.MAR. - FIBROMIALGIA NELLE MARCHE (ONLUS)
IL SOLE DI GIORGIA (ONLUS)

Donazioni da associazioni, fondazioni, privati e altri enti

I rapporti con associazioni, fondazioni, privati ed altri enti includono donazioni di apparecchiature e di beni, utilizzati dall'AOUOORR per la soddisfazione dei fabbisogni assistenziali. Nel 2016, il totale delle donazioni è pari a € 165.440 (€ 426.698 nel 2015)

Figura 25. Dettaglio donazioni beni (anni 2016-2015)



L'impatto sul capitale produttivo

Il patrimonio aziendale

Analizzando il capitale produttivo, emerge il ruolo strategico assunto dagli investimenti in tecnologie sanitarie, finalizzati, ad esempio, all'acquisizione di impianti o macchinari da impiegare nelle attività diagnostiche e terapeutiche e quello assunto dagli investimenti strutturali, rappresentati, ad esempio, da ristrutturazioni di edifici esistenti o dall'acquisizione di nuovi edifici ecc.

Il patrimonio dell'AOUOORR 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. 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 Lancisi di Ancona. L'azienda, inoltre, ha in locazione passiva un magazzino per la gestione delle attività economiche sito nel Comune di Ancona.

Le immobilizzazioni materiali registrano un valore di 170.706.305 euro nel 2016 e di 176.505.480 euro nel 2015. Le voci più rilevanti sono quelle dei fabbricati (132.698.541 nel 2016 euro e 139.128.131 euro nel 2015), degli impianti e macchinari (21.234.497 euro nel 2016 e 19.762.441 euro nel 2015) e delle attrezzature sanitarie e scientifiche per un valore di 7.153.217 euro nel 2016 e 7.073.972 euro nel 2015. Unitamente alle immobilizzazioni richiamate sono da considerare quelle derivanti da donazioni, richiamate nel paragrafo "Le donazioni da associazioni, fondazioni e privati e altri enti" nel paragrafo precedente.

Tabella 103. Immobilizzazioni materiali (anni 2016-2015)

IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	2016	2015
1) TERRENI	€ 2.210.668	€ 2.210.668
A) TERRENI DISPONIBILI	€ 2.150.493	€ 2.150.493
B) TERRENI INDISPONIBILI	€ 60.175	€ 60.175
2) FABBRICATI	€ 132.698.541	€ 139.128.131
A) FABBRICATI NON STRUMENTALI (DISPONIBILI)	€ 4.300.952	€ 4.300.952
B) FABBRICATI STRUMENTALI (INDISPONIBILI)	€ 128.397.589	€ 134.827.179
3) IMPIANTI E MACCHINARI	€ 21.234.497	€ 19.762.441
4) ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	€ 7.153.217	€ 7.073.972
5) MOBILI E ARREDI	€ 255.930	€ 243.386
6) AUTOMEZZI	€ 8.418	€ 14.030
7) OGGETTI D'ARTE	-	-
8) ALTRE IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	€ 1.551.416	€ 1.801.326
9) IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI IN CORSO E ACCONTI	€ 5.593.619	€ 6.271.526
Totale Immobilizzazioni materiali	€ 170.706.305	€ 176.505.480

Focus: le apparecchiature

Nel 2016, le apparecchiature elettromedicali censite sono n. 11.048 (n. 11.727 nel 2015), per un valore di sostituzione complessivo pari a € 110.303.069 (€ 112.778.801 nel 2015). Nella valorizzazione del parco tecnologico sono comprese tutte le apparecchiature acquisite, in proprietà, con contratti di comodato d'uso, service, leasing, noleggio e, infine, quelle di proprietà dell'Università Politecnica delle Marche impiegate ai fini assistenziali.

Tabella 104. Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali (anni 2016-2015)

	2016	2015
PROPRIETÀ	7.829	8.082
UNIVERSITÀ	756	804
LEASING E NOLEGGIO	153	148
SERVICE E COMODATO	2.310	2.692

Tabella 105. Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (anno 2016)

ALTO		MEDIO		BASSO	
NUMERO APP.	VALORE (€)	NUMERO APP.	VALORE (€)	NUMERO APP.	VALORE (€)
661	42.440.772	8.245	62.986.174	2.142	4.876.123

Dai valori riportati nella precedente tabella si evidenzia che il numero maggiore di apparecchiature è a medio grado tecnologico con un valore pari a 62.986.174 euro. La percentuale di obsolescenza del parco macchine del 2016 ha registrato un 47% di macchinari con più di 10 anni. Tale situazione, seppur in lieve miglioramento rispetto al 2015, mette in luce la necessità di avere a disposizione maggiori risorse da investire in nuovi macchinari.

Tabella 106. Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco macchine (anni 2016-2015)

	2016	2015
< 5 ANNI	28%	24%
> 5 E < 10 ANNI	25%	25%
> 10 ANNI	47%	51%

L'impatto sul capitale naturale

Il risparmio energetico

L'AOUOORR attua costantemente azioni mirate a perseguire la razionalizzazione dei consumi energetici, mediante attenzione nella definizione delle condizioni contrattuali con il fornitore di energia e promozione di specifici progetti. A tal proposito, l'AOUOORR ha in essere un contratto di fornitura tramite global service, ove nel costo annuale del canone sono compresi i compensi per le forniture di energia elettrica, gas metano ed acqua, oltre i servizi di manutenzione e lavori. I dati 2016 mostrano un decremento dei consumi di energia elettrica (-0,5% rispetto al 2015) e dei consumi di acqua (-4,9% rispetto al precedente anno); i consumi di gas metano hanno, invece, subito un lieve incremento (+5%).

Tabella 107. Consumi energetici (anni 2016-2015)

TIPOLOGIA DI CONSUMO	UNITÀ DI MISURA	2016	2015
		CONSUMI TOTALI	CONSUMI TOTALI
ENERGIA ELETTRICA	MWH	25.510	25.649
GAS METANO	Nmc	6.246.534	6.451.570
ACQUA	MC	237.219	225.829

I rifiuti e le politiche di smaltimento

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. I rifiuti prodotti dall'AOUOORR possono essere classificati in: rifiuti pericolosi a rischio infettivo (es. materiale contaminato da sangue), rifiuti pericolosi a rischio chimico (es. sostanze di laboratorio), rifiuti non pericolosi (es. farmaci), rifiuti assimilati ai rifiuti urbani (es. indifferenziato, raccolte differenziate).

Tabella 108. Rifiuti sanitari pericolosi per codice, espressi in kg prodotti (anni 2016-2015)

	2016	2015
ALTRI SOLVENTI ORGANICI, SOLUZIONI DA LAVAGGIO ED ACQUE MADRI	-	-
TONER PER STAMPANTI ESAURITI	537	471
SOLUZIONI DI SVILUPPO E ATTIVANTI A BASE ACQUOSA	300	10
SOLUZIONI FISSATIVE	388	5
CARTA E PELLICOLA PER FOTOGRAFIA CONTENENTI ARGENTO	-	-
IMBALLAGGI CARTA E CARTONE	241.783	222.820
IMBALLAGGI IN PLASTICA	101.100	106.340
IMBALLAGGI IN MATERIALI MISTI	-	-
IMBALLAGGI IN VETRO	68.345	76.542
APPARECCHIATURE FUORI USO CONTENENTI CLUOROFUOROCARBURI	608	248
APPARECCHIATURE FUORI USO	472	489
BATTERIE ALCALINE	294	279
RIFIUTI MISTI DERIVANTI DA DEMOLIZIONI E COSTRUZIONI	-	385
RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (RIFIUTI SPECIALI)	570.414	582.984
RIFIUTI CHE NON DEVONO ESSERE RACCOLTI E SMALTITI APPLICANDO PRECAUZIONI PARTICOLARI PER EVITARE INFEZIONI (RIFIUTI SPECIALI)	955	1.948
SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE	45.081	45.456
SOSTANZE CHIMICHE	-	-
MEDICALI	480	540
TUBI FLUORESCENTI ED ALTRI RIFIUTI CONTENENTI MERCURIO	11	15
BATTERIE ED ACCUMULATORI	-	-
METALLO	8.110	-
RIFIUTI INGOMBRANTI	9.880	5.280
Totale	1.048.758	1.043.811

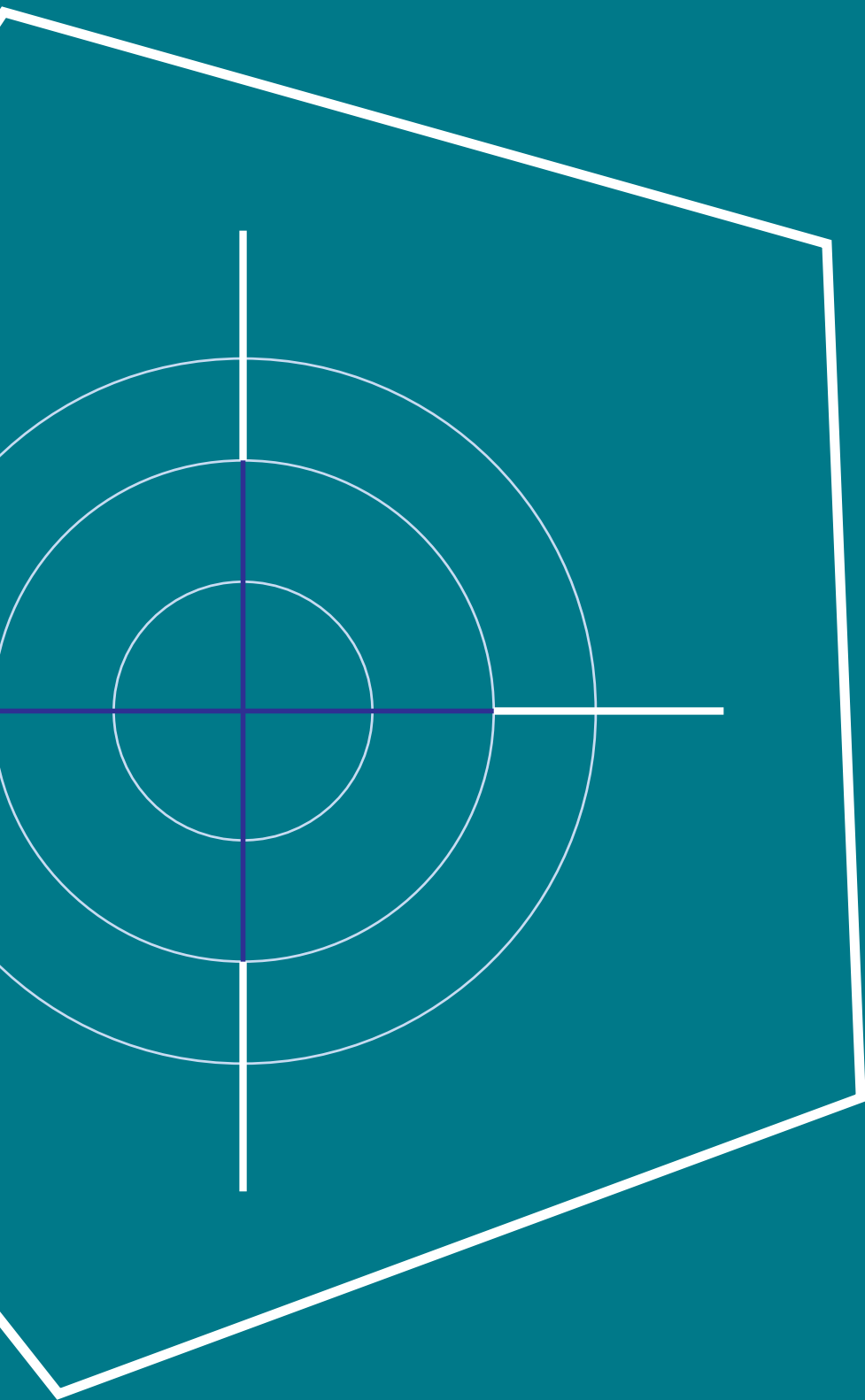
L'Azienda da un decennio attua strategie organizzative e gestionali che hanno permesso la riduzione dei rifiuti pericolosi e incremento dei rifiuti raccolti in maniera differenziata. Le macro-azioni intraprese per raggiungere i predetti obiettivi sono:

- 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.



La risposta al bisogno di salute



Al fine di esprimere i risultati, in termini di qualità delle prestazioni erogate dall'AOUOORR nei vari ambiti di attività, si riportano di seguito alcuni indicatori di outcome. Gli indicatori presi a riferimento sono tratti da diverse fonti informative.

Gli outcome – Il Piano Nazionale Esiti

Il Piano Nazionale Esiti, attività istituzionale del SSN, valuta, a livello nazionale, l'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure prodotte nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale. La tabella che segue evidenzia per alcuni degli indicatori definiti a livello nazionale, il posizionamento dell'AOUOORR nell'anno 2016. Tenuto conto che non risultano ancora disponibili gli indicatori relativi al 2016, essi sono stati ricalcolati dall'Azienda secondo il protocollo PNE, senza però considerare gli eventuali aggiustamenti per il rischio in quanto non calcolabili a livello aziendale; inoltre, gli indicatori di mortalità sono calcolati a livello intraospedaliero non avendo disponibile l'anagrafica dei pazienti deceduti fuori dalle mura ospedaliere. La tabella evidenzia le cinque fasce di valutazione nazionali. Gli indicatori di misurazione degli esiti indicano buoni risultati da parte dell'azienda ed evidenziano i miglioramenti da perseguire. Su 21 indicatori, n. 15 indicatori (71%) si posizionano sul verde (livello molto alto e alto), 4 sul giallo e solo 2 sono nell'ambito delle aree critiche (arancione/rosso).

Tabella 109. Alcuni indicatori di outcome - Piano Nazionale Esiti (anno 2016)

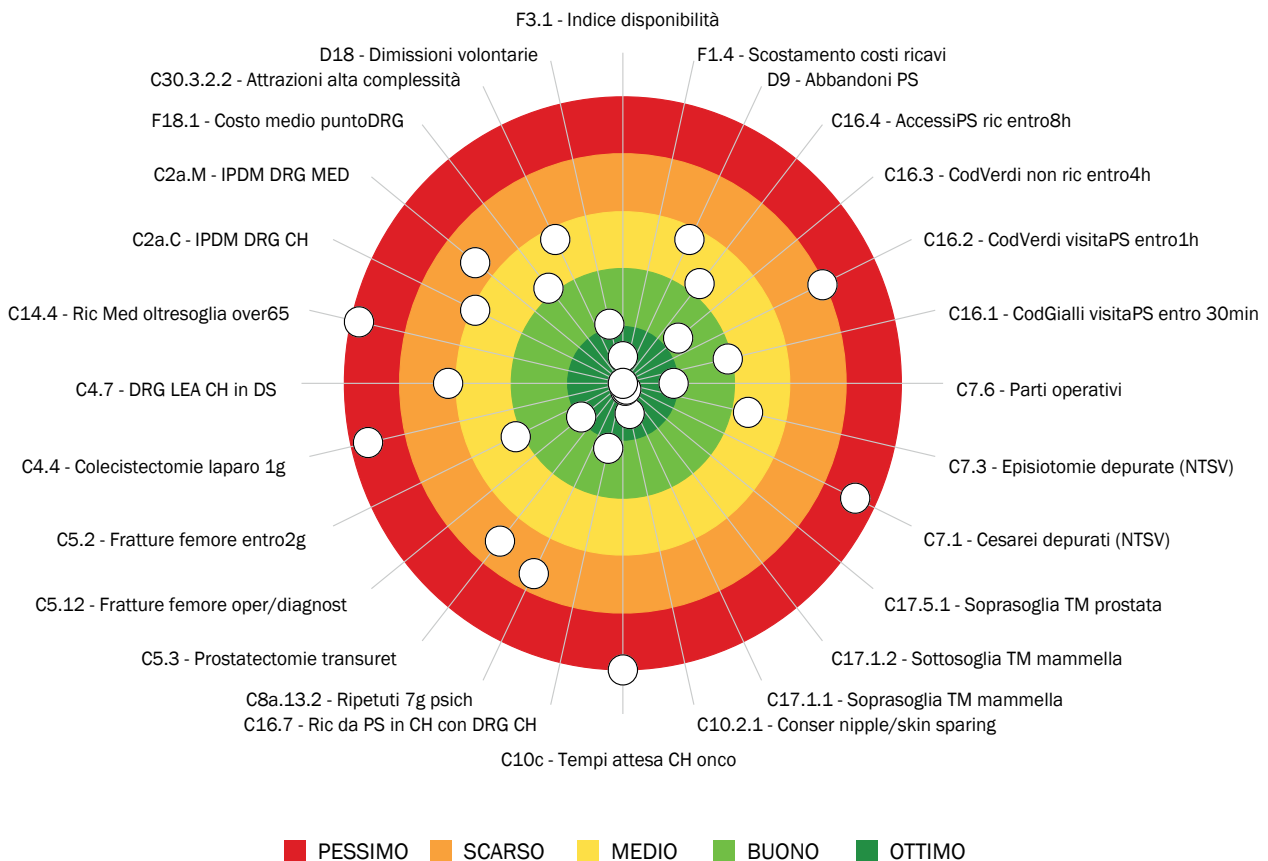
AREA CLINICA	INDICATORE	ANNO 2016	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
CARDIOCIRCOLATORIO	INFARTO MIocardico ACUTO: MORTALITÀ A 30 GIORNI	6,2%	≤ 6	6- 8	8- 12	12- 14	> 14
	INFARTO MIocardico ACUTO: % TRATTATI CON PTCA ENTRO 2 GIORNI	53,85%	≥ 60	45 -60	35 -45	25 -35	< 25
	SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO: MORTALITÀ A 30 GIORNI	2,34%	≤ 6	6- 9	9- 14	14- 18	> 18
	BY-PASS AORTOCORONARICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI	0,28%	≤ 1.5		1.5- 4		> 4
	VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE: MORTALITÀ A 30 GIORNI	1%	≤ 1.5		1.5- 4		> 4
	RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO DELL'AORTA ADDOMINALE: MORTALITÀ A 30 GIORNI	0%	≤ 1		1- 3		> 3
NERVOSO	ICTUS ISCHEMICO: MORTALITÀ A 30 GIORNI	3,55%	≤ 8	8- 10	10- 14	14- 16	> 16
	INTERVENTO CHIRURGICO PER T CEREBRALE: MORTALITÀ A 30 GIORNI DALL'INTERVENTO DI CRANIOTOMIA	3,95%	≤ 1.5		1.5- 3.5	3.5- 5	> 5
RESPIRATORIO	BPCO RIACUTIZZATA: MORTALITÀ A 30 GIORNI	4,2%	≤ 5	5- 7	7- 12	12- 16	> 16
CH. GENERALE	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: % RICOVERI CON DEGENZA POST-OPERATORIA < 3 GIORNI	67%	≥ 80	70 -80	60 -70	50 -60	< 50
	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA: % INTERVENTI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 90 CASI	95%	=100	80 -100	50 -80	30 -50	< 30
CH. ONCOLOGICA	INTERVENTO CHIRURGICO PER TM MAMMELLA: % INTERVENTI IN REPARTI CON VOLUME DI ATTIVITÀ > 135 CASI	99%	=100	80 -100	50 -80	30 -50	< 30
	PROPORZIONE DI NUOVI INTERVENTI DI RESEZIONE ENTRO 120 GIORNI DA UN INTERVENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO	6,4%	≤ 5	5- 8	8- 12	12- 18	> 18
	INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE: MORTALITÀ A 30 GIORNI	0%	≤ 0.5		0.5- 3		> 3
	INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO: MORTALITÀ A 30 GIORNI	0%	≤ 2	2- 4	4- 7	7- 10	> 10
	INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON: MORTALITÀ A 30 GIORNI	3,11%	≤ 1	1- 3	3- 6	6- 8	> 8

AREA CLINICA	INDICATORE	ANNO 2016	MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
GRAVIDANZA E PARTO	PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO	31,5%	≤ 15	15- 25	25- 30	30- 35	> 35
	PARTI NATURALI: PROPORZIONE DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO	0,7%	≤ 0.20		0.20- 0.70		> 0.70
	PARTI CESAREI: PROPORZIONE DI COMPLICANZE DURANTE IL PARTO E IL PUERPERIO	0,4%	≤ 0.30		0.30- 1.2		> 1.2
OSTEOMUSCOLARE	FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE: INTERVENTO CHIRURGICO ENTRO 2 GIORNI	62,20%	≥ 70	60 -70	50 -60	40 -50	< 40
	FRATTURA DELLA TIBIA E PERONE: TEMPI DI ATTESA PER INTERVENTO CHIRURGICO	2	< 2	2 -4	4 -6	6 -8	≥ 8

Gli outcome - Sistema di valutazione delle performance (Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa)

Il Sistema di valutazione delle performance, progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, mira a fornire una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra realtà differenti (Cfr. <http://performance.sssup.it>), fornendo un quadro di confronto sul singolo indicatore. Il processo di condivisione inter-regionale ha portato alla selezione di circa 300 indicatori, di cui 150 di valutazione e 150 di osservazione, volti a descrivere e confrontare, tramite un processo di benchmarking, le diverse dimensioni della performance del sistema sanitario. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio, che offre un intuitivo quadro di sintesi della performance ottenuta dall'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona. I dati si riferiscono all'anno 2016.

Per ciascun indicatore considerato nel bersaglio, il confronto con le altre Aziende Ospedaliere-Universitarie sul territorio nazionale, che hanno aderito alla raccolta dati è rappresentato nelle tabelle seguenti. A ciascun indicatore è attribuito un colore corrispondente ad una fascia di valutazione:



LA VALUTAZIONE SANITARIA

C16.4 Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore

Formula: (N. accessi in PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore/N. Totale accessi inviati al ricovero)

AZIENDA	VALORE
AOU PARMA	58,880
OO.RR. FOGGIA	73,160
AOU SENESE	74,972
AOU PISANA	78,729
AOU CAREGGI	80,466
AOU VERONA	87,635
AOU POL. BARI	87,930
AOU OSP. RIUN. ANCONA	88,885
AOU BOLOGNA	94,580
IRCCS S. MARTINO	95,230
AOU MODENA	95,440
AO TERNI	96,905
AOU FERRARA	97,370
MEYER	99,225
AO PERUGIA	99,459

C16.2 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

Formula: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora x 100/N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde

AZIENDA	VALORE
AOU FERRARA	53,92
AOU PISANA	54,783
AOU VERONA	59,11
AOU BOLOGNA	59,53
AO TERNI	59,651
AOU OSP. RIUN. ANCONA	60,164
AOU PARMA	62,99
AO PERUGIA	63,502
AOU MODENA	64,09
MEYER	64,521
OO.RR. FOGGIA	64,53
AOU POL. BARI	64,74
IRCCS S. MARTINO	65,144
AOU CAREGGI	65,715
AOU SENESE	90,836

C7.6 Percentuale di parti con utilizzo di ventosa o forcipe

Formula: Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe x 100/Numero parti vaginali

AZIENDA	VALORE
AOU BOLOGNA	10,82
IRCCS S. MARTINO	10,64
AOU MODENA	8,04
AOU PARMA	7,49
AO PERUGIA	6,657
AOU CAREGGI	5,926
AOU POL. BARI	5,859
AOU PISANA	4,851
AOU VERONA	4,016
AO TERNI	3,712
OO.RR. FOGGIA	3,283
AOU FERRARA	3,18
AOU OSP. RIUN. ANCONA	2,282
AOU SENESE	1,707

C16.3 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza entro le 4 ore

Formula: N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100 /N. accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero

AZIENDA	VALORE
AOU VERONA	71,415
AO TERNI	73,021
AOU BOLOGNA	73,560
AOU CAREGGI	74,837
AOU PISANA	74,965
AOU SENESE	77,789
AOU PARMA	78,190
AOU FERRARA	79,130
OO.RR. FOGGIA	80,850
AOU MODENA	81,560
IRCCS S. MARTINO	83,108
AOU POL. BARI	84,110
AOU OSP. RIUN. ANCONA	88,637
AO PERUGIA	89,147
MEYER	89,208

C16.1 Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

Formula: Numeratore: N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100/N. accessi in Pronto Soccorso con codice giallo

AZIENDA	VALORE
IRCCS S. MARTINO	36,856
OO.RR. FOGGIA	38,320
AOU PISANA	46,799
AOU POL. BARI	46,800
AOU FERRARA	57,960
AOU CAREGGI	58,549
AO TERNI	67,392
AOU BOLOGNA	72,220
AOU MODENA	77,840
AOU OSP. RIUN. ANCONA	80,631
AOU VERONA	82,911
AO PERUGIA	89,721
AOU PARMA	90,500
MEYER	93,607
AOU SENESE	96,502

C7.3 Percentuale di episiotomie su parti vaginali depurati (NTSV)

Formula: Numero di episiotomie effettuate su parti vaginali depurati (NTSV) x 100/Numero di parti vaginali depurati (NTSV)

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	75,884
AO TERNI	58,75
OO.RR. FOGGIA	45,404
AO PERUGIA	37,937
AOU OSP. RIUN. ANCONA	28,218
AOU PISANA	26,769
AOU FERRARA	22,32
AOU PARMA	18,61
AOU SENESE	18,258
AOU VERONA	16,726
AOU CAREGGI	14,582
AOU MODENA	8,71
IRCCS S. MARTINO	5,2
AOU BOLOGNA	1,19

C7.1 Percentuale parti cesarei depurati (NTSV)

Formula: Numero di parti cesarei depurati (NTSV) x 100/Numero di parti depurati (NTSV)

AZIENDA	VALORE
IRCCS S. MARTINO	34,02
AOU OSP. RIUN. ANCONA	33,183
AOU PISANA	31,039
AOU POL. BARI	29,961
AOU SENESE	29,328
AOU BOLOGNA	27,390
OO.RR. FOGGIA	27,128
AOU CAREGGI	22,324
AOU FERRARA	20,440
AOU MODENA	18,980
AO PERUGIA	18,971
AOU VERONA	18,869
AOU PARMA	18,120
AO TERNI	17,565

C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

Formula: N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia/ N. ricoveri erogati totali

AZIENDA	VALORE
AO TERNI	-
AO PERUGIA	56,721
AOU POL. BARI	81,89
AOU PARMA	82,71
IRCCS S. MARTINO	90,796
AOU OSP. RIUN. ANCONA	98,725
AOU BOLOGNA	99,05
AOU FERRARA	99,19
OO.RR. FOGGIA	99,34
AOU VERONA	99,757
AOU CAREGGI	99,761
AOU MODENA	100
AOU SENESE	100
AOU PISANA	100

C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella

Formula: Numero di interventi chirurgici conservativi o nipple/skin sparing su corpo mammario per carcinoma infiltrante e in situ x 100/Numero di interventi chirurgici alla mammella per carcinoma infiltrante e in situ

AZIENDA	VALORE
AOU SENESE	76,087
AOU POL. BARI	79,84
AOU BOLOGNA	82,04
OO.RR. FOGGIA	82,21
AO PERUGIA	84,543
AOU VERONA	85,615
AO TERNI	86,705
IRCCS S. MARTINO	87,032
AOU CAREGGI	87,5
AOU FERRARA	88,59
AOU PARMA	88,63
AOU OSP. RIUN. ANCONA	88,985
AOU PISANA	89,297
AOU MODENA	90,77

C17.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla mammella

Formula: Radice quadrata della somma delle distanze dalla soglia al quadrato per ciascun reparto moltiplicato per la percentuale di ricoveri sotto soglia sul totale dei ricoveri per azienda di erogazione/Radice quadrata del numero totale di reparti sotto soglia

AZIENDA	VALORE
AO TERNI	87,02
AOU PARMA	23,16
IRCCS S. MARTINO	12,623
AOU POL. BARI	9,56
AO PERUGIA	7,79
AOU OSP. RIUN. ANCONA	1,883
AOU BOLOGNA	1,41
AOU FERRARA	1,2
OO.RR. FOGGIA	0,98
AOU VERONA	0,363
AOU CAREGGI	0,356

C17.5.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata

Formula: N. ricoveri erogati in reparti sopra soglia/N. ricoveri erogati totali

AZIENDA	VALORE
AOU FERRARA	-
AO TERNI	66,667
AO PERUGIA	99,219
AOU CAREGGI	99,8
AOU BOLOGNA	100
AOU PARMA	100
AOU OSP. RIUN. ANCONA	100
OO.RR. FOGGIA	100
AOU POL. BARI	100
AOU SENESE	100
AOU PISANA	100
AOU VERONA	100

C5.3 Percentuale di interventi di prostatectomia transuretrale

Formula: Numero di interventi di prostatectomia transuretrale x 100/Numero interventi di prostatectomia

AZIENDA	VALORE
AOU OSP. RIUN. ANCONA	69,792
AOU CAREGGI	76,509
AOU BOLOGNA	78,72
AOU PISANA	80,864
IRCCS S. MARTINO	82,143
AOU SENESE	82,667
AO TERNI	90,055
OO.RR. FOGGIA	90,48
AOU VERONA	91,286
AOU FERRARA	91,55
AO PERUGIA	94,595
AOU PARMA	94,97
AOU POL. BARI	100

C16.7 Percentuale di ricoveri ospedalieri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

Formula: N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione/N. ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici

AZIENDA	VALORE
OO.RR. FOGGIA	34,070
AOU POL. BARI	47,360
AO TERNI	52,159
AO PERUGIA	54,552
AOU VERONA	56,588
MEYER	61,823
AOU BOLOGNA	61,860
IRCCS S. MARTINO	68,203
AOU FERRARA	69,740
AOU MODENA	72,200
AOU OSP. RIUN. ANCONA	73,302
AOU PARMA	75,460
AOU PISANA	75,485
AOU SENESE	78,267
AOU CAREGGI	79,350

C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni dalla dimissione per patologie psichiatriche

Formula: N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche entro 7 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni x 100/N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni dal 1 gennaio al 24 dicembre

AZIENDA	VALORE
AOU FERRARA	7,95
AO PERUGIA	6,767
AO TERNI	6,306
IRCCS S. MARTINO	6,147
AOU OSP. RIUN. ANCONA	5,319
AOU MODENA	4,92
AOU VERONA	4,808
AOU SENESE	4,286
AOU CAREGGI	4,094
AOU PISANA	3,438
AOU POL. BARI	2,82
AOU BOLOGNA	2,18
AOU PARMA	0,65
OO.RR. FOGGIA	0,49

C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

Formula: N. gg tra data di prenotazione e data del ricovero per intervento chirurgico per tumore/N. di ricoveri per intervento chirurgico per tumore

AZIENDA	VALORE
AOU OSP. RIUN. ANCONA	50,941
AO PERUGIA	43,804
AO TERNI	42,883
AOU PISANA	42,352
AOU CAREGGI	42,013
AOU BOLOGNA	41,152
IRCCS S. MARTINO	35,901
AOU VERONA	34,055
AOU MODENA	31,146
AOU POL. BARI	29,514
AOU SENESE	27,037
OO.RR. FOGGIA	26,898
AOU FERRARA	23,303
AOU PARMA	21,312

C5.2 Percentuale di interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni

Formula: Numero interventi per frattura del collo del femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤ 2 giorni x 100/Numero interventi per frattura del collo del femore

AZIENDA	VALORE
AO TERNI	40,688
AO PERUGIA	49,289
OO.RR. FOGGIA	54,700
AOU FERRARA	64,130
IRCCS S. MARTINO	64,452
AOU OSP. RIUN. ANCONA	65,333
AOU PARMA	70,150
AOU MODENA	70,670
AOU CAREGGI	76,349
AOU PISANA	77,083
AOU POL. BARI	78,050
AOU SENESE	78,700
AOU VERONA	80,115
AOU BOLOGNA	84,400

C4.4 Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

Formula: N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100/N. colecistectomie laparoscopiche

AZIENDA	VALORE
OO.RR. FOGGIA	0,750
AO TERNI	4,902
AOU OSP. RIUN. ANCONA	5,000
AOU BOLOGNA	6,150
AOU FERRARA	10,480
AOU POL. BARI	17,730
AO PERUGIA	27,660
AOU VERONA	36,593
AOU SENESE	48,252
IRCCS S. MARTINO	55,325
AOU PARMA	65,110
AOU PISANA	65,526
AOU CAREGGI	77,002
AOU MODENA	80,320

C5.12 Percentuale di fratture al femore operate sulle fratture diagnosticate

Formula: Numero di interventi per fratture del femore x 100/Numero di diagnosi di fratture del femore

AZIENDA	VALORE
OO.RR. FOGGIA	88,08
AOU POL. BARI	90,11
AOU MODENA	92,02
AO TERNI	94,07
AO PERUGIA	94,611
AOU PISANA	94,664
AOU SENESE	94,863
AOU OSP. RIUN. ANCONA	95,238
IRCCS S. MARTINO	95,847
AOU CAREGGI	95,89
AOU BOLOGNA	95,9
AOU FERRARA	96,22
AOU PARMA	96,93
AOU VERONA	98,305

C4.7 Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici

Formula: $N. \text{ ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici} \times 100 / N. \text{ ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici}$

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	24,93
AOU PARMA	37,32
AOU BOLOGNA	38,67
AO TERNI	39,828
AOU PISANA	47,169
IRCCS S. MARTINO	48,149
AOU SENESE	50,219
OO.RR. FOGGIA	52,72
AOU MODENA	53,76
AOU OSP. RIUN. ANCONA	53,793
AOU CAREGGI	56,96
AO PERUGIA	57,63
AOU FERRARA	58,24
AOU VERONA	70,736
MEYER	75,471

C14.4 Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni

Formula: $N. \text{ di ricoveri medici oltre soglia} \times 100 / N. \text{ di ricoveri medici}$

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	6,61
IRCCS S. MARTINO	6,56
AOU OSP. RIUN. ANCONA	5,842
AOU MODENA	4,33
AOU PARMA	4,28
AOU SENESE	4,011
OO.RR. FOGGIA	3,83
AOU FERRARA	3,62
AO TERNI	3,516
AO PERUGIA	3,327
AOU VERONA	3,24
AOU BOLOGNA	3,01
FOND. MONASTERIO	3,006
AOU PISANA	2,21
AOU CAREGGI	1,734

C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

Formula: $\text{Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)} / N. \text{ Dimissioni}$

AZIENDA	VALORE
IRCCS S. MARTINO	1,17
AOU POL. BARI	0,87
AO TERNI	0,675
AOU VERONA	0,518
OO.RR. FOGGIA	0,35
AOU OSP. RIUN. ANCONA	0,345
AO PERUGIA	0,338
AOU PARMA	0,09
AOU FERRARA	0,05
AOU MODENA	0,05
AOU BOLOGNA	-0,29
AOU SENESE	-0,741
AOU CAREGGI	-0,962
MEYER	-1,213
AOU PISANA	-1,300
FOND. MONASTERIO	-2,429

C30.3.2.2 % attrazioni extra-regione - DRG alta complessità

Formula: $\text{Numero ricoveri erogati per residenti fuori Regione per DRG ad alta complessità} / \text{Numero ricoveri totali erogati per DRG ad alta complessità}$

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	5,890
OO.RR. FOGGIA	6,830
AOU FERRARA	9,000
AOU CAREGGI	9,960
IRCCS S. MARTINO	11,640
AOU PISANA	12,699
AOU PARMA	12,950
AOU OSP. RIUN. ANCONA	12,985
AOU MODENA	13,210
AO PERUGIA	15,288
AOU SENESE	15,409
AO TERNI	24,371
AOU BOLOGNA	24,890
AOU VERONA	25,367

C2a.M Indice di performance degenza media per ricoveri acuti medici

Formula: $\text{Sommatoria (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)} / N. \text{ Dimissioni}$

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	0,89
AOU OSP. RIUN. ANCONA	0,594
IRCCS S. MARTINO	0,59
AOU VERONA	0,333
AOU FERRARA	-0,02
AO PERUGIA	-0,078
OO.RR. FOGGIA	-0,11
AO TERNI	-0,255
AOU PARMA	-0,38
AOU MODENA	-0,5
AOU BOLOGNA	-0,54
MEYER	-0,559
FOND. MONASTERIO	-0,591
AOU SENESE	-0,986
AOU CAREGGI	-1,283
AOU PISANA	-1,393

LA VALUTAZIONE ESTERNA

D18 Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero

Formula: Numero di dimissioni volontarie x 100/ Numero di ricoveri

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	3,810
OO.RR. FOGGIA	2,880
AO TERNI	1,714
IRCCS S. MARTINO	1,541
AO PERUGIA	0,979
AOU BOLOGNA	0,970
AOU VERONA	0,960
AOU PARMA	0,830
AOU PISANA	0,716
AOU MODENA	0,660
AOU SENESE	0,618
AOU FERRARA	0,590
AOU OSP. RIUN. ANCONA	0,371
AOU CAREGGI	0,369
MEYER	0,157
FOND. MONASTERIO	0,085

D9 Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso

Formula: N. abbandoni dal Pronto Soccorso x 100/N. accessi in Pronto Soccorso

AZIENDA	VALORE
OO.RR. FOGGIA	14,570
AOU POL. BARI	6,940
AO TERNI	6,712
AOU PISANA	6,445
AOU BOLOGNA	5,470
MEYER	5,037
AOU MODENA	4,520
AOU VERONA	3,922
AOU PARMA	3,900
AOU OSP. RIUN. ANCONA	3,483
AOU FERRARA	2,750
AOU CAREGGI	2,678
AOU SENESE	1,997
AO PERUGIA	1,370
IRCCS S. MARTINO	1,255

LA VALUTAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

F3.1 Indice di disponibilità

Formula: Attivo Circolante/Passivo Corrente

AZIENDA	VALORE
AOU FERRARA	0,723
FOND. MONASTERIO	0,929
IRCCS S. MARTINO	0,943
MEYER	0,996
AOU MODENA	1,039
AOU POL. BARI	1,103
AOU CAREGGI	1,112
AOU VERONA	1,142
AOU SENESE	1,144
AOU PISANA	1,152
AOU BOLOGNA	1,186
AOU PARMA	1,284
OO.RR. FOGGIA	1,791
AOU OSP. RIUN. ANCONA	1,896

F18 Costo medio per punto DRG

Formula: (Costo dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria \DH\DS - costi per acquisti di servizi (prestazioni sanitarie) per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria \DH\DS) / Punti DRG ministeriali per acuti in degenza ordinaria \DH\DS

AZIENDA	VALORE
AO PERUGIA	€ 5.252,11
AOU CAREGGI	€ 5.208,48
FOND. MONASTERIO	€ 5.045,70
AOU FERRARA	€ 4.590,47
AO TERNI	€ 4.416,95
AOU PARMA	€ 4.308,63
AOU VERONA	€ 4.276,99
AOU BOLOGNA	€ 4.221,73
AOU OSP. RIUN. ANCONA	€ 4.153,37
AOU PISANA	€ 4.059,14
AOU MODENA	€ 4.050,59
IRCCS S. MARTINO	€ 3.937,41
AOU SENESE	€ 3.848,49
MEYER	€ 2.707,12

F1.4 Scostamento tra costi e ricavi (legge di stabilità n.208/2015)

Formula: (Costi - Ricavi massimi ammissibili)/Ricavi da prestazioni finanziamenti per funzioni massimo ammissibile

AZIENDA	VALORE
AOU POL. BARI	9,739
MEYER	2,83
OO.RR. FOGGIA	-1,55
AOU CAREGGI	-2,047
AOU PISANA	-3,004
AOU OSP. RIUN. ANCONA	-4,483
AO TERNI	-8,415
AOU VERONA	-9,952
AO PERUGIA	-10,626
AOU SENESE	-11,107

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'AQUOORR, seguendo le indicazioni provenienti dal livello regionale, ha maturato una importante esperienza nella costruzione e valutazione dei PDTA.

Con DGR Marche n. 1286/2014 sono state definite le Linee di indirizzo per la predisposizione dei PDTA e dei Piani Integrati di Cura della Regione Marche. L'Azienda con determina n. 972/DG del 29/12/2016 ha adottato il proprio e primo repertorio dei PDTA, il quale presenta i percorsi realizzati secondo i criteri della DGR richiamata e ridefinendo in coerenza con essa quelli sviluppati prima del 2014.

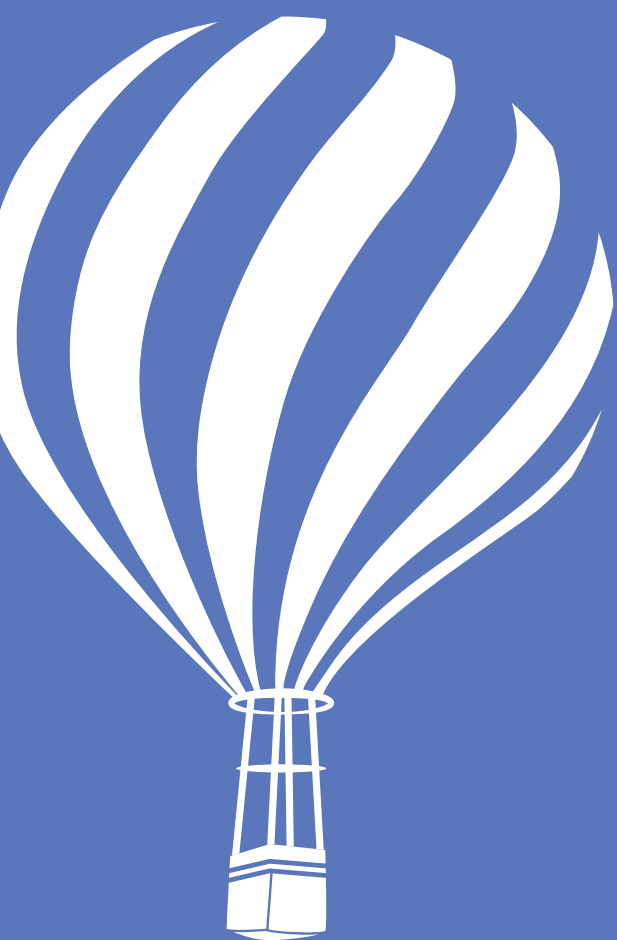
A titolo non esaustivo viene presentato un elenco dei PDTA formalizzati ed approvati dall'Azienda negli ultimi anni e di quelli in via di approvazione. In tutti i percorsi si riscontra la presenza di un Diagramma organizzativo decisionale.

Figura 26. Stato di avanzamento dei PDTA al 31.12.2016

Stato: completato	Stato: in progress
<ul style="list-style-type: none"> Gestione paziente con TIA e minor stroke Epilessia farmacoresistente Disturbi del comportamento alimentare Diabete Pediatrico Gestione paziente nefropatico pediatrico Gestione paziente psichiatrico in età evolutiva Gestione ambulatoriale paziente affetto da HIV Trapianto di fegato Obesità Morbigena Trapianto rene Frattura isolata di arto Gestione paziente con indicazione all'embolizzazione Gestione paziente con ischemia acuta degli arti inferiori Gestione paziente adulto affetto da diabete tipo I Gestione paziente affetto da melanoma cutaneo Gestione paziente affetto da osteoporosi 	<ul style="list-style-type: none"> Gestione del paziente affetto da tumore della mammella Gestione del paziente affetto da tumore del colon retto Gestione del paziente affetto da tumore della prostata Gravidanza a basso rischio Gestione del paziente affetto da ictus Carcinoma del polmone (K polmone) Trauma cranico pediatrico



Le prospettive future



La Direzione aziendale ha predisposto il Piano Strategico dell'AOUOORR 2017-2019, che individua gli indirizzi riguardanti il ruolo e il posizionamento dell'AOUOORR nel sistema sanitario regionale e nazionale. In particolare, nel Piano sono state esposte le aree strategiche nelle quali si focalizzano gli interventi migliorativi coerenti con le tendenze richieste dalle istituzioni regionale e dall'Università e con le condizioni socio-economiche in cui si trova ad operare l'azienda. Le linee strategiche riguardano:

- L'aprirsi; contribuire attivamente al benessere di tutta la comunità con azioni preventive e cure del più alto livello
- Il progettare: e specializzare le risorse interne per contribuire a far diventare l'Ospedale il centro di una rete di assistenza attrattiva e sostenibile
- Il cambiare: ricerca di nuovi e migliori metodi di cura integrando le energie di un cluster della salute composto da Università, imprese e start up che hanno a cuore l'interesse pubblico
- Il condividere: favorire il dialogo con gli attori pubblici per valorizzare l'Ospedale e catalizzare gli investimenti verso le azioni più efficaci.

L'Azienda ha già da anni sviluppato misure e indicatori per il monitoraggio dei propri risultati, opportunamente rendicontati annualmente nella relazione sulla performance.

Il presente report si pone, dunque, nella definizione delle prospettive future, anche la finalità di verificare, secondo dimensioni nuove, il grado di realizzazione degli obiettivi strategici, nel rispetto, innanzitutto, di una logica di efficacia e trasparenza, ma anche con la possibilità, qualora ne ricorrano le condizioni, di modificare gli obiettivi stessi e/o verificare i motivi e gli ostacoli che hanno impedito o reso difficoltoso il pieno dispiegamento delle azioni poste in essere dai responsabili per il loro conseguimento. È la stessa logica gestionale del "miglioramento continuo" che propone questa attività iterata, con continue correzioni su strategie e tattiche da adottare. A tal fine, occorre innanzitutto chiarire una prima fondamentale questione e cioè *che la dimensione degli obiettivi oggetto di indagine non è solo quella quantitativa, ma anche quella qualitativa*, in quanto tale distinzione impatta evidentemente sui metodi di raccolta dei dati, sulla loro misurazione e valutazione finale. L'uso, infatti, di indici qualitativi richiede una modalità di raccolta delle informazioni più articolata e complessa (in primo luogo, questionari da erogare all'utenza), da mettersi in campo per ottenere risultati in tempi successivi adeguati e non troppo lontani. È facile comprendere in questo ambito quale sia lo sforzo che l'AOUOORR sta mettendo in campo in termini di investimenti economici e organizzativi. Considerato, infatti, che il piano strategico fonda alcuni dei suoi obiettivi anche su aspetti qualitativi, è evidente che il ricorso a dati qualitativi non sia rinviabile, ma occorra progettare e impostare in tempi brevi sistemi di rilevazione adeguati. Il secondo passaggio da compiere è relativo *ai contenuti che si intendono esporre*. Alla luce della novità rappresentata dalla stesura e dalla pubblicazione di un piano strategico, è opportuno, in questa fase di implementazione di nuovi strumenti di reporting aziendale, iniziare a declinare e a descrivere *gli indici di misura* che si intendono utilizzare, per poterne valutare l'efficacia informativa e, soprattutto, dividerne l'applicazione con l'intera struttura. Da ultimo, ma non meno importante, è il passaggio relativo alla necessità di confronto dei dati rilevati con altre realtà assimilabili all'AOUOORR. Tale annotazione di carattere metodologico impatta in tutta evidenza su due questioni: da un lato, nella identificazione degli indicatori, in quanto sceglierne alcuni non utilizzati da altre aziende ospedaliere impedirebbe qualsivoglia confronto e dunque priverebbe l'indice stesso di significatività; dall'altro lato, nel sistema di calcolo e confronto degli indicatori prescelti, in quanto occorre, ai fini di una reale confrontabilità, che le misurazioni avvengano con algoritmi omogenei nelle realtà messe a confronto, nella procedura di determinazione e nei tempi di riferimento.

Indice delle Tabelle

Tabella 1.	Indicatori demografici – Regione Marche (anni 2016)	15
Tabella 2.	Indicatori dello stato di salute – Regione Marche (anno 2016)	16
Tabella 3.	Indicatori dello stato di salute – Regione Marche (anno 2016)	16
Tabella 4.	Dati di ricovero complessivi – ordinari e diurni – e di prestazioni ambulatoriali (anni 2016-2015)	26
Tabella 5.	Interventi chirurgici da registro operatorio per regime di erogazione (anni 2016-2015)	27
Tabella 6.	Le attività in libera professione (anni 2016-2015)	27
Tabella 7.	Ricoveri ordinari e giornate di degenza (anni 2016-2015)	28
Tabella 8.	Percentuali DRG chirurgici in ricovero ordinario (anni 2016-2015)	28
Tabella 9.	Percentuale di DRG di alta complessità in ricovero ordinario (anni 2016-2015)	28
Tabella 10.	Indice di degenza media pre-operatoria (anni 2016-2015)	28
Tabella 11.	Attività ad alta specialità dell'AOUORR	29
Tabella 12.	Attività per Trapianti organi per tipologia di organo Regione Marche (anni 2016-2015)	29
Tabella 13.	Attività di trapianto di midollo (anni 2016-2015)	29
Tabella 14.	Trapianti AOUORR 2016 per provenienza del paziente	29
Tabella 15.	Peso medio attività trapianti (anni 2016-2015)	30
Tabella 16.	Attività chirurgica di prelievo d'organo suddivisa per anno di attività (anni 2016-2015)	30
Tabella 17.	Attività cornee nelle Regione Marche (anni 2016-2015)	30
Tabella 18.	Ricoveri diurni e accessi per attività di day hospital e day surgery (anni 2016-2015)	30
Tabella 19.	Ricoveri diurni e accessi per attività di day hospital e day surgery (anni 2016-2015)	31
Tabella 20.	Attività di laboratorio per interni (anni 2016-2015)	31
Tabella 21.	Attività di diagnostica strumentale e per immagini per interni (anni 2016-2015)	31
Tabella 22.	Attività clinica per interni (anno 2016-2015)	32
Tabella 23.	Attività di laboratorio per esterni (anni 2016-2015)	33
Tabella 24.	Prestazioni di laboratorio in mobilità (anni 2016-2015)	33
Tabella 25.	Prestazioni di laboratorio in cessione di servizi (anni 2016-2015)	33
Tabella 26.	Attività di diagnostica strumentale e per immagini per esterni (anni 2016-2015)	34
Tabella 27.	Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini in mobilità (anni 2016-2015)	34
Tabella 28.	Prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini in cessione di servizi (anni 2016-2015)	34
Tabella 29.	Attività di specialistica clinica per esterni (anni 2016-2015)	35
Tabella 30.	Attività di specialistica clinica dettaglio per struttura (anni 2016-2015)	35
Tabella 31.	Spesa relativa all'assistenza farmaceutica (triennio 2016-2015)	37
Tabella 32.	Spesa relativa all'assistenza farmaceutica per classi di farmaci (anni 2016-2015)	37
Tabella 33.	Attività di elisoccorso – ore di volo (anni 2016-2015)	38
Tabella 34.	Attività di elisoccorso – numero di voli (anni 2016-2015)	38
Tabella 35.	Accessi in pronto soccorso distinti per sede (anni 2016-2015)	40
Tabella 36.	Accessi in pronto soccorso distinti per codice di priorità (anni 2016-2015)	40
Tabella 37.	Percentuale di ricoveri da pronto soccorso sul totale degli accessi (anni 2016-2015)	40
Tabella 38.	Attività dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) - (anni 2016-2015)	40
Tabella 39.	Attività della gestione economico - finanziaria (anno 2016)	42
Tabella 40.	Indicatore annuale della tempestività dei pagamenti (anno 2016)	42
Tabella 41.	Numero degli atti amministrativi (anno 2016)	42
Tabella 42.	Numero di cause gestite (anno 2016)	42
Tabella 43.	Numero di provvedimenti disciplinari al personale dipendente (anno 2016)	42
Tabella 44.	Numero di cedolini elaborati dalla struttura di Gestione del personale (anno 2016)	42
Tabella 45.	Numero incontri con i sindacati per tipologia e ruolo di appartenenza (biennio 2016-2015)	43
Tabella 46.	Il conto economico (schema di bilancio Decreto Interministeriale 20 marzo 2013)	48
Tabella 47.	Costi della produzione 2016	49
Tabella 48.	Il rendiconto finanziario	50
Tabella 49.	La riclassificazione dello Stato Patrimoniale secondo il criterio finanziario (anni 2016-2015)	50
Tabella 50.	L'analisi della solidità patrimoniale e della liquidità (anni 2016-2015)	50
Tabella 51.	Consistenza del personale (anni 2016-2015)	51
Tabella 52.	Motivazione della cessazione del personale (anni 2016-2015)	51
Tabella 53.	Personale tirocinante, borsista e sanitario non dipendente (anni 2016-2015)	52
Tabella 54.	Specializzandi e frequentatori volontari presenti in Azienda (anni 2016-2015)	52

Tabella 55.	Specializzandi distinti nelle diverse scuole di specializzazione (anno 2016)	52
Tabella 56.	Personale dipendente del SSN coinvolto nei corsi di laurea universitari (anni 2016-2015)	53
Tabella 57.	Numero medici autorizzati alla libera professione (anni 2016-2015)	53
Tabella 58.	Numero dei dipendenti del SSN iscritti ai sindacati (biennio 2016-2015)	53
Tabella 59.	Adesione dei dipendenti alle giornate di sciopero (biennio 2016-2015)	53
Tabella 60.	Crediti ECM assegnati dall'Azienda a soggetti interni e esterni (anni 2016-2015)	54
Tabella 61.	Risultati piano formazione anno 2015 (solo personale interno dipendente) - (anni 2016-2015)	54
Tabella 62.	Dati della formazione dei dipendenti in sede e a corsi esterni organizzati da providers pubblici della Regione Marche (personale discente e docente) - (anni 2016-2015)	55
Tabella 63.	Valutazione del personale dipendente (anni 2016-2015)	55
Tabella 64.	Numero denunce per infortuni (anni 2016-2015)	55
Tabella 65.	Indice di incidenza degli infortuni (pro-capite) - (anni 2016-2015)	56
Tabella 66.	Procedimenti disciplinari per esito e per area contrattuale (biennio 2016-2015)	56
Tabella 67.	Procedimenti disciplinari distinti per contenuto (biennio 2016-2015)	56
Tabella 68.	Cause con personale dipendente (biennio 2016-2015)	57
Tabella 69.	Pareri (comprensivi di emendamenti) del Comitato Etico (anno 2016)	58
Tabella 70.	Prese d'atto del Comitato Etico (anno 2016)	59
Tabella 71.	Pareri quale centro coordinatore (anno 2016)	59
Tabella 72.	Studi (esclusi gli emendamenti) sponsorizzati e non profit (anno 2016)	59
Tabella 73.	Studi per tipologia (anno 2016)	60
Tabella 74.	Studi per oggetto (anno 2016)	60
Tabella 75.	Attività di sperimentazione profit (anni 2016-2015)	60
Tabella 76.	Numero di sperimentazioni distinti per provenienza dell'azienda finanziatrice (anni 2016-2015)	60
Tabella 77.	Spesa utilizzo farmaci OFF Label - in euro (anni 2016-2015)	60
Tabella 78.	Progetti nazionali e internazionali attivi nel 2016 - area sanitaria	61
Tabella 79.	Il Lab@AOR: dati relativi agli ultimi 10 anni e al 2016	61
Tabella 80.	Indicatori del progetto APOTECAunit	62
Tabella 81.	Indicatori del laboratorio farmaci iniettabili	63
Tabella 82.	Indicatori del progetto APOTECAcommunity	63
Tabella 83.	Provenienza dei pazienti in regime di degenza ordinaria e dh per provenienza (anni 2016-2015)	67
Tabella 84.	RO e DH per provenienza extraregionale del paziente (anni 2016-2015)	67
Tabella 85.	Provenienza pazienti prestazioni ambulatoriali (biennio 2016 2015)	69
Tabella 86.	Popolazione assistita in pronto soccorso per provenienza (biennio 2016 2015)	70
Tabella 87.	Attività del Comitato Valutazione Sinistri (anni 2016-2015)	71
Tabella 88.	Risarcimento per tipologia di procedimento (anni 2016-2015)	71
Tabella 89.	Stato di avanzamento delle istanze di risarcimento (anni 2016-2015)	71
Tabella 90.	Cause con copertura assicurativa (anni 2016-2015)	72
Tabella 91.	Cause senza copertura assicurativa (anni 2016-2015)	72
Tabella 92.	Parti indolore sul totale parti vaginali	73
Tabella 93.	Casa di Maternità (anno 2016)	73
Tabella 94.	Frequenza ore di mediazione nelle strutture (anni 2016-2015)	76
Tabella 95.	Frequenza ore di mediazione nelle strutture per lingua (anni 2016-2015)	76
Tabella 96.	Segnalazioni da parte dei cittadini (anni 2016-2015)	76
Tabella 97.	Strumenti per le segnalazioni (anno 2016)	77
Tabella 98.	Cessioni di servizio per azienda del SSR richiedente 2016	79
Tabella 99.	Cessioni di servizio per branca richiesta (anni 2016-2015)	80
Tabella 100.	Pazienti dimessi ad altro istituto SSR o SSN (anni 2016-2015)	80
Tabella 101.	Pazienti trasferiti all'AOUOORR da altro istituto SSR o SSN (anni 2016-2015)	81
Tabella 102.	Elenco delle associazioni di volontariato	85
Tabella 103.	Immobilizzazioni materiali (anni 2016-2015)	86
Tabella 104.	Tipologia di acquisizione delle apparecchiature elettromedicali (anni 2016-2015)	87
Tabella 105.	Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (anno 2016)	87
Tabella 106.	Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco macchine (anni 2016-2015)	87
Tabella 107.	Consumi energetici (anno 2016-2015)	88
Tabella 108.	Rifiuti sanitari pericolosi per codice, espressi in kg prodotti (anni 2016-2015)	88
Tabella 109.	Alcuni indicatori di outcome - Piano Nazionale Esiti (anno 2016)	92

Indice delle Figure

Figura 1.	Popolazione residente trend 2016-2066 – Regione Marche	15
Figura 2.	Popolazione per fasce di età (anno 2016)	15
Figura 3.	L'organigramma aziendale (anno 2016)	20
Figura 4.	Le prestazioni di radiologia per tipologia (anni 2016-2015)	34
Figura 5.	Le prestazioni di medicina nucleare per tipologia (anni 2016-2015)	34
Figura 6.	Tipologie di trasporti con autoambulanza	39
Figura 7.	Percentuali di accessi per gravità (anno 2016)	40
Figura 8.	La composizione del valore della produzione in termini percentuali (anno 2016)	48
Figura 9.	I costi della produzione in termini percentuali rispetto al totale dei costi della produzione 2016	49
Figura 10.	Ricoveri per genere (anno 2016)	66
Figura 11.	Ricoveri ordinari per classi di età (anni 2016-2015)	66
Figura 12.	Ricoveri DH e DS per classi di età (anni 2016-2015)	66
Figura 13.	Prestazioni per genere (anno 2016)	68
Figura 14.	Prestazioni di laboratorio per classi di età (anni 2016-2015)	68
Figura 15.	Prestazioni diagnostica per immagini per classi di età (anni 2016-2015)	68
Figura 16.	Prestazioni attività clinica per classi di età (anni 2016-2015)	68
Figura 17.	Attività di emergenza: per genere (anno 2016)	69
Figura 18.	Attività di emergenza: per classi di età (anni 2016-2015)	69
Figura 19.	Servizi clinici premiati – Certificazione Bollini Rosa 2016-2017	75
Figura 20.	Reclami distinti per macrocategorie (anni 2016-2015)	77
Figura 21.	Suggerimenti distinti per macrocategorie (anni 2016-2015)	77
Figura 22.	Elogi distinti per macrocategorie (anni 2016-2015)	77
Figura 23.	Gli enti del Servizio Sanitario Regionale	78
Figura 24.	Cessione di servizio per azienda del SSR richiedente (anno 2016)	79
Figura 25.	Dettaglio donazioni beni (anni 2016-2015)	85
Figura 26.	Stato di avanzamento dei PDTA al 31.12.2016	98

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
Professione Dipendente Libero Professionista Studente
 Pensionato Disoccupato Altro

L'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" e il Report Integrato

Come è venuto in possesso/conoscenza del Report Integrato?

- Convegno di presentazione
 Internet
 Ricevuto per posta
 Ricevuto dall'AOUOORR tramite una dipendenza
 Per motivi di studio
 Tramite conoscenti
 Per caso

Quale capitolo del Report Integrato ha trovato più interessante?

- L'azienda Ospedali Riuniti: uno sguardo d'insieme
 Le attività e gli output
 La realizzazione delle strategie e il valore creato sui capitali
 La risposta al bisogno di salute

Quali argomenti/tematiche vorrebbe approfondire o aggiungere?

Qualità e efficacia del Report Integrato

	L'azienda Ospedali Riuniti: uno sguardo d'insieme				Le attività e gli output				La realizzazione delle strategie e l'impatto sui capitali				La risposta al bisogno di salute			
	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

Finito di stampare nel mese di Ottobre 2017
in carta FSC Fedrigoni Splendorgel Extra White
dalla Tipolitografia Emmepiese Snc
Ancona