Piano Strategico 2017-2019

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona



Azienda Ospedaliero Universitaria
OSPEDALI RIUNITI
Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Ancona



Piano Strategico 2017-2019

Azienda Ospedaliero Universitaria
Ospedali Riuniti di Ancona

Azienda Ospedaliero Universitaria
OSPEDALI RIUNITI
Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi
Ancona

Redatto in collaborazione con
il Dipartimento di Management
dell'Università Politecnica delle Marche

Dipartimento di Management

UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Realizzato grazie al contributo di idee e visioni
del Lab@AOR, il laboratorio pubblico-privato
per l'innovazione in sanità degli Ospedali Riuniti
di Ancona e Loccioni

Data di redazione: marzo 2017

Sommario

PERCHÉ UN PIANO STRATEGICO 7

1. LA MISSIONE E LA VISIONE 11

2. IL CONTESTO DI RIFERIMENTO 15
- 2.1. Il contesto istituzionale 17
- 2.2. Le risorse interne dell'AOUR 21
- 2.3. L'integrazione con l'Università Politecnica delle Marche - *Facoltà di Medicina e Chirurgia* 25
- 2.4. I principali risultati economico-finanziari 27
- 2.5. Il contesto esterno 29
- 2.6. L'offerta dell'AOUR 34

3. LE LINEE STRATEGICHE 47
- 3.1. Aprirsi 51
- 3.2. Progettare 60
- 3.3. Cambiare 70
- 3.4. Condividere 82

CONCLUSIONI 87
- Allegato 1. Quadro di sintesi delle linee strategiche 91
- Allegato 2. Progetti 92

INDICI 101

Indice delle tabelle 101

Indice delle figure 102



L'ospedale si apre ed entra in dialogo con una galassia di attori. In quest'ottica le relazioni si fanno più rilevanti, gli stakeholder aumentano e allo stesso tempo si relazionano tra di loro. Il contesto, il territorio, il pubblico e il privato si confrontano, collaborano per offrire un servizio sempre migliore.

La mongolfiera diventa la metafora per esprimere questo cambiamento. Un mezzo di trasporto che prendendo forma, diventa volume, si alza e viaggia verso una destinazione che può essere influenzata dalle correnti che incontra nel percorso (trend).
Il "pallone" porta il messaggio nel tempo e nello spazio.

Perché un piano strategico

Questo documento indica la direzione e le azioni che l'Ospedale intraprenderà nel triennio 2017-2019 per adempiere a pieno al proprio ruolo sociale, dentro e oltre il territorio che è chiamato a servire.

Il pensiero strategico è il processo attraverso cui le persone e le organizzazioni immaginano il mondo in cui vorranno vivere in futuro.

Il **piano strategico** è lo strumento che fissa gli obiettivi e indica i mezzi, gli strumenti e le azioni necessari per realizzarli.

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
Comunicare con trasparenza gli obiettivi strategici dell'Ospedale

L'impostazione del presente piano strategico aziendale riflette scelte di ordine metodologico basate su consolidati riferimenti concettuali ed operativi. Pertanto, il documento viene declinato in coerenza con schemi e assunti della pianificazione sanitaria istituzionale, a livello nazionale e regionale.
È richiamata in primo luogo l'identità dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti.
Su queste basi si innesta il documento programmatico, per il triennio 2017-2019, che 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. La struttura del piano prevede, quindi, l'esame del contesto demografico e territoriale, nonché del quadro epidemiologico in termini evolutivi e un focus particolare sull'attuale capacità di offerta di servizi e prestazioni da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti (d'ora in avanti AOUR), a fronte della domanda "espressa" di servizi sanitari. In questo ambito sono oggetto di approfondimento le criticità riscontrate, i dati sulla mobilità, le relazioni cooperative con altri attori del Sistema Sanitario Regionale nonché quelle competitive con altri soggetti, sia pubblici che privati, operanti fuori Regione. Sulla base di un'attenta pianificazione delle risorse acquisibili nel medio periodo (investimenti in personale, attrezzature, sistemi informativi, innovazione tecnologica, ecc.) e del conseguente adeguamento del modello organizzativo, vengono presentati alcuni indirizzi strategici volti a caratterizzare ruolo e operatività dell'Azienda nei prossimi anni, in coerenza con la propria mission istituzionale.
Da subito, però, degno di menzione è il fatto che l'AOUR ha intrapreso, ormai da tre anni, un percorso di rendicontazione ai diversi stakeholder mediante la redazione del bilancio sociale, finalizzato ad informare i cittadini e, soprattutto, gli operatori sanitari, dei risultati conseguiti e degli obiettivi individuati in tema di riorganizzazione interna e miglioramento dei processi. Lo strumento di rendicontazione prevede un esplicito riscontro presso i destinatari, anche attraverso un'indagine conoscitiva diretta sulla qualità percepita dai diversi

stakeholder. Lo sforzo compiuto in questo senso risponde all'istanza generalizzata e crescente di "trasparenza" della gestione e di definizione degli obiettivi che si intende raggiungere.

Il percorso intrapreso in materia di bilancio sociale ha trovato il suo ideale compimento e la sua "messa a regime" proprio nel settembre 2016 con la presentazione dell'*Integrated Reporting*, (con inclusi gli indicatori di efficacia ed efficienza) per l'esercizio 2015. Quest'ultimo documento, perciò, rappresenta il fondamento da cui partire per la stesura del Piano Strategico triennale e, contemporaneamente, ne costituisce la necessaria continuità, permettendo la completa integrazione degli strumenti di pianificazione e controllo, secondo una logica che progressivamente deve trovare accettazione e condivisione all'interno dell'organizzazione: si parte dal piano strategico, lo si declina in dettaglio attraverso il processo di budgeting annuale e se ne verificano i risultati mediante il bilancio ed il reporting socio-economico, per poi tornare ad aggiornare e correggere, se necessario, il piano strategico secondo un meccanismo iterativo e circolare.

Ai fini della stesura del Piano Strategico dell'AOUR, un riferimento fondamentale è costituito dalla L.R. 47 del 1996, incentrata proprio sul sistema di programmazione delle Aziende Sanitarie Regionali. In particolare, la norma definisce quale debbano essere gli strumenti di programmazione (art. 2) e quali i contenuti minimi del Piano Strategico aziendale (art. 3). In particolare, il compito affidato dalla legge a quest'ultimo è di definire "*gli indirizzi e gli obiettivi per la gestione, articolati in programmi e progetti in conformità al piano sanitario regionale*", fissando in modo esplicito anche l'articolazione formale con cui il piano deve essere redatto.

A seguire, è utile osservare come l'AOUR si sia posta in linea con le indicazioni di intervento richieste dalla pianificazione sanitaria nazionale riguardo al miglioramento dell'offerta dei servizi. In particolare, la scelta di fare dell'AOUR una "*realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cura*", pone la Regione Marche, almeno in questo ambito, in una condizione favorevole per compiere un ulteriore e decisivo passo verso un'organizzazione sanitaria adeguata alle nuove esigenze che emergono. Se, dunque, è doveroso pretendere che l'AOUR, attraverso ineludibili scelte di efficientamento, svolga appieno il proprio ruolo di protagonista nella Sanità regionale, è altrettanto importante che si elabori e si condivida con le autorità politiche un coerente piano strategico e operativo, individuando le risorse necessarie e i risultati da raggiungere.

I dati e le informazioni raccolte e analizzate consentono di porre come necessario e imprescindibile punto di partenza la conoscenza della domanda espressa di servizi sanitari proveniente dal territorio e dagli utenti. In altre parole, occorre sapere "*che cosa si aspettano*" dall'Azienda Ospedaliera le principali categorie di stakeholder, *in primis* gli utenti dei servizi sanitari erogati. In questo ambito un forte condizionamento deriva dalla mobilità degli utenti, sia passiva sia attiva: ciò significa che, in estrema sintesi, il fabbisogno di servizi sanitari espresso dall'utenza (domanda potenziale) è dato dalle prestazioni richieste dai cittadini, marchigiani e non, che si sono rivolti alla struttura ospedaliera in esame, a cui vanno aggiunte le richieste dei residenti nelle Marche che, nell'esercizio della loro libera scelta, si sono rivolti alle strutture sanitarie di altre regioni.

L'analisi comparativa dei dati sul fabbisogno rispetto a quello della capacità d'offerta fornisce un'immediata visione sulla condizione in cui si trova ad operare l'AOUR, ma allo stesso tempo impone di ricordare quale sia la missione istituzionale che la Regione Marche affida all'Azienda Ospedaliera che, come noto, è quella di presidiare i servizi ad alta specializzazione sanitaria o, come sarà meglio descritto nelle pagine successive, di hub regionale e, potenzialmente, sovraregionale. Tuttavia, non può trascurarsi che le esigenze dell'utenza locale hanno riconosciuto all'AOUR,

in un modo che per certi aspetti si potrebbe definire "spontaneo", anche una funzione di presidio locale, di "hub locale", così da impegnare l'ospedale sui due fronti, con un conseguente e non trascurabile maggior impegno strutturale e organizzativo. Ciò significa cogliere anche gli effetti sinergici positivi rivenienti dalla coesistenza di queste due funzioni, locale e regionale/sovraregionale, quali, ad esempio, il costituire un luogo privilegiato e indispensabile per la formazione universitaria, così da non ritenere né opportuno, né possibile, il disimpegno dall'attività di struttura di I° livello. In sostanza, in un simile contesto organizzativo a "duplice valenza", l'AOUR deve rispondere sia alle esigenze di alta specialità sanitaria sia a quelle di base.

Tutto questo, però, impatta in modo molto significativo sulla gestione, sino al punto da richiedere l'adozione di scelte "mutualmente esclusive" tra le due attività, con il rischio concreto di ridurre la capacità "produttiva" dell'Azienda rispetto a ciascuna delle suddette attività.

Il Piano Strategico, quindi, nel prendere atto di questa condizione, individua alcuni indirizzi che esprimono il percorso evolutivo atteso nell'arco di 3 anni, per il ruolo e il posizionamento dell'AOUR nel Sistema Sanitario Regionale e, in proiezione, in un ambito regionale più ampio. Il capitolo 3, in particolare, indica le aree strategiche in cui si intende concentrare gli interventi migliorativi in un'ottica generale di coerenza tra quello che viene richiesto dalle istituzioni regionali e dall'Università e le condizioni in cui si trova ad operare l'azienda.

In particolare, si approfondiscono le azioni volte ad un rilancio del ruolo di hub sovraregionale, da un lato, e una più puntuale definizione del ruolo di hub locale, dall'altro, con azioni e investimenti prioritari su una gamma di attività ad alta specialità che caratterizzano il profilo dell'AOUR.

Sono poi enucleate le linee di sviluppo della ricerca, in particolare traslazionale, derivanti dalla stretta integrazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche con particolare riguardo alle aree di ricerca che già costituiscono ambiti di eccellenza.

Le opportunità derivanti dalla collaborazione con l'Università Politecnica delle Marche, come articolate nelle diverse aree culturali, confluiranno in un'ulteriore linea strategica che punta a valorizzare la ricerca interdisciplinare e l'innovazione, anche ricorrendo a fonti di finanziamento basate sulla capacità di progettazione in ottica competitiva.

Con specifico riguardo all'organizzazione interna, a supporto del posizionamento strategico delineato, l'attenzione è concentrata su un piano di investimenti e di sviluppo delle risorse interne che interviene significativamente sul capitale tecnico-produttivo, sulla dotazione di capitale umano e, più in generale, sul capitale intellettuale a disposizione dell'AOUR.

Altre linee strategiche complementari puntano sul miglioramento della comunicazione aziendale, nei suoi diversi ambiti applicativi e sull'adozione della filosofia gestionale del *lean thinking/lean management*. Uno specifico intento strategico concerne, infine, la valorizzazione di un patrimonio di progettualità strategica diffusa e di compartecipazione agli obiettivi caratterizzanti dell'AOUR che è emerso quale tratto distintivo del management aziendale. Su sollecitazione della Direzione Aziendale, infatti, in vista del presente Piano Strategico, è stato chiesto a tutto il personale un contributo di progettazione e di suggerimenti strategici, riscontrando un grande interesse, voglia di contribuire e un ricco dossier di investimenti e progetti ad elevato impatto strategico, molti dei quali pienamente coerenti con gli indirizzi generali formulati.



La missione e la visione

1. La missione e la visione

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

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.

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.



Il contesto di riferimento

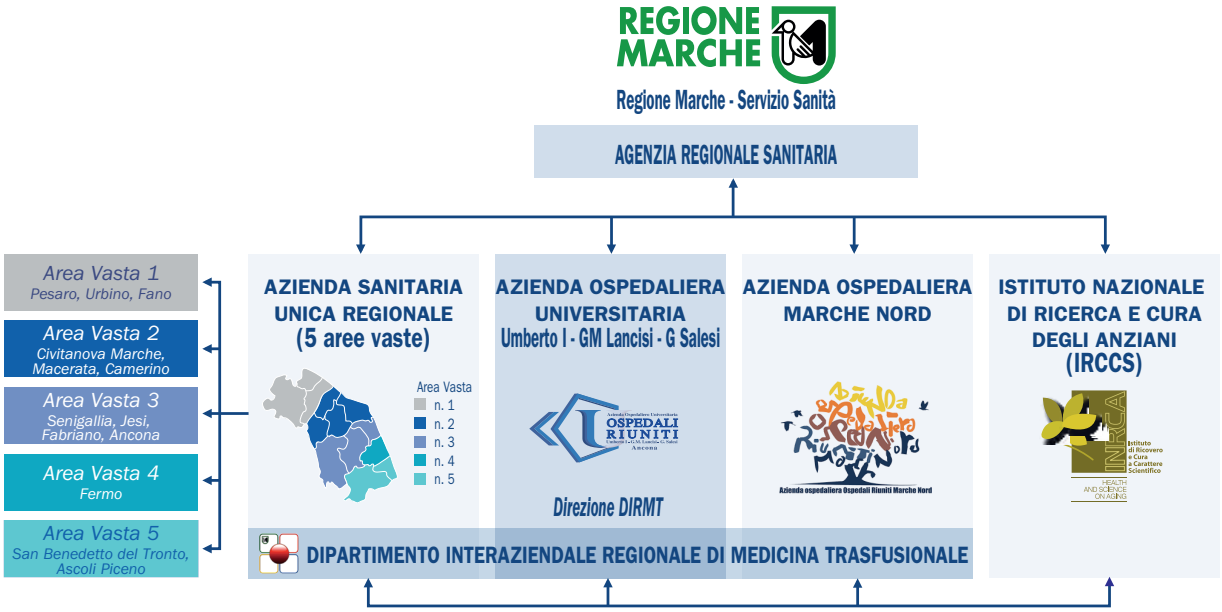
2. Il contesto di riferimento

2.1. Il contesto istituzionale

Gli orientamenti comunitari, nazionali e le politiche regionali, nonché gli ambiti di intervento delle altre aziende/strutture del Sistema Sanitario, influenzano gli obiettivi sia strategici sia operativi dell'AOUR, in funzione delle priorità derivanti dai bisogni di salute e dai mutamenti del quadro demografico ed epidemiologico del Paese e del singolo territorio regionale.
Per tale ragione, nel presente paragrafo, si intende delineare il contesto entro il quale opera l'AOUR, richiamando, da un lato, tutti gli attori coinvolti e, dall'altro, i principali riferimenti normativi e i conseguenti indirizzi che debbono permeare le attività dell'AOUR.
Va da subito sottolineato come la produzione legislativa nazionale in materia di sanità sia stata negli ultimi anni molto ampia, richiedendo una sempre maggiore capacità di far convivere vincoli economici e necessità di garantire servizi adeguati.
A tal proposito, un primo riferimento normativo da considerare è la legge n. 135 del 7 agosto 2012 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, cosiddetta "*spending review*". Al fine del contenimento dei costi del SSN, la legge citata ha stabilito un nuovo standard di posti letto per mille abitanti, riducendo il tasso dal 4‰, fissato dal Patto per la Salute 2010-2012, al 3,7‰, comprensivo di 0,7‰ per la riabilitazione e lungodegenza post acuzie, *"nel rispetto della riorganizzazione dei servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzata all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio".* Tale intervento normativo si è inserito nel percorso di programmazione sanitaria di tutte le regioni, comportando l'aggiustamento in corso d'opera degli standard che le stesse si erano assegnate in relazione a quanto stabilito dal patto sulla salute 2010-2012. L'intervento c.d. di *spending review* ha inciso, oltre che sulla dotazione di posti letto delle aziende sanitarie, anche su quella di strutture complesse e semplici, nonché sui relativi incarichi di direzione, con la conseguente necessità di rivedere anche l'impostazione aziendale su tali aspetti. Infatti, come sottolineato nel PSN 2011-2013, la legge n. 135/2012 ha creato i presupposti per una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera.
In attuazione di quanto disposto dalla legge n. 135/2012, la Regione Marche con DGRM n. 1345/2013 ha dato corso alla Riorganizzazione delle Rete Ospedaliera della Regione Marche con gli espressi obiettivi di: garantire l'omogeneità delle cure, migliorare la qualità delle cure e migliorare l'efficienza del sistema. In particolare, la Regione Marche ha impegnato gli enti del Servizio Sanitario Regionale[1] (cfr. Figura 1) nel dare corso alla riorganizzazione coerentemente con le risorse disponibili.

1 Oltre l'AOU Ospedali Riuniti, operano sul contesto regionale, i seguenti enti del Servizio Sanitario regionale:
AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE (ASUR). Istituita con Legge Regionale n. 13 del 20 giugno 2003 (*"Riorganizzazione del Servizio Sanitario regionale"*), modificata con LR n. 17/2010 e LR n. 17/2011. L'ASUR nel rispetto degli obiettivi assegnati e delle direttive impartite dalla Giunta regionale, esercita a livello centralizzato le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dell'attività aziendale e di Area Vasta. L'Area Vasta costituisce l'entità di riferimento per l'ottimizzazione dei servizi, per la programmazione integrata e il coordinamento, assicurando nel contempo i livelli essenziali di assistenza (LEA) alla popolazione residente;
AZIENDA OSPEDALIERA "OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD". L'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è stata istituita con Legge Regionale n. 21 del 22 settembre 2009 dalla incorporazione all'Azienda Ospedaliera "San Salvatore" di Pesaro della struttura Ospedaliera "Santa Croce" di Fano. L'Azienda costituisce centro di riferimento per la diagnosi e la cura dei pazienti che necessitano di trattamenti di alta specializzazione; ➞

Figura 1. Il sistema sanitario della Regione Marche



Inoltre, in applicazione della sopra citata legge n. 135/2012, il DM n. 70/2015 fissa gli standard qualitativi, strutturali e tecnologici dell'assistenza ospedaliera. Gli standard sono finalizzati a garantire la qualità dell'assistenza e la sua efficacia in relazione a volumi minimi di prestazioni utili a garantire l'esito delle cure. Nello specifico, all'interno del suddetto DM n. 70, merita di essere richiamato quanto indicato all'art. 2.4, laddove si individuano, seppur a mero titolo indicativo, le dotazioni previste per i presidi ospedalieri di secondo livello.

Inoltre, il citato DM, all'art. 1, pone ai fini del calcolo della dotazione dei posti letto una serie di parametri quantitativi particolarmente rigorosi, legati, da un lato, alla numerosità della popolazione residente, ma anche, dall'altro - e questa è una novità molto significativa -, al saldo della mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, con la precisa finalità di "*individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni*".

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

La Regione Marche con apposito deliberazione (DGRM 735 del 2013), nel recepire quanto disposto dalla norma nazionale, ha fissato il numero di posti letto per le diverse strutture sanitarie, come esposto nella seguente tabella:

Tabella 1. Dotazione posti letto DRGM 735/2013 per le strutture sanitarie della Regione Marche

	REGIONE	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5
POPOLAZIONE	1.565.335	366.963	494.522	311.868	177.914	214.068
ACUTI						
POSTI LETTO AZIENDE OSPEDALIERE	1.473	572	901	-	-	-
Marche Nord	*572*	*572*	-	-	-	-
AOU Torrette	*901*	-	*901*	-	-	-
POSTI LETTO INRCA	151	0	131	0	20	0
POSTI LETTO PRIVATI	361	0	80	116	32	133
POSTI LETTO ASUR	2.550	241	758	707	335	509
Totale	**4.535**	**813**	**1.870**	**823**	**387**	**642**
POSTI LETTO ‰ (PER MILLE ABITANTI)	2,90	2,22	3,78	2,64	2,18	3,00
LUNGODEGENZA/RIABILITAZIONE						
POSTI LETTO AZIENDE OSPEDALIERE	49	20	29	-	-	-
Marche Nord	*20*	*20*	-	-	-	-
AOU Torrette	*29*	-	*29*	-	-	-
POSTI LETTO INRCA	84	-	48	-	36	-
POSTI LETTO PRIVATI	647	60	243	198	22	124
POSTI LETTO ASUR	386	110	114	103	25	34
Totale	**1.166**	**190**	**434**	**301**	**83**	**158**
POSTI LETTO ‰ (PER MILLE ABITANTI)	0,74	0,52	0,88	0,97	0,47	0,74
TOTALE						
POSTI LETTO TOTALI	**5.701**	**1.003**	**2.304**	**1.124**	**470**	**800**
POSTI LETTO ‰ ABITANTI TOTALI	**3,7**	**3,02**	**4,6**	**3,69**	**2,83**	**3,54**

Dai dati suesposti si evidenzia come all'AOUR (situata nell'area vasta 2) sia destinato, rispetto all'intera offerta regionale, il 19,9% dei posti letto per acuti e il 2,5% dei posti letto per lungo degenza e riabilitazione. Sempre con riferimento al contesto regionale, emerge come i presidi dell'ASUR coprano circa il 51,5% dei posti letto totali.

Un altro dato interessante riguarda la percentuale di posti letto assegnati alle aziende ospedaliere rispetto al totale dei posti letto dell'area vasta di riferimento: in questo senso i posti letto attribuiti all'AOUR sono il 40,3% di quelli presenti nell'area vasta 2. Il dato deve ovviamente essere inquadrato nell'ambito della presenza più o meno alta di altri presidi dell'ASUR.

In termini assoluti, il dato risulta ancora più facilmente comprensibile. Sulla base dei parametri regionali, all'area vasta 2 sono assegnati circa 1.800 posti letto per acuti (il 3,7‰ dei circa 494 mila abitanti). Di questi posti letto, circa 900 si trovano presso gli altri ospedali del territorio (Senigallia, Jesi, Fabriano e Osimo), con la conseguenza che i restanti posti letto sono disponibili presso l'AOUR. Tale numero però fa riferimento alle sole attività di base da erogarsi nell'ambito geografico di riferimento. In altre parole, l'AOUR deve "ritagliarsi" all'interno della propria attività specialistica, prioritaria per missione regionale, i posti letto necessari per erogare i servizi di presidio ospedaliero di primo livello.

Osservando poi l'indice di rotazione (n. ricoveri/posti letto), ossia il numero di pazienti che si sono alternati mediamente in ciascun posto-letto, il dato registrato nell'AOUR deve leggersi alla luce, da un lato, della elevata complessità della casistica trattata e, dall'altro, della difficoltà nella gestione

dei ricoveri nei tre momenti rilevanti: *accesso*, a seguito di una non adeguata ed efficace azione di filtro; *degenza*, in seguito all'allungamento dei tempi dovuti all'ottenimento delle prestazioni intermedie necessarie ed alla sovrapposizione del ruolo di presidio ospedaliero di primo e secondo livello; *dimissione*, in seguito alla difficoltà di operare dimissioni tempestive per carenze dei servizi di assistenza post-ricovero.

Un approccio competitivo nei confronti di altri operatori sanitari si delinea riguardo a quote di domanda riferibili all'AOUR che vengono invece soddisfatte da altre aziende, private o pubbliche extra regione, con riferimento a specialità per le quali la stessa è individuata come punto di riferimento regionale e vanta un'attrattività a livello sovraregionale. In questi casi si pone l'esigenza di recuperare quote di domanda che, al momento attuale, vengono prevalentemente soddisfatte da aziende situate al di fuori della Regione Marche. Questo anche nell'ottica di una strategia, meglio descritta in seguito, volta ad ampliare l'ambito territoriale di riferimento dell'utenza, includendovi anche la nascente macroregione adriatico-ionica, verso la quale l'AOUR può senza altro esercitare una forte attrazione.

La normativa in esame, poi, prevede che ciascuna regione intervenga in maniera decisa anche sugli assetti organizzativi, richiedendo, in primo luogo, di procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere e, successivamente, di assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, nonché di adottare il modello denominato *hub and spoke*[2] previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica.

2 Con il termine ***hub and spoke*** si intende un modello di sviluppo della rete delle compagnie aeree costituito da uno scalo dove si concentrano la maggior parte dei voli. Questo modello viene utilizzato anche per le **reti ospedaliere**, dove viene specializzato un unico centro (*hub*) per la cura di una determinata malattia e concentrata l'assistenza sanitaria, supportata da una rete di servizi (*spoke*) che convogliano i malati al raggiungimento dei livelli minimi di gravità necessaria per poter usufruire di quelle specifiche cure.

2.2. Le risorse interne dell'AOUR

L'AOUR eroga servizi e prestazioni di diagnosi e cura, affiancando costantemente all'attività assistenziale, l'attività di ricerca e sperimentazione, grazie all'integrazione con le diverse professionalità che afferiscono alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. Essa rappresenta un'organizzazione ad alta intensità di lavoro specialistico di professionisti sanitari, impegnati nello svolgimento di funzioni esecutive e gestionali a tutela del paziente e della collettività di riferimento. La multidisciplinarietà che caratterizza l'organizzazione aziendale assicura il miglioramento continuo delle competenze tecniche e scientifiche. Su tale criterio, l'AOUR garantisce quotidianamente livelli di risposta specifici al bisogno assistenziale e integra nello svolgimento delle proprie attività, la ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura, dei processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici. Le scelte nel perseguimento dell'eccellenza e le strategie dell'AOUR se, da un lato, sono basate sulla continua crescita del livello delle competenze professionali ospedaliere e universitarie, dall'altro lato, sono improntate a garantire lo sviluppo della dotazione di tecnologie e dei processi per rispondere prontamente e in modo innovativo ai bisogni assistenziali. Nel contempo, le politiche gestionali implementate si fondano sui principi dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza allocativa delle risorse, atti a consentire un utilizzo razionale delle stesse in considerazione dei vincoli economici dettati dalle politiche nazionali e regionali. Al fine di assicurare un monitoraggio costante del livello delle prestazioni e delle loro modalità di svolgimento a supporto dei processi di programmazione e controllo delle risorse, l'AOUR ha sviluppato un sistema informativo in grado di: assicurare la disponibilità e l'affidabilità dei dati; supportare il miglioramento dei processi decisionali; garantire l'efficienza dei flussi informativi delle prestazioni e dei processi; gestire i sistemi di comunicazione sia interni che da e verso l'esterno. L'analisi delle risorse interne dell'azienda, pertanto, si può ricondurre a tre ambiti primari: la dotazione di personale, la dotazione delle tecnologie (con particolare attenzione alle attrezzature elettromedicali) e la dotazione di sistemi informativi.

Il personale

Il personale dell'azienda al 31.12.2015 è composto da 3.396 dipendenti del SSN e 127 dipendenti dell'Università. Esso opera nelle sedi ospedaliere in cui si articola l'AOUR: la principale, collocata a Torrette di Ancona, che riunisce l'ospedale ad orientamento universitario - Presidio Umberto I - e quello monospecialistico cardiologico - Presidio Lancisi; la seconda sede, collocata nel centro di Ancona, che accoglie l'ospedale monospecialistico pediatrico - Presidio Salesi.

Tabella 2. Consistenza del personale (anno 2015)

	DIPENDENTE DEL SSN	DIPENDENTE DELL'UNIVERSITÀ
DIRIGENTI MEDICI	593	86
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	57	12
DIRIGENTI PROFESSIONALI	4	-
DIRIGENTI TECNICI	3	-
DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	6	-
PERSONALE PROFESSIONALE (COMPARTO)	-	-
PERSONALE SANITARIO (COMPARTO)	1.965	28
PERSONALE AMMINISTRATIVO (COMPARTO)	195	1
PERSONALE TECNICO (COMPARTO)	573	-
Totale	**3.396**	**127**

A supporto del personale dipendente del SSN e dell'Università, operano nell'AOUR altri professionisti, quali contrattisti, libero professionisti, tirocinanti e borsisti, specializzandi, nonché frequentatori volontari.

Tabella 3. Personale tirocinante, borsista e sanitario non dipendente (anno 2015)

PERSONALE SANITARIO NON DIPENDENTE	38
PERSONALE TECNICO/AMMINISTRATIVO NON DIPENDENTE	6
PERSONALE TIROCINANTE E BORSISTA	8
Totale	**52**

Tabella 4. Specializzandi e frequentatori volontari presenti in Azienda (anno 2015)

NUMERO SPECIALIZZANDI	591
NUMERO COMPLESSIVO FREQUENTATORI VOLONTARI	228

Già nel corso del 2016 l'AOUR ha intrapreso un percorso di potenziamento delle risorse umane, in risposta sia alle nuove esigenze assistenziali sia alla normativa vigente in materia di orario di lavoro del personale della "sanità", allineata dal novembre 2015 alla normativa europea. Tale potenziamento ha portato a un incremento del 4% delle risorse umane nel 2016 e proseguirà nel prossimo triennio.

La tecnologia sanitaria

Le apparecchiature elettromedicali, censite nel 2015, sono pari a n. 11.727, per un valore di sostituzione complessivo di € 112.778.801. Analizzando il grado tecnologico delle stesse, si evidenzia che il 95% del valore economico complessivo è attribuibile ad attrezzature di medio-alta complessità. Merita segnalare, però, che la metà della dotazione di tecnologia è da più di 10 anni presente presso l'AOUR.

Tabella 5. Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (anno 2015)

ALTO		MEDIO		BASSO	
NUMERO APPARECCHIATURE	VALORE DI SOSTITUZIONE (€)	NUMERO APPARECCHIATURE	VALORE DI SOSTITUZIONE (€)	NUMERO APPARECCHIATURE	VALORE DI SOSTITUZIONE (€)
697	41.557.208	7.429	66.953.973	3.601	5.385.753

Tabella 6. Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco macchine (anno 2015)

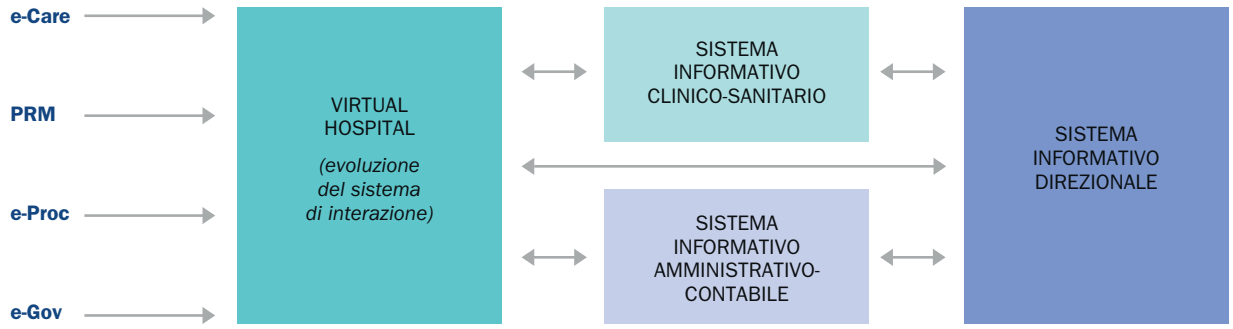
	2015
< 5 ANNI	24%
> 5 E < 10 ANNI	25%
> 10 ANNI	51%

Presso l'AOUR, inoltre, ha sede la base del servizio di eliambulanza, di cui è dotata la Regione Marche e la cui gestione rientra tra le attività espletate dall'AOUR (in considerazione del fatto che l'AOUR è sede del Dipartimento di emergenza di secondo livello).
La dotazione della Regione Marche è pari a due elicotteri: uno con base operativa ad Ancona (presso l'AOUR) e uno con base operativa a Fabriano. L'elicottero operativo presso la base di Fabriano è utilizzato congiuntamente dalla Regione Marche e dalla Regione Umbria, grazie al protocollo d'intesa sottoscritto nel 2014 tra l'AOUR e l'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Il sistema informativo

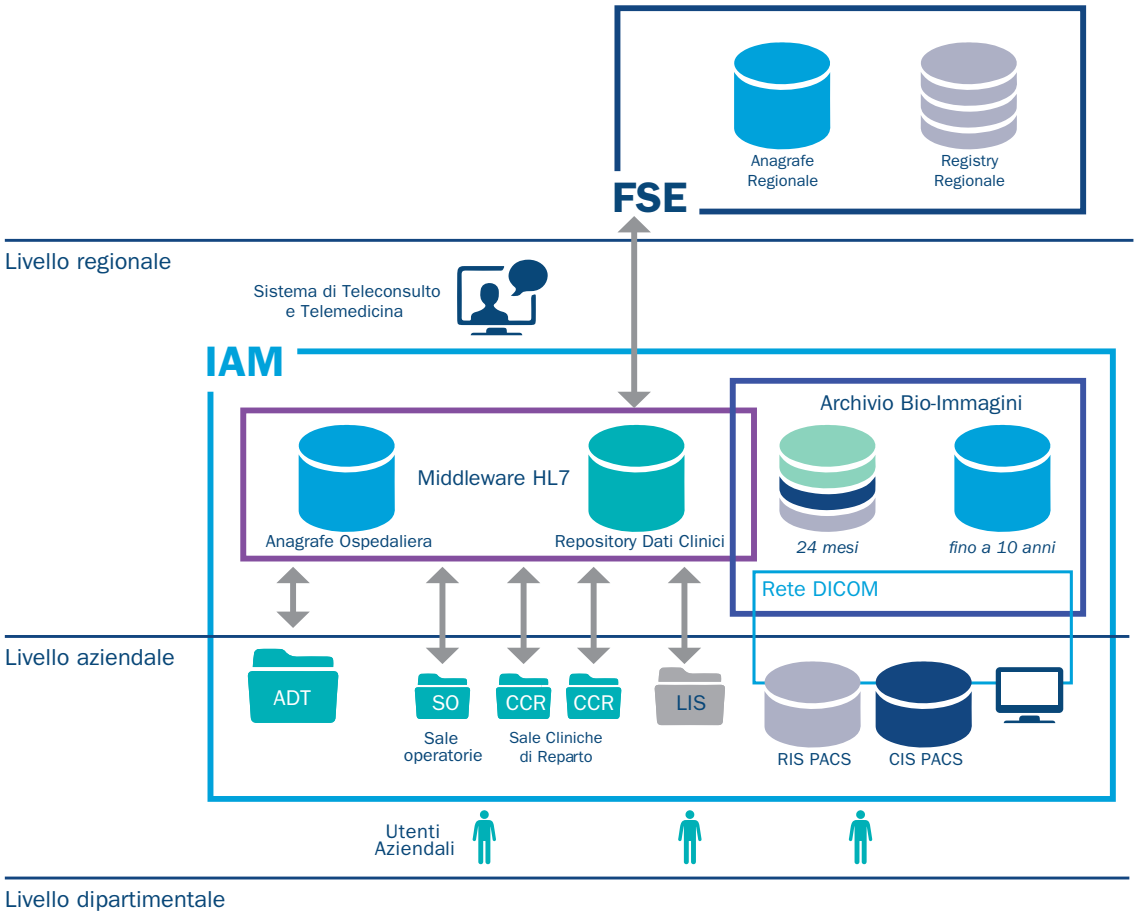
Al fine di gestire la sempre più rilevante mole di informazioni dei processi amministrativi e di cura e assicurare la tracciabilità dei percorsi terapeutici e dei flussi di dati per il monitoraggio delle prestazioni, l'AOUR è dotata di un sistema informativo basato sui moderni sistemi di tecnologie *Information e Communication Technology* (ICT).
In generale, il sistema informativo poggia le proprie basi sullo strumento informatico aziendale, il quale si compone di 4 sotto-sistemi integrati e collegati tra loro: clinico-sanitario, amministrativo-contabile, direzionale, di interazione o di "virtual hospital".

Figura 2. Il sistema informatico aziendale



A supporto dell'attività di assistenza e cura, il principale sistema informativo dell'AOUR è quello clinico-sanitario, il cui compito è di supportare l'organizzazione delle attività cliniche e di gestire la storia sanitaria del paziente, costituendo un "Dossier Sanitario Elettronico" popolato dai sistemi dipartimentali e consultabile per via telematica, in qualsiasi istante e da qualsiasi luogo, da chi sia autorizzato a farlo e limitatamente a quella parte del dossier per cui l'autorizzazione gli è stata conferita, integrandosi, inoltre, all'interno di un sistema di Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale (FSE).
Il sistema informativo clinico fornisce, pertanto, un supporto alla gestione informatizzata, uniforme, aggiornata e integrata dai dati anagrafici, clinici e sanitari del paziente lungo il ciclo di assistenza sanitaria.

Figura 3. Il sistema informativo clinico-sanitario



La riorganizzazione del sistema informativo e il suo continuo sviluppo costituiscono una delle priorità che, anno dopo anno, interessa la gestione aziendale. Ciò risponde all'esigenza sia di evitare appesantimenti nelle procedure di rilevazione, sia di fornire strumenti adeguati alla gestione di emergenti necessità clinico-mediche ed amministrative.

2.3. L'integrazione con l'Università Politecnica delle Marche *Facoltà di Medicina e Chirurgia*

I caratteri fondamentali dell'Azienda Ospedaliero Universitaria (AOU) sono contenuti nel D.Lgs. 517/1999, che - al fine di normare i rapporti tra SSN e Università - riunifica in un unico modello organizzativo le funzioni di assistenza, ricerca e didattica. Il decreto stabilisce che l'attività assistenziale, necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, è definita considerando sia le indicazioni della programmazione nazionale e regionale, sia le esigenze della didattica e della ricerca. La collaborazione tra Università e SSN è disciplinata con specifici protocolli d'intesa[3] stipulati dalla Regione con le Università ubicate nel proprio territorio.

La concreta ed omogenea attuazione del D.Lgs. 517/1999 è avvenuta con successivo DPCM[4], ove si precisa che le Università devono concorrere all'elaborazione dei piani sanitari regionali relativamente alle esigenze didattiche e di ricerca biomedica, anche estese alla formazione specialistica, infermieristica, tecnica, riabilitativa e prevenzionale. Il parere delle Università - sedi della facoltà di medicina e chirurgia ubicate nel territorio della regione - deve essere acquisito formalmente dalla Regione prima dell'adozione o dell'adeguamento del piano sanitario regionale. Il DPCM citato - all'art. 4 - sancisce, inoltre, che "*1. L'organizzazione delle aziende ospedaliero-universitarie è definita nell'atto aziendale di cui all'art. 3, comma 2, del decreto legislativo n. 517 del 1999 in modo da assicurare il pieno svolgimento delle funzioni didattiche e scientifiche delle facoltà di medicina e chirurgia in un quadro di coerente integrazione con l'attività assistenziale e con gli obiettivi della programmazione regionale".*

A tal proposito, l'atto aziendale dell'AOUR, cita espressamente che *"1. L'obiettivo fondamentale dell'A.O.U.OO.RR. 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'A.O.U.OO.RR., 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."*

3 Nel dettaglio è definito che tali protocolli devono promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca; definire le linee generali della partecipazione dell'Università alla programmazione sanitaria; definire i parametri per l'individuazione delle attività necessarie allo svolgimento delle funzioni istituzionali e di ricerca; definire i parametri per l'individuazione delle strutture assistenziali complesse funzionali alle esigenze della didattica e della ricerca dei corsi di laurea delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Aziende Integrate; definire il volume di attività ed il numero dei posti letto essenziali anche in rapporto al numero degli iscritti ai corsi di laurea con criteri e modalità di adeguamento agli standard fissati, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Regionale; disciplinare le modalità di reciproca collaborazione per le esigenze del SSN connesse alla formazione degli specializzandi, alla formazione del personale sanitario mediante lo svolgimento delle attività formative presso le Aziende ospedaliere di riferimento o presso altre Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate; definire i criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale, per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti integrati (DAI); definire forme e modalità di accesso dei dirigenti sanitari del SSN ai fondi di Ateneo e ad incarichi didattici; prevedere il trattamento economico aggiuntivo di cui all'art.6 del D.Lgs. 517/1999; definire i criteri generali per l'attuazione dei principali atti di gestione delle Aziende Ospedaliero Universitarie; e anche prevedere che il trattamento economico integrativo dei docenti e ricercatori sia composto, in analogia al personale medico dipendente dal SSN, dalla retribuzione di posizione, correlata alla direzione di struttura (dipartimenti, unità operative complesse e semplici) e dalla retribuzione di risultato, rapportata ai risultati assistenziali conseguiti.

4 Cfr. DPCM del 24 maggio 2001, contenente le *"Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni ed Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517".*

Il Rettore dell'Università Politecnica delle Marche partecipa attivamente alla governance dell'AOUR con funzioni consultive, di indirizzo programmatico sulla gestione e di coordinamento delle attività scientifiche e didattiche.

I professori, i ricercatori e gli studiosi, in collaborazione con il mondo ospedaliero, con la loro attività di ricerca e sperimentazione, garantiscono il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie e sviluppano progetti mirati a far crescere la conoscenza e ad identificare soluzioni per i bisogni di salute ed assistenza del paziente. Infine, la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche svolge un ruolo insostituibile di "formatore" per il personale sanitario. Tale collaborazione ha consentito la realizzazione di importanti progetti: tra i principali si richiamano gli investimenti sull'innovazione tecnologica aventi ad oggetto l'introduzione della chirurgia robotica e la riorganizzazione del comitato etico unico regionale. In aggiunta, l'interazione costante tra ospedale e Università genera valore distintivo nei Corsi di Laurea, conferendo agli studenti un plus formativo di indubbia importanza: ciò si realizza, da un lato, attraverso la realizzazione di piani formativi annuali che prevedono la partecipazione del personale ospedaliero alla didattica dei Corsi di Laurea e, dall'altro, con l'introduzione di attività formative professionalizzanti del Corso di Laurea in Medicina, che permette agli studenti, grazie alla frequenza a piccoli gruppi presso i reparti dell'Azienda, di acquisire anche abilità pratiche.

Una citazione particolare meritano le "Scuole di specializzazione" della Facoltà che, non va dimenticato, sono il luogo di formazione quasi esclusivo dei medici specialistici per l'intero tessuto sanitario regionale. Il Sistema Sanitario Regionale delle Marche (in via prioritaria, ma non solo), infatti, beneficia dell'impegno profuso contemporaneamente nelle aule universitarie e nei reparti ospedalieri, creando personale con grandi potenzialità. Un dato da solo fornisce un'indicazione chiara di quanto sia strategica la collaborazione tra Università e Azienda Ospedaliera: i medici frequentanti le scuole di specializzazione e impegnati nel lavoro dell'AOUR sono ad oggi bene 591 unità.

Al di là, quindi, dell'importanza innegabile della sinergia tra formazione universitaria e attività ospedaliera, occorre ricercare, con determinazione e convinzione, un ulteriore rilancio delle Scuole di specializzazione, seguendo, da un lato, quelle che sono le richieste di servizi sanitari che provengono dalla cittadinanza e, dall'altro, l'evoluzione epidemiologica del territorio di riferimento.

Inoltre, l'inserimento di giovani medici specializzati nelle strutture ospedaliere ed universitarie rappresenta una modalità imprescindibile per apportare nuove energie e competenze, creando il giusto equilibrio tra esperienza e innovazione, per affrontare in modo adeguato le sfide che il futuro pone ai servizi sanitari.

Focalizzando, poi, l'attenzione sui percorsi di assistenza e cura, l'integrazione e l'interazione delle professionalità provenienti dal mondo accademico con quelle operanti in ambito ospedaliero consente di identificare soluzioni appropriate, efficaci ed efficienti mediante una costante attività di ricerca dell'eccellenza dei percorsi di cura: ricerca basata sulla condivisione quotidiana di processi clinico-assistenziali e degli standard tecnico-scientifici. La stessa configurazione organizzativa agevola tale modus operandi: il modello di gestione operativa è articolato in 10 Dipartimenti ad Attività Integrata (D.A.I.), cui afferiscono n. 68 strutture complesse, di cui n. 38 dirette a direzione ospedaliera e n. 30 a direzione universitaria.

La compartecipazione di professionalità ospedaliere e universitarie, in aggiunta, costituisce un rilevante plus nell'identificazione di tipologie di assistenza moderna ed efficiente, mediante la formazione di team multidisciplinari, che consentono non solo una gestione più razionale del singolo caso clinico,

ma, soprattutto, permettono il confronto tra i clinici sulle necessità emergenti sia organizzative sia di risposta ai bisogni del paziente. Tale compartecipazione, inoltre, riguarda anche l'attività dei corsi didattici universitari istituiti presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche: nel 2015, infatti, circa il 4% dei dirigenti e l'8% del personale del comparto (dipendente del SSN) è stato coinvolto nei corsi di laurea di area medica e scientifica dell'Ateneo di Ancona.
Contemporaneamente, il confronto quotidiano con la complessità clinica e le problematiche diagnostico-terapeutiche permettono l'acquisizione di un bagaglio di conoscenze e di esperienze che vengono anche utilizzate per la didattica e per i tirocini degli studenti dei corsi di laurea, che si realizzano nell'ambito dell'Azienda stessa.

2.4. I principali risultati economico-finanziari

L'apprezzamento dei risultati economico-finanziari appare particolarmente rilevante per un'azienda ospedaliera in quanto permette a chiunque di comprendere, "con immediatezza", quale sia la capacità della struttura in esame di rispondere ai bisogni di cure in modo efficiente, senza tuttavia dimenticare mai il rilievo etico e sociale del servizio sanitario, il cui valore non può essere quantificato solo mediante variabili monetarie.
La quantificazione della produzione effettuata fornisce indicazioni utili sulla operatività e, insieme, sulle risorse patrimoniali a disposizione del presidio sanitario, nonché sulla reale sostenibilità delle iniziative che l'azienda intende perseguire.
La ricerca del miglioramento delle condizioni economiche rappresenta la conseguenza delle linee strategiche ed operative che si vorranno attuare - e della loro declinazione fattuale - e non piuttosto un elemento aprioristico, capace di condizionare in maniera indiscriminata lo svolgimento della gestione. In questa ottica l'utilizzo integrato dei sistemi informativi a disposizione dell'azienda consentirà di modulare la ricerca degli equilibri funzionali alla direzione strategica individuata attraverso il contributo coordinato delle diverse unità organizzative.
Il primo fra tutti gli strumenti di informazione è certamente l'*Integrated reporting* dell'Azienda Ospedaliera, redatto a valere sui valori di bilancio dell'esercizio 2015. Tutta l'impostazione adottata per elaborare questo documento serve per correlare i dati economico-finanziari con "*le informazioni quali-quantitative dell'impatto socio-assistenziale e ambientale dell'attività aziendale, mettendo in evidenza la capacità dell'Azienda di creare valore economico e sociale, in modo sostenibile*".
I risultati economici dell'AOUR degli ultimi anni, mostrano alcune evidenze molto significative, meritevoli, sia pur in estrema sintesi, di essere citate. Dal 2007 si registra un risultato di gestione positivo, Inoltre emerge la capacità dell'azienda di perseguire efficacemente una politica di "*spending review*" (tema, come visto nelle pagine precedenti, oramai dominante nei provvedimenti legislativi nazionali e regionali), pur non arrecando pregiudizio ai livelli ed alla qualità delle prestazioni erogate.
Per riuscire a sviluppare l'intera attività istituzionale, nel 2015, l'Azienda Ospedaliera ha utilizzato circa 377 mln di euro di fondi a disposizione, di cui il 68,0% è rappresentato da ricavi per prestazione sanitarie, il 27,2% da contributi in c/esercizio e il restante 4,8% è rappresentato da proventi derivanti da compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti, da donazioni, da ricavi per attività di ricerca e sperimentazione e da ulteriori trasferimenti dalla Regione Marche (principalmente per sostegno alla spesa farmaceutica). L'insieme di questi fondi è stato assorbito dai costi del personale (ospedaliero e universitario) per il 49,9% del totale, dai costi per gli approvvigionamenti di beni e servizi, dai costi

per prestazioni richieste agli altri enti del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale e dai costi per iniziative o contributi a favore degli enti non profit per una quota complessiva del 37,1%, dai costi per spese di manutenzione e ammodernamento del parco tecnologico per il 5,9%, dai costi per consumi energetici e idrici per il 2%; i restanti fondi sono stati utilizzati per coprire i costi per iniziative di formazione ai dipendenti, per potenziamento e mantenimento del sistema informatico aziendale nonché per la copertura di polizze assicurative. Ne è residuato, nel 2015, un avanzo di gestione di oltre 2,5 mln di euro.

Tabella 7. Composizione del valore della produzione (anno 2015)

	2015
VALORE DELLA PRODUZIONE	**382.876.700**
CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	102.766.147
COSTI DELLA PRODUZIONE	**371.430.144**
COSTI DELLA PRODUZIONE/VALORE DELLA PRODUZIONE	97,01%
COSTI DEL PERSONALE	159.555.315
COSTI DEL PERSONALE/VALORE DELLA PRODUZIONE	41,67%

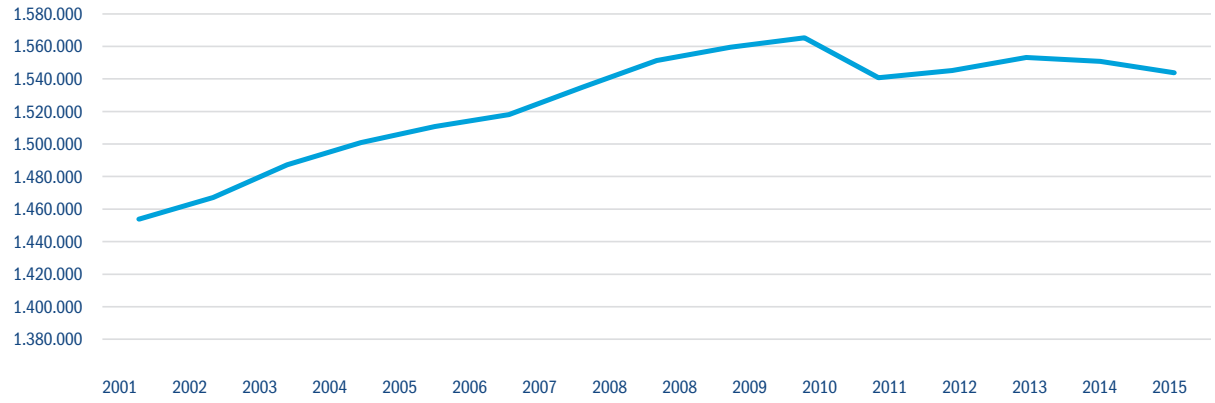
2.5. Il contesto esterno

L'analisi "ambientale" costituisce il processo aziendale che porta a conoscenza dei soggetti decisori le informazioni necessarie per comprendere in modo dettagliato la situazione strategica dell'azienda. L'esigenza di indagare l'ambiente in cui l'AOUR opera, nasce dall'importanza dei rapporti interattivi che i sistemi aziendali instaurano con l'ambiente.
L'analisi ambientale esterna esplora l'ambiente socio-economico ed epidemiologico-sanitario all'interno del quale opera l'azienda sanitaria per individuare i punti di disconnessione, ovvero quei cambiamenti rilevanti attuali, emergenti o probabili, e determinare le loro implicazioni per l'azienda.

2.5.1. L'analisi del contesto demografico e socio-sanitario

Le Marche sono situate nella zona centrale dell'Italia e misurano 9.694 km quadrati per 1.543.752 abitanti (Fonte: DemoIstat al 1 gennaio 2016).
L'analisi del trend di crescita della popolazione negli ultimi 15 anni evidenzia un decremento solo a partire dall'ultimo quinquennio.

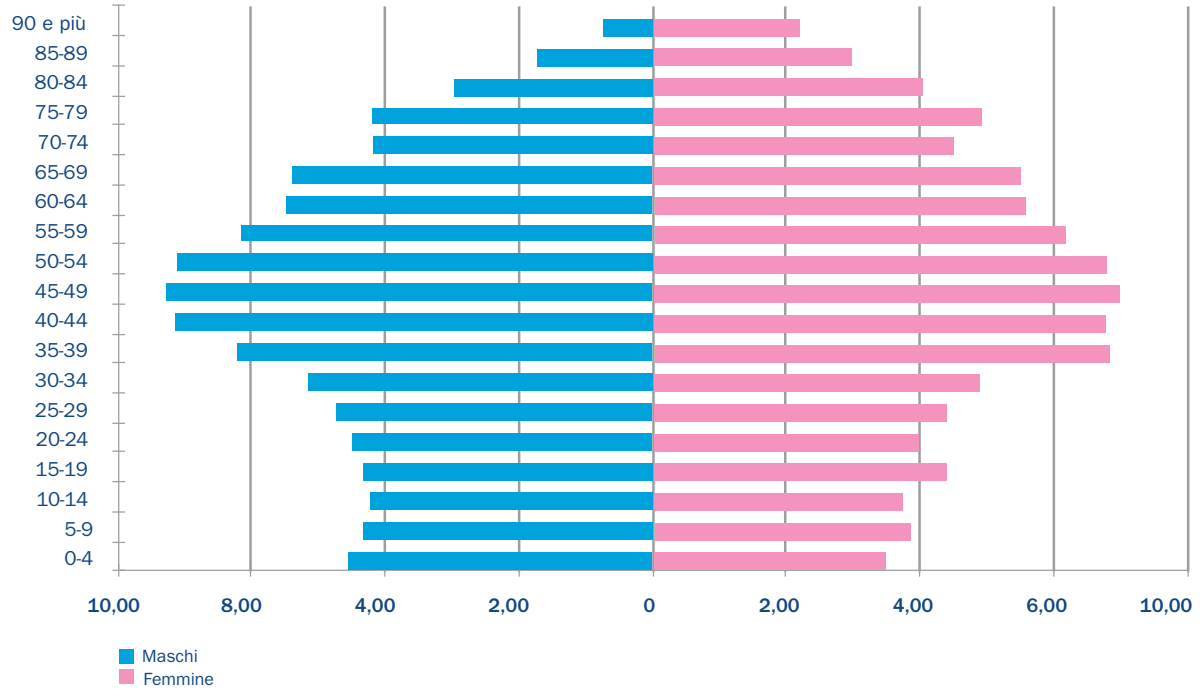
Figura 4. Popolazione residente (numeri assoluti). Regione Marche (anni 2001-2015)



Fonte: dati Istat

Soffermando l'attenzione sulla situazione attuale, la distribuzione per sesso pone in risalto una sostanziale uniformità tra la componente femminile (51,6% del totale, Dati ISTAT al 1/1/2016) e quella maschile (48,4% del totale, Dati ISTAT al 1/1/2016). Inoltre, la popolazione di stranieri residenti nella Regione Marche è pari al 9,06% del totale della popolazione residente. Analizzando la struttura della popolazione, si riscontra una tendenza generale al calo delle nascite (rappresentata dalla base ristretta della piramide) ed al progressivo invecchiamento della popolazione: la fascia d'età più rappresentata è, infatti, per entrambi i sessi, quella dei 40-49enni (cfr. Figura 5). Si consideri che oltre circa 15 anni fa (dato del 2002), la fascia di età più rappresentativa della popolazione era quella dei 35-39enni.

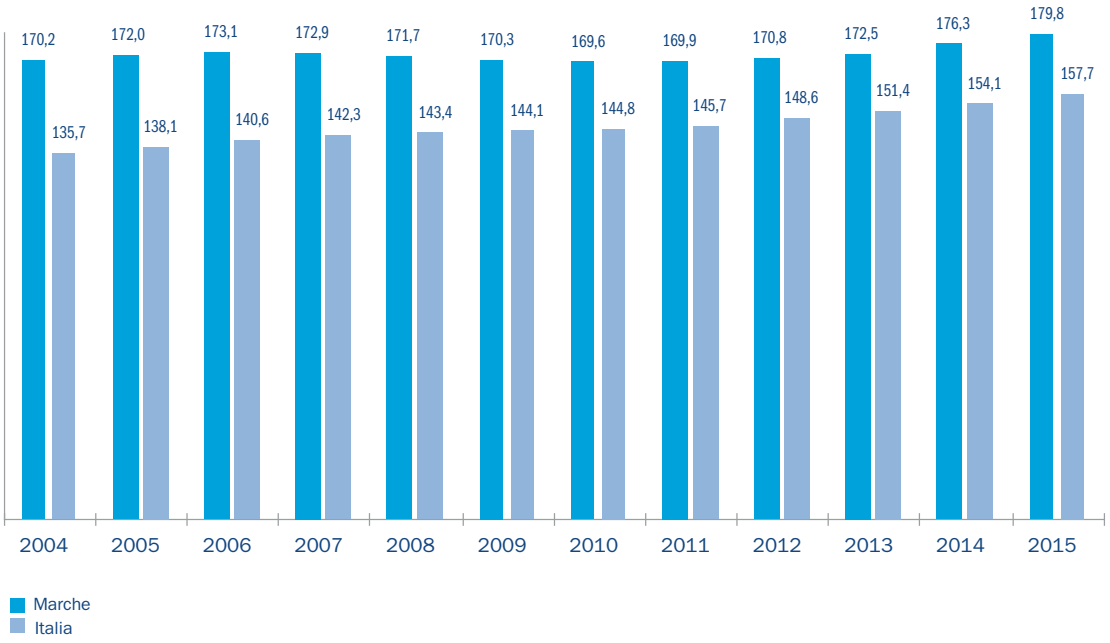
Figura 5. Popolazione residente per fasce di età. Regione Marche (anno 2016)



Fonte: elaborazioni OER, su dati Istat

L'aumento della popolazione anziana in rapporto a quella in età giovane, il contenimento della fecondità e l'aumento della sopravvivenza hanno determinato la crescita progressiva (cfr. Figura 6) dell'indice di vecchiaia (il rapporto tra gli anziani di 65 anni ed oltre e i giovani tra 0-14 anni): nelle Marche, nel 2015, tale valore si attesta sul 179,8% (di molto superiore al dato medio nazionale, pari al 157,7%).

Figura 6. Indice di vecchiaia. Regione Marche (anni 2004-2015)



Fonte: elaborazioni OER, su dati Istat

Nel contempo nell'ultimo decennio, è progressivamente aumentata (seppur in modo meno che proporzionale) la speranza di vita alla nascita (cioè il numero medio di anni che restano da vivere a un neonato nell'ipotesi in cui, nel corso della sua futura esistenza, sperimenti i rischi di morte che si sono rilevati nell'anno di riferimento). Tale indice, nel 2015, nella Regione Marche è stimato pari a 80,8 anni per gli uomini (valore al di sopra della media nazionale pari a 80,1 anni) e 85,4 anni per le donne (valore inferiore alla media nazionale pari a 87,4).
In aggiunta, secondo le previsioni demografiche, nei prossimi 20 anni per la Regione Marche vi è la prospettiva di:

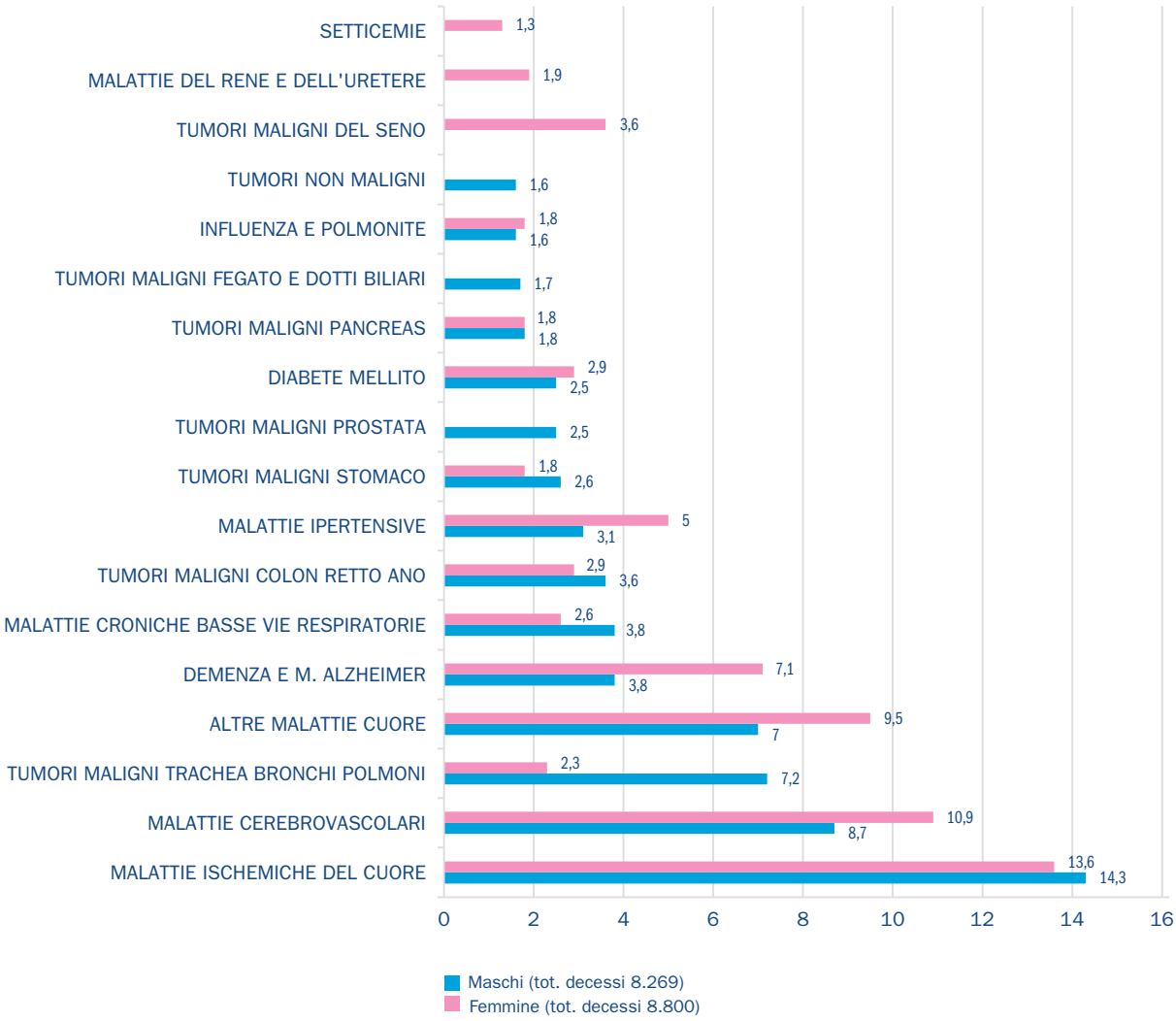
- una longevità tendenzialmente crescente della popolazione, testimoniata dall'aumento della speranza di vita alla nascita per entrambi i sessi. Questa nel 2023 si attesterà intorno agli 82 anni per gli uomini e 88 per le donne, per arrivare rispettivamente ad 84 ed 89 nel 2033;
- una sostanziale stabilità dei valori stimati del tasso grezzo di mortalità;
- un lieve aumento del numero medio di figli per donna che nel 2023 si attesterebbe intorno a 1,43 per arrivare a 1,46 nel 2033. La riproduttività però si mantiene sempre sotto la soglia di sostituzione delle generazioni che corrisponde al valore di 2,1 figli per donna;
- una sostanziale decrescita dei valori dei tassi migratori (interno e con l'estero);
- un trend di crescita della popolazione nei prossimi 40 anni, fino a raggiungere circa il 16% in più rispetto all'attuale situazione (fonte: DemoIstat, 2016);
- un rilevante aumento dell'indice di dipendenza degli anziani dalle fasce di popolazione in età giovane, pari ad un incremento di 10 punti percentuali nei prossimi 50 anni (fonte: database CoesioneSociale. Stat, 2016).

L'aumento dell'aspettativa di vita, congiuntamente ad un rallentamento della natalità, ha prodotto nella nostra regione un invecchiamento complessivo della popolazione. Tali fattori devono essere considerati nell'identificazione di una corretta risposta futura ai fabbisogni socio-sanitari e assistenziali della Regione Marche.

2.5.2. Le caratteristiche della popolazione e sviluppi epidemiologici

Nella prospettiva di una longevità tendenzialmente crescente e di una riproduttività sotto la soglia di sostituzione delle generazioni, il cambiamento demografico dei prossimi anni vedrà ancora una volta protagonista il processo di invecchiamento della popolazione. A tale processo si affiancherà un cambiamento epidemiologico, che si sostanzierà - tra gli altri fenomeni - in un aumento dell'incidenza delle malattie croniche. Quest'ultima tendenza sarà enfatizzata dalla diffusione di stili di vita non salutari.
Al fine di presentare l'attuale contesto epidemiologico della Regione Marche, si riportano, di seguito i principali risultati di monitoraggi e rilevazioni, condotti nel settore socio-sanitario.
I dati ISTAT delle principali cause di mortalità (sul totale decessi, pari a 8.269 di maschi e 8.800 di femmine) evidenziano che, per ambo i sessi, i tassi maggiori si riscontrano per malattie ischemiche del cuore e malattie cerebrovascolari. Questo fenomeno presenta gli stessi caratteri se si estende l'analisi al territorio nazionale.

Figura 7. Principali cause di mortalità - tasso specifico (anno 2012)



Fonte: Osservasalute, 2015, archivio decessi Istat

Un approfondimento di quanto appena esposto nella figura precedente evidenzia come, per la totalità delle cause di mortalità, la Regione Marche si pone in linea (e in alcuni casi a livelli inferiori) con i tassi rilevati nel centro Italia.

Tabella 8. Mortalità per le principali cause (anno 2012)

	MASCHI (TOT. DECESSI 8.269)			FEMMINE (TOT. DECESSI 8.800)		
	%	TASSO STAND. PER 10.000		%	TASSO STAND. PER 10.000	
		MARCHE	ITALIA CENTRO		MARCHE	ITALIA CENTRO
MALATTIE ISCHEMICHE DEL CUORE	14,3	13,93	14,06	13,6	7,44	7,52
MALATTIE CEREBROVASCOLARI	8,7	8,38	8,67	10,9	5,97	7,15
TUMORI MALIGNI TRACHEA BRONCHI POLMONI	7,2	7,14	8,69	2,3	1,94	2,66
ALTRE MALATTIE CUORE	7,0	6,91	7,82	9,5	5,15	5,70
DEMENZA E M. ALZHEIMER	3,8	3,65	2,82	7,1	3,79	3,28
MALATTIE CRONICHE BASSE VIE RESPIRATORIE	3,8	3,65	4,46	2,6	1,44	1,75
TUMORI MALIGNI COLON RETTO ANO	3,6	3,64	3,76	2,9	2,14	2,30
MALATTIE IPERTENSIVE	3,1	3,02	3,10	5,0	2,69	3,02
TUMORI MALIGNI STOMACO	2,6	2,54	2,24	1,8	1,26	1,15
TUMORI MALIGNI PROSTATA	2,5	2,47	2,50			
DIABETE MELLITO	2,5	2,45	3,09	2,9	1,72	2,28
TUMORI MALIGNI PANCREAS	1,8	1,74	1,85	1,8	1,3	1,42
TUMORI MALIGNI FEGATO E DOTTI BILIARI	1,7	1,70	1,81			
INFLUENZA E POLMONITE	1,6	1,64	1,85	1,8	0,99	0,96
TUMORI NON MALIGNI	1,6	1,56	1,56			
TUMORI MALIGNI DEL SENO				3,6	2,91	2,91
MALATTIE DEL RENE E DELL'URETERE				1,9	1,09	1,11
SETTICEMIE				1,3	0,82	0,83

Fonte: Osservasalute, 2015, archivio decessi Istat

2.6. L'offerta dell'AOUR

I dati di seguito presentati sono finalizzati a dar conto della articolata e complessa offerta di servizi sanitari sviluppata dall'AOUR. Anche in tale circostanza è immediato il richiamo a quanto riportato con particolare dovizia nell'*Integrated reporting* 2015. In tale documento, infatti, sono analizzati in dettaglio tutti gli "output" erogati dall'ospedale e, perciò, ad esso si rimanda per avere informazioni complete, trasparenti e coerenti, nell'ottica, già citata in premessa, della necessaria circolarità di dati e indicazioni tra il bilancio sociale e il presente Piano Strategico.

2.6.1. L'offerta erogata dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

- L'AOUR eroga prestazioni e servizi nell'area dell'assistenza ospedaliera in regime di ricovero (ordinario e diurno), ambulatoriale, in area medica, chirurgica, emergenza. Come già richiamato, è sede del Dipartimento di emergenza di secondo livello, garantendo tutta l'assistenza in fase acuta della patologia.
- Per l'AOUR l'integrazione con il territorio è essenziale al fine di garantire la continuità assistenziale: essa si realizza prevalentemente attraverso rapporti con l'ASUR per la presa in carico dei pazienti dopo la loro stabilizzazione e rinvio al domicilio o altro istituto con diverso livello di intensità delle cure.
- L'integrazione, inoltre, si realizza anche con l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) INRCA, conformemente alle patologie oggetto di studio e cura presso tale ente del Servizio Sanitario Regionale. L'AOUR è struttura di riferimento per il Comune di Ancona anche per le specialità di bassa e media complessità.
- Al fine di fornire un quadro complessivo dell'offerta erogata dall'AOUR ai propri pazienti, si presentano di seguito alcuni dati quantitativi e qualitativi sulla tipologia di servizi offerti.

Assistenza ospedaliera per acuti in regime di ricovero

L'assistenza ospedaliera per acuti attiene ai ricoveri ordinari e ai ricoveri diurni. Nel 2015, il numero dei ricoveri ordinari è stato pari a 32.452. Le giornate di degenza complessiva, nel 2015, sono pari a 262.382 con un indice di degenza media pari a 8,09 giornate.
Il numero dei ricoveri diurni, nel 2015, è pari a 12.504. Nel 2015 un ricovero diurno in acuzie risulta costituito, in media, da 2,4 accessi.

Tabella 9. Attività di ricovero ordinario (anni 2014-2015)

	2015	2014
NUMERO DI RICOVERI ORDINARI	32.452	33.431
GIORNATE DI DEGENZA	262.382	269.437
INDICE DI DEGENZA MEDIA	8,09	8,06

Tabella 10. Attività di ricovero diurno (anni 2014-2015)

	2015	2014
NUMERO DI RICOVERI DIURNI	12.504	13.566

Attualmente i posti letto direttamente gestiti dall'AOUR sono complessivamente pari a 914 (di cui 829 in degenza ordinaria, 80 di day hospital e 5 di day surgery). A questi si aggiungono 20 culle al Nido.
Non risultano ancora attivati i 16 posti letto di riabilitazione/lungodegenza assegnati a questa Azienda dalla programmazione regionale.
Analizzando i ricoveri ordinari, l'AOUR, nel 2015, presenta un indice di complessità della casistica trattata significativamente superiore rispetto alle altre strutture operanti sul territorio della Regione Marche (come evidenziato dall'indice di Peso Medio e di Case Mix).

Tabella 11. Indice di complessità delle casistiche trattate - Regione Marche (anno 2015)

	2015		
	NUMERO RICOVERI	PESO MEDIO	INDICE DI CASE MIX
ASUR - ZONA TERRITORIALE URBINO	10.673	0,96	0,87
ASUR - ZONA TERRITORIALE FANO	2.183	0,96	0,87
ASUR - ZONA TERRITORIALE SENIGALLIA	8.563	0,95	0,86
ASUR - ZONA TERRITORIALE JESI	12.131	1,00	0,90
ASUR - ZONA TERRITORIALE FABRIANO	6.027	0,98	0,89
ASUR - ZONA TERRITORIALE ANCONA	6.680	0,98	0,88
ASUR - ZONA TERRITORIALE CIVITANOVA M.	14.614	1,01	0,91
ASUR - ZONA TERRITORIALE MACERATA	15.205	1,05	0,95
ASUR - ZONA TERRITORIALE CAMERINO	6.112	0,99	0,90
ASUR - ZONA TERRITORIALE FERMO	14.102	1,07	0,97
ASUR - ZONA TERRITORIALE S. BENEDETTO D. T.	13.498	1,04	0,94
ASUR - ZONA TERRITORIALE ASCOLI PICENO	12.268	1,12	1,01
AO MARCHE NORD	22.275	1,11	1,00
AOU ANCONA	32.452	1,40	1,27
INRCA	5.577	1,26	1,14
TOTALE REGIONE MARCHE	**182.360**	**1,11**	-

Per i ricoveri diurni, il peso medio aziendale si attesta su un valore pari allo 0,88.
Prendendo in esame i pazienti in ricovero e la loro provenienza, nel 2015, si rileva che il 46,9% dei pazienti in ricovero ordinario e il 43,1% dei pazienti in ricovero diurno proviene dal comune di Ancona e dal territorio dell'Area Vasta 2 (Ancona, Senigallia, Fabriano, Jesi). Inoltre, si rileva una percentuale di circa il 10% dei pazienti in ricovero provenienti da fuori Regione (di cui il 10,6% in ricovero ordinario e l'8,8% in ricovero diurno). Atteso, infine, che i pazienti di nazionalità straniera rappresentano circa l'1% dei ricoveri, il valore residuale - ben oltre il 40% - è riferibile a pazienti provenienti dalle altre aree vaste dell'ASUR e, quindi, comunque residenti nella Regione Marche.

Tabella 12. Provenienza dei pazienti - attività di ricovero (anni 2013-2015)

PROVENIENZA DEI PAZIENTI	2015	2014	2013
	AREA VASTA 2		
RICOVERO ORDINARIO	46,9%	45,7%	46,7%
RICOVERO DIURNO (DH)	43,1%	42,5%	43,5%
	RESTO DELLA REGIONE		
RICOVERO ORDINARIO	41,8%	42,6%	41,4%
RICOVERO DIURNO (DH)	47,9%	48,0%	47,1%
	FUORI REGIONE		
RICOVERO ORDINARIO	10,6%	11,1%	11,4%
RICOVERO DIURNO (DH)	8,8%	9,5%	9,3%
	STRANIERI		
RICOVERO ORDINARIO	0,7%	0,6%	0,5%
RICOVERO DIURNO (DH)	0,1%	0,1%	0,2%

In merito all'attività di ricovero ordinario, va sottolineato che questa situazione (stabile rispetto agli anni precedenti) non è uniforme per tutte le specialità mediche e chirurgiche.
Come mostrato nella tabella che segue, per alcune discipline è notevolmente più alto il peso dei pazienti fuori dai confini marchigiani rispetto al dato medio, registrato sul totale dell'offerta.

Tabella 13. Analisi dell'offerta di ricovero ordinario e diurno per disciplina (anno 2015)

DISCIPLINA	TOTALE OFFERTA	MOBILITÀ ATTIVA EXTRA-REGIONALE (PAZIENTI DA FUORI REGIONE)	PAZIENTI PREVENIENTI DALLA REGIONE MARCHE	STRANIERI
ALLERGOLOGIA	142	26,1%	73,9%	0,0%
ANGIOLOGIA	212	5,2%	93,9%	0,9%
CARDIOCHIRURGIA E CARDIOLOGIA PEDIATRICA	447	40,9%	57,3%	1,8%
CARDIOCHIRURGIA	843	11,0%	88,8%	0,1%
CARDIOLOGIA	2.623	5,0%	94,4%	0,6%
CHIRURGIA GENERALE	3.011	8,4%	91,2%	0,4%
CHIRURGIA MAXILLO-FACC.	549	10,7%	88,0%	1,3%
CHIRURGIA PEDIATRICA	1.383	7,5%	92,0%	0,5%
CHIRURGIA PLASTICA	1.351	12,7%	86,8%	0,6%
CHIRURGIA TORACICA	306	4,2%	95,8%	0,0%
CHIRURGIA VASCOLARE	1.297	22,7%	77,1%	0,2%
DERMATOLOGIA	904	5,8%	94,2%	0,0%
EMATOLOGIA	956	3,2%	96,4%	0,3%
GASTROENTEROLOGIA	1.718	13,8%	85,0%	1,2%
MALATTIE ENDOCRINE,ECC.	1.202	7,2%	92,7%	0,2%
MALATTIE INFETTIVE	719	11,1%	86,1%	2,8%
MEDICINA GENERALE	2.427	6,7%	92,7%	0,5%
NEFROLOGIA	768	14,8%	84,9%	0,3%
NEFROLOGIA PED.	137	11,7%	87,6%	0,7%
NEURO RIAB.	148	8,8%	91,2%	0,0%
NEUROCHIRURGIA	1.111	12,4%	86,7%	0,9%
NEUROLOGIA	1.448	5,2%	94,4%	0,4%
NEUROPSICH.INFANTILE	1.418	25,6%	73,9%	0,5%
NIDO	1.779	4,8%	95,2%	0,0%
OCULISTICA	528	24,8%	75,2%	0,0%
ODONTOSTOMATOLOGIA	1.183	8,6%	91,3%	0,1%
ONCOEMATOL. PEDIATR.	385	4,9%	94,0%	1,0%
ONCOLOGIA	2.706	4,9%	94,9%	0,2%
ORTOPEDIA-TRAUMAT.	2.130	14,7%	84,5%	0,8%
OSTETRICIA-GINECOL.	4.322	6,4%	93,2%	1,4%
OTORINOLARINGOIATRIA	1.133	9,6%	90,3%	0,1%
PEDIATRIA	1.457	11,1%	88,6%	0,3%
PNEUMOLOGIA	1.040	28,6%	70,8%	0,7%
PSICHIATRIA	379	3,7%	92,9%	3,4%
RIEDUCAZIONE-FUNZIONALE	110	11,8%	88,2%	0,0%
TER.INT. - RIANIMAZIONE	801	6,1%	93,0%	0,9%
TER.INTENS.NEONATALE	364	9,1%	90,7%	0,3%
U.T.I.C.	163	17,8%	80,4%	1,8%
UNITÀ-SPINALE	20	0,0%	100,0%	0,0%
UROLOGIA	1.336	11,7%	94,7%	0,1%
Totale	**44.956**	**10,1%**	**89,4%**	**0,5%**

L'AOUR si presenta, inoltre, come azienda ad elevata vocazione chirurgica con circa la metà dei propri ricoveri di tipo chirurgico.

Tabella 14. Attività chirurgica aziendale (anno 2015)

	2015
NR. RICOVERO ORDINARIO	15.186
NR. RICOVERO DIURNO CHIRURGICO	4.636
% SUL TOTALE RICOVERI	44,09%

Tabella 15. Interventi chirurgici per regime di erogazione (anno 2015)

	2015
NR. INTERVENTI CHIRURGICO (RO)	14.740
NR. INTERVENTI CHIRURGICI (DS)	3.443
Totale	**18.183**

Focus: le attività di alta specialità dell'AOUR

Ai fini di una corretta impostazione della pianificazione strategica, si sottolinea che, nell'ambito delle prestazioni e servizi complessivamente erogati dall'AOUR, alcuni ambiti medico-clinici caratterizzanti l'attività dell'azienda e il relativo posizionamento strategico, si configurano quali "alte specialità" dell'AOUR. Tra queste rientrano alcune linee che sono "esclusive" sul territorio regionale.

Nel dettaglio, si riportano solo alcune delle alte specialità dell'AOUR, nella consapevolezza che il repertorio di queste all'interno dell'azienda sia vasto ed esteso. Infatti, anche all'interno di discipline non esclusive nella loro interezza, le professionalità presenti all'interno dell'AOUR hanno consentito di sviluppare ambiti altamente specialistici e sicuramente esclusivi in ambito regionale.

Tabella 16. Attività ad alta specialità dell'AOUR

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
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA
DIALISI PEDIATRICA	RADIOTERAPIA - BRACHITERAPIA
ELETTROFISIOLOGIA	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
EMATOLOGIA	UNITÀ SPINALE
EMODINAMICA	IMMUNOLOGIA CLINICA
NEFROLOGIA (ABILITAZIONE A TRAPIANTO DI RENE)	NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

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

Per tutte le attività sopra richiamate si delineano profili di eccellenza dell'AOUR. Non tutte le attività richiamate coincidono perfettamente con le discipline ministeriali, per le quali è possibile conoscere in profondità i dati di offerta dell'AOUR e comprenderne l'attrattività.

Tabella 17. Discipline con attività esclusive/alta specialità (anno 2015)

	TOTALE OFFERTA
ANGIOLOGIA	212
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	175
CARDIOCHIRURGIA	843
CHIRURGIA GENERALE*	3.011
CHIRURGIA PEDIATRICA	1.383
CHIRURGIA TORACICA	306
CHIRURGIA VASCOLARE	1.297
NEUROCHIRURGIA	1.111
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	549
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	385
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	364
NEFROLOGIA PEDIATRICA	137

**La Chirurgia Generale, tra gli altri, include la Chirurgia epatobiliare, la Chirurgia Bariatrica, la Chirurgia dei Trapianti, la Chirurgia del Pancreas, la Chirurgia Senologica.*

Nei dati di offerta presentati sono inclusi i servizi e le prestazioni erogati sia ai cittadini marchigiani, sia a quelli residenti sul territorio nazionale e agli stranieri. L'AOUR può soddisfare anche la domanda da parte dei pazienti marchigiani che attualmente si rivolgono a strutture presenti fuori dai confini regionali (tale volume di domanda rappresenta "la mobilità passiva").
La mobilità passiva marchigiana (ultimo dato disponibile relativo al 2015) ammonta a oltre 5.700 unità.

Tabella 18. Mobilità passiva (anno 2015)

	MOBILITÀ PASSIVA
ANGIOLOGIA	15
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	13
CARDIOCHIRURGIA	401
CHIRURGIA GENERALE*	3.426
CHIRURGIA PEDIATRICA	413
CHIRURGIA TORACICA	268
CHIRURGIA VASCOLARE	453
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	374
NEUROCHIRURGIA	584
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	87
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	20
NEFROLOGIA PEDIATRICA	35

**La Chirurgia Generale, tra gli altri, include la Chirurgia Epatobiliare, la Chirurgia Bariatrica, la Chirurgia dei Trapianti, la Chirurgia del Pancreas, la Chirurgia Senologica.*

Analizzando la mobilità passiva - relativamente alle discipline comprendenti le attività di alta specialità (comprese le esclusive) - per Regione di accoglienza dei pazienti, si evince che le Regioni confinanti con la Regione Marche rappresentano le destinazioni privilegiate dei pazienti marchigiani.
In particolare, l'Emilia Romagna risulta essere il maggior bacino di attrazione (specialmente per le discipline di cardiochirurgia, chirurgia pediatrica e chirurgia vascolare), seguita dalla Toscana (per la disciplina dell'angiologia) e dal Lazio (relativamente alla disciplina di cardiochirurgia pediatrica).

Si evidenzia, pertanto, un'opportunità di offerta della Regione Marche rappresentata dalla "domanda potenziale", costituita dai pazienti marchigiani e di altre Regioni che ricorrono ai servizi di AOUR, cui si aggiungono i pazienti marchigiani che si recano fuori Regione per fruire di prestazioni sanitarie.

Tabella 19. Produzione effettiva e incremento della domanda potenziale (anno 2015)

	TOTALE OFFERTA	MOBILITÀ PASSIVA	INCREMENTO DOMANDA POTENZIALE STIMATA**
ANGIOLOGIA	212	15	7,1%
CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	175	13	7,4%
CARDIOCHIRURGIA	843	401	47,6%
CHIRURGIA GENERALE*	3.011	3.426	113,8%
CHIRURGIA PEDIATRICA	1.383	413	29,9%
CHIRURGIA TORACICA	306	268	87,6%
CHIRURGIA VASCOLARE	1.297	453	34,9%
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	549	374	68,12%
NEUROCHIRURGIA	1.111	584	52,6%
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	385	87	22,6%
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	364	20	5,5%
NEFROLOGIA PEDIATRICA	137	35	25,5%

***La domanda incrementale è stimata sulla base dei dati di mobilità passiva 2015*

L'analisi e l'interpretazione dei dati esposti nelle tabelle precedenti costituiscono la base per una riflessione strategica di medio periodo per la governance dell'AOUR. I principali indirizzi strategici derivati sono illustrati in dettaglio nel capitolo 3.

Assistenza ambulatoriale

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale ai pazienti si possono ricondurre a tre ambiti:

- laboratorio analisi e microbiologia - virologia - immunologia clinica - anatomia patologica - medicina trasfusionale - citopatologia diagnostica - citogenetica;
- diagnostica per immagine articolata in radiologia diagnostica e medicina nucleare;
- attività clinica.

Nell'attività laboratoristica, il laboratorio di analisi è il settore che assorbe la maggiore offerta in termini di prestazioni erogate.

Tabella 20. Prestazioni di laboratorio per interni ed esterni (anno 2015)

DISCIPLINA SPECIFICA	NUMERO DI PRESTAZIONI ESTERNI 2015	NUMERO DI PRESTAZIONI INTERNI 2015
LABORATORIO ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGIA	962.538	2.643.221
VIROLOGIA	47.476	35.265
IMMUNOLOGIA CLINICA E TIPIZZAZIONE TESSUTALE	45.113	21.284
CITOPATOLOGIA DIAGNOSTICA	29.281	3.419
ANATOMIA PATOLOGICA	28.846	22.568
MEDICINA TRASFUSIONALE	18.140	8.836
CITOGENETICA	7.234	564
Totale	**1.138.628**	**2.735.157**

Tabella 21. Prestazioni di diagnostica per immagini per esterni (anno 2015)

DISCIPLINA SPECIFICA/SOD	N. DI PRESTAZIONI ESTERNI
ECOGRAFIE	22.281
RX	12.557
MAMMOGRAFIA	10.854
TAC	9.888
RISONANZE MAGNETICHE	9.279
SCINTIGRAFIE MIOCARDICHE	1.919
MOC	1.500
BIOPSIE	1.340
SCINTIGRAFIE	1.022
INTERVENTISTICA EXTRAVASCOLARE	997
PET	680
ESAMI CONTRASTOGRAFICI	621
ANGIOGRAFIE	366
INTERVENTISTICA VASCOLARE	86
ALTRE PRESTAZIONI	27
Totale	**73.417**

Tabella 22. Prestazioni di diagnostica per immagini per interni (anno 2015)

	N. DI PRESTAZIONI ESTERNI
ECOGRAFIE	17.603
RX	47.165
MAMMOGRAFIA	139
TAC	21.663
RISONANZE MAGNETICHE	6.290
SCINTIGRAFIE MIOCARDICHE	144
MOC	0
BIOPSIE	315
SCINTIGRAFIE	912
INTERVENTISTICA EXTRAVASCOLARE	2.046
PET	240
ESAMI CONTRASTOGRAFICI	548
ANGIOGRAFIE	2.247
INTERVENTISTICA VASCOLARE	1.329
ALTRE PRESTAZIONI	96
Totale	**100.737**

Tabella 23. Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale clinica (anno 2015)

	2015
NUMERO DI PRESTAZIONI ESTERNI	762.475
NUMERO DI PRESTAZIONI INTERNI	173.194
Totale	**935.669**

Analizzando la provenienza dei pazienti dell'attività ambulatoriale per esterni, si evidenzia che - nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali erogate dall'AOUR, nel 2015, - le prestazioni di laboratorio offerte ai pazienti residenti nella Regioni sono pari a circa il 95% (di cui l'80% è erogato a pazienti provenienti dalle zone geografiche dell'Area Vasta 2 dell'ASUR). Inoltre, le prestazioni in attività diagnostica e strumentale per immagini e Medicina Nucleare sono erogate per il 17% ai pazienti provenienti dalle Aree

Vaste 1, 3, 4 e 5 ASUR, il 79,5% ai pazienti dell'Area Vasta 2 ASUR e le restanti a pazienti provenienti da fuori regione. Percentuali simili si rilevano se si analizzano le prestazioni rientranti nell'attività clinica. Il confronto con il biennio precedente non fa risaltare rilevanti scostamenti da tali percentuali.

Tabella 24. Provenienza pazienti prestazioni ambulatoriali (anni 2013-2015)

PROVENIENZA DEI PAZIENTI	2015	2014	2013
	ATTIVITÀ DI LABORATORIO		
AREA VASTA 2	80,0%	80,7%	81,5%
RESTO DELLA REGIONE	14,8%	14,0%	13,7%
FUORI REGIONE	5,2%	5,2%	4,8%
	ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E STRUMENTALE PER IMMAGINI E MEDICINA NUCLEARE		
AREA VASTA 2	79,5%	80,2%	80,3%
RESTO DELLA REGIONE	16,7%	16,2%	16,1%
FUORI REGIONE	3,7%	3,6%	3,7%
	ATTIVITÀ CLINICA		
AREA VASTA 2	78,5%	78,0%	78,8%
RESTO DELLA REGIONE	17,0%	17,6%	16,8%
FUORI REGIONE	4,5%	4,3%	4,4%

Nell'ambito dell'attività clinica una quota importante di attività è di chirurgia ambulatoriale: nel 2015 sono stati eseguiti 4.408 interventi in sala.

Attività di pronto soccorso

Le prestazioni del Pronto Soccorso non seguite da ricovero, nel 2015, sono 81.105. Più dei due terzi dell'intera attività è dedicata al trattamento di codice di gravità verde e bianco.

Tabella 25. Attività di Pronto Soccorso senza successivo ricovero (anno 2015)

		NUMERO DI ACCESSI	% DI GRAVITÀ
PRONTO SOCCORSO TORRETTE	CODICE ROSSO	916	1,9%
	CODICE GIALLO	11.423	21,6%
	CODICE VERDE	32.215	**62,3%**
	CODICE BIANCO	8.576	**14,2%**
PRONTO SOCCORSO SALESI (PEDIATRICO)	CODICE ROSSO	63	0,2%
	CODICE GIALLO	2.557	9,3%
	CODICE VERDE	16.876	**68,3%**
	CODICE BIANCO	4.204	**22,2%**
PRONTO SOCCORSO SALESI (OSTETRICO GINECOLOGICO)	CODICE ROSSO	1	0,1%
	CODICE GIALLO	3.124	42,9%
	CODICE VERDE	3.848	**49,9%**
	CODICE BIANCO	759	**7,1%**

Tabella 26. Percentuali ricoveri da Pronto Soccorso (anno 2015)

	RICOVERI DA PRONTO SOCCORSO (% SUL TOTALE ACCESSI)
PRONTO SOCCORSO TORRETTE	14,7%
PRONTO SOCCORSO SALESI (PEDIATRICO)	5,5%
PRONTO SOCCORSO SALESI (OSTETRICO GINECOLOGICO)	24,5%

Focalizzando l'attenzione sulla provenienza dei pazienti che fruiscono dell'attività di pronto soccorso - anno 2015 - si rileva che, considerando il numero degli accessi, i pazienti del Pronto Soccorso di Torrette provenienti dall'Area Vasta 2 costituiscono il 62,7% degli accessi con codice rosso, l'85% degli accessi con codice giallo e l'88% degli accessi con codice verde e bianco. Circa un terzo dei pazienti del Pronto Soccorso di Torrette proviene dalle altre Aree Vaste ASUR. Se si analizza la provenienza dei pazienti del Pronto Soccorso Salesi, si rilevano alcune diversità: per il pediatrico, i pazienti provenienti dall'Area Vasta 2 sono il 42,6% degli accessi con codice rosso, il 69,3% degli accessi con codice giallo e circa l'82% degli accessi con codice verde e bianco; per l'Ostetrico ginecologico, invece, maggiori sono le percentuali di pazienti provenienti dall'Area Vasta 2 con codice rosso (pari al 71,4% del totale) e con codice giallo (pari al 78,6% del totale); restano pressoché invariate le percentuali relative agli accessi codici verdi e bianchi.

Tabella 27. Provenienza dei pazienti - attività di Pronto Soccorso (anni 2013-2015)

ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO (non seguite da ricovero)	CODICE DI ACCESSO	PROVENIENZA DEI PAZIENTI								
		2015			2014			2013		
		AREA VASTA 2	RESTO DELLA REGIONE	FUORI REGIONE	AREA VASTA 2	RESTO DELLA REGIONE	FUORI REGIONE	AREA VASTA 2	RESTO DELLA REGIONE	FUORI REGIONE
PRONTO SOCCORSO TORRETTE	CODICE ROSSO	62,7%	29,9%	7,4%	59,2%	30,6%	10,3%	60,4%	32,3%	7,3%
	CODICE GIALLO	85,0%	8,4%	6,6%	85,1%	8,2%	6,7%	85,7%	7,9%	6,3%
	CODICE VERDE	88,0%	4,9%	7,1%	88,6%	4,8%	6,6%	89,0%	4,6%	6,3%
	CODICE BIANCO	88,2%	4,8%	7,0%	89,0%	5,0%	6,0%	90,1%	4,4%	5,5%
PRONTO SOCCORSO SALESI (Pediatrico)	CODICE ROSSO	42,6%	36,2%	21,3%	58,7%	38,1%	3,2%	61,2%	26,5%	12,2%
	CODICE GIALLO	69,3%	24,3%	6,4%	68,8%	23,3%	7,9%	70,0%	22,9%	7,1%
	CODICE VERDE	81,1%	13,8%	5,1%	82,6%	13,2%	4,2%	83,5%	12,1%	4,4%
	CODICE BIANCO	83,7%	10,1%	6,2%	84,4%	10,5%	5,1%	86,4%	8,3%	5,3%
PRONTO SOCCORSO SALESI (Ostetrico ginecologico)	CODICE ROSSO	71,4%	28,6%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	88,9%	11,1%	0,0%
	CODICE GIALLO	78,6%	15,0%	6,4%	76,5%	17,5%	6,0%	77,1%	16,8%	6,2%
	CODICE VERDE	83,4%	10,2%	6,4%	84,7%	9,7%	5,6%	83,4%	10,3%	6,3%
	CODICE BIANCO	81,8%	7,4%	10,8%	80,3%	8,0%	11,7%	80,8%	9,0%	10,2%

2.6.2. Il network dei soggetti co-operatori nel Sistema Sanitario Regionale

Le riforme che si sono susseguite nel settore sanitario avevano introdotto meccanismi di "quasi mercato" che, in talune situazioni, avevano provocato effetti distorsivi conseguenti a comportamenti opportunistici tesi a favorire performance di singole aziende a scapito di quelle di sistema. In seguito a tale situazione, le regioni sono successivamente intervenute con meccanismi di vario genere per limitare le conseguenze negative dell'approccio competitivo. L'evoluzione dell'assetto istituzionale della regione Marche, rappresenta, da questo punto di vista, 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.

A tal proposito, come già richiamato nel paragrafo 1.1, un'attenzione particolare meritano le disposizioni contenute nella DGR Marche n. 1345/2013 sul "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche". Tale delibera, infatti, ha stabilito che l'attuazione della Legge n. 135/2013 da parte degli enti del Servizio Sanitario Regionale (cfr. Figura 1) 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*".

Ne deriva che le relazioni tra aziende tendono ad incorporare maggiormente elementi cooperativi, che vedono la partecipazione coordinata di diversi "attori" pubblici e privati. In tal senso, la cooperazione in rete per le organizzazioni sanitarie si configura come un'opportunità strategica che permette di bilanciare i condizionamenti derivanti dalla pressione esercitata dalla crescente limitatezza delle risorse, con l'esigenza di ristrutturare l'offerta dei servizi ospedalieri, per erogare servizi omogenei su tutto il territorio (reti integrate orizzontalmente) e garantire il *continuum of care* (reti integrate verticalmente).

Anche la condotta strategica di differenziazione e di segmentazione del mercato posta in essere dagli istituti privati ha offerto l'opportunità di instaurare relazioni collaborative che consentono di coprire istituzionalmente una parte della domanda attraverso l'offerta di servizi accreditata, secondo la logica delle partnership tra pubblico e privato. La competizione vede, quindi, ridursi la sua portata all'interno del territorio marchigiano. Essa, in una qualche misura, viene comunque a combinarsi con la cooperazione, dando luogo al fenomeno definito co-opetition, che indica il riconoscimento del carattere dualistico competitivo/cooperativo delle relazioni tra aziende. Si ritiene che la concorrenza produca, per gli attori coinvolti, un risultato molto meno positivo di quanto essi potrebbero ottenere con la cooperazione ma, allo stesso tempo, la sola cooperazione non garantisce risposte sempre adeguate, soprattutto in termini di efficienza. Collaborazione e competizione non sono però tra loro scelte alternative, esse possono coesistere perché la competizione è indispensabile affinché i nodi mantengano la propria identità, mentre la cooperazione è necessaria per l'identità di rete.

La redazione del piano strategico dell'AOUR non può non tener conto di queste osservazioni nella logica della creazione di una rete reale di servizi sanitari regionale.



Le linee strategiche

3. Le linee strategiche

Gli obiettivi individuati nel piano e le relative linee strategiche trovano ispirazione e fondamento nella mission e nella vision adottate dall'AOUR, riportate in premessa.
L'elaborazione e l'attuazione del presente piano si basano su tre prospettive (profili) di analisi dai quali deriva un sistema di vincoli e opportunità che deve essere attentamente valutato:

- La prospettiva "istituzionale", offre indicazioni importanti per l'impostazione delle linee strategiche affinché le modifiche e le innovazioni proposte risultino compatibili con i riferimenti normativi esistenti. Ci si riferisce, in particolare, al decreto ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 relativo al "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", nella prospettiva di ammodernamento del SSN partendo da alcune tematiche prioritarie (l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate). L'altro rilevante riferimento normativo è costituito dal DGR 1345/2013 che, in applicazione della legge 135/2012, definisce la riorganizzazione dell'offerta sanitaria attraverso il riordino delle reti cliniche.
- La prospettiva "logistica", attraversa orizzontalmente tutta l'organizzazione coinvolgendo le singoli funzioni aziendali. La logistica rappresenta un punto nevralgico per qualsiasi tipologia di azienda perché deputata a interagire e/o comunicare con tutte le unità organizzative aziendali. Essa viene definita spesso come "integrata", per mettere in evidenza la trasversalità operativa della funzione e la necessaria connessione con tutte le attività aziendali per governare l'intero flusso fisico dei materiali e dei pazienti. Gli elementi fisici caratteristici della rete logistica sono: i materiali, le dotazioni strutturali, le linee di comunicazione ed i punti nodali. È allora abbastanza intuitivo come la configurazione di questi aspetti possa costituire fattore facilitante o limite all'efficace ed efficiente svolgimento dei flussi.
- La prospettiva "organizzativa", riguarda il disegno strutturale ed i meccanismi operativi che costituiscono supporto fondamentale al perseguimento delle linee strategiche individuate. Il disegno organizzativo seguirà un percorso di modifica che, alla luce delle prospettive istituzionali e logistiche identificate in precedenza, prende in esame tre macro-aspetti:
    - vocazione e mission della struttura;
    - la razionalizzazione delle attività esistenti, anche attraverso l'impiego di miglioramenti nelle infrastrutture tecnologiche di supporto;
    - la possibilità di integrare funzioni e servizi, sia sanitari che amministrativi;

Il primo driver per lo sviluppo complessivo riguarda la razionalizzazione delle attività esistenti che valorizzi le risorse umane e tecnologiche disponibili immediatamente o a disposizione nel breve termine.
Il secondo driver riguarda l'innalzamento del livello della qualità del servizio a favore dei pazienti, facendo sì che tale incremento di valore possa tradursi in una maggiore attrattività.

Il terzo driver riguarda l'avvio di percorsi di sviluppo secondo un approccio integrato dell'offerta sanitaria regionale, orientandola verso le aree di bisogno e rendendola in grado di rispondere meglio alla domanda. Queste leve complessivamente consentiranno di riconfigurare il modello di offerta in linea con il rilancio del ruolo dell'Azienda Ospedaliera nell'ambito del servizio sanitario regionale e nazionale e, per alcune aree, anche sovranazionale, sfruttando al meglio le risorse a disposizione con economie di scala ed economie di scopo.

L'attuazione delle linee strategiche passa necessariamente per l'analisi della catena del valore e dell'architettura strategica dell'AOUR, al cui interno si possono distinguere aree strategiche ***core***, che svolgono attività clinica a favore dei pazienti, e aree strategiche ***captive***, che svolgono attività - in maniera pressoché esclusiva - a favore delle aree core.

All'interno di ciascuna area strategica si cercherà di individuare le condizioni attuali di operatività ed eventuali margini di incremento di efficienza, nonché le risorse da dedicare alla realizzazione di maggior volumi di prestazioni in corrispondenza delle aree esistenti, al fine di attivare interdipendenze strategiche in funzione della loro complementarietà.

Sulla base dell'analisi del contesto istituzionale, sociale e dei dati di attività esposti, è possibile identificare 8 linee strategiche di riferimento articolate in 4 intenti: aprirsi, progettare, cambiare e condividere.

3.1. Aprirsi

Contribuiamo attivamente al benessere di tutta la comunità di cui facciamo parte, nessuno escluso, con azioni preventive e cure del più alto livello.

3.1.1. Hub degli hub

Alla luce delle considerazioni che precedono, il primo obiettivo strategico è quello di un **rilancio del ruolo** dell'AOUR. L'AOUR di Ancona, infatti, intende ridisegnare il proprio profilo strategico affiancando al rivalorizzato ruolo di riferimento regionale quello di un diverso posizionamento in ambito nazionale e sovranazionale, rivolgendosi a tutti quei territori nei confronti dei quali le Marche possono costituire fattore di attrazione. È evidente qui il riferimento alla macroregione adriatico-ionica, su cui tante speranze sono riposte per il rilancio dell'economia marchigiana, nella consapevolezza che questa Regione deve costituire, per chi vuole operarvi, non solo un'opportunità di nuova ricchezza, ma anche un luogo dove trovare servizi adeguati a nuove e più ambiziose esigenze.

Il tema più volte richiamato nelle pagine precedenti circa la "doppia funzione" dell'AOUR, quale ospedale di base e contemporaneamente quale struttura di alta complessità, è certamente una prima questione da affrontare sul percorso che deve portare, nell'interesse di tutti, al rilancio del ruolo dell'AOUR.

Se il punto di partenza per la realizzazione dell'obiettivo individuato è necessariamente lo sviluppo e il consolidamento di una dialettica chiara e collaborativa con le istituzioni regionali, il passaggio successivo richiede un impegno da parte di tutti gli operatori dell'ospedale per conquistare tale risultato. Rilanciare il ruolo dell'Azienda significa divenire più attrattivi per tutti gli stakeholder, iniziando dai pazienti per arrivare alla stessa classe medica che deve vedere l'AOUR come un punto di approdo professionale, sia se di provenienza esterna sia soprattutto se formati all'interno di un percorso universitario che vede nell'Ateneo di Ancona il partner irrinunciabile.

Come già detto in merito alla descrizione del contesto istituzionale, l'assetto sanitario prescelto dalla Regione si fonda su di una struttura "***hub and spoke***": quest'ultimo è un modello organizzativo, mutuato dall'esperienza americana seguita alla liberalizzazione della aviazione civile e commerciale, dove viene identificato un punto centrale (*hub*), definito come il baricentro delle operazioni, a cui vengono collegate tutte le altre operazioni satellite (*spoke*), che non verranno messe in contatto diretto tra loro. Questo modello viene utilizzato anche per le reti ospedaliere, dove viene specializzato un unico centro per la cura di una determinata malattia e concentrata l'assistenza sanitaria, supportata da una rete di servizi che convogliano i malati al raggiungimento del livello minimo di gravità necessaria per poter usufruire di quelle specifiche cure.

Utilizzando una diversa configurazione dell'approccio hub and spoke, in una logica di superamento migliorativo di questa, il modello organizzativo dell'AOUR fa riferimento alla modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle reti cliniche integrate, che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più complessi sistemi produttivi, in un unico o più centri regionali. Necessariamente l'attività degli *hub* è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (*spoke*).

Va da subito chiarito che tale ruolo di "baricentro sanitario regionale" non deve essere visto in un'ottica gerarchica, ma piuttosto come

la necessaria risposta in un sistema territoriale che ha bisogno di cooperazione tra i diversi attori del sistema, secondo una logica di efficienza e specializzazione. In questa chiave di lettura si spiega la scelta della Regione Marche di dotarsi di una serie di riferimenti locali (definiti hub locale), che a loro volta richiedono un unico punto di collegamento e raccordo, quale appunto l'hub degli hub.

Gli hub sono le cinque aree vaste geograficamente intese. La differenza dal tradizionale modello hub and spoke sta nel principio della "sussidiarietà verticale" e cioè nella concentrazione di attività che non è decisa "per decreto", ma per una spontanea allocazione della risorse in base a economie di scala e di scopo.

L'obiettivo strategico "rilancio del ruolo" si configura, quindi, come acquisizione, da parte dell'AOUR, della **funzione di *hub degli hub***, valorizzando la posizione strategica dell'Azienda come ospedale di riferimento regionale ed extraregionale per alcune specialità distintive, nelle quali l'AOUR stessa può ricoprire una posizione di primaria importanza e coerente con l'orientamento strategico intrapreso. Di certo, tale posizionamento deriva dalla natura istituzionale dell'azienda, già individuata come riferimento regionale per alcune specialità.

Tuttavia, l'obiettivo strategico si compone anche dell'idea di divenire "il baricentro sanitario" per altre specialità rispetto alle quali all'AOUR viene riconosciuto un alto livello di qualità, In tale ambito, per vedersi individuati dall'utenza come hub degli hub occorre valorizzare quanto l'Azienda Ospedaliera può mettere in campo in termini di competenze ed esperienze acquisite nel tempo, ma anche di capacità di conseguire concreti e visibili avanzamenti scientifici, terapeutici e tecnici. Questo è possibile grazie al supporto derivante dalla multidisciplinarietà, condizione questa esclusiva dell'AOUR in virtù anche del contributo sinergico con la Facoltà di Medicina e Chirurgia, più volte richiamato nelle pagine precedenti.

Non tutte le discipline presentano un saldo tra mobilità attiva e passiva negativo: alcuni ambiti (angiologia, cardiochirurgia pediatrica, terapia intensiva neonatale), infatti, sono branche di maggiore attrazione per i residenti fuori dai confini regionali. Allo stesso tempo, maggiori "abbandoni" da parte dei marchigiani si registrano per i settori chirurgici.

Tabella 28. Mobilità attiva, mobilità passiva, produzione e domanda potenziale - numero di dimessi (anno 2015)

	MOBILITÀ ATTIVA EXTRAREGIONALE (A)	PRODUZIONE PER I RESIDENTI DELLA REGIONE MARCHE (B)	PRESTAZIONI E SERVIZI EROGATI A STRANIERI (C)	PRODUZIONE EFFETTIVA (A+B+C)	MOBILITÀ PASSIVA (D)	DOMANDA POTENZIALE (A+B+C+D)
ANGIOLOGIA	11	199	2	212	15	227
CARDIOCHIR. PEDIATRICA	85	83	7	175	13	188
CARDIOCHIRURGIA	93	749	1	843	401	1244
CHIRURGIA GENERALE	254	2.745	12	3.011	3.426	6.437
CHIRURGIA PEDIATRICA	104	1.272	7	1.383	413	1796
CHIRURGIA TORACICA	13	293	-	306	268	574
CHIRURGIA VASCOLARE	295	1.000	2	1.297	453	1750
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	59	483	7	549	374	923
NEUROCHIRURGIA	138	963	10	1.111	584	1695
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	19	362	4	385	87	472
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	33	330	1	364	20	384
NEFROLOGIA PEDIATRICA	16	120	1	137	35	172

Tale analisi è rivolta ad offrire elementi per comprendere se vi siano quote di domanda che vengono rivolte ad altre aziende regionali o extraregionali (per i servizi per i quali si stima un raggio di attrattività superiore all'ambito regionale), doverosamente e potenzialmente recuperabili. Date le caratteristiche istituzionali, dimensionali e professionali a disposizione, l'AOUR intende porsi come leader sul territorio regionale in pressoché tutte le specialità in cui opera. In linea generale, quote di potenziale domanda riferibile all'azienda, ma soddisfatta da altre organizzazioni regionali, possono essere collegate a fisiologiche situazioni quali la prossimità, i tempi d'accesso o i fattori relativi all'assetto istituzionale del SSR.

Elementi più evidenti di relazioni competitive riguardano il recupero di quote di domanda riferibili all'AOUR, attualmente invece soddisfatte da aziende extraregionali (pubbliche o private): per queste specialità, come riportato dalla tabella precedente l'AOUR è identificato come riferimento regionale (esclusivo o meno).

Dal punto di vista strategico l'analisi ha portato alla luce alcune priorità che devono essere perseguite nel recupero delle quote di domanda che, come precedentemente sostenuto, fanno innanzitutto riferimento al criterio del beneficio sociale, ovverosia al riallineamento dell'attività all'entità della domanda espressa dalla popolazione marchigiana ed ha individuato nell'AOUR il fornitore esclusivo in ambito regionale. I residenti dovrebbero, quindi, trovare presso l'AOUR adeguata soddisfazione dei propri bisogni, sia dal punto di vista quantitativo, mediante la predisposizione delle risorse necessarie allo scopo, sia da quello qualitativo, con l'offerta di servizi in linea con i più avanzati standard clinici, ferma restando la libera scelta dell'individuo

Il criterio del beneficio sociale è applicabile anche a quelle attività per le quali l'AOUR non si configura istituzionalmente come "fornitore esclusivo", ma solo come un'eccellenza nei fatti. Per lo stesso motivo evidenziato sopra, si pone l'esigenza di fronteggiare la perdita di quote di domanda rappresentata da residenti della Regione Marche che fruiscono di prestazioni da aziende/strutture sanitarie fuori regione e la quota di domanda proveniente da residenti extraregione, compensando il beneficio derivante dalla collocazione geografica di contiguità, con la maggiore qualità offerta.

Un ulteriore criterio di scelta delle specialità su cui concentrare l'azione strategica è riferibile anche al mantenimento degli equilibri legati alla sostenibilità delle iniziative, che consente di allocare le risorse coerentemente con gli obiettivi individuati e utilizzarle in modo da creare valore in misura tale da ricostituire quelle impiegate nei processi.

Il "combinato disposto" tra il superamento del semplice sistema delle reti cliniche integrate, definito sopra hub and spoke, e il rilancio del ruolo di hub degli hub, porta una volta di più l'AOUR a doversi affermare come riferimento ospedaliero su di un territorio che travalica necessariamente i confini della Regione Marche, estendendosi, da un lato, a tutta la dorsale adriatica, soprattutto verso le regioni meridionali, dove i dati sulla mobilità attiva già esprimono il riconoscimento all'Azienda di una credibilità ed una affidabilità nell'erogazione dei servizi; dall'altro, occorre rivolgere lo sguardo verso la macroregione adriatico-ionica, per la quale, invece, la sfida per divenire riferimento delle alte specialità è tutta da giocarsi, dovendo anche confrontarsi con realtà sanitarie molto qualificate, presenti in altre regioni italiane e in altri paesi che si dimostrano attrattivi nei confronti dell'area balcanica.

Un simile allargamento della "domanda potenziale" richiede lo sviluppo ed il consolidamento di tutte quelle eccellenze professionali, tecnologiche, cliniche e di ricerca, che hanno consentito già all'Azienda di diventare centro di riferimento con capacità di attrazione. In altre parole, il percorso, almeno in teoria, è già definito, ma se in alcune specialità è difficile mantenere e rafforzare una posizione di preminenza, ancor

più complesso è conseguirla in nuovi ambiti, fronteggiando l'avanzamento, su questi segmenti, di altri operatori sanitari, specialmente di natura privata, che hanno sottratto quote di domanda nell'ambito geografico regionale. Il recupero della domanda in uscita dalla Regione Marche rappresenta, di conseguenza, il primo passaggio che tutti devono sentire come prioritario e da condividere. In sintesi, l'AOUR deve essere punto di riferimento in ambito medio-adriatico, fondando tale prospettiva su:

- un necessario innalzamento delle professionalità cliniche e scientifiche, mediante crescita interna e/o attrattività dall'esterno. L'eccellenza delle competenze cliniche e scientifiche, infatti, costituisce la variabile-chiave di attrazione dei pazienti;
- uno sviluppo della qualità delle prestazioni di elevato livello;
- una garanzia di tempi di erogazione non superiori a quelli degli altri operatori regionali ed extra-regionali già accreditati;
- un potenziamento conseguente dell'attività "operatoria".

La conquista del riconoscimento di ruolo di *hub degli hub* porta con sé **il rilancio dei brand** delle storiche strutture sanitare dalla cui fusione è nata l'attuale Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

Vale la pena ricordare che l'AOUR racchiude in sé il "portato" di esperienze di realtà quali l'ospedale **Lancisi**, storicamente noto per le specialità cardiologiche, il **Salesi**, ospedale pediatrico e l'**Umberto I**, struttura tradizionalmente caratterizzata dalla collaborazione con l'Università. In particolare, almeno alcuni tra questi "brand" possiedono ancora una forte credibilità presso la cittadinanza e ridare smalto al loro nome non è solo un esercizio di nostalgia, ma vuole dire ricordare e, ancor di più, riaffermare, ai potenziali utenti la qualità dei servizi che si è riusciti a raggiungere e in virtù della quale si è pervenuti alle attuali condizioni di vita in questa Regione. Il brand di questi ospedali, legato alle loro specialità storiche, rappresenta una leva favorevole per accelerare il percorso di attrattività dell'Azienda nel suo complesso. A completamento di questo percorso, una scelta importante è quella **di lanciare un nuovo "brand ospedaliero"**, rappresentato dalla creazione di un "**Centro oncologico regionale**". L'idea portante è quella di organizzare una struttura "*front-line*" per i pazienti oncologici, che li segua lungo tutto il percorso di cura, iniziando dalla attività diagnostica, per passare a quella chirurgica specialistica, quando necessario, e a quella terapeutica più in generale.

Il ragionamento sotteso a questa ipotesi deriva dalla più ampia riflessione, oramai diffusa tra gli addetti ai lavori, circa l'accessibilità delle cure o, ancora meglio, circa la realizzazione di una "medicina attiva", capace cioè di non lasciare guidare soltanto all'utente il percorso delle proprie cure, ma piuttosto permettendo alle strutture sanitarie di proporre le migliori modalità per la risoluzione del problema, evitando così duplicazioni, costi inutili, perdite di tempo, ma soprattutto, nell'interesse dell'utente, garantendo cure efficaci e sostegno continuo. Si possono abbastanza facilmente immaginare i risvolti positivi che deriverebbero da una simile impostazione, con una particolare attenzione al miglioramento sulla disponibilità e l'accessibilità ai servizi sanitari conseguente ad una più accurata pianificazione dei percorsi di cura, soprattutto con riferimento alle discipline mediche erogate in esclusiva dall'AOUR.

Tale linea strategica è perseguibile con una riorganizzazione operativa che consenta di sfruttare quote di capacità produttiva non utilizzata sia dal punto di vista del patrimonio tecnologico, sia da quello della risorsa personale, così da garantire rapidità di accesso e qualità delle cure migliori.

In tale ottica la risposta migliore è quella della realizzazione di una organizzazione "a matrice" che, sfruttando l'attuale divisione verticale

per dipartimenti, ne preveda un'altra orizzontale secondo le più significative tipologie di patologie (cardiologiche, oncologiche, ginecologiche/ pediatriche, ecc.), che permetta una risposta più efficace ed efficiente - appunto "attiva" - alla domanda di servizi sanitari. È ben chiara la complessità di una simile proposta che richiede, tra l'altro, la definizione di percorsi di cura in parte predefiniti e coordinati tra più specialità afferenti a diversi dipartimenti. Si tratta di considerare questo obiettivo strategico come un nuovo indirizzo organizzativo da valutare e, se ampiamente condiviso, da intraprendere sin da ora per farlo divenire nel tempo "cultura diffusa" in tutti gli operatori dell'azienda.

Da ultimo, ma non meno importante, è il richiamo, peraltro già effettuato anche nelle pagine precedenti, alla necessità di perseguire una **riduzione della mobilità passiva**, focalizzando innanzitutto l'attenzione sulle specialità, che risultano particolarmente rilevanti sotto gli aspetti del beneficio sociale e della variabile economico-finanziaria, intesa come contributo all'equilibrio economico ed alle esigenze di investimento.

Allo stesso tempo, in coerenza con l'obiettivo della attrattività, **va favorito l'accesso di pazienti extra-regione**. Ciò significa in termini organizzativi, al di là di quanto già sopra esposto, da un lato, utilizzare al massimo la capacità produttiva attuale e, dall'altro, aumentarla con investimenti mirati in alcune specialità ed in particolare quelle in cui l'Azienda già attualmente eccelle, per ottenere il massimo effetto con uno sforzo necessariamente contenuto.

Questo obiettivo strategico (recupero mobilità passiva - aumento mobilità attiva), letto insieme a quello di voler conquistare una posizione da hub degli hub in ambito sovraregionale e sovranazionale, richiama immediatamente **il tema della accessibilità**. D'altra parte, quanto più si punta ad acquisire un bacino potenziale di utenza lontano da quello tradizionale, nonché a recuperare quello normativamente assegnato, tanto più cresce l'esigenza di favorire l'accessibilità. Il concetto è di per sé molto ampio e suscettibile di diverse interpretazioni: dunque si richiede, specie in ambito sanitario, una sua accurata declinazione e specificazione. In particolare, senza voler tralasciare altre accezioni assegnabili al termine in questione e altrettanto importanti (si pensi ad esempio a tutto quello che attiene l'accessibilità intesa come riduzione delle difficoltà per i portatori di disabilità fisiche), l'azione dell'AOUR si dovrà concentrare, particolarmente nel periodo interessato da questo piano, sul miglioramento dell'accessibilità intesa come **riorganizzazione dei canali di ingresso dei pazienti** in ospedale. Ingresso che dovrà avvenire secondo processi per quanto possibile pre-definiti, chiari e trasparenti, basati su criteri funzionali al rispetto delle priorità cliniche. In tal modo sarà possibile a tutti gli utenti potenziali sottoposti a queste procedure e, più in generale a tutti gli stakeholder, conoscere - ed accettare, ove necessario - le scelte adottate dall'Azienda Ospedaliera, anche su di un tema delicato come quello delle "liste di attesa". In altre parole, l'accesso alle prestazioni sanitarie deve essere ispirato unicamente alle necessità sanitarie.

Occorre dotarsi, perciò, di un sistema di governance delle attività di erogazione delle cure che offra garanzia di buona organizzazione e di preminenza dell'efficacia, appropriatezza e sicurezza dell'attività clinica, tenendo conto delle condizioni di ogni singolo paziente. L'accessibilità che si vuole raggiungere all'AOUR, infatti, è semplice, flessibile nelle modalità di accoglienza e, per quanto possibile, personalizzata nelle modalità di approccio.

Ciò vuol dire creare un migliore rapporto di "comunicazione" con il paziente, che si fonda su sistemi istituzionali e su sistemi informali (cfr. paragrafo 4.3.).

Occorre, in primo luogo, sviluppare e aggiornare i sistemi di informazione e raccolta dati per l'accesso dei pazienti, utilizzabili facilmente e velocemente da tutti; in secondo luogo, va garantita la creazione di cultura organizzativa diffusa, realmente aperta ad accogliere il paziente e a interpretarne i bisogni.

3.1.2. Hub locale

La seconda linea strategica si riferisce al ruolo dell'AOUR nell'ambito del contesto locale. I dati di attività richiamati evidenziano l'importanza di tale ruolo rivestito dall'Azienda nel soddisfacimento dei bisogni dei cittadini residenti nel bacino riferibile all'Area Vasta 2 ASUR (comprendente il Comune di Ancona). Si ricorda brevemente, infatti, che, nel 2015:

- il 46,9% dei pazienti in ricovero ordinario e il 43,1% dei pazienti in ricovero diurno proviene dall'Area Vasta 2;
- più del 70% del totale dei pazienti ricoverati presso le strutture dell'AOUR che esercitano prevalentemente attività specialistica di base provengono dall'Area Vasta 2;
- le prestazioni offerte ai pazienti residenti nell'Area Vasta 2 dell'ASUR sono pari all'80% del totale delle prestazioni di laboratorio; al 79,5 % del totale delle prestazioni in attività diagnostica e strumentale per immagini e Medicina Nucleare; al 78,5% del totale delle prestazioni rientranti nell'attività clinica;
- i pazienti del Pronto Soccorso, sia di Torrette che del Salesi (pediatrico e ginecologico) provenienti dall'Area Vasta 2 rappresentano mediamente più dei due terzi del totale pazienti (con oscillazioni più o meno rilevanti a seconda dei codici di gravità di accesso).

L'AOUR si configura nei fatti come ospedale di zona destinato, inevitabilmente, a garantire apposita risposta alla domanda proveniente dalla popolazione che insiste sul territorio circostante. I motivi di questo orientamento sono individuabili nelle caratteristiche geomorfologiche del territorio e nella densità abitativa della zona in cui ha sede l'AOUR. L'orientamento, che peraltro trova conferma nei dati storici di attività, con ogni probabilità è spiegabile anche con l'integrazione con il percorso formativo della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche. In tale prospettiva, appare opportuno sottolineare che l'entità dei posti letto assegnati all'AOUR nell'ambito dell'Area Vasta 2 ammonta al 43,7% del totale, rispetto ad una percentuale corrispondente del 62,5% dell'Azienda Ospedaliera Marche nord. Inoltre, come richiamato nel paragrafo 1.1, dei circa 1.800 posti letto attribuiti all'Area Vasta 2, circa la metà sono assegnati all'AOUR, mentre l'altra metà è rappresentata dai presidi ospedalieri presenti nell'area vasta. Tale dato appare rilevante in quanto l'efficace fronteggiamento dei bisogni espressi dal territorio di riferimento, da parte dell'AOUR, implica una coerente dotazione dal punto di vista strutturale. In questa prospettiva, per lo svolgimento della funzione di Hub locale diviene rilevante l'analisi dell'entità e del tipo di bisogni sanitari che devono essere soddisfatti ed il modello di risposta che deve essere approntata in un'ottica integrata con gli altri attori del sistema territoriale.

L'efficace svolgimento della funzione di hub locale, si fonda su una visione olistica e complessiva della soddisfazione dei bisogni e quindi sull'integrazione tra competenze e componenti (territoriali ed ospedaliere).

L'intento strategico di AOUR, quindi, tende a superare la frammentazione dell'iter assistenziale (dovuto anche all'assetto istituzionale del SSN, che pone particolarmente l'accento sulle singole prestazioni), a migliorare i tempi di attesa per ottenere le prestazioni, a evitare duplicazioni di operazioni e allungamenti del processo assistenziale. Diviene allora imprescindibile identificare le possibilità

di sviluppo per migliorare il coordinamento in termini quantitativi, ma anche qualitativi e temporali, fra componenti territoriali e ospedaliere.

La relazione tra AOUR e ASUR

Conseguentemente, il miglioramento della funzione di hub locale implica l'osservazione delle fasi antecedenti e susseguenti al ricovero, in un'ottica di integrazione tra ospedale e territorio. Particolare rilievo assumono, le prestazioni dirette a pazienti cronici che potrebbero/dovrebbero essere erogate dal territorio, così come tipologie di richieste che potrebbero/dovrebbero essere opportunamente prevenute mediante un approccio integrato.
Alcuni degli approcci funzionali al miglioramento dell'assistenza, anche nell'ottica della riduzione delle giornate di degenza ordinaria, riguardano:

- l'attuazione delle normative regionali in tema di reti cliniche;
- l'orientamento verso una medicina di iniziativa;
- l'adozione di una visione olistica nella cura del paziente;
- una maggiore estensione dei controlli in fase di pre-ospedalizzazione per interventi chirurgici, un'intensificazione dei controlli per la verifica dell'appropriatezza della durata dei ricoveri.

In questa prospettiva, l'ASUR ricopre un ruolo basilare nella determinazione dei presupposti per garantire l'efficacia del processo integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sotto diversi punti di vista:

- nella funzione di governance della domanda di prestazioni di diagnosi e cura, considerando che l'ASUR riveste - in ambito regionale - **il ruolo di presidio delle variabili, che consentono di individuare dove, come e da chi la domanda si origina e, altresì, di decidere come questa debba essere trattata**. L'ASUR ricopre, quindi, una posizione fondamentale dal punto di vista istituzionale nella gestione dei processi assistenziali nei confronti della collettività servita; essa rappresenta, quindi, soggetto primario per l'attivazione e l'indirizzo della domanda nei confronti dell'AOUR nello svolgimento del suo ruolo di committente di servizi ospedalieri. È, pertanto, auspicabile che venga valorizzato il ruolo dell'ASUR di attore protagonista per l'integrazione dell'assistenza primaria con quella specialistica e interlocutore istituzionale dei MMG e altri professionisti coinvolti nel percorso assistenziale;
- nella produzione di servizi ospedalieri in un'ottica di complementarietà rispetto a quelli offerti dall'AOUR, che consenta di qualificare e ottimizzare adeguatamente le strutture e le professionalità presenti nei vari presidi ed al contempo permetta la valorizzazione delle specificità dell'AOUR;
- nello svolgimento delle attività assistenziali e riabilitative che, ponendosi a valle del ricovero ospedaliero, consentono di completare il percorso assistenziale secondo tempi e modalità maggiormente coerenti con i bisogni dei pazienti. Sarà così possibile tendere ad un sistema sanitario efficiente, appropriato ed equo, valutando la migliore risposta clinico-terapeutica in termini di efficacia e di appropriatezza, mediante il percorso assistenziale più conveniente in rapporto alle risorse ed ai risultati.

La più efficace integrazione tra l'ASUR e l'AOUR dovrà consentire di diminuire la quota di risposta del servizio sanitario fornita in modo inappropriato attraverso il ricovero, individuando luoghi e modalità più efficienti di soddisfazione senza nulla togliere alla qualità.
Da ciò consegue un miglior sfruttamento delle strutture territoriali ed ospedaliere che, in prospettiva strategica, dovrà manifestarsi in:

- una riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica;

- un decongestionamento del Pronto Soccorso (maggiormente focalizzato su prestazioni più appropriate rispetto alla funzione istituzionale);
- una diminuzione della degenza media dovuta sia alla migliore tempestività relativa all'ottenimento delle prestazioni intermedie, sia alla possibilità di ridurre i tempi di dimissione.

In questa prospettiva, l'AOUR ha identificato due linee d'azione che permettono sia di soddisfare i bisogni in modo più efficace, sia di supplire a condizioni di particolare necessità, riaffermando, una volta di più, l'importante ruolo rivestito dall'Azienda nel contesto locale.

Esse fanno riferimento:

1. al potenziamento *day surgery*;
2. al progetto *full steam* relativo alle liste di attesa sulle attività ambulatoriali.

In merito al primo aspetto, il maggior utilizzo dell'attività di *day surgery* punta a spostare una parte dell'attività ordinaria alla degenza giornaliera, provocando riflessi positivi sulla qualità del servizio offerto ai pazienti, in termini di un minimo impegno ospedaliero e di decorso post operatorio.
Inoltre, si persegue la liberazione di risorse che potranno essere dedicate all'assistenza delle patologie più impegnative, migliorando il livello qualitativo di tutte le prestazioni. Infine, il miglior utilizzo delle risorse ha impatto anche sull'aspetto economico per l'AOUR, provocando una riduzione dei costi.
Il progetto *full steam*, riguarda invece l'ampliamento dell'orario di apertura degli ambulatori e delle strutture diagnostiche nel periodo serale ed anche in alcuni orari diurni. Su questo specifico aspetto le esperienze internazionali evidenziano una decisa tendenza delle strutture ospedaliere produttrici di servizi intermedi di carattere sanitario a concentrarsi unicamente sulla soddisfazione della domanda per interni.
L'AOUR, ha però deciso di offrire un sostegno basilare all'abbattimento delle liste d'attesa portando le proprie strutture al massimo sfruttamento della capacità produttiva, **per contribuire allo smaltimento della domanda ambulatoriale, che crea, attualmente, tempi d'attesa lunghi.** Ciò permette anche all'Azienda di concentrarsi maggiormente su attività proprie di un polo di diagnosi, assistenza e cura di secondo livello. I recuperi potenziali sul fronte della degenza media, date le dotazioni infrastrutturali, potrebbero consentire la liberazione di risorse produttive da utilizzare secondo gli indirizzi strategici individuati.
Ulteriori sviluppi di forme di collaborazione e di sinergie tra ospedale e territorio potrebbero incidere sulla riduzione degli accessi al ricovero presso l'AOUR dei pazienti che, per il tipo di patologia, potrebbero essere più efficacemente intercettati (preventivamente) dalle strutture distrettuali.

La relazione AOUR/INRCA

L'efficace svolgimento della funzione di hub locale non può prescindere dal necessario collegamento con l'INRCA, sia con riferimento all'attività di degenza e cura, sia per quanto concerne l'attività di ricerca. Il citato Istituto si pone come attore della rete di assistenza e cura agli anziani mediante lo sviluppo di nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi, che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra Università e Servizio Sanitario. L'integrazione tra AOUR e INRCA avviene sia nelle fasi di cura, mediante l'implementazione di percorsi assistenziali condivisi, sia nella fase riabilitativa, sperimentando ed implementando nuove soluzioni organizzative regionali per la gestione di alcune patologie nell'ottica della continuità assistenziale.
Nella logica di una gestione reticolare dei servizi, l'integrazione tra AOUR e INRCA si fonda sull'analisi delle rispettive catene del valore e delle possibilità di collaborazione, che possano esaltare le rispettive specificità e competenze distintive. Si tratta allora

di verificare le aree di possibile miglioramento nel percorso di diagnosi, cura e riabilitazione dei pazienti anziani, conseguenti a processi collaborativi. In tale ambito, una prima importante area di miglioramento è costituita dalla gestione delle attività di emergenza e di primo soccorso degli anziani, che potrebbero essere gestite secondo un criterio che tenga conto del livello di criticità: la domanda dovrebbe essere indirizzata all'INRCA nelle situazioni di minore criticità e all'AOUR in quelle di maggiore gravità. Da qui la necessità di progetti collaborativi tra l'INRCA e l'AOUR. Nell'attività di emergenza di primo livello, infatti, l'AOUR riscontra fenomeni di allungamento delle liste di attesa di pronto soccorso anche per patologie croniche come la BPCO, il diabete, lo scompenso, le malattie degenerative, cui sono affetti i pazienti over 75. L'adozione di scelte e politiche comuni e integrative su tali aspetti, anche coinvolgendo i MMG, potrebbe rappresentare una strada da implementare nel prossimo triennio, mediante una politica comunicativa idonea tesa a sviluppare una più efficace allocazione delle risorse in sede di risposta ai bisogni di salute degli anziani.

Il ruolo di hub locale è anche influenzato dai rapporti collaborativi che si instaurano con gli attori del settore privato (profit e non profit), con particolare riguardo alle fasi successive al percorso di cura che trova pieno compimento in processi riabilitativi o di assistenza (per es. per i pazienti oncologici). La cooperazione e l'integrazione risultano basilari per valorizzare le sinergie esistenti nella rete di offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari. Le normative regionali in tema di reti individuano diverse linee d'azione in tema di integrazione dei percorsi di cura che si basano su tre specifici approcci progettuali di carattere:

- filosofico-culturale (la centralità del paziente);
- organizzativo strutturale (la continuità assistenziale);
- clinico-metodologico (l'interdisciplinarietà).

Il raggiungimento del *continuum of care* prevede quindi lo spostamento "in orizzontale" e, soprattutto, "in verticale" dei pazienti attraverso i nodi del sistema di offerta. In particolare, viene strutturata una sequenza tra ricovero, ospedalizzazione domiciliare, strutture riabilitative o di assistenza.

La strutturazione di un'efficace network capace di garantire la continuità di cura, determina anche alcuni effetti indiretti sull'AOUR, quali la riduzione del tasso di ospedalizzazione, della degenza media e, conseguentemente, la specializzazione dell'Azienda solo su quelle attività che attengono più strettamente alla sua missione.

3.2. Progettare

Sviluppiamo e specializziamo le risorse interne per contribuire a far diventare l'Ospedale il centro di una rete di assistenza attrattiva e sostenibile.

3.2.1. Lo sviluppo delle risorse interne

Le linee strategiche di un'azienda si fondano inevitabilmente sulle risorse organizzative, tecnologiche, di conoscenza, informative e, in modo particolare in ambiente sanitario, sulle professionalità degli operatori, che sono e si renderanno disponibili. Al di là dello storico dilemma strategia-struttura, il problema fondamentale di ogni piano strategico è come coniugare le idee e gli obiettivi di sviluppo e ri-posizionamento dell'offerta con la crescita, per via esogena o endogena, delle risorse e dei capitali necessari per concretizzare quelle idee e realizzare gli obiettivi delineati.

Tali risorse possono essere ricondotte a diverse categorie dei c.d. 6 capitali che, secondo le recenti linee accreditate a livello internazionale (cfr. Framework dell'International Integrated Reporting Council) qualificano l'attività di un'azienda e ne condizionano il potenziale strategico[1]. Si tratta di risorse che l'AOUR deve utilizzare come mezzi per l'esercizio delle attività quotidiane di diagnosi, cura e di ricerca, al fine di rispondere ai bisogni di tutela della salute dei propri pazienti. Adottare la logica dei capitali e prestare attenzione alla loro conservazione e al loro potenziamento rappresenta una prima rivoluzione del disegno manageriale dell'AOUR: un disegno che è partito nel 2016 con l'implementazione del processo di accountability e che ha condotto al primo report integrato dell'AOUR. L'approccio aziendale alle risorse interne non considera disgiuntamente le tipologie e le caratteristiche, orientando gli investimenti sulla base di opportunità contingenti.

Prevale invece una visione olistica che considera gli investimenti, a supporto del piano strategico, un unico insieme che crea valore per tutti gli stakeholder aziendali, in primis i pazienti.

Sul piano metodologico, risponde quindi all'esigenza imprescindibile di rendere credibile il percorso strategico, la definizione, per il prossimo triennio, di:

- un piano di investimenti in tecnologie e attrezzature sanitarie;
- un piano di assunzioni di nuovo personale;
- un upgrade del sistema informativo;
- un'estensione dell'attività di elisoccorso;
- un mix di percorsi e progetti che sviluppino la cultura del benchmarking.

Questi indirizzi, poi, non sono esaustivi dell'intera politica aziendale sugli investimenti: essi rappresentano le principali direttrici di sviluppo, affiancate ad un costante e quotidiano sforzo nell'ottica del miglioramento continuo dei processi aziendali.

Investire nel capitale produttivo

L'AOUR, per sostenere le linee strategiche deliberate, investirà, complessivamente, circa 40 milioni di euro nel prossimo triennio, di cui il 70% saranno dedicati al rinnovo e al potenziamento del parco tecnologico per il rilancio delle specialità di base e delle alte specialità.

L'obiettivo dell'AOUR, in questo ambito, è quello di poter garantire una sempre più efficace ed efficiente assistenza di primo e secondo livello ai pazienti. In tal modo,

1 Come richiamato nel Framework dell'International Integrated Reporting Council, i capitali disponibili in azienda sono: il capitale umano, il capitale intellettuale, il capitale relazionale, il capitale produttivo, il capitale naturale e il capitale finanziario.

si vuole cercare di superare criticità legate al grado di obsolescenza delle apparecchiature e a situazioni di contingentamento della capacità produttiva per carenze di attrezzature, da cui si generano prolungamenti delle liste di attesa.
Ammonta quindi a circa 28 milioni di euro l'investimento volto a potenziare lo stock di capitale produttivo disponibile in azienda. Allo stesso tempo, interventi di manutenzione straordinaria sia alla struttura immobiliare, sia agli impianti e macchinari dell'azienda, richiederanno uno sforzo finanziario stimabile nell'ordine dei 9 milioni di euro. Questi configurano una scelta di investimento volta al mantenimento del capitale produttivo disponibile, riqualificandone potenzialità e funzionalità. Gli investimenti residui, stimabili in circa 3 milioni di euro, saranno dedicati agli acquisti di strumentario chirurgico, hardware e software, mobili e arredi e piccole attrezzature, sanitarie e non sanitarie, per soddisfare esigenze già emerse nelle diverse unità organizzative aziendali.

Investire in capitale umano

Gli interventi strutturali e sul parco tecnologico saranno uniti a una politica di rafforzamento del capitale umano.
Le profonde e radicali trasformazioni attuate negli ultimi anni all'interno dell'AOUR hanno, infatti, fatto emergere il bisogno di accrescere la dotazione organica. Si ricorda, ad esempio, che dal 2004 sono state promosse e realizzate azioni che hanno portato a:

- attivazione di centri di riferimento regionali, potenziamento di alte specialità uniche regionali (es: attività di trapianto di organi e tessuti, cardiochirurgia pediatrica, unità spinale e malattie neuromuscolari);
- potenziamento dell'attività chirurgica (tra gli altri, chirurgia toracica, senologia, microchirurgia ricostruttiva della mano);
- potenziamento di attività dell'area medica uniche regionali (neonatologia e oncologia pediatrica);
- potenziamento delle attività di emergenza urgenza (istituzione dell'unico dipartimento di emergenza di secondo livello regionale) e, in questo ambito, sviluppo delle attività afferenti alla chirurgia.

In particolare, le citate trasformazioni, unitamente alla consolidata attività assistenziale e di ricerca, hanno costituito le basi per le scelte sul numero di unità di personale e inquadramento professionale. Scelte che, altresì, debbono tener conto delle stabilizzazioni di personale, del rispetto del turn over, dell'incremento di attività e della connessa necessità di ridurre le liste di attesa, di progetti di sviluppo e di ricerca che qualificano e danno contenuto alle altre linee strategiche illustrate nel presente piano.
Stanti tali premesse, la strategia dell'AOUR per il capitale umano, nel prossimo triennio, prevede l'assunzione di poco più di 550 unità di personale, di cui quasi il 70% saranno relative all'area del comparto e il resto riguarderà l'area della dirigenza medica e sanitaria. Considerando il turnover aziendale (e quindi le cessazioni di contratti di lavoro esistente), l'investimento in termini di "nuovo" capitale umano per l'AOUR sarà nell'ordine dei 15 milioni di euro, valore che, nel triennio, comporta un investimento incrementale dell'8% rispetto al capitale investito nelle professionalità e competenze degli operatori nell'anno 2015 (cfr. Integrated Reporting 2015).

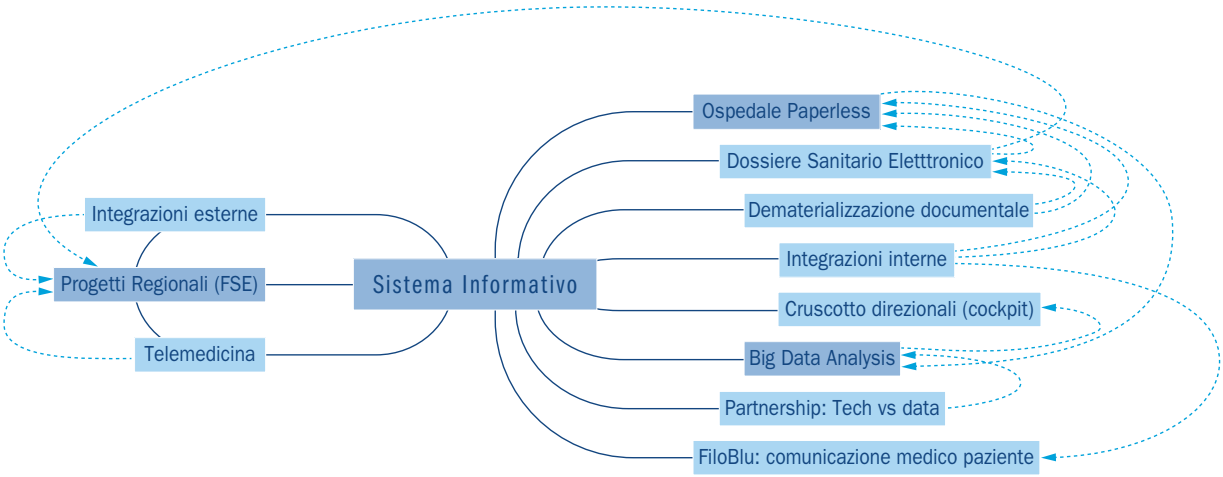
Investire in capitale intellettuale e relazionale: lo sviluppo del sistema informativo gestionale

Gli obiettivi principali in termini di investimenti in ICT nel medio-lungo periodo sono principalmente 3:

1. realizzazione di un "ospedale paperless";
2. gestione dei big data, sia a fini sanitari che di gestione di un cruscotto di governo clinico;

3. piena integrazione con i sistemi regionali e di telemedicina.

Tali obiettivi principali si declinano in una serie di obiettivi intermedi e di azioni necessarie per il consolidamento dell'infrastruttura fisica e logica come, ad esempio, l'adozione di sistemi di continuità operativa, l'introduzione completa del Dossier Sanitario Elettronico comprensivo delle integrazioni con tutti i sistemi periferici, l'integrazione delle infrastrutture aziendali con i sistemi regionali (ad es. il sistema Master Patient Index aziendale con il sistema regionale), la creazione di partnership con aziende per lo sviluppo di nuove soluzioni applicative per la gestione e l'analisi dei dati, il completamento del sistema di comunicazione medico-paziente attraverso le nuove tecnologie, la tracciabilità sicura del paziente, ecc., come di seguito indicato.



Ospedale Paperless

L'obiettivo principale che il sistema informativo si pone è superare la dematerializzazione, ovvero la mera trasposizione dei documenti cartacei in documenti digitali, raggiungendo la completa gestione dei processi aziendali per via telematica tramite le infrastrutture informatiche, pur rispettando in pieno la validità legale dei documenti stessi attraverso strumenti quali la firma digitale e la conservazione sostitutiva. I percorsi considerati sono sia quelli amministrativi che quelli clinici, sfruttando la rete di integrazioni tra prodotti già esistenti e infrastrutture centrali aziendali, eventualmente colmando i vuoti esistenti con nuovi acquisti in modo da coprire tutte le esigenze aziendali.

Dal punto di vista clinico è fondamentale la centralità delle infrastrutture di *Master Patient Index* e di *Clinical Data Repository* che permettono la correlazione dei documenti afferenti ai singoli pazienti e la raccolta di tali documenti al fine della consultazione sia in ambito clinico che di ricerca. L'insieme di questa rete va a creare il Dossier Sanitario del paziente che, una volta verificati tutti i requisiti necessari per tutelare la riservatezza dei dati personali dei pazienti, diventerà l'archivio di partenza anche per il popolamento del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale del paziente.

Un altro aspetto da considerare è la comunicazione medico-paziente: attualmente questa avviene, al di fuori dell'ospedale, per lo più in via telefonica o non controllata (mail, sistemi di messaggistica, ecc.). È invece importante che anche questo tipo di comunicazione venga tracciata e gestita. È pertanto in via di realizzazione un sistema, integrato con i sistemi di cartella clinica esistenti, che permette la comunicazione multipiattaforma

tra l'ospedale e il paziente in maniera sicura e tracciata.
Il passaggio di tutti i processi aziendali nei vari sistemi informatici permetterà anche la raccolta di dati e dunque la correlazione dei dati stessi in un'ottica di analisi finalizzata al controllo di gestione e di governo clinico, oltre che di ricerca.

Big Data e governo clinico

L'ospedale nel suo complesso gestisce un'enorme mole di dati, generalmente denormalizzati, ovvero non immediatamente raffrontabili, e spesso trattati con modalità disomogenee (cartacee ed elettroniche). Per la realizzazione di un sistema di analisi di *Big Data* è invece fondamentale che i dati raccolti siano comparabili e che esistano delle metriche definite sulle quali rapportarli. È indispensabile allora che nella realizzazione dell'ospedale paperless si consideri anche l'aspetto di analisi ex-post dei dati e non solo l'utilizzo immediato.
Il sistema di *Business Intelligence*, quindi, non dovrà progressivamente attingere dalle basi dati correnti, ma operare su dati appositamente estratti dalle stesse basi dati correnti. Il risultato atteso è di realizzare un sistema di analisi multidimensionale dei dati che permetta sia la realizzazione di un cruscotto direzionale in ottica di controllo di gestione (cockpit), sia l'elaborazione di report in ottica di governo clinico. Non ultimo, una piattaforma di questo tipo potrà essere messa al servizio della ricerca per studi di tipo epidemiologico. L'utilizzo di queste analisi può anche essere condiviso con enti esterni all'ospedale - naturalmente fatti salvi tutti i requisiti di riservatezza dei dati attraverso partnership che abbiano come fine il miglioramento dei processi di cura.

Integrazione con i sistemi regionali

L'evoluzione del Sistema Informativo secondo quanto sopra evidenziato, non può prescindere dall'integrazione con i sistemi oggetto dei progetti regionali. Tra tutti, quelli più rilevanti dal punto di vista sanitario sono sicuramente il Fascicolo Sanitario Elettronico e i progetti di telemedicina. La scelta dell'Azienda in questo caso è quella di mantenere un proprio ecosistema di applicativi indipendenti e tramite interfacce standard di comunicazione scambiare le informazioni con le infrastrutture regionali. Questo permette di avere un controllo sulla propria infrastruttura indispensabile per i servizi critici che vengono gestiti, ma contemporaneamente anche di poter offrire servizi al cittadino e ricevere le informazioni da parte degli altri attori del Sistema Sanitario Regionale per migliorare i processi interni.
L'infrastruttura aziendale viene dunque schematizzata in tre livelli: dipartimentale, aziendale e regionale. A livello dipartimentale sono presenti i sistemi utilizzati direttamente nei singoli servizi personalizzati sulle loro esigenze (come ad esempio il sistema di gestione del Pronto Soccorso, il sistema di gestione delle sale operatorie, i sistemi gestionali di reparto, il sistema di laboratorio, il sistema di radiologia, ecc.) o generali per l'Azienda (come ad esempio il sistema ADT - Ammissione, Dimissione, Trasferimento). Questi sistemi dialogano con l'infrastruttura centrale (MPI - *Master Patient Index*, RDC - *Repository dei Dati Clinici*). Parimenti i vari dispositivi che producono immagini possono andare a consolidare le immagini all'interno dell'Archivio di Bio Immagini attraverso lo standard DICOM.
Le infrastrutture aziendali sono quelle deputate, oltre alla consultazione interna come archivio, anche all'interfacciamento con le infrastrutture esterne regionali (Fascicolo Sanitario Elettronico, Anagrafe Regionale dei Pazienti, Telemedicina, ecc.).

Estendere il servizio di elisoccorso h24 (con servizio notturno)

Per la garanzia di miglior esito dell'assistenza al paziente, riducendo i tempi di soccorso, si intende estendere l'offerta del servizio

di elisoccorso, attualmente disponibile in Azienda dall'alba al tramonto, nelle ore notturne e/o in condizioni meteorologiche caratterizzate da scarsa visibilità, attualmente non contemplata.

Promuovere la cultura del benchmarking e accrescere il capitale relazionale

Per l'AOUR un ruolo rilevante assume il confronto con le altre realtà operanti nel settore socio-sanitario, sia nell'assistenza che nella ricerca. Sviluppare relazioni con i propri stakeholder basate sulla condivisione delle azioni e dei risultati in ottica di miglioramento continuo è per l'AOUR la strada per identificare soluzioni organizzative e tecniche a garanzia di un servizio al paziente appropriato e sicuro, oltre che improntato a criteri di qualità ed economicità. Per tale ragione, l'AOUR è già impegnata in molteplici progetti che richiedono trasparenza dei dati e delle procedure, da un lato, e consentano di comprendere il proprio posizionamento nell'ambito dell'offerta nazionale, dall'altro.

In tale ambito rientrano, in primis, gli adempimenti di comunicazione richiesti dai dettati normativi e dai regolamenti di settore, quali:

- il piano nazionale esiti (attività istituzionale del SSN), che valuta a livello nazionale l'efficacia, la sicurezza, e la qualità delle cure, esponendo il posizionamento delle singole realtà ospedaliere in confronto con altre aziende e con il contesto nazionale;
- il DM 70/2015, che individua le soglie minime di alcune attività per le realtà ospedaliere.

A ciò si aggiunga l'adesione al progetto "Sistema di valutazione delle performance" del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Tale progetto fornisce una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle aziende sanitarie tra diverse realtà, fornendo un quadro di confronto sul singolo indicatore di appropriatezza organizzativa e clinica.

Internamente l'AOUR sta sviluppando sempre di più il proprio sistema di valutazione, finalizzato a tendere ad un miglioramento della qualità delle prestazioni e ad una maggiore razionalizzazione delle risorse.

Oltre a confermare il proprio impegno per il prossimo triennio nel partecipare a tali iniziative, l'AOUR sarà protagonista anche di un progetto N.I.San. (Network Italiano Sanitario) per la definizione dei costi standard: progetto nel quale 40 realtà ospedaliere mettono in comune i loro dati al fine di creare alcuni indicatori gestionali, atti a fungere da standard economici, tecnici e di efficienza.

3.2.2. Lean thinking

La presente linea strategica riguarda la revisione delle attività di supporto ed infrastrutturali. Tale indirizzo può consentire un recupero ed una liberazione di risorse senza incidere su qualità e quantità dei servizi *core* di carattere sanitario ed anzi, migliorando le condizioni di funzionamento legate alla facilitazione del loro svolgimento. La revisione dei processi primari (sanitari) e di supporto (tecnico-amministrativo) è vista come uno strumento in grado di migliorare tanto i processi clinici, quanto quelli tecnico-amministrativi, con l'obiettivo di massimizzare il valore per il paziente.

La linea strategica di riferimento si basa sulla filosofia del *Lean Thinking*, che può essere definita come un processo di miglioramento continuo mediante l'osservazione costante delle irregolarità nel flusso dei materiali, dei pazienti o nel carico di lavoro delle persone e l'eliminazione delle attività non necessarie e degli sprechi.

L'assunto profondo del *Lean Thinking* è la ricerca degli sprechi e la loro eliminazione allo scopo

di produrre di più e con un minor consumo di risorse. In tutta evidenza, esso si configura più come filosofia di gestione che come strumento.

La logica *lean* trova un'immediata applicazione nelle *operations* dell'attività core dell'Azienda e cioè nella ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici del paziente su cui l'AOUR ha maturato, fin dall'emanazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) 2003-2006, un'importante esperienza.

I PDTA sono piani multidisciplinari e multiprofessionali, costruiti sulla base di riconosciute raccomandazioni per gestire pazienti con una specifica condizione patologica, definendo la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da svolgere al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali. La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie al fine di migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali. Essi migliorano gli *outcome*, la qualità dell'assistenza prestata, l'utilizzo delle risorse, eliminano la variabilità non giustificata, garantiscono il mantenimento della continuità assistenziale, di quella relazionale ed informativa. Come detto, l'AOUR è da tempo impegnata su questo fronte e nel periodo previsto dal piano aumenterà lo sforzo volto a dare completa attuazione ai PDTA che sono stati progettati ed a migliorare quelli già attivi nella prospettiva del miglioramento continuo che caratterizza questo approccio.

Per il triennio 2017-2019, l'intento strategico prevede un'analisi dei processi assistenziali e la loro revisione mediante un approccio di miglioramento (*Business Process Improvement*) o di riprogettazione radicale (*Business Process Reengineering*). I principali risultati attesi sono riconducibili a:

- eliminazione di alcune interfacce, per esempio con riferimento alla distribuzione dei farmaci e materiali;
- eliminazione di alcune fasi, che significa eliminare gli sprechi (in seguito a mappatura puntuale delle procedure operative);
- miglioramento dei tempi di fasi che incidono poi su svolgimenti successivi, come ad esempio gli accertamenti diagnostici pre-operatori o la refertazione;
- sviluppo dei processi in parallelo come l'esecuzione di interventi su più camere operatorie o nell'ambito della diagnostica;
- eliminazione della duplicazione di fasi, come nei processi di approvazione delle decisioni;
- eliminazione dei "colli di bottiglia", come la programmazione della sala operatoria, l'anestesia o il laboratorio;
- eliminazione delle varianze non giustificate di processo, riferibili a scelte e comportamenti non coerenti con quanto stabilito in presenza di situazioni omogenee (per esempio richiesta di accertamenti non necessari; invio in anestesia e rianimazione con setting assistenziale non appropriato);
- definizione del percorso di pre-ammissione, accettazione-accesso, diagnostica, preparazione al trattamento, trattamento, riabilitazione, dimissione, post-dimissione, il più possibile centrato sui bisogni del paziente secondo un approccio *value based*, coordinando al meglio il contributo delle unità organizzative e dei professionisti coinvolti;
- miglioramento della gestione dei rischi, come ad esempio quelli relativi agli ADE (*Adverse Drug Events*), riferibili alle fasi di preparazione, prescrizione e somministrazione dei farmaci.

La diminuzione dei tempi di processo molto spesso incide anche sulla qualità dei servizi offerti, considerato come l'esperienza di fruizione delle prestazioni sanitarie avvenga in condizioni psico-fisiche tali per cui la permanenza in ospedale

o l'attesa eccessiva per ottenere una prestazione può incidere molto sulla percezione della qualità del servizio.

Mezzo e risultato di questa impostazione è la comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'organizzazione allo scopo di verificare le possibilità di miglioramento continuo delle attività e dei processi. L'approccio al miglioramento continuo ed il *Total Quality Management* trovano quindi nella gestione per processi uno strumento operativo che consente di tradurre in pratica i principi relativi. L'impostazione descritta prevede un ripensamento critico del modello organizzativo con particolare attenzione a punti di forza e di eventuale debolezza del c.d. modello per intensità di cura. La valutazione di un potenziale orientamento dell'organizzazione verso il modello per intensità di cura dovrà tenere conto, in particolare, dell'impatto positivo sull'approccio per processi. Da tale approccio, integrato con la scelta strategica del *Lean Thinking*, si attendono benefici in ordine:

- all'utilizzo dei posti letto e alla durata delle degenze (per i ricoveri ordinari)[2];
- alla razionalizzazione dei flussi nelle sale operatorie;
- alla diminuzione dei tempi di attesa dei sevizi di diagnostica (interni ed esterni);
- all'ottimizzazione dei servizi ambulatoriali;
- all'aumento dell'utilizzo della capacità produttiva generale.

È, infine, opportuno ribadire che il *Lean Thinking* non può derivare soltanto da interventi promossi dal vertice aziendale, seppure quest'ultimo abbia la responsabilità di dare l'avvio di una nuova fase manageriale. L'analisi ed il miglioramento dei processi implica, infatti, il coinvolgimento di tutte le professionalità che vi partecipano.

Queste, dopo un'analisi della situazione attuale mediante la rappresentazione dei percorsi seguiti, procederanno al suo ridisegno attraverso una condivisione complessiva dei tempi, degli apporti singoli, delle modalità di esecuzione delle attività, avendo sempre come riferimento il risultato complessivo e non solo le singole parti.

Il recupero degli sprechi deve essere parte del bagaglio di ciascun operatore impegnato nelle attività dell'azienda. Solo questo potrà, infatti, garantire il conseguimento di risultati in termini di efficienza ed efficacia, che saranno poi "reimpiegati" all'interno della stessa struttura.

2 A scopo esemplificativo, si consideri che l'attivazione dei 16 posti letto di riabilitazione/lungodegenza assegnati all'AOR dalla programmazione regionale (richiamati nel paragrafo 3.1) potrebbe semplificare le dimissioni critiche, dopo la fase acuta.

3.2.3. Sensibilità strategica diffusa, cultura manageriale e senso di appartenenza

La realtà che le aziende sanitarie si trovano a fronteggiare ha imposto una modifica nei modelli di conduzione strategica, che permetta l'integrazione della prospettiva della pianificazione formale, con la considerazione di un numero di variabili organizzative molto più ampio, quali ad esempio le persone, la cultura, i valori degli attori chiave, i sistemi gestionali.

Allorché il quadro conoscitivo non risulti sufficientemente chiaro o estremamente variabile, ci si affida alle qualità personali del fattore umano, in particolare alla creatività, sensibilità e intuizione dei responsabili a tutti i livelli.

Ruolo della direzione

Dal punto di vista della direzione, mediante la gestione strategica, essa cerca di identificare gli strumenti grazie ai quali è possibile acquisire la capacità di cogliere anticipatamente i segnali di mutamento, adeguando la strategia sempre più in tempo reale. Poiché in tale ottica il cambiamento è conseguenza di un'efficace ed elastica attuazione della strategia, l'aspetto focale diventa la capacità di conseguire l'adattamento strategico dell'Azienda all'ambiente, cercando di assicurare il riallineamento fra ambiente, strategie ed organizzazione.

Diventano allora rilevanti le capacità politiche di diffondere le idee-guida, di riuscire a coagulare il contributo dei principali attori intorno ad un progetto. Da questo deriva una conseguenza ormai ampiamente affermata: l'importanza del sistema di management come strumento di integrazione e cioè la ricerca della convergenza tra obiettivi dei singoli e obiettivi complessivi, particolarmente difficoltosa nell'ambito delle organizzazioni professionali.

Come afferma Mintzberg, il top management si trova al centro di un cerchio e sulla circonferenza "*stanno coloro che sviluppano e producono (…) prodotti e servizi (…). Questi ultimi vedono con completa chiarezza perché sono i più vicini all'azione stessa. Ma lo fanno soltanto con visione ristretta perché tutto quello che possono vedere è il loro piccolo segmento. I manager al centro vedono in modo ampio (tutt'intorno al cerchio), ma non vedono in modo chiaro perché sono distanti dalle operazioni: il trucco pertanto è di connettere i due gruppi. E per fare questo, la maggior parte delle organizzazioni necessita, nel mezzo, di manager istruiti e formati, persone che possano vedere il bordo esterno poi volgersi e parlarne con quelli al centro*"[3].

Ruolo dei responsabili e coordinatori di struttura organizzativa

Da questo discende l'altro basilare elemento nella prospettiva della gestione strategica in un'azienda sanitaria, costituito dal ruolo dei responsabili delle varie tipologie di struttura organizzativa. Il personale costituisce, infatti, il fattore produttivo principale nel settore sanitario, sia dal punto di vista puramente quantitativo, sia per quanto attiene il ruolo svolto nella predisposizione delle condizioni alla base dell'operatività e nell'influenza che la professionalità esercita sulla qualità dei servizi.

Le persone assumono, nelle aziende sanitarie, un rilievo fondamentale: condizione necessaria, anche se non sufficiente, è l'elevata competenza professionale degli operatori. Condizione non sufficiente, in quanto tale professionalità deve essere opportunamente coordinata ed indirizzata al raggiungimento di un obiettivo comune.

Essi svolgono anche la potenziale funzione di interpreti delle istanze strategiche e autori di proposte in tal senso. Questa possibilità va riferita anche a posizioni organizzative non

3 H. MINTZBERG, Quando il management dimentica la realtà, in Harvard Business Review, marzo-aprile, 1997, p. 5.

propriamente centrali, rendendo così oltremodo utile l'adozione di sistemi manageriali che fanno perno su queste risorse, promuovendo la capacità di cambiamento e l'apprendimento come fattori basilari per fronteggiare le sollecitazioni strategiche.

È proprio in questa ottica che si inserisce il processo attivato dalla Direzione di stimolo all'elaborazione di progetti strategici nei confronti del personale, teso da un lato a sviluppare una sensibilità strategica diffusa e, dall'altro, ad utilizzare efficacemente una risorsa che si rivela fondamentale nel processo di anticipazione o fronteggiamento della dinamica ambientale poiché, come viene affermato, le aziende cambiano se le persone cambiano. In questo senso, la tipicità del settore sanitario, nel quale i responsabili di struttura semplice o complessa possiedono anche una visione strategica, seppure relativa ad un segmento particolare, può essere utilmente incorporata nell'impostazione del sistema di management, rendendo la strategia variabile diffusa nella quale ciascuno ritrova l'apporto specifico ed il riferimento al lavoro quotidiano.

In questa situazione, elemento centrale diviene l'apprendimento strategico e organizzativo, che consente ad una strategia di emergere e di prendere forma come risultato di un processo di apprendimento che non conosce soste, guidato da una visione strategica originata dal vertice o anche da manager di livello inferiore, che man mano si sviluppa, si precisa, si rinnova, si consolida.

Riflessioni su progettualità strategica bottom-up

L'esperienza avviata dalla Direzione di sollecitare progetti strategici da parte del personale dipendente ha prodotto eccellenti risultati e notevoli stimoli al percorso di formazione "condivisa" delle strategie dell'AOUR. Ampia è stata la partecipazione all'iniziativa che ha fatto emergere un numero elevato di progetti presentati (283), riconducibili, sia pur con le necessarie semplificazioni aggregative, alle seguenti tematiche:

- percorsi assistenziali n. 186;
- ricerca n. 12;
- rischio clinico n. 18;
- servizi alla persona n. 4;
- miglioramenti organizzativi n. 22;
- formazione n. 12;
- investimenti strutturali e tecnologici n. 10;
- comunicazione n. 7;
- informatizzazione dei servizi e delle procedure n. 12.

La raccolta "dal basso" di progetti da realizzare si proponeva proprio come obiettivo quello di impegnare le strutture aziendali in uno sforzo di riflessione sui cambiamenti e sui miglioramenti possibili in una visione futura e nuova dell'AOUR. In altre parole, si è ritenuto utile chiedere, a chi quotidianamente vive i problemi dell'ospedale, di tradurre in azioni e interventi concreti alcuni obiettivi di natura strategica. In questa ottica il risultato è stato pienamente raggiunto se si considera l'alto numero e l'elevata qualità dei progetti pervenuti, a testimonianza dell'impegno profuso dalla struttura.

L'analisi puntuale di tutte le progettualità presentate è stata effettuata da un gruppo multidisciplinare di valutazione, appositamente costituito al fine di determinarne l'aderenza più o meno diretta con le strategie aziendali o ricondurle ad una fattibilità autonoma ed immediata, ove non direttamente riconducibili ad una delle linee strategiche del piano.

Questa selezione non ha la pretesa di fornire una gerarchia assoluta in merito all'importanza ed alla rilevanza dei progetti, ma vuole piuttosto dare conto e implementare - anche e soprattutto per il futuro - una metodologia che rappresenti un modello da seguire nella individuazione e nella condivisione, prima, degli obiettivi strategici

e, poi, delle azioni "tattiche" da porre in essere per raggiungere proprio questi obiettivi.

È stato di grande utilità riscontrare nel tessuto aziendale molte delle priorità che hanno portato la direzione ad individuare i principali percorsi strategici descritti nelle pagine precedenti. In questo senso è risultato opportuno catalogare 119 progetti come afferenti a linee strategiche da valorizzare nel prossimo triennio di cui:

- 44 volti al rilancio del ruolo regionale dell'AOUR e, quindi, alla affermazione dell'Azienda nel ruolo di Hub degli Hub;
- 6 volti al recupero del ruolo di Hub locale;
- 7 volti all'implementazione dell'attività di ricerca;
- 24 connessi con lo sviluppo delle risorse interne in termini di: miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure (13), appropriatezza (3), sviluppo del sistema informativo (5), sviluppo della funzione di HTA (1), servizi alla persona (2);
- 7 dedicati al miglioramento dell'accessibilità alle cure sia nella funzione di Hub degli Hub che in quella di Hub locale;
- 31 inerenti il *Lean Thinking*.

Questa classificazione, per quanto parziale e semplificata, mostra in tutta evidenza come esista nel personale operante in Azienda una spiccata sensibilità strategica, così da far supporre che potrà essere facilitato il necessario percorso che segue la definizione degli obiettivi e porta alle scelte da intraprendere per realizzarli. L'elenco completo dei progetti strategici proposti dagli operatori aziendali è allegato al presente piano (cfr. Allegato 1).

3.3. Cambiare

Ricerchiamo nuovi e migliori metodi di cura integrando le energie di un cluster della salute composto da Università, imprese e startup che abbiano a cuore l'interesse pubblico.
La ricerca in ambito ospedaliero risponde all'obiettivo del miglioramento delle cure e, in quanto tale, è denominatore comune fra componente ospedaliera e componente universitaria.

L'investimento in ricerca e conoscenza (capitale intellettuale) costituisce uno dei punti caratterizzanti il presente piano strategico, in linea con la mission dell'Azienda, con le altre linee strategiche già delineate e con la volontà di attrarre professionalità di alto livello. Ciò al fine di alimentare un "circolo virtuoso" fra conoscenza, qualità dell'assistenza, investimento in capitale umano, eccellenza nella ricerca, produzione di nuova conoscenza.

3.3.1. Ricerca clinica e traslazionale: le nuove frontiere del contributo della Facoltà di Medicina

Il personale docente universitario, convenzionato con l'AOUR, oltre a svolgere incarichi di dirigenza medica, fornisce all'Azienda un prezioso contributo in termini di attività di ricerca innovativa. Tale attività di ricerca può essere suddivisa per semplicità in 2 ambiti di intervento (medico e chirurgico) con chiara identificabilità nell'Azienda Ospedaliero Universitaria. All'interno dei suddetti ambiti si possono ulteriormente suddividere le attività di ricerca "clinica", vale a dire che si espleta nel trattamento del paziente; o "pre-clinica", cioè sviluppata prima del contatto diretto con il paziente, ma ovviamente finalizzata al miglioramento delle cure, tanto quanto la ricerca clinica ed epidemiologica. La ricerca pre-clinica può anche essere definita "traslazionale" in quanto le scoperte effettuate potranno essere "tradotte" in pratica clinica innovativa.
Di seguito vengono riportate le attività di ricerca più significative condotte dal personale universitario afferente alla Facoltà di Medicina dell'Università Politecnica delle Marche e convenzionato con l'Azienda. I temi di ricerca indicati qualificano, quindi, l'investimento strategico di AOUR in ricerca e capitale intellettuale nel triennio 2017-2019, definendo le aree elettive di generazione di conoscenza suscettibili di diretta applicazione nell'attività dell'Azienda Ospedaliera.
Al contributo in ambito di ricerca fornito dalla Facoltà di Medicina si associa quello del personale ospedaliero che, in ambiti specifici, ha sviluppato competenze e relazioni scientifiche nazionali ed internazionali.

Ricerca clinica in area medica

Questa attività di ricerca consiste nella conduzione di studi clinici sperimentali che prevedono l'impiego di pazienti in modalità multicentrica (cioè in cui l'Azienda ha la possibilità di sperimentare terapie innovative parallelamente ad altri Centri nazionali e/o internazionali) oppure nella messa a punto di nuovi protocolli sperimentali, che potranno poi diventare l'oggetto di studi multicentrici e studi clinico-epidemiologici per la prevenzione del rischio infettivo.

Trial clinici multicentrici finalizzati allo sviluppo di terapie mediche innovative per le seguenti malattie:

- neurologiche (cefalee, sclerosi multipla, tumori cerebrali, disturbi del movimento, epilessia);

- cardiologiche (fibrillazione atriale, prevenzione della morte cardiaca improvvisa e cardiopatie di nuova definizione come tachicardiomiopatia, takotsubo);
- internistiche (sclerosi sistemica, malattie autoimmuni);
- ematologiche (cGVHD, leucemie acute e croniche, linfomi Hodgkin e non Hodgkin, mieloma multiplo);
- dermatologiche (psoriasi);
- oculistiche (uveiti, linfomi oculari);
- oncologiche (tumori solidi);
- infettive (HCV, HIV);
- nefrologia (depurazione exracorporea, insufficienza renale cronica, trapianto di rene).

Gli studi si estendono inoltre alla razionalizzazione del trattamento farmacologico mediante *test genetico* effettuato su campioni salivari di pazienti psichiatrici e, per quanto concerne la neuroradiologia, allo studio di malattie degenerative e agli studi di perfusione, ischemia e patologie oncologiche.

Protocolli clinici sperimentali

In questo ambito i temi di approfondimento sono indicati di seguito:

- terapia e monitoraggio del paziente settico;
- approcci riabilitativi innovativi nel Morbo di Parkinson e Parkinsonismi e nei pazienti con esiti di ictus;
- valutazione di attività in vitro ed efficacia in vivo di nuove molecole antimicrobiche verso microrganismi multiresistenti di isolamento nosocomiale;
- nuove metodiche di diagnosi precoce e terapeutiche nel mesotelioma maligno asbesto correlato;
- valutazione dell'esposizione a luce artificiale in lavoratori turnisti ed effetti sui geni coinvolti;
- protocollo di intervento precoce sugli esordi psicotici;
- indagini su soggetti affetti da disturbi della condotta alimentare, malattia di Crohn, ecc. per valutare i rapporti tra organizzazioni di personalità, risposta allo stress e polimorfismi del trasportatore della serotonina;
- analisi del profilo immunofenotipico delle cellule staminali nei tumori epiteliali in situ della cute;
- valutazione prospettica di efficacia e sicurezza del trattamento di termoplastica endobronchiale in pazienti affetti da asma severo persistente;
- valutazione prospettica di efficacia e sicurezza del trattamento di riduzione volumetrica nei pazienti affetti da enfisema severo;
- valutazione prospettica di accuratezza diagnostica e sicurezza della criobiopsia transbronchiale nel work-up diagnostico delle pneumopatie infiltrati diffuse;
- valutazione prospettica di accuratezza e sicurezza della ecoendoscopia nel work-up diagnostico delle linfoadenomegalie mediastiniche;
- impatto clinico dei polimorfismi genici del TNF-alfa nella risposta ai farmaci biologici nel trattamento delle malattie infiammatorie croniche intestinali;
- ruolo dei polimorfismi genici nell'efficacia e/o tossicità dei farmaci attivi sul sangue;
- rischio cardiologico e mutazioni nell'enzima MTHFR.

Studi clinico-epidemiologici

Questo ambito di ricerca riguarderà in particolare:

- valutazione di interventi di diagnosi precoce, prevenzione e controllo del rischio infettivo legato alla esecuzione di procedure invasive in ambito assistenziale;
- utilizzo di metodiche di modellizzazione informatica e di analisi dei plasmidi di resistenza per l'analisi epidemiologica della diffusione delle

antibiotico-resistenze all'interno dell'ospedale ed i suoi rapporti con la comunità;

- interventi di antibiotic-stewardship;
- tecniche molecolari per la diagnosi e il monitoraggio di patologie virali croniche ed emergenti (infezioni nel trapiantato;
- controllo dei nuovi farmaci inibitori dell'integrasi di HIV;
- diagnosi e sequenziamento virus influenzali, respiratori emergenti MERS-CoV, morbillo, rosolia.

Protocolli di studio nazionale

- Progetto Obiettivo Nazionale sulla Salute Psichica: "Health 25", destinato ai giovani svantaggiati che non lavorano e non studiano (NEET: "Not in Education, Employment or Training);
- progetto ISChIA infezioni del sito chirurgico in interventi di artroprotesi;
- progetto SPIN UTI: Sorveglianza attiva prospettica delle infezioni nosocomiali nelle Unità di Terapia Intensiva;
- sorveglianza paralisi flaccide acute;
- epidemiologia molecolare di rotavirus in età pediatrica.

Ricerca clinica in area chirurgica

Questa attività di ricerca consiste nella conduzione di studi clinici sperimentali e di monitoraggio epidemiologico che prevedono l'impiego di pazienti in modalità multicentrica oppure nella messa a punto di nuovi protocolli chirurgici sperimentali, che potranno poi diventare l'oggetto di studi multicentrici. Gli studi prospettici sono quelli che valutano l'impatto di un intervento innovativo a distanza di tempo, continuando il monitoraggio del paziente nel corso degli anni a partire dal momento dell'intervento.

Trial clinici multicentrici finalizzati allo sviluppo di terapie chirurgiche innovative

La ricerca è indirizzata in particolare alla chirurgia mininvasiva e robotica in età pediatrica e in ambito urologico, della patologia ginecologica benigna complessa e maligna con rispetto dell'integrità anatomica dell'apparato genitale femminile (laparoscopia 3D).

Protocolli di studio nazionale

Il focus è rivolto al trapianto di fegato nei pazienti HIV positivi, al trapianto renale nei soggetti iperimmuni, e all'impiego di donatori marginali nel trapianto renale.

Studi prospettici

Questi studi vertono, in particolare, su:

- efficacia e sicurezza della legatura delle arterie epatiche accessorie nella prevenzione della trombosi dell'arteria epatica dopo trapianto di fegato;
- valutazione del rischio operatorio e dei risultati a distanza della tecnica ALPPS (Associating Liver Par*tition and Portal Vein Ligation for Staged Hepatectomy*) nel trattamento del colangiocarcinoma inoperabile con tecniche convenzionali;
- valutazione della flogosi oculare post-operatoria confrontando la tecnica di chirurgia della cataratta laser femto-assistita e la tecnica tradizionale;
- sviluppo di nuovi approcci mininvasivi nel trattamento chirurgico delle malformazioni congenite nel neonato (ad es. toracoscopia nel trattamento dell'atresia esofagea) e nel bambino (ad es. chirurgia robotica nel trattamento della patologia della giunzione pielo-ureterale e gastroesofagea);
- sviluppo di nuove preparazioni per la guarigione delle ferite difficili;

- multistep endoscopy-biomarkers diagnostici e prognostici per la diagnosi e cura del carcinoma della laringe;
- applicazioni del laser in endourologia;
- efficacia della chirurgia mini-invasiva nelle patologie del colon retto, protocollo fast trak applicato alla chirurgia laparoscopica-robotica del tumore del colon retto;
- sviluppo di procedure chirurgiche applicabili al trattamento palliativo delle epilessie farmaco-resistenti;
- sviluppo di sistemi di fissazione ibrida nella patologia degenerativa del rachide; terapia rigenerativa della cartilagine.

Ricerca traslazionale in area medica

Questa attività di ricerca racchiude tutte le fasi sperimentali che precedono la pratica clinica. Esse rappresentano la base dell'innovazione in Medicina, senza la quale non vi sarebbe progresso nelle cure. Eccone alcuni esempi che caratterizzano gli indirizzi di ricerca per il triennio 2017-2019.

Sviluppo di nuovi modelli animali di malattie umane

Modello preclinico (topo umanizzato) di sclerosi sistemica per testare composti chimici/ farmaceutici antifibrotici in vivo.

Studio dei meccanismi di malattia

- Meccanismi genetici delle malattie rare, delle malattie neuromuscolari e neuropsichiatriche, delle aritmie cardiache;
- meccanismi molecolari della sclerosi sistemica; fotografie ad alta risoluzione dei geni ed epigeni delle persone esposte ad ambienti a rischio;
- studio della permeabilità intestinale nella celiachia e nelle malattie infiammatorie croniche in età pediatrica;
- studio dei polimorfismi genetici predittivi di evoluzione metastatica nel melanoma cutaneo;
- analisi del profilo immunofenotipico delle cellule staminali nei tumori epiteliali in situ della cute;
- neuroradiologia: studio malattie degenerative, studi di perfusione, ischemia e patologie oncologiche;
- cardioradiologia: studio cardiopatie congenite, studi perfusione e diffusione cardiaca;
- radiologia vascolare: studi di perfusione parenchimale (rene, fegato) e circolo periferico.

Identificazione di nuovi biomarker

- Nuovi analiti indicatori di abuso alcolico e xenobiotico;
- marcatori di patologia da esposizione all'asbesto;
- biomarcatori predittivi delle diverse varianti cliniche di sclerosi sistemica;
- biomarcatori prognostici e predittivi delle neoplasie gastrointestinali (pancreas, neoplasie del colon-retto e tumori neuroendocrini) e toraciche (neoplasie timiche);
- biomarker predittivi di rischio neoplastico nei pazienti con epatopatie croniche, di rischio di danno delle vie biliari dopo trapianto di fegato;
- farmaci biologici a target molecolare nella psoriasi moderata grave, identificazione di marker biologici e la ricerca di mutazioni somatiche nei tessuti tumorali a fini diagnostici, classificativi, prognostici e predittivi su tessuti inclusi in paraffina principalmente dei seguenti settori di patologia: urogenitale, emolinfopoietico, testa-collo, mammella e respiratorio;
- ricerca traslazionale su farmaci biologici a target molecolare nella psoriasi moderata grave;
- nuovi biomarcatori predittivi di malattia metabolica nell'infanzia;
- marcatori biomolecolari/genetici di neoplasie ginecologiche;

- farmacogenetica del recettore androgenico per terapia androgenica sostitutiva personalizzata.

Sviluppo di nuovi dispositivi diagnostici

Sistema integrato hardware-software per l'acquisizione ed elaborazione di dati clinici, biologici e fisici finalizzato a misurare l'attività di malattia e la risposta al trattamento nei pazienti affetti da sclerosi sistemica e malattia da rigetto del trapianto verso l'ospite; sistemi informatici nella diagnostica del liquido seminale.

Sviluppo di terapie cellulari innovative

Cellule mature umane isolate dal tessuto adiposo per la terapia delle fistole anali; studio delle capacità differenziative delle cellule adipose della ghiandola mammaria umana per la prevenzione o cura del cancro della mammella, analisi del profilo immunofenotipico delle cellule staminali nei tumori epiteliali in situ della cute.

Ricerca traslazionale in area chirurgica

Gli indirizzi di ricerca sono, in questo ambito, molto concentrati e riguardano le seguenti tematiche.

Sviluppo di terapie innovative in modelli sperimentali animali

Studio degli effetti dei farmaci anti-infiammatori non steroidei sulle anastomosi intestinali; studio degli effetti di molecole innovative sulla guarigione delle ferite. Senologia: correlazione fra imaging MRM ed isto/immunofenotipi neoplastici; uroradiologia: correlazione tra RM multiparametrica e selezione del bersaglio.

3.3.2. Ricerca clinica: il contributo della componente ospedaliera di AOUR

La ragione costitutiva di ogni Ospedale consiste nell'elevare a sistema la centralità del cittadino-paziente, coordinando nel migliore dei modi ogni iniziativa che lo possa direttamente o indirettamente riguardare, in una fase di estrema vulnerabilità fisica e psichica come la malattia. Il paziente, pur se intermediato da svariate figure di rappresentanza, costituisce infatti l'ultimo e più importante livello di giudizio sulle attività che caratterizzano l'Ospedale e deve restare al centro di ogni attività sperimentale che nell'Ospedale abbia luogo. Infatti, denominatore di ogni ricerca *ospedaliera* propriamente detta è il miglioramento delle cure che riguardano il paziente *in care*; miglioramento che si realizza attraverso il confronto fra due piani di lavoro distinti e complanari che trovano proprio nel paziente il punto d'equilibrio, come ruote dentate in un meccanismo di precisione; il primo è la messa a disposizione del percorso diagnostico-terapeutico più valido (*gold standard*); il secondo è l'impiego del gold standard come substrato di una serie di attività di innovazione e sviluppo che abbiano per obiettivo il miglioramento dello stesso. Va da sé che ogni tentativo di miglioramento dello "standard", quando ha per soggetto la persona umana, assume valenza *etica* e carattere *sperimentale* ad un tempo.

Per gli operatori, i vantaggi derivanti dalla possibilità di operare in un'Azienda "mista" ospedaliero-universitaria, sono evidenti: l'attività pre-clinica e la ricerca di base, settori universitari per eccellenza, possono essere "traslate" in campo clinico in piena continuità con i professionisti che fanno della performance assistenziale massimale l'obiettivo della loro missione e di ogni forma di sperimentazione. Non deve pertanto stupire se medici e operatori del comparto coordinino o partecipino a numerosi gruppi di lavoro su tematiche che hanno per fulcro il miglioramento continuo delle cure al paziente; anzi bisognerebbe stupirsi del contrario.

Nei paragrafi che seguono viene sintetizzata l'attività scientifica inerente la componente ospedaliera, a conferma che un'attività assistenziale di qualità deve essere inevitabilmente accompagnata da un'attività di studio e di ricerca; questa opera di "ricognizione e rendicontazione" non è a fini didascalici né di semplice catalogazione: mappare ed evidenziare le iniziative scientifiche di matrice ospedaliera è un'operazione indispensabile per procedere speditamente a contaminazioni e sinergie con altre componenti del sistema, in primis la Facoltà di Medicina, ma anche altre Facoltà di UNIVPM - come ad esempio Ingegneria ed Economia - altri Atenei ed Istituzioni. Obiettivo non secondario è l'ottimizzazione delle risorse e l'accorciamento dei tempi di reazione in un momento storico in cui la congiuntura economica non favorevole produce sensibili costrizioni finanziarie e la globalizzazione un aumento di competitività a tutte le scale, con gravi rischi di ridimensionamento per chi non voglia accettare di crescere attraverso la cooperazione.

Attività scientifiche in corso e linee di ricerca e sviluppo

Il personale medico e infermieristico di matrice ospedaliera promuove svariate attività di ricerca di natura eminentemente clinica. Tali attività si estrinsecano in comunicazioni e pubblicazioni scientifiche regolarmente censite a livello dipartimentale, che sono espressione delle linee di ricerca perseguite dalla singole Strutture Operative nei loro rispettivi ambiti; tali linee di ricerca verranno di seguito illustrate con un'*istantanea*, rappresentativa e non esaustiva, sull'ampiezza e sul livello degli interessi coltivati dall'Ospedale in campo scientifico. I "contenitori"

utilizzati in questa sede per raggruppare le attività di ricerca e sviluppo di matrice ospedaliera sono costituiti specificamente da: studi multicentrici, protocolli sperimentali, studi clinico-epidemiologici, protocolli di studio nazionali, linee guida.

Studi multicentrici

- Genetica della Nefropatia a depositi di IgA e delle malformazioni dei reni e delle vie urinarie (in collaborazione con la Columbia University, New York);
- studio multicentrico nazionale sulle anomalie di percorso delle coronarie in qualità di centro coordinatore con l'Università Cattolica di Roma;
- studio sull'utilizzo di nuove tecnologie nella cura del diabete tipo 1 (microinfusori, sensori, Sensor-Augmented Pump therapy, SAP, sistemi Hybrid Close-Loop);
- studio sull'efficacia della ketamina nello stato di male epilettico convulsivo refrattario in età pediatrica: uno studio multicentrico, randomizzato, controllato, in aperto, no profit, con disegno sequenziale;
- registro Europeo sulle reazioni anafilattiche (in collaborazione con Università di Berlino, Germania);
- studio sull'utilizzo degli impianti zigomatici per la riabilitazione dei pazienti oncologici (Centro coordinatore SOD Chirurgia Maxillo Facciale Ancona);
- studio sulla genetica delle malattie interstiziali del bambino (in collaborazione con l'Università di San Francisco);
- studio prospettico, multicentrico, osservazionale delle pratica clinica in Europa NECTARINE (NEonate-Children-sTudy of Anaesthesia pRactice IN Europe);
- progetto Margherita GiViTi (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva)
- studio multicentrico internazionale Caravaggio (Apixaban for the treatment of venous thrombo-embolism in Patients with cancer: a prospective randomized open blinded endpoint);
- studio sul trattamento delle sindromi aortiche acute in emergenza;
- International Registry Aortic Dissection (IRAD - registro internazionale multicentrico);
- ILLUMENATE Global Study. Studio globale prospettico, multicentrico, a singolo braccio, per valutare il trattamento delle lesioni ostruttive dell'arteria femorale superficiale e/o poplitea con un nuovo palloncino rivestito di paclitaxel per angioplastica percutanea;
- studio internazionale ISCHEMIA TRIAL, in collaborazione con NIH e sotto-studi ECHO e Troponina (Principal Investigator) e ISCHEMIA-CKD (in collaborazione con la Nefrologia);
- studio multicentrico nazionale sull'astensione dalla linfoadenectomia ascellare nei casi di macrometastasi ad un linfonodo sentinella (SINODAR-ONE);
- trial randomizzato SPREAD-STACI della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare sull'indicazione alla TEA carotidea precoce in pazienti con stenosi sintomatica della carotide interna;
- studio multicentrico retrospettivo sulle complicanze in chirurgia mininvasiva in età pediatrica promosso dalla Società Italiana di Videochirurgia Infantile (SIVI);
- "VATS Group", Gruppo di Studio e Registro Italiano delle VATS Lobectomy, ovvero delle lobectomie polmonari miniinvasive eseguite con approccio videotoracoscopico sotto il patrocinio della Società Italiana di Chirurgia Toracica;
- studio multicentrico "The Chronic Intestinal Failure Action Day" sul monitoraggio nutrizionale dei pazienti in nutrizione parenterale totale domiciliare per insufficienza intestinale cronica benigna;
- studio europeo AIEOP-LLA-2009 per la leucemia linfatica acuta in collaborazione con l'Onco-ematologia pediatrica;

- progetto Multicentrico Nazionale di ricerca genetica sul linfedema primario;
- studio REquest rete sulla QUalità della ERCP, dei Servizi di endoscopia e del Training, studio osservazionale, multicentrico, italiano;
- studio multicentrico di valutazione dell'outcome clinico di pazienti sottoposti a clipping ed embolizzazione per aneurismi dell'arteria comunicante anteriore;
- studio multicentrico PIVKA II (proteina indotta da assenza di Vitamina K o antagonista II) sull'utilizzo del dosaggio della Des-gamma-carbossi protrombina in pazienti con epatocarcinoma trapiantati;
- studio Multicentrico Europeo B-PTS030-HBV/HCV/HIV/NAT.

Protocolli sperimentali

- Profilassi della reinfezione da HCV del fegato trapiantato nel paziente con coinfezione HIV-HCV;
- studio di una colla biologica a base di trombina. Protocollo KB055 approvato dal CERM;
- trial nazionale multicentrico sull'uso dei sensori glicemici (centro coordinatore);
- protocollo LTS12551/ETF 13579: valutazione di terapia biologica (Dupilumab) in pazienti con asma grave scarsamente responsiva alle terapie disponibili;
- protocollo di gestione Perioperatoria Laparoscopica Ginecologica: Intradural pain management versus intravenous pain management. (Studio osservazionale sull'efficacia di metodiche analgesiche nella gestione perioperatoria del dolore post-laparoscopico);
- TAFIa studio multicentrico internazionale A Phase 1b, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multi-Center, Single Ascending Dose Study in Subjects with Acute Submassive Pulmonary Embolism;
- studio di valutazione dell'efficacia degli alti flussi nel bambino con bronchiolite acuta;
- protocolli di desensibilizzazione per pazienti iperimmuni candidati a trapianto di rene;
- sviluppo dell'ecocardiografia tridimensionale nello studio delle cardiopatie congenite;
- ricostruzione delle perdite di sostanza cutanea post-traumatiche degli arti mediante uno scaffold tessutale biodinamico;
- studio pilota di stimolazione transcutanea del nervo vago (T-VNS) nel trattamento della epilessia farmacoresistente;
- chirurgia dell'arco aortico con approccio open ed ibrido;
- approccio chirurgico all'aorta toracica ed all'aorta toraco-addominale con tecnica open, endovascolare ed ibrida;
- validazione di nuovi approcci in chirurgia mininvasiva: applicazione di tecniche one-trocar per il trattamento di patologie chirurgiche pediatriche;
- protocollo di trattamento del linfedema mediante l'uso di un device di ultima generazione (Linforoll) specifico per il trattamento manuale dell'edema;
- studio clinico osservazionale prospettico in doppio braccio per la correzione dei laparoceli con trapianto di derma umano decellularizzato;
- gestione integrata del percorso di cura del paziente oncologico ed allestimento di preparati oncologici iniettabili mediante sistemi robotizzati (Progetto Lab@AOR).

Studi clinico-epidemiologici

- Variabili epidemiologiche, economiche e di appropriatezza prescrittiva associate alla terapia antibiotica e antimicotica;
- studio sulla trombosi venosa profonda post chirurgica in età neonatale;
- Registro Italiano del Diabete in età pediatrica (centro coordinatore);

- Registro Europeo DBS nel trattamento della epilessia farmacoresistente (MORE) Centro Coordinatore;
- studio comparativo sull'efficacia e sull'out-come neonatale, nell'utilizzo dell'Efedrina Cloridrato rispetto alla Etilefeina Cloridrato nel trattamento dell'ipotensione dopo blocco sub-aracnoideo per parto cesareo;
- START Register (Survey on anTicoagulated pAtients - RegisTer) studio osservazionale indipendente multicentrico non interventistico finalizzato alla registrazione in modo prospettico della storia clinica dei pazienti adulti che iniziano trattamento anticoagulante a qualsiasi titolo e con qualsiasi farmaco;
- studio multicentrico italiano GEIRD (The Gene-Environment Interactions in Respiratory Diseases);
- indentificazione/validazione di biomarkers per diagnosi e prognosi di sepsi grave e meningite nel bambino;
- studi su chirurgia valvolare mini-invasiva;
- studio Clinico di Fase III, randomizzato, controllato verso placebo, a gruppi paralleli, in doppio cieco per valutare l'efficacia e la sicurezza di MK8931 in pazienti affetti da deterioramento cognitivo amnesico lieve, causato da malattia di Alzheimer (malattia di Alzheimer prodromica);
- registro CLARIFY (principale registro europeo sulla SCAD);
- studio correlazione eventi sismici e rotture aortiche della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (in collaborazione con Università di Siena);
- studio prospettico sul rapporto frattura del bacino e trombosi venosa profonda degli arti inferiori: valutazione pre e postoperatoria;
- il paziente fragile con indicazione chirurgica in urgenza;
- studio MIRA-SRD (Medical Imaging RAdiation risk in end Stage Renal Disease);

Protocolli di studio nazionali

- Protocollo nazionale di trapianto di organo solido nei pazienti HIV (a cura del Centro Nazionale Trapianti);
- protocollo nazionale di screening per la prevenzione della morte improvvisa nei giovani atleti in collaborazione con l'Università Cattolica di Roma;
- registro nazionale per la Amiloidosi cardiaca;
- protocollo nazionale SMOLL della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare sull'utilizzo delle cellule staminali prelevate da midollo nell'arteriopatia cronica obliterante non altrimenti rivascolarizzabile;
- studio multicentrico per la valutazione delle dilatazioni delle vie urinarie a diagnosi prenatale;
- prospective multicenter observational study on Elective Pelvic nodes irradiation (PRO-EPI) in Patients with intermediate/high/very high risk prostate cancer submitted to adjuvant or radical Radiotherapy with or without concomitant Androgen Deprivation (in collaborazione con l'Università di Brescia);
- protocollo di studio nazionale sugli antidoti, loro effettiva esigenza, uso razionale e messa a disposizione per l'area di riferimento.

Linee guida

- Stesura linee-guida nazionali sul trapianto d'organo solido in pazienti HIV (a cura del Ministero della Salute - ultima edizione: 2016);
- stesura delle linee guida del COCIS (Società Italiana di Cardiologia dello Sport);
- stesura linee-guida nazionali sul diabete in età pediatrica;
- stesura linee guida regionali "Disturbi neurosviluppo in età prescolare";
- stesura linee guida nazionali sulla diagnosi e terapia dell'accesso asmatico acuto nel bambino (a cura della Società Italiana di Pediatria);

- raccomandazioni gestione dolore procedurale al Pronto Soccorso Pediatrico e dolore addominale nell'ambito del Gruppo Italiano Multicentrico PIPER (Pain in Pediatrica Emergency Room);
- stesura di documenti di consenso di interesse cardiologico-cardiochirurgico per ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri);
- stesura delle linee guida della Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare sugli accessi vascolari per emodialisi;
- redazione delle linee guida in Day Surgery Pediatrica in collaborazione con il Gruppo della Società Italiana di Chirurgia Pediatrica (SICP);
- Sstesura linee guida ministeriali per il trattamento del Linfedema (2009 e 2016);
- revisione delle linee-guida per il controllo della Tubercolosi condotto dall'INMI Lazzaro Spallanzani in collaborazione con il Ministero della Salute;
- linee guida regionali sui criteri di idoneità alla donazione;
- stesura linee guida sulla registrazione del Dato dosimetrico.

3.3.3. Ricerca interdisciplinare e innovazione: la strategia di collaborazione con l'UNIVPM, l'ADUNO e con gli enti privati

L'Azienda intende offrire a tutti gli sperimentatori un "incubatore" teso a superare la distanza tra attività universitaria di ricerca e quella specifica in ambito assistenziale guardando con interesse in tutte le direzioni a forme di collaborazione orientate all'innovazione e allo sviluppo e diffusione delle conoscenze.

La collaborazione con l'UNIVPM

Le conoscenze e le competenze dei professionisti impegnati nell'AOUR qualificano la struttura come "*labor intensive*" e permettono di erogare, grazie anche ai dispositivi tecnologici utilizzati, prestazioni di particolare complessità assistenziale e tali da richiedere un approccio multidisciplinare.
Nell'ambito delle linee strategiche ispirate a innovazione e sviluppo della conoscenza, la collaborazione con l'Ateneo di Ancona, oltre alla ricerca specifica in ambito clinico, medico e chirurgico, prevede, per la prima volta, un preciso orientamento verso nuove forme di ricerca in ottica multidisciplinare.
In particolare, l'intento è di lavorare alla "creazione di una piattaforma di interoperabilità" all'interno della quale promuovere, attraverso il dialogo, la "contaminazione di idee".
L'intento strategico descritto ha trovato un primo "atto implementativo", costituito dal protocollo d'intesa di collaborazione per la ricerca e l'innovazione sottoscritto in data 26/07/2016 fra l'Azienda Ospedaliero Universitaria e l'Università Politecnica delle Marche.
L'accordo è stato formalmente siglato al fine di promuovere l'integrazione fra ricerca ed assistenza, affinché venga valutato, da un lato, quanto i risultati della ricerca di base abbiano effettiva potenzialità innovativa per i servizi di diagnosi cura e riabilitazione e, dall'altro, quali dei bisogni complessi, non ancora soddisfatti, meritino di essere approfonditi al fine di giungere a soluzioni innovative da sperimentare nel contesto clinico-assistenziale.
L'obiettivo generale dell'accordo è di sfruttare, ancor meglio di quanto già fatto in passato, la comprovata capacità ed esperienza maturata da entrambe le parti a livello locale, nazionale ed internazionale su studi clinici ed esperienze progettuali nell'ambito della ricerca di base ed applicata, favorendo nuove forme

di trasferimento tecnologico e di valorizzazione delle innovazioni che dovranno poi essere testate e validate in setting clinici assistenziali.
Azioni concrete previste per i tre anni di collaborazione, coincidenti con l'orizzonte temporale descritto dal piano strategico, sono:

1. la costruzione di una piattaforma comune per il fund raising nella piena trasparenza delle relazioni fra finanziatori, destinatari del finanziamento, ricercatori e sperimentatori, prevenendo l'insorgere del conflitto di interessi dei singoli e delle organizzazioni. La piattaforma verrà realizzata attraverso una stretta collaborazione tra l'ufficio di UNIVPM deputato al fund raising, già esistente e articolato tra le 5 Facoltà dell'Ateneo, e l'ufficio Ricerca, Innovazione e Sviluppo dell'Azienda, mediante l'organizzazione di momenti informativi comuni su programmi di finanziamento e bandi di ricerca nazionali e internazionali e, inoltre, di incontri tra Ricercatori di base e clinici con enti finanziatori pubblici e privati;
2. la mappatura delle competenze cliniche e di ricerca traslazionale dotate di maggiore potenziale innovativo, attraverso la ricognizione periodica da parte della piattaforma sopradescritta di aree e professionisti che per attività pregresse e/o per attitudini/interessi lascino intravedere maggior potenziale di sviluppo in ambito progettuale;
3. la costituzione di iniziative di collaborazione multidisciplinare fra i professionisti che esercitano presso le articolazioni interne di Azienda e UNIVPM (Medicina e Chirurgia, Ingegneria, Economia, Agraria, Scienze), per lo sviluppo di studi di funzionalità che portino ad una ridefinizione del prodotto/servizio nel settore healthcare ("*disruptive innovations*") attraverso lo scambio reciproco di informazioni, la messa a disposizione delle stesse e, parallelamente, la pianificazione di laboratori di idee, iniziative di cooperative learning e momenti di brainstorming;
4. l'analisi di brevetti e di risultati di attività di ricerca per valutare le opportunità per la creazione di imprese innovative nell'ambito della Salute, che mettano a frutto le competenze presenti e che vedano la possibile compartecipazione dell'Azienda e dell'Ateneo.

La collaborazione con l'ADUNO

La componente ospedaliera di AOUR avverte più che mai l'esigenza di affrontare organicamente il tema della ricerca, nella piena consapevolezza che l'appartenenza a un'Azienda Ospedaliero Universitaria rende la ricerca istituzionalmente connaturata alla sua attività; dal punto di vista operativo si tratta di offrire agli sperimentatori di matrice ospedaliera quelle risorse, quella visibilità, e quel supporto organizzativo da cui non si può prescindere per puntare a un'attività di ricerca di qualità e quantità. Su questo fronte è attivamente impegnata l'Associazione dei Direttori di Unità Operativa Ospedaliera (ADUNO) che, infatti, prevede fra le proprie prerogative statutarie anche la promozione di iniziative scientifiche e culturali a vario raggio; l'ADUNO, pertanto, può costituire l'incubatore ideale per attività di ricerca clinica ad hoc, potendo sviluppare nel migliore dei modi le sinergie organizzative fra le S.O. che la compongono.

La collaborazione con gli enti privati

La progressiva rarefazione delle risorse destinate agli investimenti in innovazione nel SSN, che ha il suo culmine nelle spending review che si sono succedute nell'ultimo quinquennio, induce a ripensare con determinazione ad un nuovo approccio da parte delle Pubblica Amministrazione nei confronti dei rapporti con il mondo di ricerca e sviluppo delle aziende private del Settore farmaceutico, biomedicale e del'ICT. Attualmente il rapporto pubblico-privato è quasi esclusivamente (ad eccezione delle sperimentazioni cliniche)

di tipo commerciale. Le decisioni a monte dell'investimento privato sono spesso sganciate da un "dialogo di programmazione preventiva" con la programmazione pubblica. Ciò comporta duplicazione di costi e spreco di risorse ed energie.
L'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, sulla scorta delle esperienze di collaborazione consolidate nel tempo, come quella del L@bor Loccioni, da 10 anni esempio di sperimentazione gestionale positiva, persegue l'apertura di ogni possibile e utile sinergia tra gli attori del sistema salute.

L'innovazione tecnologica: il Lab@AOR

L'AOUR attua da diversi anni numerosi progetti per promuovere il progresso tecnologico e l'innovazione.Tra questi un'attenzione particolare merita il laboratorio pubblico-privato Lab@AOR. Il fine del Lab@AOR è di far interagire le conoscenze cliniche e scientifiche dell'ospedale con quelle tecnologiche dell'impresa privata in modo da promuovere un costante dialogo tra operatori sanitari e sviluppatori di sistemi avanzati. Tra le iniziative sviluppate grazie a questa collaborazione, si richiama l'APOTECAchemo: il sistema per l'allestimento automatico delle chemioterapie, integrato con soluzioni di ICT e robotica per rendere più sicuro e veloce il percorso di cura oncologico. Tale soluzione rappresenta uno dei più significati ambiti di apporto scientifico e tecnologico innovativo per il miglioramento dell'attività di assistenza.

3.4. Condividere

Favoriamo il dialogo con gli attori pubblici per valorizzare l'Ospedale e catalizzare gli investimenti verso le azioni più efficaci.

3.4.1. Miglioramento della comunicazione

1. LINEE DEL PIANO DI COMUNICAZIONE

Le linee del piano mirano a rafforzare la **comunicazione dell'Azienda Ospedaliera a 360°** e a **migliorare le percezioni di fiducia, sicurezza e qualità da parte degli utenti**. In particolare, gli obiettivi generali che si intendono perseguire sono i seguenti:

A. Ridurre il rischio percepito dall'utente nella scelta dell'Azienda Ospedaliera: informare e farsi conoscere diminuisce le distanze e rende più familiari.

B. Educare l'utente al corretto utilizzo dei servizi: far comprendere all'utente i processi in cui è coinvolto e il ruolo che gli si domanda lo rassicura maggiormente e lo rende più collaborativo, permettendo di produrre il servizio in modo più efficace ed efficiente.

C. Migliorare la qualità percepita dei servizi prestati: questa dipende anche dalla gestione delle comunicazioni e delle relazioni interpersonali tra addetti dell'Azienda e l'utente (e non soltanto dal pregio delle strutture edilizie, dalle competenze tecniche del personale o dai macchinari ad alta tecnologia).

D. Migliorare il senso di appartenenza e la soddisfazione del personale dell'Azienda Ospedaliera: la soddisfazione degli utenti passa per la soddisfazione e la motivazione di chi presta i servizi.

Fine ultimo è lo sviluppo di una **brand reputation** positiva dell'Azienda Ospedaliera nell'ottica soprattutto di incrementare la capacità attrattiva nei confronti di utenti dei servizi e professionisti talentuosi. In questo senso è particolarmente utile perseguire l'obiettivo della **valorizzazione delle eccellenze** al fine di sviluppare un'immagine positiva.

2. LO STATO DELL'ARTE DELLA COMUNICAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

Allo stato attuale la comunicazione tra Azienda Ospedaliera e cittadini avviene tramite i seguenti canali:

- front office e segreteria telefonica dell'URP;
- sito web istituzionale;
- posta elettronica;
- sistema "Il mio ospedale";
- Linea Amica "La P.A. al tuo servizio" (www.lineamica.gov.it).

Si osserva quindi una limitata ampiezza dei canali utilizzati.
Relativamente al sito Web www.ospedaliriuniti.marche.it si rilevano le seguenti principali problematiche:

- la maggior parte dei reparti non è andata oltre la pubblicazione del contenuto minimo. Le informazioni comunicate appaiono quindi limitate;

- manca la versione *mobile* per consentire una migliore fruizione dei contenuti on-line attraverso dispositivi quali telefoni cellulari o altri device mobili;
- la pubblicazione dei contenuti è esclusivamente in lingua italiana.

Un altro strumento di comunicazione impiegato è il **bilancio sociale**, con l'obiettivo di fornire le informazioni utili a comprendere l'impatto sociale dell'attività svolta, oltre che dare evidenza dei risultati conseguiti a tutti gli stakeholder. Nel 2015 esso è stato inglobato nell'integrated report aumentando il valore comunicativo peculiare.

Dall'analisi del contenuto dei reclami manifestati dei pazienti/familiari, nei documenti citati, emergono alcune criticità legate proprio all'ambito della comunicazione, che impongono una riflessione sul ruolo strategico di questa. Nel 2014 il 25,7% dei reclami atteneva direttamente a problemi relazionali con medici, personale di assistenza, front-office e personale amministrativo, e a problemi di natura informativa (informazione clinica e di orientamento verso la struttura); se a questi si aggiungono i reclami dovuti a problematiche professionali che sono incentrati sulla "qualità percepita" delle prestazioni e cure ottenute (22,9%), si evince la necessità di potenziare il ruolo della comunicazione non soltanto verso l'esterno, ma anche verso l'interno.

3. LA NUOVA STRATEGIA DI COMUNICAZIONE

Nel mutato contesto ambientale appare sempre più cruciale e strategico il ruolo del "sistema della comunicazione", i cui pilastri vanno individuati nei tre seguenti elementi:

A. Centralità del cittadino/paziente: avvicinarsi il più possibile al cittadino/paziente, entrarci in sintonia ascoltandone le esigenze e le opinioni, e coinvolgendolo attivamente.

B. Valorizzazione del personale*:* oltre che formarli continuamente, motivare i collaboratori e coinvolgerli nella vita aziendale per sviluppare un forte "senso di appartenenza" nei confronti dell'azienda.

C. Promozione della reputazione aziendale nei confronti di tutti gli stakeholder: enfatizzare che l'Azienda Ospedaliera costituisce un patrimonio collettivo, non soltanto per la cura e l'assistenza delle persone, ma anche dal punto di vista della ricerca, della formazione e dell'impatto economico.

Le attività trasversali a tali pilastri dovrebbero articolarsi in due punti fondamentali:

- Monitoraggio dei flussi di comunicazione interni ed esterni al fine di a) incrementare la conoscenza degli interlocutori dell'Azienda (pazienti in primis), b) comprendere il *sentiment* di questi nei confronti dell'azienda, c) individuare tempestivamente eventuali situazioni critiche. Sistemi di alert automatici, come GoogleAlert o Google News potrebbero essere utili strumenti per il monitoraggio on-line, ma anche survey periodiche sia verso i pazienti, sia verso il personale, box dei suggerimenti, ecc. L'obiettivo è incentivare il più possibile la manifestazione diretta all'Azienda Ospedaliera delle opinioni positive e negative e favorire la più ampia condivisione di quelle positive. Le informazioni ottenute da tale monitoraggio possono inoltre contribuire alla mappatura della "Patient Experience", la quale costituisce il punto di partenza per un'efficace strategia di miglioramento dei servizi offerti ai cittadini;
- Governo dei flussi di comunicazione definendo obiettivi, target, contenuti e strumenti. È importante adottare un modello di comunicazione che da "one to many" dovrebbe arricchirsi per abbracciare le dimensioni "one to one" e "many to many". Orientarsi verso una gestione integrata di più strumenti on-line e off-line al fine di realizzare azioni coordinate e più incisive.

Tale approccio sarebbe coerente con il **passaggio da una logica di *"medicina di attesa"* ad una di *"medicina anticipatoria"***, la quale, secondo un approccio proattivo, individui bisogni e fattori di rischio prima che si manifestino come domanda e, in base a questi, organizzi le opportune risposte assistenziali. Sulla base dei tre pilastri individuati si possono quindi enucleare i seguenti progetti operativi, distinguendo tra l'area della comunicazione interna e quella della comunicazione esterna.

Comunicazione interna

È indispensabile attivare un flusso di comunicazione che mantenga costantemente in contatto l'Azienda Ospedaliera con il personale per rafforzare l'orgoglio e il senso di appartenenza. A tale scopo l'AOUR valuterà, a fini di implementazione, i seguenti strumenti:

- la creazione di una Web TV a fini informativi e conoscitivi (divulgazione di conoscenze);
- la creazione/potenziamento di una rete Intranet al servizio degli operatori medici e non, che offra sia servizi di ampia utilità (come rubrica telefonica, rassegna stampa, modulistica ad uso interno, ecc.), sia pagine dedicate a specifiche unità organizzative (come dipartimenti o reparti) nelle quali le persone possono condividere informazioni sulla loro attività in maniera semplice e veloce.

Inoltre, per favorire un miglior rapporto operatore-paziente/familiare, funzionale allo sviluppo di una relazione fiduciaria tra quest'ultimo e la struttura ospedaliera, sarà intrapreso un percorso formativo sul tema della comunicazione e della relazione con il paziente, rivolto ai dipendenti, con particolare riferimento al personale di front line.

Comunicazione esterna

Gli interventi riferiti alla comunicazione esterna, coerenti con le linee strategiche dell'Azienda, appaiono i seguenti:

1. Miglioramento del sito web istituzionale in termini di contenuto e funzionalità:
   - esplicitare chiaramente la mission ospedaliera e valorizzare di più e meglio le "specialità" dell'ospedale, dando risalto alle attività di nicchia che costituiscono un'eccellenza, non soltanto a livello marchigiano, ma nazionale;
   - valorizzare le sinergie tra Azienda Ospedaliera ed Università, dando maggiore evidenza al ruolo di quest'ultima in termini, ad esempio, di innovazione, di ricerca applicata, ecc.;
   - aggiungere alcune sezioni in evidenza, come l'area "Dicono di noi" o "Rassegna stampa", l'area "Link utili" (ad enti nazionali ed internazionali, siti di interesse professionale, ecc.);
   - arricchire il contenuto informativo, incentivando le singole strutture dipartimentali a pubblicare approfondimenti, news, risultati di ricerca, CV di ciascun medico, ecc.;
   - inserire una Gallery fotografica;
   - aumentare il livello di interattività, mediante l'inserimento di strumenti in grado di favorire una maggiore partecipazione e coinvolgimento dei cittadini/pazienti, sia tra di loro con blog, forum, ecc., sia tra il paziente e il professionista sanitario (ad esempio, L'esperto risponde, forum specifici articolati in topic).

2. Progettare una presenza sui social media, utile per:

- raccogliere informazioni sulle attitudini, i comportamenti e le opinioni dei cittadini/pazienti, utili ad attivare un processo di apprendimento che consenta di migliorare le prestazioni;
- veicolare ad un ampio pubblico contenuti e messaggi, campagne di sensibilizzazione su specifici temi sanitari, arrivando anche a fasce di popolazione altrimenti difficili da raggiungere, come adolescenti ed immigrati, sfruttando peraltro il potenziale virale di tali piattaforme;
- favorire l'engagement dei cittadini/pazienti mediante lo sviluppo di conversazioni su specifiche tematiche. L'engagement è alla base di una relazione fiduciaria tra paziente e struttura ospedaliera.

Di particolare utilità potrebbe essere l'apertura di un canale video; i video rappresentano infatti un modo di comunicare più immediato, autentico ed "umano", che può contribuire alla creazione di apprezzamento e di fiducia, oltre che a generare traffico verso il sito istituzionale (ad esempio, video tutorial su aspetti operativi come la prenotazione di una visita, pillole su specifiche patologie, supporti guidati per autodiagnosi).

3. Potenziare il flusso comunicativo agli organi di informazione "tradizionali" (stampa in primis), al fine di promuovere una comunicazione al cittadino/paziente più estesa ed efficace riguardante le attività dell'azienda, la promozione di specifiche iniziative, ecc.



Conclusioni

4. Conclusioni

La realizzazione di questo piano sarà guidata da una task force che avrà, nelle singole linee strategiche e azioni del piano, il ruolo di facilitare *l'aprirsi*, il *progettare*, il *cambiare* e il *condividere*.
I cosiddetti "ambasciatori" avranno anche il ruolo di supportare e guidare i protagonisti delle progettualità presentate nelle loro realizzazione.
La possibilità di esprimere nuove progettualità da parte di tutti gli stakeholder aziendali, peraltro, rimarrà aperta in modo continuo nel triennio condividendo le idee ulteriori che emergeranno proprio alla luce degli sviluppi strategici.
Integrato nel ciclo di pianificazione, programmazione e controllo, il piano strategico, documento di respiro pluriennale, sarà annualmente "tradotto" in obiettivi di programmazione annuale la cui sede naturale è il percorso di budget.
La rendicontazione degli sviluppi e degli esiti del piano avverrà attraverso l'integrated report che per ciascun anno del piano, illustrerà quanto realizzato.

Allegati

Allegato 1. Quadro di sintesi delle linee strategiche

Intento strategico #1 APRIRSI

LINEA STRATEGICA
HUB DEGLI HUB
POTENZIAMENTO DEI CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI
POTENZIAMENTO DELLE ATTIVITÀ CHIRURGICHE E MEDICHE "ESCLUSIVE" O DI ALTA SPECIALITÀ
INCREMENTO DELLA MOBILITÀ ATTIVA EXTRAREGIONALE E RIDUZIONE DELLE PASSIVA
CENTRO ONCOLOGICO REGIONALE
ESITI E RISCHIO CLINICO
MEDICINA D'INIZIATIVA
ACCESSO ALLE CURE: RIORGANIZZAZIONE DEI CANALI DI INGRESSO
HUB LOCALE
LISTE D'ATTESA AMBULATORIALI: PROGETTO FULL STEAM
LISTE DI ATTESA CHIRURGIA DS
INTEGRAZIONE AOUR-INRCA

Intento strategico #2 PROGETTARE

LINEA STRATEGICA
SVILUPPO DELLE RISORSE INTERNE
PIANO ASSUNZIONI
LEVE DI SVILUPPO POTENZIALE
PIANO INVESTIMENTI LAVORI E ATTREZZATURE
SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO
PROMUOVERE LA CULTURA DEL BENCHMARK
ACCRESCERE IL CAPITALE RELAZIONALE
LEAN THINKING
PDTA
FOCUS SU EMERGENZA/URGENZA
SENSIBILITÀ STRATEGICA DIFFUSA
RUOLO DELLA DIREZIONE E DEI DIRETTORI/COORDINATORI DI UNITÀ ORGANIZZATIVA
PROGETTUALITÀ STRATEGICA BOTTOM UP

Intento strategico #3 CAMBIARE

LINEA STRATEGICA
RICERCA CLINICA E TRASLAZIONALE
RICERCA CLINICA E TRANSLAZIONALE: IL CONTRIBUTO DELLA FACOLTÀ DI MEDICINA
RICERCA CLINICA: IL CONTRIBUTO DELLA COMPONENTE OSPEDALIERA
RICERCA INTERDISCIPLINARE E INNOVAZIONE
COLLABORAZIONE CON L'UNIVPM: COSTRUZIONE DI UNA PIATTAFORMA COMUNE DI FUND RAISING E BANCHE DATI
COLLABORAZIONE L'ADUNO
COLLABORAZIONE CON IL PRIVATO
INNOVAZIONE TECNOLOGICA E DI PROCESSO

Intento strategico #4 CONDIVIDERE

LINEA STRATEGICA
MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE
PIANO DI COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA (WEB TV, ECC)
RENDICONTAZIONE TRASPARENTE (INTEGRATED REPORTING, ECC..)

Allegato 2. Progetti

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
1	N.C. Punto zero
2	Ampliamento del sistema di posta pneumatica
3	Progetto di miglioramento della diagnosi, prognosi e prevenzione in campo virus emergenti e patogeni importanti quali HPV e HIV
4	Introduzione della figura del consulente alla pari in unità spinale
5	Scuola in ospedale: progetto rivolto a pazienti in età scolare affetti dal lesione del midollo spinale, ricoverati in unità spinale
6	Ampliamento attività ambulatoriale di follow up mielolesione alla patologia della spina bifida
7	Completamento del progetto implementazione di una unità spinale unipolare e sua messa in rete con le US delle regioni limitrofe
8	Comunicazione/relazioni esterne
9	Gestione stampa documenti per i ricoveri del presidio di torrette
10	Riscossione automatica ticket su codici bianchi del PS (presidio Torrette)
11	Migliorare l'efficacia comunicativa con il pubblico
12	Miglioramento della prognosi a breve termine e riduzione del rischio di recidiva nei pazienti ricoverati per ictus ischemico
13	Approvvigionamento ed introduzione dispositivi medici e qualità delle cure
14	Proposta di acquisizione/utilizzo apparecchiatura TC cardiovascolare up to 64 slice
15	Sviluppo diagnostica ed interventistica vascolare con mdc gassoso (CO2)
16	Progetto di attivazione di teleconsulto radiologico regionale
17	Creazione di una sos radiologia interventistica vascolare di urgenza/emergenza
18	Trattamento TARE pazienti elegibili trapianto OLT con ostruzione trombotica della vena porta
19	Istituzione di un ambulatorio per la gestione drenaggi posizionati per via percutanea
20	Formazione medico-infermieristica pronto soccorso pediatrico
21	PDTA trauma cranico pediatrico
22	Sedazione procedurale al PS pediatrico
23	Organizzazione assistenziale per cellular nursing
24	Costituzione di un team multidisciplinare per attivazione percorso diagnostico terapeutico di endoscopia delle vie aeree nel bambino
25	Percorso diagnostico-terapeutico di immunoinfettivologia ed immunodefinicienze primitive
26	Monitoraggio dei pazienti in terapia steroidea protratta
27	Miglioramento del servizio di DH terapeutico per il trattamento infilatrativo intrarticolare nei pazienti affetti da AIG
28	Desensibilizzazione orale per alimenti
29	Valutazione della fibrosi epatica mediante fibroscan o elastometria in pazienti pediatrici affetti da epatopatie croniche virali e non
30	Riattivazione ambulatorio dei disturbi respiratori nel sonno
31	Informatizzazione completa o semicompleta della cartella clinica e infermieristica: ex novo e/o implementazione
32	PDCA frattura di femore PDCA frattura di bacino PDCA patologia vertebrale
33	Creazione guida informativa
34	Progetto anca
35	Gestione elettronica personalizzata della terapia infusionale antiblastica e non antiblastica in oncoematologia pediatrica
36	Promozione della salute orale nei pazienti fragili

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
37	Implementazione e/o organizzazione rete clinica odotnostomatologica per i pazienti clinicamente vulnerabili
38	Metodica di transcutaneous vagal nerve stimulation
39	PDTA per la gestione dei disturbi del neurosviluppo servizio diagnosi e cura (2-5 anni)
40	Attivazione della rete interaziendale per le patologie di neurochirurgia geriatrica
41	Ottimizzazione della gestione di patologie neurovascolari malformative
42	Neurochirurgia a km 0
43	Neurochirurgia pediatrica: robotica e telemedicina
44	Neurochirurgia funzionale con monitoraggi neurofisiologici intraoperatori e tecniche di chirurgia da sveglio
45	Chirurgia endoscopica transfenoidale
46	Creazione di un percorso post operatorio dedicato ai pazienti di area neurochirurgica/neuroradiointerventistica
47	Cura integrata: la transizione del bambino con nefro-uropatia verso l'età adulta
48	Rete nefrologica periferica
49	Emodialisi serale
50	Ospedale senza immobilizzazioni
51	Profilo assistenziale linfedema e patologie del sistema linfatico e vascolare
52	Percorso riabilitativo/assistenziale del paziente operato per la frattura di femore
53	Apparecchiatura tomografica di ultima generazione ad emissione di positroni comibnata con la risonanza magnetica per l'esecuzione di indagini di medicina nucleare
54	Analisi discriminante e bisogni assistenziali rivolti a soggetti con dolore rachideo
55	Centro unico malattie rare
56	Rivisitazione processo di fatturazione per ricoveri in libera professione
57	Rivisitazione processo di fatturazione CERM
58	Rivisitazione processo di monitoraggio crediti scaduti
59	Rivisitazione processo di fatturazione cessioni di servizio
60	Registrazione e comunicazione della dose al paziente negli esami radiologici
61	Manutenzione evolutiva e aggiornamento tecnologico
62	Strutturazione di un ufficio CVPS
63	Certificazione di qualità secondo la norma ISO 9001-2015 e costituzione ufficio qualità
64	Programma PDTA
65	Attivazione ambulatorio chirurgico
66	Blocco operatorio centrale revisione e ampliamento programma operatorio in elezione
67	Riorganizzazione centrale di sterilizzazione per integrazione con salesi
68	Rivisitazione degli spazi e degli arredi blocchi operatori torrette
69	Ambulatorio infermieristico diabetologia pediatrica
70	Rete clinica regionale di diabetologia ed endocrinologia pediatrica organizzazione di un percorso assistenziale integrato
71	Chirurgia robotica. Possiamo ridurre i costi?
72	Litotrissia extracorporea ambulatoriale
73	Team multidiscplinare della neoplasia prostatica
74	Laser ad holmio nel trattamento chirurgico endoscopico dell'ipertrofia

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
75	Uroandrologia-chirurgia e microchirurgia seminale banca del seme
76	Attivazione di un servizio multidisciplinare di nutrizione artificiale pediatrica
77	Ottimizzazione gestione pazienti con ipotiroidismo congenito
78	Attivazione di un servizio di diagnostica e monitoraggio delle epatopatie in età pediatrica
79	Ricovero dei pazienti con malattie metaboliche e genetiche complesse
80	Sindrome di down presa in carico totale
81	Miglioramento della gestione infermieristica della dialisi peritoneale neonatale manuale all'interno dell'Azienda Ospedaliera
82	Percorso terapeutico assistenziale nei pazienti affetti da distonia cervicale
83	Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nei pazienti affetti da epilessia
84	Analisi discriminante e bisogni assistenziali rivolti a soggetti con demenze
85	Rimodulazione delle priorità della diagnostica mediante neuroimmagine
86	Attivazione di un percorso multisciplinare per i pazienti affetti da sclerosi multipla con disabiilità elevata
87	Diagnostica ultrasonografica in neurologia
88	Centro sclerosi multipla
89	Attivazione di un centro ospedaliero di riferimento e coordinamento per pazienti affetti da malattia di Parkinson e da patologie del sistema extrapiramide (PD Unit)
90	Creazione di un percorso per l'ottimizzazione della diagnosi strumentale dei disturbi del sonno
91	Implementazione efficienza studi di ricerca clinica sperimentale nell'ambito di nuovi farmaci per il sistema nervoso centrale
92	Miglioramento del percorso assistenziale del paziente con malattia neuromuscolare che afferisce al centro malattie neuromuscolari
93	Gestione ausili e suppellettili
94	Costituzione di un servizio di psicologia ospedaliera con compiti organizzativi e di coordinamento delle attività di psicologia all'interno dei presidi umberto i, salesi, lancisi
95	Corso di formazione per istruttori al posizionamento ecoguidato del PICC
96	Mortalità zero a costi sostenibili
97	Ottimizzazione dei PDTA psichiatrici in collaborazione con i servizi territoriali e implementazione della riabilitazione psichaitrica già in fase di ricovero
98	Centro diagnosi e terapia fetale
99	Il pavimento pelvico: strategie di attenzione e cura
100	Trattamento chirurgico conservativo dei fibromi uterini
101	Vaccinazione integrativa contro l'HPV nel centro di secondo livello dello screening cervicale
102	Rete regionale delle cure ostetriche
103	Centro di ipovisione nelle marche
104	Chirurgia innovativa della cataratta
105	Centro diagnosi, cura e riabilitazione delle maculopatie
106	La gestione della retinopatia del neonato prematuro: il salesi come centro di riferimento regionale ed extraregionale
107	Assistenza integrata al soggetto con sclerosi laterale amiotrofica per il miglioramento della Qdv della persona e caregiver
108	Adeguamento rete ictus regione marche con introduzione sistematica della trombectomia endovascolare meccanica in attuazione al DM 70/2015
109	Craniectomia decompressiva e ricostruzione cranica nel trauma cranio encefalico grave
110	Sviluppo degli approcci mininvasivi per la patologia oncologica del basicranio

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
111	Utilizzazione di sistemi di sintesi vertebrale ibridi nella instabilità vertebrale
112	Unità operativa di patologia e chirurgia vertebrale
113	Ambulatorio multidisciplinare interdipartimentale per lo screening infettivologico pre e post trattamento dei pazienti candidati a terapia con farmaci biologici a rischio di complicanze infettive con particolare riferimento alle aree di gastroenterologia
114	Osservatorio clinico-epidemiologico interdipartimentale per sorveglianza, diagnosi e trattamento della patologia infettiva diffusiva
115	Studio prospettico osservazionale, interdipartimentale sulla ricaduta dell'appropriatezza prescrittiva nella terapia anti-infettiva delle infezioni ospedaliere
116	Ambulatorio di malattie infettive emergenti ad accesso diretto per la valutazione dei casi inviati da MMG e classe di priorità B e U
117	Consulenza strutturata di infettivologia territoriale, in regime di convenzione con strutture ospedaliere o residenze sanitarie private
118	Centro per le infezioni osteoarticolari e dei mezzi impiantabili
119	La selezione ed il follow up dei pazienti affetti da epatite C, trattati con le nuove terapie antivirali. Controllo dell'efficacia clinica ed ottimizzazione delle risorse finanziarie
120	Laboratorio di cardio-oncologia
121	Percorso ventilazione non invasiva e pazienti affetti da patologie neuromuscolari
122	Riconoscimento precoce della sepsi
123	Assistenza della tosse nel paziente intubato
124	Gestione dell'insufficienza respiratoria grave
125	Ventilazione non invasiva in terapia intensiva
126	Accesso venosi
127	Riorganizzazione area anestesia
128	Medicina perioperatoria sperimentazione di un modello organizzativo/professionale fase pre-operatoria
129	Risultati protocollo fast track applicato alla chirurgia robotica nei tumori del colon retto
130	Riorganizzazione day surgery accessi vascolari
131	ERAS in chirurgia toracica. Un percorso di cura multidisciplinare personalizzato
132	Centralizzazione chirurgia toracica oncologica
133	Potenziamento attività di chirurgia mininvasiva (robotica)
134	Centro assistenza stomizzati pediatrici
135	Chirurgia ricostruttiva avanzata
136	Centro per le malformazioni oro-cranio-maxillo facciali
137	OSAS
138	Chirurgia con navigatore
139	Microchirurgia robotica
140	Riabilitazione della funzioine masticatoria post chirurgica
141	Assistenza alla ricerca clinica
142	Progetto centralizzazione e refertazione ECG
143	Realizzazione del sito web della sod di cardiologia ospedaliera e utic
144	Formazione aziendale lean
145	Briefing e teledidattica: proposta di un metodo e-learning per migliorare l'apprendimento clinico degli studenti dei corsi di laurea e l'inserimento dei neoassunti

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
146	Protocollo per la razionalizzazione della tempistica d'intervento e di miglioramento della qualità della prestazione di endoscopia digestiva
147	Donne senza dolore
148	Salesi un ospedale senza dolore
149	L'infermiere DEA per il dipartimento materno-infantile
150	Endoscopia delle vie aeree in età pediatrica
151	Miglioramento della definizione del rischio anestesiologico e riorganizzazione dell'ambulatorio anestesiologico
152	Razionalizzazione gestione dei pazienti con sospetta reazione allergica a mezzo di contrasto iodato (MCI)
153	Informazione/formazione al paziente allergico sulle norme, la gestione della terapia prescritta, la prevenzione delle malattie allergiche
154	Formazione specifica degli infermieri di area pediatrica
155	Trasporti sanitari di tipo secondario
156	La multietnicità in radiologia
157	I percorsi in radiologia
158	Ottimizzazione approvvigionamento
159	Documentazione clinica computerizzata e integrata per la gestione del paziente che accede al dipartimento di scienze cardiovascolari
160	Guida amica: libretto informativo al ricovero nel dipartimento di scienze cardiovascolari
161	Inserimento dell'accertamento infermieristico nella documentazione infermieristica. Revisione della documentazione esistente
162	Centro interdipartimentale di traumatologia dello sport
163	Ortottica per adulti
164	Gestione delle gravi insufficienze respiratorie acute con tecniche di trattamento extracorporee
165	Protocolli operativi per il paziente politraumatizzato in terapia intensiva
166	Organizzazione e gestione dell'emergenza intraospedaliera
167	Valutazione e quantificazione bisogno assistenziale di area ospedaliera semi intensiva
168	Volo notturno e in condizioni di bassa visibilità strumentale con sistema satelittare certificato
169	Progetto sala ibrida
170	Implementazione ospedaliera del protocollo DNR
171	Realizzazione ed organizzazione shock room
172	Approccio multidisciplinare al cancro colonrettale
173	Monitoraggio degli schemi terapeutici e del costo dei farmaci antiretrovirali
174	Gestione multidisciplinare delle patologie glutine correlate
175	Centro di medicina delle migrazioni e dei viaggi
176	Ottimizzazione del percorso diagnostico terapeutico del paziente con neoplasie e patologie ostruttive delle vie biliari
177	Unità malattie infiammatorie croniche intestinali
178	Unità insufficienza epatica
179	Collaborazione interdipartimentale interaziendale per la valutazione di nuove strategie di terapia antibiotica
180	Implementazione diagnostica per l'identificazione dei polimorfismi della TPMT tramite real time PCR
181	Team multidiscplinare neoplasie della sfera ginecologica
182	Team multidisciplinare neoplasie gastro-intestinali

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
183	Identificazione univoca del paziente in regime di ricovero
184	Adeguamento posti letto di neonatologia agli standards nazionali
185	Effetti della chirurgia bariatrica nei pz con obesità morbigena
186	Implementazione del trauma system intraospedaliero e definizione dei percorsi di assistenza al trauma maggiore
187	Aggiornamento percorso di gestione istanze RCT/o
188	Implementazione del percorso oncologico per il paziente neoplastico
189	Implementazione della cartella clinica informatizzata nel reparto di chirurgia d'urgenza e del trauma
190	Implementazione del robot nel trattamento chirurgico delle neoplasie
191	Protocollo multidisciplinare in collaborazione con la banca della cute di cesena per il trattamento dei disastri di parete e nelle fistole enterocutanee o entero atmosferiche e nelle urgenza chirurgiche
192	Aggiornamento dei protocolli di diagnosi e terapia delle urgenze chirurgiche orientato alla pluridisciplinarietà e all'implementazione della laparoscopia
193	Riorganizzazione e aggiornamento della funzione di chirurgia d'urgenza e del trauma orientata al modello della rescure surgery
194	Eccellenza nel trattamento delle lesioni epatiche
195	Gestire il rischio clinico - revisione di mortalità e morbidità
196	Creazione syncope unit pediatrica
197	Farmacista clinico di area omogenera per intensità di cura: dalla farmacia all'area di assistenza clinica, a fianco del medico e del personale sanitario
198	Paediatric pharmacy. Una farmacia a servizio dei bambini
199	Progetto di realizzazione un.A.Sper.Farma (unità allocativa e gestionale sperimentazioni cliniche di farmacia)
200	Collaborazione tra farmacia ospedaliera e blocco operatorio coinvolgimento diretto del farmacista nelle attività cliniche e gestionali del blocco operatorio
201	Dal laboratorio al paziente: sperimentazioni cliniche con terapie innovative, biomarcatori e data management in oncologia nel centro italia
202	Tumori eredo familiari: prevenzione e genetica oncologica
203	Progetto di assistenza integrata per il paziente anziano oncoematologico
204	Percorso diagnostico - terapeutico assistenziale nelle complicanze infettive e respiratorie del paziente immunocompromesso
205	Monitoraggio della tossicità cardiovascolare degli inibitori delle tiroskin-kinasi nei pazienti affetti da leucemia mieloide cronica
206	PDTA per la diagnosi e il trattamento dei pazienti affetti da mieloma multiplo
207	Unità linfomi clinica di ematologia
208	Definizione ed implementazione di uno standard nella applicazione delle tecniche molecolari ai fini diagnostici, prognostici e predittivi sui tessuti in paraffina
209	Centro per le malattie autoimmuni sistemiche
210	Centro interdipartimentale di genetica medica e diagnostica molecolare
211	Organizzazione dell'area della medicina interna
212	Percorso multidisciplinare diagnostico/stadiativo nel paziente affetto da neoplasia polmonare
213	Percorso multidisciplinare diagnostico/stadiativo nel paziente affetto da pneumopatia infiltrativa diffusa
214	Accesso database allergologia
215	Gestione proattiva pazienti con asma grave/prevenzione morte per asma
216	Progetto anafilassi ospedali riuniti di ancona
217	Riduzione tempi di attesa attraverso impiego automazione di indagini allergologiche
218	Valutazione multidisciplinare delle miopatie infiammatorie

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
219	Ambulatorio interdipartimentale per la gestione della ipertensione arteriosa polmonare
220	Percorso terapeutico interdisciplinare neoplasie toraciche
221	Riorganizzazione e automazione della fase preanalitica
222	Miglioramento attività di prelievo agoaspirati
223	Centro unico aziendale per pap test screening regione
224	Messa a norma struttura hub
225	Centro di riferimento regionale per accessi vascolari
226	Gestione delle urgenze vascolari
227	Aortic team
228	Salvataggio d'arto nell'ischemia critica arti inferiori
229	Funzione hub della medicina vascolare regionale: l'integrazione medico-chirurgo -interventistica nella rete clinica regionale delle malattie vascolari
230	Diagnostica ultrasonografica di terzo-quarto livello
231	Trattamento delle deformità scheletriche nei soggetti in accrescimento
232	Organizzazione del centro HUB regionale per il coordinamento della rete clinica regionale di chirurgia della mano
233	Struttura organizzativa della chirurgia plastica ricostruttiva della mano
234	Ambulatorio topografia corneale
235	Centro di riferimento regionale per profilassi, diagnosi e terapia della malattia tromboembolica venosa nella fase acuta
236	Bed manager ricoveri urgenti
237	Gestione della fase acuta del paziente con sepsi-shock settico
238	La gestione dei conflitti in pronto soccorso
239	Valutazione internistica preoperatoria pz ortopedico chirurgico
240	Inserimento del professionista neo assunto/assegnato nel dipartimento gastroenterologico e dei trapianti
241	L'inserimento dello studente del CLT infermieristica nella emodialisi: un percorso condiviso tra Azienda e università
242	Migliorare la comunicazione tra gli uffici
243	Analisi e mappatura delle esigenze di stampa personale in ottica di risparmio di risorse ed ecosostenibilità
244	Disaster recovery e business continuity
245	Kpzero
246	Percorso di gestione ulcere difficili e lesioni da pressione nella emodialisi
247	Sviluppo delle tecniche PMA di terzo livello
248	Crioconservazione e preservazione della fertilità femminile
249	NIPT: non invasive prenatal testing
250	Utilizzo del sistema di presenza remota in touch nel centro di diagnosi e terapia fetale
251	Assistenza multidiscplinare al paziente affetto da malattie infiammatorie ed immunomediate della cute
252	Assistenza multidiscplinare al paziente affetto da melanoma cutaneo
253	Assistenza multidiscplinare al paziente affetto da malformazione vascolare
254	Trattamento multidisciplinare del LIPO-linfedemi iatrogeni
255	Chirurgia ricostruttiva nel paziente post bariatrico
256	Terapia rigenerativa nei pazienti mielolesi portatotori di lesioni da pressione

NUMERO PROGRESSIVO	TITOLO DEL PROGETTO
257	Comparazione di differenti presidi per la preparazione del lipoaspirato nella metodica del lipofilling nell'ambito della chirurgia rigenerativa
258	Trapianto di isole pancreatiche nel paziente diabetico
259	Prelievo di cute da donatore e trapianto su paziente ustionato e/o con lesioni cutanee
260	Chirurgia robotica trans orale nella patologia neoplastica e funzionale dei distretti faringo ipofaringo laringei
261	La tracheotomia e l'assistenza post chirurgica del paziente affetto da SLA
262	Percorso diagnostico-terapeutico per ipoacusie infantili
263	Valutazione dei rischi per la salute degli oepratori sanitari turnisti, analisi della relazione con le idoneità psico fisiche al lavoro e strategie di prevenzione delle possibili patologie
264	Crioconservazione gameti maschili
265	Individuazione del linfonodo sentinella e studio della vitalità dei lembi cutanei utilizzando la linfografia a fluorescenza con il verde indocianina nei pazienti affetti da carcinoma
266	Implementazione degenza breve pluridisciplinare e riorganizzazione dei letti di degena ordinaria della chirurgia d'urgenza
267	Realizzazione di una SOD di radiologia di emergenza urgenza in DEA di secondo livello
268	Benessere lavorativo
269	PICC team aziendale
270	Implementazione del robot nel trattamento chirurgico delle neoplasie ostetrico-ginecologiche
271	Nutrizione artificiale domiciliare: UOC dietetica (HUB) e territorio (Spoke)
272	Trattamento dell'insufficienza intestinale cronica benigna
273	Chirurgia bariatrica: dalla selezione al follow up
274	Progetto prevenzione infarto miocardico nei giovani
275	Incontinence unit
276	Gestione della malnutrizione nei pazienti con fibrosi cistica
277	Organizzazione della rete clinica regionale per la presa in carico dei disturbi psichiatrici dell'età evolutiva secondo il modello HUB and Spoke
278	Biologia dell'obesità
279	Gestione centralizzata delle urgenze mediche intraospedaliere mediante potenziamento organico medico di medicina d'urgenza pronto soccorso
280	Esame e riscontro dei ricorsi e delle osservazioni in ordine alle procedur espletate - analisi, definizione e cura el contenzioso pregresso e attuale con gli appaltatori
281	Struttura organizzativa della chirurgia plastica ricostruttiva nell'ambito della breast unit
282	Riabilitazione cardiologica nel paziente con cardiopatia congenita
283	Totem per il controllo a distanza dei pacemaker

Indice delle tabelle

Tabella 1. **Dotazione posti letto DRGM 735/2013 per le strutture sanitarie della Regione Marche** 19

Tabella 2. **Consistenza del personale (anno 2015)** 21

Tabella 3. **Personale tirocinante, borsista e sanitario non dipendente (anno 2015)** 22

Tabella 4. **Specializzandi e frequentatori volontari presenti in Azienda (anno 2015)** 22

Tabella 5. **Grado tecnologico e rispettiva valorizzazione economica (anno 2015)** 22

Tabella 6. **Rappresentazione percentuale della obsolescenza del parco macchine (anno 2015)** 22

Tabella 7. **Composizione del valore della produzione (anno 2015)** 28

Tabella 8. **Mortalità per le principali cause (anno 2012)** 33

Tabella 9. **Attività di ricovero ordinario (anni 2014-2015)** 34

Tabella 10. **Attività di ricovero diurno (anni 2014-2015)** 34

Tabella 11. **Indice di complessità delle casistiche trattate - Regione Marche (anno 2015)** 35

Tabella 12. **Provenienza dei pazienti - attività di ricovero (anni 2013-2015)** 36

Tabella 13. **Analisi dell'offerta di ricovero ordinario e diurno per disciplina (anno 2015)** 37

Tabella 14. **Attività chirurgica aziendale (anno 2015)** 38

Tabella 15. **Interventi chirurgici per regime di erogazione (anno 2015)** 38

Tabella 16. **Attività ad alta specialità dell'AOUR** 39

Tabella 17. **Discipline con attività esclusive/alta specialità (anno 2015)** 40

Tabella 18. **Mobilità passiva (anno 2015)** 40

Tabella 19. **Produzione effettiva e incremento della domanda potenziale (anno 2015)** 41

Tabella 20. **Prestazioni di laboratorio per interni ed esterni (anno 2015)** 41

Tabella 21. **Prestazioni di diagnostica per immagini per esterni (anno 2015)** 42

Tabella 22. **Prestazioni di diagnostica per immagini per interni (anno 2015)** 42

Tabella 23. **Numero di prestazioni di specialistica ambulatoriale clinica (anno 2015)** 42

Tabella 24. **Provenienza pazienti prestazioni ambulatoriali (anni 2013-2015)** 43

Tabella 25. **Attività di Pronto Soccorso senza successivo ricovero (anno 2015)** 43

Tabella 26. **Percentuali ricoveri da Pronto Soccorso (anno 2015)** 43

Tabella 27. **Provenienza dei pazienti - attività di Pronto Soccorso (anni 2013-2015)** 44

Tabella 28. **Mobilità attiva, mobilità passiva, produzione e domanda potenziale numero di dimessi (anno 2015)** 52

Indice delle figure

Figura 1. **Il sistema sanitario della Regione Marche** 18

Figura 2. **Il sistema informatico aziendale** 23

Figura 3. **Il sistema informativo clinico-sanitario** 24

Figura 4. **Popolazione residente (numeri assoluti). Regione Marche (anni 2001-2015)** 29

Figura 5. **Popolazione residente per fasce di età. Regione Marche (anno 2016)** 30

Figura 6. **Indice di vecchiaia. Regione Marche (anni 2004-2015)** 30

Figura 7. **Principali cause di mortalità - tasso specifico (anno 2012)** 32

Finito di stampare nel mese di Aprile 2017
dalla Tipolitografia Emmepiesse
Ancona

Il modo migliore
per predire il futuro
è inventarlo

[The best way to predict the future is to invent it]