




INFORMAZIONI PERSONALI	Dr.ssa Maria Teresa Montella
	via Emilia Levante 36. 40139, Bologna, Italia
	CF: MNTMTR64D56A944M
	Sesso F Data di nascita 16/04/1964 Luogo di nascita Bologna Nazionalità Italiana

OCCUPAZIONE PER LA QUALE SI CONCORRE	Direttore Generale
POSIZIONE RICOPERTA	Responsabile Servizi Ospedalieri Regione Emilia Romagna capo servizio
TITOLO DI STUDIO	Laurea in Medicina e Chirurgia (voto 110 e lode, 21/10/89 BOLOGNA) Specializzazione in Igiene: orientamento <i>Sanità Pubblica</i> (punti 70 e lode, 5/7/93 BOLOGNA) Specializzazione in Igiene: orientamento <i>Tecnica Ospedaliera</i> (punti 70 e lode, 4/7/95 BOLOGNA)

ESPERIENZA PROFESSIONALE	<ul style="list-style-type: none">• 2014 aprile al 5 Maggio 2015 - Direttore Sanitario Aziendale - Azienda Ospedaliera Marche Nord : Ospedali di Pesaro e Fano (tot PL 592)
	<ul style="list-style-type: none">• anno 2013 - Contratto 15 septies - presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna
	<ul style="list-style-type: none">• anno 2011-2012 Direttore Medico Presidio - presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna
	<ul style="list-style-type: none">• anno 2009 d sino 2011 - Comando presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna, Medico Direzione medica



	<ul style="list-style-type: none">• 2005-2008 con rinnovo fino al 2009 (39 mesi) - Responsabile di UOS organizzazione medica dipartimentale nell'ambito del dipartimento infantile coordinamento di 5 Ospedali : 80 medici (Azienda AUSL di Bologna)
	<ul style="list-style-type: none">• anno 1993 dicembre - assunzione a tempo indeterminato in qualità di medico di organizzazione dei servizi ospedalieri presso la USL 27 di Bologna (attualmente AUSL Bologna)
	<ul style="list-style-type: none">• anno 1992 Dicembre al Dicembre 1993 - Titolare di una borsa di studio presso la Direzione Sanitaria presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna
	<ul style="list-style-type: none">• aa 1991- 1992 (18 mesi) Frequenza e Borsa di studio presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna;
PARTICOLARI ESPERIENZA LAVORATIVE	<ul style="list-style-type: none">• aver partecipato allo sviluppo edilizio delle seguenti progettazioni:<ul style="list-style-type: none">• ali corte dell'Ospedale Maggiore, corpo D Maggiore• area semintensiva di degenza ed intensiva ed infettiva pneumologica dell'Ospedale Bellaria• Nuovo padiglione Maternità dell'Ospedale Maggiore• di aver partecipato al PAL di area pediatrica;• di aver organizzato il Pronto Soccorso antiviolenza sessuale in collaborazione con il Comune di Bologna e con l'azienda Ospedaliera S Orsola (anno 2007);

ISTRUZIONE E FORMAZIONE	<p>Certificato di formazione Manageriale rilasciato ai sensi dell'Accordo tra Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano data Luglio 2013 – Documento di formazione manageriale (strumenti di programmazione e controllo, Organizzazione del lavoro e gestione delle risorse umane, qualità, politiche di accreditamento , rapporti con l'utente cliente, sistemi di valutazione delle performance, organizzazione gestione dei servizi sanitari, dinamica economico finanziaria nelle aziende sanitarie) - approvato dalla Conferenza dei Presidenti in data 10 Luglio 2003 e quanto previsto con provvedimento regionale n 318/2012, - Data di conseguimento 18/6/2013, Durata 1 anno. Esito positivo</p>
	<p>Incontri laboratorio Logistica del paziente (5 incontri) - CERGAS - Gestione ed organizzazione dei Blocchi chirurgici e del percorso paziente chirurgico - SDA Università BOCCONI (8 settembre 2009/11 dicembre 2009/16 marzo 2010/21 maggio 2010/16 luglio 2010</p>



	Master di 1 livello in programmazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari e socio sanitari (Università di Bologna). Un anno dal 2006 al 2007. (Temi trattati epidemiologia, lettura e analisi degli indicatori di salute in particolare riferimento a quelli ospedalieri, lettura dati Agenas, politiche di qualità e sistema di bechmarking e valutazione performance, il controllo di gestione).
	Programma di "Maitrise en Santé Communautaire -D.E.S.S" presso l'Université de Montréal Faculté de Médecine-Department de Médecine Sociale et Preventive" (Epidemiologia, statistica, gestione della comunicazione durante la crisi, management) - Mesi 4 di frequenza continuativa, conseguito il quadrimestre (1996)

CONSULENZE COLLABORAZIONI	<ul style="list-style-type: none">• Dossier (242-2014) Regionale SOS net - Rete Sale Operatorie sicure - anno 2011- 2013
	<ul style="list-style-type: none">• Dossier (190-2010) regionale - Infezioni urinarie nell'adulto (LG Regionale)
	<ul style="list-style-type: none">• di aver partecipato ai lavori della Commissione Nascita della Regione Emilia Romagna con particolare riferimento alla gestione dell'analgia da parto - anno 2007-2008.
	<ul style="list-style-type: none">• di collaborare, in via continuativa, con la Regione Emilia Romagna per la "La valutazione per l'analisi delle autocertificazioni e per la verifica presso gli stabilimenti termali dei requisiti auto-certificativi ai fini di accreditamento" (dall'anno 2000 al 2009)
	<ul style="list-style-type: none">• di collaborare, in via continuativa, con la Regione Emilia Romagna per la "Revisione dei criteri di autorizzazione sanitaria ospedaliera" - anno di inizio incarico 2002 sino al 2004
	<ul style="list-style-type: none">• di aver prestato attività di consulenza, nell'anno 1998, presso l'Azienda S Salvatore di Pesaro per fornire attività di consulenza nel settore epidemiologico ed di igiene ospedaliera (8 mesi)

Lingua madre	ITALIANO		
Altre lingue	COMPRESIONE	PARLATO	PRODUZIONE SCRITTA



	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
FRANCESE	C1	C1	B1	B1	C1
Altre lingue	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
INGLESE	B1	C1	B1	B1	B1
Altre lingue	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
SPAGNOLO	B1	A1	B1	B1	A1

Pubblicazioni indicizzate	Su Pubmed : numero 6 pubblicazioni
----------------------------------	------------------------------------

1. **Montella MT**, Onofri C, Onofri D, Bullini D, Vandelli C, Effat S, Pasquarell c cost analysis of sterilization facilities i the Rizzoli Hospital (Bologna) a study of different models In Sanita Public 2015 Jan Feb 71 (1): 73-82
2. Agnoletti V, Buccioli M, Padovani E, Corso RM, Perger P, Piraccini E, Orelli RL, Maitan S, Dell'amore D, Garcea D, Vicini C, **Montella TM**, Gambale G. Operating room data management: improving efficiency and safety in a surgical block. BMC Surg. 2013 Mar 11;13:7
3. Belotti LM, Bartoli S, Trombetti S, **Montella MT**, Toni A, De Palma R. Factors influencing surgical delay after hip fracture in hospitals of Emilia Romagna Region, Italy: a multilevel analysis. Hip Int. 2013 Jan-Feb;23(1):15-21.
4. Raggi F, **Montella MT**, Lazzari C, Ciotti E, Longanesi A, Nardacchione V, Bernardi R, Cacciari P. [Implementing clinical pathways: some practical notes]. Ann Ig. 2012 Mar-Apr;24(2):155-66. Italian..
5. Cacciari P, **Montella MT**, Alvisi P. [Celiac disease in Emilia Romagna]. Ann Ig. 2010 Jul Aug;22(4):337-43. Italian.
6. Varoli O, Gatti M, **Montella MT**, La Placa M Jr. Observations made on strains of Campylobacter spp. isolated in 1989 in northern Italy. Microbiologica. 1991 Jan;14(1):31-5.

Altre Pubblicazioni	Numerose pubblicazioni e paragrafi di libri in italiano
----------------------------	---

1. **Montella MT**, Petti L "Idrocarburi policiclici aromatici in lente cristallina di bue. Prove con antracene e 3,4 benzopirene" Rivista Merceologica 1990,29 editrice CLUEB;
2. **Montella MT** "Il Tirocinio nella formazione infermieristica "Regione Emilia Romagna anno 1992;
3. **Montella MT** et Al "Gestione del paziente domiciliare con insufficienza respiratoria progressiva da SLA: proposta di modello operativo" IX Congresso Nazionale Società di terapia Intensiva anno 1992 ;
4. Cacciari P, La Porta PL, **Montella MT** et Al "La migrazione sanitaria presso gli Istituti Ortopedici Rizzolf Salute e Territorio anno 1993 ppgg 17-21;
5. Callegaro L, Lenzi M, **Montella MT** et AL "Laparoscopia chirurgia vs laparotomia" gli ospedali della vita Gennaio Marzo 1997 ppgg 43-52;



6. Callegaro L, Zamboni V, **Montella T** et Al "Echinococcosis/hydatidosis: a method for the assessment of hospital costs" *parassitologia* 38, 1996;
7. Franco Naccarella e **Maria Teresa Montella** "Viaggi Guidati". Collana Scienze e Salute editore Franco Angeli, 1998 capitolo "Area Medici" pgg 117-138 ;
8. Artuso S, Bombarda S, Caruso B, Gambale G, La Porta PL, Marinelli M, **Montella MT** et Al "Quale avvenire per il blocco operatorio?" *De Sanitate*, Gennaio-Febbraio 2001 pg 59-66
9. Artuso S, Bombarda S, Caruso B, Gambale G, La Porta PL, Marinelli M, **Montella MT** et Al "Quale avvenire per il blocco operatorio ?" *De Sanitate*, Marzo 2001 ppgg 70-78;
10. **Montella MT**, Zanni A, Suzzi R et Al "La legionellosi in ambiente ospedaliero: una riflessione" progettare per la Sanità, volume 66, Novembre-Dicembre 2001 ppgg 66-71;
11. **Montella MT**, La Porta PLP, Passerini P et Al "Tutela ambientale e metodologia di qualità" *Tecnica ospedaliera* Ottobre 2002, ppgg 74-79
12. **Montella MT**, Rainaldi F, Negrini G et Al "Percorso sporco e percorso pulito nel blocco operatorio" *Tecnica Ospedaliera*, Gennaio 2003, ppgg 66- 71;
13. **Montella MT**, Rainaldi F, Sancito E et Al "Endoscopia : elementi utili per la progettazione", *Tecnica Ospedaliera*, Marzo 2004 ppgg 50-55;
14. Centro Scientifico editore - **Maria Teresa Montella** "Il risk management infermieristico in medicina Interna" capitolo "Le infezioni nosocomiali" capitolo 15 265-306;
15. Rainaldi F, Reggiani C, Romio P, Vitobello L, **Montella MT** "Nuovo reparto di Maternità e Terapia intensiva Neonatale dell'Ospedale Maggiore di Bologna" *Ingegneri, architetti, costruttori*, aprile 2005 pp171-178
16. Battistini A, Betti I; De Nigris F, **Montella MT** et Al "The Luca De Nigris awakening home in Bologna". *Abstract Convegno HPH Dublino Maggio 2005*
17. Negrini G, Nardacchione V, **Montella MT** et Al "Neonato non riconosciuto: problematiche giuridiche ed organizzative" *Politiche Sanitarie*, 2005 Vol 6 n 1
18. S Mall, O Nicastro, C Basili, C Castanò, G Turci, S Bonilauri, L Ferri, G Gambale, R Gelmini, U Grandi, **MT Montella**, P Zuin, S Rodella Progetto SOS.net 'Sale operatorie sicure' Adozione della *Surgical safety checklist* negli ospedali della Regione Emilia-Romagna – *Politiche sanitarie* Vol. 14, N. 4, Ottobre-Dicembre 2013
 - a. Di aver coadiuvato tesi per la Facoltà di psicologia Medica. "Gli effetti del burn out sul personale e paramedico: uno studio di due reparti" laureando Fabio Bruno.

Competenze informatiche	MICROSOFT OFFICE: PC E MAC
Patente di guida	PATENTE B
Dati personali	Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Firma



Bologna, 16/06/2015

SCHEDA RIASSUNTIVA

PARTE A

INFORMAZIONI PERSONALI

NOME: *Maria Teresa* **COGNOME:** *Montella*

Data di Nascita: 16/04/1964

Luogo di Nascita: Bologna

Domicilio e Residenza Anagrafica: Via Emilia Levante 36 – 40139 Bologna

Codice fiscale: MNTMTR64D56A944M

Recapito telefonico: mobile 3478780688; fisso residenza: 051-6240398

e.mail: marimonte@me.com

PARTE B

ALTRE INFORMAZIONI

Diploma di Laurea: Medicina e Chirurgia - Università di Bologna.

Voto 110 e lode

Anno di Laurea: 21 Ottobre 1989

Corso di specializzazione post-Laurea:

presso l'Ateneo di Bologna la specialità in Igiene orientamento Sanità Pubblica con punti 70 e lode il 5/7/1993

presso l'Ateneo di Bologna la specialità in Igiene orientamento Tecnica Ospedaliera con punti 70 e lode il 4/7/1995

Master

Master di 1 livello in programmazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari e socio sanitari 2006/2007. Temi trattati epidemiologia, lettura e analisi degli indicatori di salute in particolare riferimento a quelli ospedalieri, lettura dati Agenas, politiche di qualità e sistema di bechmarking e valutazione performance, il controllo di gestione

Corso di formazione manageriale per Direttori di Struttura Complessa di cui all'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003 e attivati in esecuzione della D.G.R. 318/2012 organizzato dall'AUSL di Bologna: Data di conseguimento 18/6/2011

Esito positivo

Conoscenza delle lingue: Italiano (lingua) Inglese, Francese e spagnolo

Lingua madre	ITALIANO				
Altre lingue	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
FRANCESE	C1	C1	B1	B1	C1
Altre lingue	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA
	Ascolto	Lettura	Interazione	Produzione orale	
INGLESE	B1	C1	B1	B1	B1
Altre lingue	COMPRESIONE		PARLATO		PRODUZIONE SCRITTA

	Ascolto	Letture	Interazione	Produzione orale	
SPAGNOLO	B1	A1	B1	B1	A1

DATI ATTESTANTI L'ESPERIENZE DIRIGENZIALE ACQUISITA PER ALMENO 5 ANNI NEL CAMPO DELLE STRUTTURE SANITARIE O PER ALMENO 7 ANNI NEGLI ALTRI SETTORI

ESPERIENZA PROFESSIONALE	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile dei Servizi Ospedalieri Regione Emilia Romagna dal 5 Maggio
	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 aprile al 5 Maggio 2015- Direttore Sanitario Aziendale - Azienda Ospedaliera Marche Nord : Ospedali di Pesaro e Fano (tot PL 592)
	<ul style="list-style-type: none"> • anno 2013 - Contratto 15 septies - presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna
	<ul style="list-style-type: none"> • anno 2011-2012 Direttore Medico Presidio - presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna
	<ul style="list-style-type: none"> • anno 2009 -2011 - Comando presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna, Medico Direzione medica
	<ul style="list-style-type: none"> • 2005-2008 con rinnovo fino al 2009 - Responsabile di UOS organizzazione medica dipartimentale nell'ambito del dipartimento infantile (Azienda AUSL di Bologna)
	<ul style="list-style-type: none"> • anno 1993 dicembre - assunzione a tempo indeterminato in qualità di medico di organizzazione dei servizi ospedalieri presso la USL 27 di Bologna (attualmente AUSL Bologna)
	<ul style="list-style-type: none"> • anno 1992 Dicembre al Dicembre 1993 - Titolare di una borsa di studio presso la Direzione Sanitaria presso Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna
	<ul style="list-style-type: none"> • aa 1991- 1992 (18 mesi) Frequenza e Borsa di studio presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Santa Maria delle Croci Ravenna;
PARTICOLARI ESPERIENZA LAVORATIVE	<ul style="list-style-type: none"> • aver partecipato allo sviluppo edilizio delle seguenti progettazioni: <ul style="list-style-type: none"> • ali corte dell'Ospedale Maggiore, corpo D Maggiore • area semintensiva di degenza ed intensiva ed infettiva pneumologica dell'Ospedale Bellaria • Nuovo padiglione Maternità dell'Ospedale Maggiore • di aver partecipato al PAL di area pediatrica; • di aver organizzato il Pronto Soccorso anti violenza sessuale in collaborazione con il Comune di Bologna e con l'azienda Ospedaliera S Orsola (anno 2007);

Scheda 1

Esperienza dirigenziale acquisita per almeno 5 anni nel campo delle strutture sanitarie o per almeno 7 negli altri settori

Scheda 1
Occupazione Attuale: Responsabile dei Servizi Ospedalieri Regione Emilia Romagna
Periodo: dal 5 Maggio a tutt'oggi
Sede Azienda: Regione Emilia Romagna viale Aldo Moro 21 Bologna
Settore: Sanità
Risorse Umane gestite: coordinamento direttori sanitari AO AUSL Regione Emilia Romagna
Numero Collaboratori alle dirette responsabilità del candidato Staff di Direzione: 20 unità medici statistici ecc
Sintetica descrizione del Ruolo svolto: <ul style="list-style-type: none"> • revisione della rete ospedaliera con particolare riferimento alla chiusura dei punti nascita e alla trasformazione degli ospedali in Case della Salute • Valutazioni di HTA • Analisi valutativa del PNE e Progetto bersagli • Accordi di fornitura con le Regioni di confine
Interazioni: <ul style="list-style-type: none"> • Direttori Sanitari Aziendali • Servizi della Regione: ITC, Assistenza distrettuale, Politiche del Farmaco, servizio informatico/informativo, Agenzia Sanitaria
Posizione Gerarchica verso l'alto: Direttore Generale Regione Emilia Romagna, Assessore Regione Emilia Romagna
Relazioni Orizzontali: Direzioni Sanitarie Aziendali, Altri Servizi della Regione

Organigramma



NB l'organigramma al 1 di aprile non riportava il nome della scrivente come responsabile del Servizi Presidi Ospedalieri poichè in servizio dal 5 Maggio

Indicator	2012	Preconsuntivo 2013
Posti letto al 1° gennaio	610	609
Nro posti letto medi totali*	550	550
Tasso Occupazione	83%	83%
Casi trattati (in ordinario)	22.514	21.612
Casi ms.**	1.168	1.163
Degenza Media	5,9	6,0
% casi potenzialmente inappropriati	12,0%	11,9%
% Drg medici dimessi da reparti Chirurgici	15,7%	14,9%
% ricoveri ripetuti per stesso Drg***	4,5%	4,1%

* posti letto medi di periodo

** Escluso Drg 391

*** Escluso Drg 410

Sintetica descrizione del RUOLO ATTUALMENTE SVOLTO (RESPONSABILITA' ED ATTIVITA' CONNESSE):

In qualità di Direttore Sanitario garantisco le funzioni di coordinamento sanitarie e di supporto alla direzione strategica dell'Azienda-

1. Definisco e coadiuvo il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali avvalendomi anche di staff di supporto.
2. Partecipo all'identificazione della domanda di assistenza sanitaria e dei bisogni dell'utenza e fornisco parere in merito alla programmazione sanitaria aziendale.
3. Verifico e controllo attraverso il processo di budget, gestito dal controllo di gestione la rispondenza delle attività delle unità operative sanitarie e gli obiettivi fissati dal Direttore Generale. Controllo eventuali scostamenti e/o azioni di miglioramento
4. Presiedo nell'Azienda Marche Nord il Comitato Infezioni Ospedaliere
5. Pianifico e controllo i progetti di edilizia ospedaliera
6. propongo gli atti di programmazione sanitaria aziendale e reingegnerizzazione dei percorsi clinici attraverso tavoli interdisciplinari;
7. Presiedo il Consiglio dei Sanitari;
8. Propongo gli atti regolamentari quali: regolamento dipartimenti, comitato etico regionale Marche, comitato per il buon uso del sangue, gestione rifiuti sanitari, libera professione, controlli igienico-sanitari, regolamento attività aggiuntiva, gestione organizzativa del day surgery ecc.);
9. Promuovo l'attività di formazione aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi aziendali;
10. Promuovo iniziative di ricerca organizzativa nei setting assistenziali presenti in Ospedale

i. Relazioni con l'ambiente esterno

- Conferenza Sanitaria con i Sindaci
- Azienda Sanitaria Territoriale ASUR 1
- Organi, Uffici e Servizi delle Istituzioni locali
- Rete delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie marchigiane
- Università degli Studi di Ancona (Rettore e Facoltà di Medicina e Chirurgia)

- Organizzazioni sociali ed Ordini – Collegi professionali
- Organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini
- Agenas

ii. Relazioni gerarchie verso l'alto:

- Direttore Generale
- Giunta Regionale (Assessorato Sanità e Assessorato Servizi Sociali)

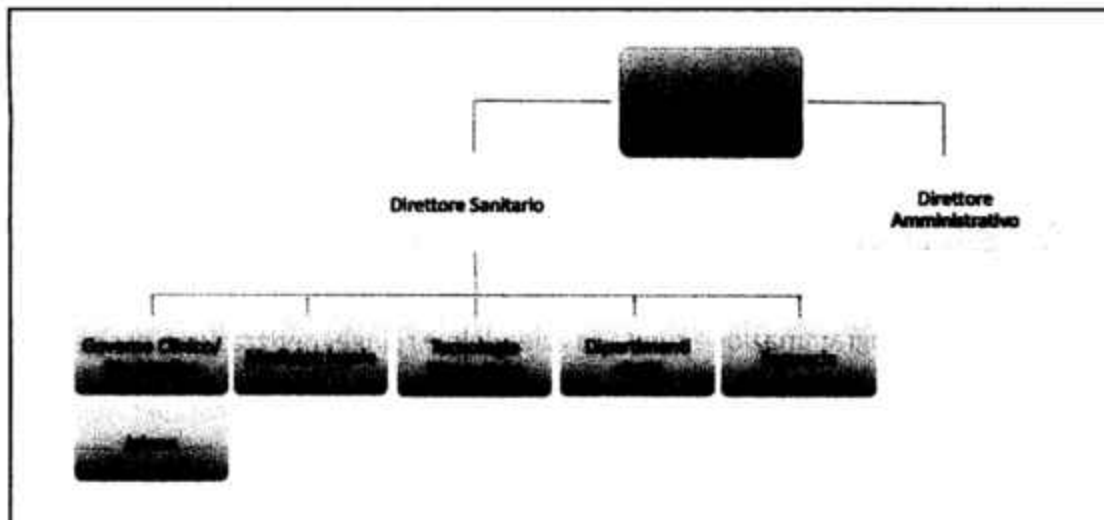
iii. Relazioni orizzontali:

- Direttore Amministrativo
- Direttore del Servizio di Assistenza

iv. Relazioni gerarchiche con ruoli subordinati:

- Direttori di Dipartimento
- Direttori di Unità Operativa Complessa
- Ing. Clinica
- Governo Clinico e Flussi
- Igiene Ospedaliera

ORGANIGRAMMA:



OBIETTIVI E RISULTATI (QUALITATIVI E QUANTITATIVI) RAGGIUNTI NELLO SVOLGIMENTO DELLA FUNZIONE DIREZIONALE **NELL'ARCO DEGLI ULTIMI 3 ANNI** (DESCRIZIONE SUDDIVISA PER ANNO). EVIDENZIARE, INOLTRE, GLI EVENTUALI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI DIRETTAMENTE "GUIDATI" ATTIVAMENTE (DESCRIZIONE DETTAGLIATA):

Progetto 1

Progettazione organizzativa presso la Direzione Sanitaria Marche Nord

Obiettivo primario del progetto era quello di riorganizzare la *mission* dei 3 presidi, poiché molte funzioni erano doppie (es.: 2 ortopedie 2 anestesie, 2 chirurgie e..). La unificazione delle strutture, che provenivano da storie diverse, era recente (4 anni) e il modello organizzativo non era variato precedentemente. Per attuare un nuovo modello è necessario far conoscere ai professionisti in modo puntuale gli standards ospedalieri degli

indicatori Agenas, del "progetto bersagli" ed analizzare con loro i principali "clinical pathways"

I quesiti sono stati:

Come integrare le culture professionali in ambito chirurgo?

In quali strutture operare ?

Con quali risorse?

E' stato necessario definire con i professionisti quali prestazioni devono essere erogate e in quali analizzando i percorsi clinici in modo puntuale, è stata messa in atto anche un'analisi e revisione della letteratura.

L'analisi delle casistiche (vedi tabella sottostante) evidenziava i seguenti numeri:

AO MARCHE NORD (Pisano e S. Salvatore) - 2013 e 2014 - SDO - Chirurgia

CATEGORIA	Sped. in	DIP	2013			Totale 2013			Totale 2014		
			2013	%	15.000	2013	%	15.000	2014	%	15.000
CND NMFIC	Urgenti	non dimessi	76	102	2.312	2.490	64	112	1.732	1.964	
		urgenti media	17	23	543	560	15	20	317	357	
	Urgenti	non dimessi	5	29	1.277	1.313	1	25	687	913	
		urgenti media	2	27	1.100	1.092	1	20	570	600	
non dimessi ORDINARIO		non dimessi	81	131	3.363	3.881	63	137	2.679	2.821	
		urgenti media	12	15	408	408	18	14	457	457	
D.S. - RIUSAP		non dimessi	3	15	1.247	1.265	12	994	1.004	1.004	
		urgenti media	2	1	1	1	1	1	1	1	
non dimessi D. SURGERY		non dimessi	3	15	1.247	1.265	12	994	1.004	1.004	
		urgenti media D. SURGERY	7	1	1	1	1	1	1	1	
D.S. - RIUSAP - Totale			84	146	4.836	5.966	81	149	3.413	3.827	
Dati - Totale - via SDO - Urgenti e accettazione			11	15	78	77	1	1	1	1	

AO MARCHE NORD (Pisano e S. Salvatore) - 2013 e 2014 - SDO - Chirurgia

CATEGORIA	Sped. in	DIP	2013			Totale 2013			Totale 2014		
			2013	%	15.000	2013	%	15.000	2014	%	15.000
CND NMFIC	Urgenti	non dimessi	30	149	4.199	4.438	78	145	4.528	5.143	
		urgenti media	23	11	412	429	22	17	619	627	
	Urgenti	non dimessi	17	72	2.080	2.249	8	43	2.886	2.164	
		urgenti media	1	11	315	323	4	15	466	466	
non dimessi ORDINARIO		non dimessi	187	221	6.979	8.387	79	218	7.814	7.263	
		urgenti media ORDINARIO	23	22	574	574	22	18	466	466	
D.S. - RIUSAP		non dimessi	43	73	3.314	3.438	48	43	2.126	2.429	
		urgenti media	1	1	1	1	1	1	1	1	
non dimessi D. SURGERY		non dimessi	43	73	3.314	3.438	48	43	2.126	2.429	
		urgenti media D. SURGERY	1	1	1	1	1	1	1	1	
D.S. - RIUSAP - Totale			154	294	12.293	12.717	119	213	9.349	9.732	
Dati - Totale - via SDO - Urgenti e accettazione			24	11	412	429	18	14	466	466	

E' ampiamente dimostrato che concentrare le casistiche riduce il rischio di morbidità e mortalità.

Si riportano a titolo esemplificativo alcune procedure nelle quali all'aumentare del volume diminuiscono le complicanze:

Pertanto tenendo conto delle indicazioni Agenas, del "progetto bersagli" e dei volumi minimi abbiamo **rivisto la mission dei 3 ospedali** concentrando la casistica maggiore e l'urgenza presso l'Ospedale San Salvatore di Pesaro, mentre all'Ospedale di Fano abbiamo organizzato il servizio di "Day surgery e one day surgery". Presso l'Ospedale di Muraglia abbiamo concentrato la casistica onco-ematologica e di servizi annessi.

Cosa ci ha permesso la riorganizzazione?

- 1 primo mese di sperimentazione ha evidenziato un aumento degli interventi di "Day surgery e one day surgery": + 20%
- mantenimento dell'attività urgente, ma con la sala dedicata, e si è ridotto il 'time to surgery' degli interventi soprattutto per quanto riguarda gli interventi ortopedici
- abbattimento delle liste di attesa in oculistica
- aumento dell'attività ambulatoriale di ORL

Risultati

- riduzione della guardia notturna in una delle due sedi e trasformazione in Pd
- medici equivalenti risparmiati
 - 12 ore di guardia * 7 notti+12 ore domenica+ 6 ore il sabato = ore totali 102 pari a 3,6 medici cui aggiungere l'incremento delle attività di day surgery

Progetto 2

Progettazione organizzativa presso la Regione Marche

Obiettivo primario del progetto era quello di riorganizzare la *mission* della rete regionale alla luce dei volumi di attività, individuando le strutture HUB per trapianti, politrauma, chirurgia vascolare maggiore, centrali operative, gastroenterologia e pneumologia di urgenza

Per attuare un nuovo modello è necessario verificare i volumi, gli esiti, l'organizzazione delle strutture

I quesiti sono stati:

Come ridisegnare la rete ospedaliera della regione Marche?

Quali setting assistenziali?

Con quali risorse umane devono essere presenti?

Quali clinical competence?

Lo studio di fattibilità che ha portato alla realizzazione della delibera 1219/2014 si è basato:

- analisi dei volumi
- attuazione degli standard ospedalieri
- studio delle competenze
- analisi delle criticità
- Potenziamento del coordinamento e della lavoro tra Direttori Sanitari

Risultati

- Riduzione del numero di **Direttori di SC** in conformità agli standard ospedalieri, nel periodo di riferimento - 4 unità medici **Direttori di SC** nella sola Azienda Marche Nord
- Riorganizzazione dei percorsi clinici interni e dei rapporti rete con miglioramento dell'assistenza diretta
- Potenziamento del coordinamento operativo tra Aziende Universitaria, Ospedaliera e Territoriale
- Definizione dei rapporti (in Emilia contratti di fornitura) tra le diverse strutture
- Mantenimento del bdg assegnato alla Azienda Marche Nord

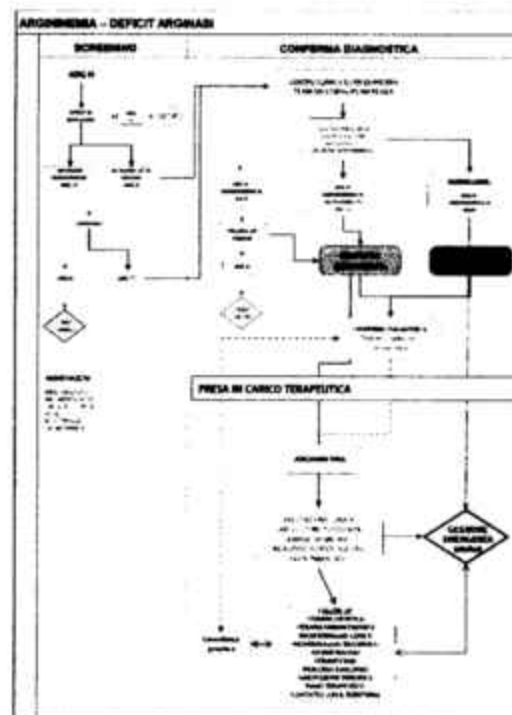
Progetto 3

Screening neonatale allargato presso la Regione Marche

Obiettivo primario del progetto era quello organizzare per l'intera Regione Marche lo screening neonatale allargato

Obiettivi del programma

<ul style="list-style-type: none"> •diagnosi precoce e tempestiva (prima dei sintomi) •adeguato trattamento (sostitutivo farmacologico e/o dietoterapia) può evitare l'insorgere dei sintomi, spesso gravemente invalidanti. •la diagnosi tardiva (sintomatica) di malattie può comportare rischio di vita o handicap con costi elevati
Bacino di utenza e strutture:
12,5 mila nati anno
14 punti nascita
Lo studio di fattibilità che ha portato alla realizzazione dello screening:
<ul style="list-style-type: none"> • analisi dei volumi • controllo di qualità delle metodiche in collaborazione con il Bambin Gesù di Roma • informativa a medici e famiglie • completa tracciabilità del percorso
"Clinical Pathway" definito in collaborazione con L'Ospedale Bambin Gesù – Prof. Dionisi Vici



Risultati
<ul style="list-style-type: none"> • Copertura per tutta la Regione Marche e centralizzazione in un solo laboratorio dello screening • Riorganizzazione dei percorsi clinici interni con informatizzazione della rete e ritorno immediato della risposta • Completa tracciabilità del percorso • Definizione dei rapporti convenzionali con l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù • Mantenimento del bdg. assegnato alla Azienda Marche Nord per questo progetto

Indicare le decisioni o i provvedimenti più importanti che sono stati presi direttamente nel corso dell'ultimo periodo di riferimento (6 mesi) (elencare e fare una breve descrizione)

Oltre ai tre progetti summenzionati:

- * riorganizzazione della Rete Ospedaliera Marchigiana
- * definizione della *mission* degli Ospedali della rete Marche
- * screening neonatale allargato

sono stati approntati tavoli tecnici interprofessionali per dare seguito ai seguenti progetti di ristrutturazione edilizia:

- Blocchi Operatori
- Sale parto
- Degenze Ostetriche

Indicare la dimensione economica (budget direttamente ed effettivamente gestito dal candidato nell'ultimo anno di riferimento) connessa alla posizione ricoperta

Il bilancio 2014 (totale costi) dell'Azienda Marche Nord è di Euro 214.601.000,000

Descrivere le metodologie informative (contabili o altre), utilizzate per lo svolgimento delle attività direzionali proprie della posizione ricoperta

La gestione aziendale ed i percorsi clinici si basano su indicatori ed informazioni necessarie alle decisioni, pertanto si è ritenuto fondamentale lavorare in modo integrato con il seguenti attori:

- Controllo di Gestione
- Confronti di benchmarking
- Dati Agenas
- Progetto GiViTi - Mario Negri (Valutazione qualità terapie intensive)
- Progetto Bersagli - Scuola Sant' Anna di Pisa

L'implementazione di un Sistema Informativo-Informatico in grado di assicurare in modo efficace il necessario scambio di informazioni tra le diverse parti dell'Azienda assume pertanto una notevole importanza strategica, per garantire lo studio di:

- morbilità e mortalità in linea con i dati nazionali
- appropriatezza clinica gestionale
- qualità, efficacia ed efficienza
- costi

Senza gli elementi summenzionati i processi decisionali ed operativi non sono affidabili. Pertanto la sistema rilevazione di report, il ritorno ai clinici, gli incontri di bdg sono necessari per dare evidenza delle scelte strategiche messe in atto.

Particolare rilevanza gestionale è rivestita da:

- sistema di contabilità economico-patrimoniale

- sistema di contabilità direzionale,
- flussi nazionali (agenas)
- dati clinici quali GIVITI, Vermont Hospital ecc..

I sistemi sopra citati vengono periodicamente analizzati dal Controllo di Gestione che effettua il monitoraggio di costi e fattori produttivi e dati clinici ove presenti con standard di riferimento. Tali report rappresentano quindi, di fatto, lo strumento informativo normalmente utilizzato quale supporto all'attività direzionale, sia nella fase di definizione degli obiettivi (di breve, medio e lungo periodo) che il quella di valutazione del loro grado di raggiungimento. Essi vengono comunque costantemente aggiornati e rivisti, soprattutto allo scopo di incrementare l'affidabilità e la tempestività (soprattutto per le fasi di raccolta e di elaborazione).

Indicare le principali negoziazioni formali a cui si è partecipato nell'ultimo periodo di riferimento (indicare i soggetti, le parti, gli oggetti di negoziazione ed il ruolo svolto):

- **Accordo con rete HUB and SPOKE Regione Marche** (attori: Direttori Generali della rete, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e Controller). Si negoziano i setting assistenziali e percorsi innovativi, nonché progetti di nuova istituzione che richiedono incentivi ad hoc.
- **Contrattazione con OOSS mediche e del comparto:** condivisione delle principali norme, delle linee guida, dei criteri incentivanti per i medici nonché di regolamenti per attività aggiuntiva

Indicazione dei principali cambiamenti organizzativi ritenuti più rilevanti

- Quelli indicati nella risposta nei progetti 1,2,3 nonché edilizia sanitaria

PARTE C2

Esperienza dirigenziale acquisita per almeno 5 anni nel campo delle strutture sanitarie o per almeno 7 negli altri settori

Scheda 1

Occupazione : Direttore Medico dal 2011 al 2012

Sede Azienda: Istituto Ortopedico Rizzoli

Settore: Sanità

Risorse Umane gestite: vedi tabella sottostante

Numero Collaboratori medici di Direzione (4 medici), ing clinico (1 ing)

Tab. 4.1. Personale dipendente distinto per profilo professionale e classe di età (dati aggiornati al 31 dicembre 2012).

	<35 anni	35-44 anni	45-54 anni	55-64 anni	+64 anni	Totale
Medici	8	46	55	51	3	163
Altri dirigenti (SPTA)	1	24	28	18	0	71
Personale infermieristico	151	127	137	43	0	458
Personale tecnico sanitario	14	22	20	15	0	71
Personale della riabilitazione	6	11	8	14	0	39
Altro personale tecnico	5	24	78	27	0	134
OSS, ausiliari, altro	23	30	48	16	5	122
Personale amministrativo	7	27	108	34	0	176
Totale	215	320	488	218	8	1.241

Entità del Budget

BUDGET		2012	2013
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	35.134.162	34.771.006
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-488.044	-161.986
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.277.567	7.616.519
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	102.763.862	102.011.125
	<i>Ricavi per prestac. san. e sociosan. a rilevanza sanitaria erogate ad Az. san. pub. della Regione</i>	<i>38.840.498</i>	<i>38.784.895</i>
	<i>Ricavi per prestac. san. e sociosan. a rilevanza sanitaria erogate ad altri sogg. pub.</i>	<i>202.547</i>	<i>164.922</i>
	<i>Ricavi per prestac. san. e sociosan. a rilevanza sanitaria erogate a sogg. pub. Extraregione</i>	<i>45.208.425</i>	<i>45.657.019</i>
	<i>Ricavi per prest. san. e sociosan. a rilevanza sanitaria erogate a privati</i>	<i>1.918.641</i>	<i>1.315.989</i>
	<i>Ricavi per prest. san. erogate in regime di intramoenia</i>	<i>16.593.751</i>	<i>16.088.301</i>
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	15.333.974	19.015.515
	<i>Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri sogg. pub. (Dip Sicilia)</i>	<i>12.145.089</i>	<i>15.392.814</i>
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	1.193.223	1.218.019
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	3.774.242	4.126.254
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	401.939	509.243
	Totale valore della Produzione	165.390.925	169.105.695

3 Istituto Rizzoli articolato in tre sedi: Bologna ; IOR Bagheria Palermo, Bentivoglio

Sintetica descrizione del **RUOLO PRECEDENTEMENTE SVOLTO (RESPONSABILITA' ED ATTIVITA' CONNESSE)**:

Direzione Medica di Presidio (DMP)

Le competenze della Direzione Medica di Presidio sono:

- gestionali-organizzative;
- igienico sanitarie e di prevenzione;
- medico legali.

Relativamente all'area gestionale-organizzativa la Direzione Medica di Presidio:

- supporta i direttori di dipartimento nella valutazione della verifica dei risultati ottenuti, compreso il monitoraggio degli obiettivi di budget per le specifiche aree di competenza;
- supporta i direttori di dipartimento, delle strutture complesse e delle strutture semplici dipartimentali afferenti all'area clinico-assistenziale, promuovendo l'integrazione delle strutture all'interno del presidio.

In quest'ambito la Direzione Medica di Presidio ha responsabilità di Operation Management che si realizza nel:

- supportare con competenze organizzative e gestionali i dipartimenti e le strutture complesse per le attività sanitarie di competenza
- gestire ed organizzare il presidio
- gestire la logistica e il patient flow: gestione delle liste di attesa, dei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale, delle procedure di accettazione e

dimissione, della logistica dei beni Rientrano inoltre tra l'integrazione socio-sanitaria, attraverso la definizioni dei piani assistenziali ai fini della continuità delle cure del paziente, con utilizzo efficiente ed appropriato delle risorse disponibili extraospedaliere (compresi i rapporti con le Case di Cura)

- gestire le attività logistiche e di promozione del comfort alberghiero (con il supporto operativo del personale del SAITR), attraverso la realizzazione di progetti per il miglioramento della qualità degli ambienti e monitorando la destinazione d'uso degli spazi, secondo quanto definito dai requisiti di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie.

Relativamente all'area igienico-sanitaria e di prevenzione la Direzione Medica di Presidio ha responsabilità di gestione della Igiene e Prevenzione per gli ambiti di competenze. gli aspetti igienico sanitari sono di seguito sinteticamente esposti:

- infezioni ospedaliere, presiedendo il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO);
- sorveglianza ai fini della prevenzione di malattie trasmissibili, con particolare riferimento alle aree critiche;
- tutela dello stato igienico-sanitario dell'ospedale e dell'ambiente, compreso il controllo della gestione dei rifiuti;
- Medicina del Lavoro

Sempre in quest'ambito, la Direzione Medica di Presidio ha inoltre responsabilità di:

- garantire la sorveglianza sanitaria dalle radiazioni ionizzanti attraverso le attività di Fisica sanitaria
- programmare e coordinare le attività della Dietetica, attraverso una verifica degli aspetti igienico nutrizionali degli alimenti,
- Promuovere la salute e il benessere psicologico di operatori, utenti e cittadini, attraverso interventi e tecniche di natura psico-pedagogica;
- gestire l'accesso degli stranieri all'Istituto, in coerenza con la regolamentazione nazionale e regionale in materia.

Relativamente all'area Medico-Legale la Dir Medica ha responsabilità di

- adempiere ai provvedimenti di polizia mortuaria;
- svolgere attività di organizzazione e di vigilanza nell'ambito delle attività inerenti il prelievo d'organi,
- inoltrare ai competenti organi le denunce obbligatorie;
- supportare l'attività di valutazione del rischio clinico;
- vigilare sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte degli operatori sanitari;
- vigilare sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari ed esprimere parere obbligatorio su raccolta, elaborazione e trasmissione di dati sanitari, con particolare riguardo ai mezzi informatici e telematici;
- vigilare sulla corretta compilazione della cartella clinica, della scheda di dimissione ospedaliera e di tutta la documentazione sanitaria;
- rispondere, dal momento della consegna all'archivio centrale, della corretta conservazione della documentazione sanitaria;
- rilasciare agli aventi diritto, secondo modalità stabilite dall'azienda e nel rispetto della normativa vigente, copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria e certificazioni.

. Dalla Direzione Medica di Presidio dipendono in linea gerarchica la Farmacia e la Sala Operatoria e la Farmacia con la responsabilità di:

- monitorare e vigilare sulle prescrizioni dei farmaci e sull'uso dei dispositivi medici al fine sanitario-epidemiologico e gestionale-amministrativo;
- supportare la direzione ed i dipartimenti nella gestione del Materiale Protesico, dei Mezzi di Osteosintesi, dispositivi medici;
- supportare il processo di acquisto e di approvvigionamento dei prodotti farmaceutici, protesici e dispositivi medici;
- monitorare i consumi ed i costi con elaborazione di reportistica finalizzata al monitoraggio dei budget, in collaborazione con l'ufficio controllo di gestione;
- gestire e allestire farmaci per sperimentazioni cliniche.

Relazioni con l'ambiente esterno

Conferenza Sanitaria con i Sindaci Metropolitana

Azienda Sanitaria Territoriale rete ortopedica,

Organi, Uffici e Servizi delle Istituzioni locali

Rete delle Strutture sanitarie e socio-sanitarie e delle Case di Cura

Università degli Studi di Bologna

Organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini

Agenas

Relazioni gerarchie verso l'alto:

• Direttore Generale

• Direttore Sanitario

Relazioni orizzontali:

• Dipartimenti

Relazioni gerarchiche con ruoli subordinati:

• Sale Operatorie

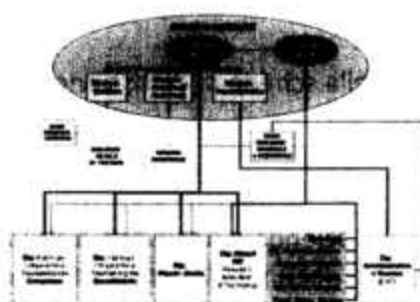
• Farmacia

• Ing. Clinica

• URP

• Igiene Ospedaliera

ORGANIGRAMMI:



OBIETTIVI E RISULTATI (QUALITATIVI E QUANTITATIVI) RAGGIUNTI NELLO SVOLGIMENTO DELLA FUNZIONE DIREZIONALE **NELL'ARCO DEGLI ULTIMI 3 ANNI** (DESCRIZIONE SUDDIVISA PER ANNO). EVIDENZIARE, INOLTRE, GLI EVENTUALI CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI DIRETTAMENTE "GUIDATI" ATTIVAMENTE (DESCRIZIONE DETTAGLIATA):

Progetto 1

Progettazione organizzativa presso la Direzione Medica: Chiusura del PS Ortopedico Notturmo in attuazione della rete ortopedica cittadina

Obiettivo primario del progetto era quello di chiudere nella fascia oraria: 20-8 PS ortopedico

Il progetto ha analizzato:

Numero di casi trattati?

Case mix ?

Con quali risorse l'Ospedale Maggiore HUB per la traumatologia avrebbe dovuto gestire le urgenze notturne?

E' stato necessario definire con i professionisti i percorsi clinici, la casistica (trasferimento di 2000 fratture anno che di norma nella notte venivano trattate allo IOR)

Cosa ci ha permesso la riorganizzazione?

- primo mese di sperimentazione ha evidenziato un aumento degli interventi di "Day surgery e one day surgery" e di chirurgia ordinaria
- mantenimento dell'attività urgente, in stretta collaborazione con l'Ospedale Maggiore per trasferire i casi che potevano essere trattati presso l'Istituto Ortopedico

Risultati

- riduzione della guardia notturna in PS
- risparmio di medici ed infermieri

Progetto 2

Progettazione organizzativa "clinical pathway" per fratture di femore

Obiettivo primario del progetto era quello di riorganizzare il "clinical pathway" della frattura di femore

Per attuare un nuovo modello è necessario rivedere l'intero percorso paziente

I quesiti sono stati:

Come ridisegnare il percorso delle fratture?

Quali azioni potevano essere messe in campo?

Con quali risorse umane devono essere presenti?

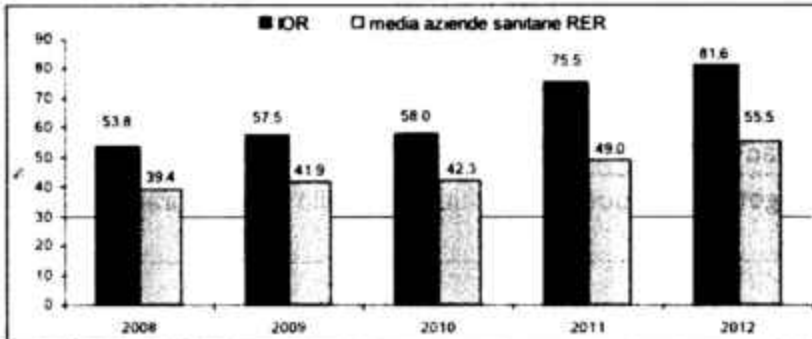
Quali livelli di "clinical competence"?

- analisi dei volumi: 590 casi anno di FF
- studio delle competenze. Realizzazione del Fast track in Pronto Soccorso ovvero un percorso di preparazione all'intervento del paziente e sala operatoria dedicata alle fratture anche alla luce dei volumi elevati
- controllo sistematico delle azioni messe in campo

Risultati

Nel 2012, il programma frattura di femore in conformità con le indicazioni Agenas

Graf. 3.5 - Interventi per frattura del collo del femore: percentuale dei casi trattati entro 2 giorni dal ricovero - confronto tra IOR e media aziende sanitarie Emilia-Romagna (anni 2008-2012)



Fonte: elaborazione su dati Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna



Periodo di impegno alla realizzazione del progetto (2010-2012):

*i casi di frattura di femore operati entro 2 gg. giorni sono passati dal 58,0% del 2010 all'81,6% del 2012) con un **delta di aumento del +23,6%** (nel 2012 Best practice regionale)*

Indicare le decisioni o i provvedimenti più importanti che sono stati presi direttamente nel corso dell'ultimo periodo di riferimento di lavoro dello IOR (6 mesi) (elencare e fare una breve descrizione)

Oltre ai tre progetti summenzionati:

- * riorganizzazione del PS notturno
- * clinical pathways frattura di femore

sono stati approntati tavoli tecnici interprofessionali per dare seguito ai seguenti progetti di ristrutturazione edilizia:

- Blocco Operatorio
- Degenza di Ortopedia pediatrica con piccolo Plauto conferito dalla Università di Bologna Facoltà di Pedagogia per reparto a misura di bambino
- Area della accoglienza

Indicare la dimensione economica (budget direttamente ed effettivamente gestito dal candidato nell'ultimo anno di riferimento) connessa alla posizione ricoperta

Il bilancio 2014 (totale costi) vedi tabella sopra budget

Descrivere le metodologie informative (contabili o altre), utilizzate per lo svolgimento delle attività' direzionali proprie della posizione ricoperta

La gestione aziendale ed i percorsi clinici si basano su indicatori ed informazioni necessarie alle decisioni , pertanto si è ritenuto fondamentale lavorare in modo integrato con il seguenti attori:

- Controllo di Gestione
- Confronti di benchmarking
- Dati Agenas per frattura di femore
- Progetto GiViTi - Mario Negri (Valutazione qualità terapie intensive)

L'implementazione di un Sistema Informativo-Informatico in grado di assicurare in modo efficace il necessario scambio di informazioni tra le diverse parti dell'Azienda assume pertanto una notevole importanza strategica, per garantire lo studio di:

- morbidity e mortalità in linea con i dati nazionali
- appropriatezza clinica gestionale
- qualità, efficacia ed efficienza
- costi

Senza gli elementi summenzionati i processi decisionali ed operativi non sono affidabili. Pertanto la sistema rilevazione di report, il ritorno ai clinici, gli incontri di bdg, sono necessari per dare evidenza delle scelte strategiche messe in atto.

Particolare rilevanza gestionale è rivestiva da:

- sistema di contabilità economico-patrimoniale
- sistema di contabilità direzionale,
- flussi nazionali (agenas)
- dati clinici quali GiViTi, Vermont Hospital ecc..

I sistemi sopra citati vengono periodicamente analizzati dal Controllo di Gestione che effettua il monitoraggio di costi e fattori produttivi e dati clinici ove presenti con standard di riferimento. Tali report rappresentano quindi, di fatto, lo strumento informativo normalmente utilizzato quale supporto all'attività direzionale, sia nella fase di definizione degli obiettivi (di breve, medio e lungo periodo) che il quella di valutazione del loro grado di raggiungimento. Essi vengono comunque costantemente aggiornati e rivisti, soprattutto allo scopo di incrementare l'affidabilità e la tempestività (soprattutto per le fasi di raccolta e di elaborazione).

Indicare le principali negoziazioni formali a cui si è partecipato nell'ultimo periodo di riferimento (indicare i soggetti, le parti, gli oggetti di negoziazione ed il ruolo svolto):

- **Accordo con rete HUB and SPOKE** attuazione rete hub and spoke.
- **Contrattazione con OOSS mediche e del comparto:** condivisione delle principali norme, delle linee guida, dei criteri incentivanti per i medici nonché di regolamenti per attività aggiuntiva
- **Indicazione dei principali cambiamenti organizzativi ritenuti più rilevanti:** Quelli indicati nella risposta nei progetti 1,2, nonché edilizia sanitaria ed igiene ospedaliera

ALTRE INFORMAZIONI

Pubblicazioni indicizzate

Su Pubmed : numero 6 pubblicazioni

1. **Montella MT**, Onofri C, Onofri D, Bullini D, Vandelli C, Effat S, Pasquarell c cost analysis of sterilization facilities i the Rizzoli Hospital (Bologna) a study of different models In *Sanita Public* 2015 Jan Feb 71 (1): 73-82
2. Agnoletti V, Buccioli M, Padovani E, Corso RM, Perger P, Piraccini E, Orelli RL, Maitan S, Dell'amore D, Garcea D, Vicini C, **Montella TM**, Gambale G. Operating room data management: improving efficiency and safety in a surgical block. *BMC Surg.* 2013 Mar 11;13:7
3. Belotti LM, Bartoli S, Trombetti S, **Montella MT**, Toni A, De Palma R. Factors influencing surgical delay after hip fracture in hospitals of Emilia Romagna Region, Italy: a multilevel analysis. *Hip Int.* 2013 Jan-Feb;23(1):15-21.
4. Raggi F, **Montella MT**, Lazzari C, Ciotti E, Longanesi A, Nardacchione V, Bernardi R, Cacciari P. [Implementing clinical pathways: some practical notes]. *Ann Ig.* 2012 Mar-Apr;24(2):155-66. Italian..
5. Cacciari P, **Montella MT**, Alvisi P. [Celiac disease in Emilia Romagna]. *Ann Ig.* 2010 Jul Aug;22(4):337-43. Italian.
6. Varoli O, Gatti M, **Montella MT**, La Placa M Jr. Observations made on strains of *Campylobacter* spp. isolated in 1989 in northern Italy. *Microbiologica.* 1991 Jan;14(1):31-5.

Altre Pubblicazioni

Numerose pubblicazioni e paragrafi di libri in italiano

1. **Montella MT**, Petti L "*Idrocarburi policiclici aromatici in lente cristallina di bue. Prove con antracene e 3,4 benzopirene*" Rivista Merceologica 1990,29 editrice CLUEB;
2. **Montella TM** "*Il Tirocinio nella formazione infermieristica "Regione Emilia Romagna anno 1992;*
3. **Montella TM** et Al "*Gestione del paziente domiciliare con insufficienza respiratoria progressiva da SLA: proposta di modello operativo*" IX Congresso Nazionale Società di terapia Intensiva anno 1992 ;
4. Cacciari P, La Porta PL, **Montella TM** et Al "*La migrazione sanitaria presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli*" Salute e Territorio anno 1993 ppgg 17-21;
5. Callegaro L, Lenzi M, **Montella TM** et AL "*Laparoscopia chirurgia vs laparotomia*" gli ospedali della vita Gennaio Marzo 1997 ppgg 43-52;
6. Callegaro L, Zamboni V, **Montella T** et Al "*Echinococcosis/hydatidosis:a method for the assessment of hospital costs*" parassitologia 38, 1996;
7. Franco Naccarella e **MT Maria Teresa Montella** "*Viaggi Guidati*". Collana Scienze e Salute editore Franco Angeli , 1998 capitolo "*Area Medici*" pgg 117-138 ;
8. Artuso S , Bombarda S, Caruso B, Gambale G, La Porta PL, Marinelli M, **Montella TM** et Al "*Quale avvenire per il blocco operatorio?*" *De Sanitate*, Gennaio-Febbraio 2001 pg 59-66
9. Artuso S , Bombarda S, Caruso B, Gambale G, La Porta PL, Marinelli M, **Montella TM** et Al "*Quale avvenire per il blocco operatorio ?*" *De Sanitate*, Marzo 2001 ppgg 70-78;
10. **Montella TM**, Zanni A, Suzzi R et Al "*La legionellosi in ambiente ospedaliero: una riflessione*" progettare per la Sanità, volume 66, Novembre-Dicembre 2001 ppgg 66-71;
11. **Montella TM**, La Porta PLP, Passerini P et Al "*Tutela ambientale e metodologia di qualità*" Tecnica ospedaliera Ottobre 2002, ppgg 74-79
12. **Montella TM**, Rainaldi F, Negrini G et Al "*Percorso sporco e percorso pulito nel blocco operatorio*" Tecnica Ospedaliera, Gennaio 2003, ppgg 66- 71;

13. **Montella TM**, Rainaldi F, Sancito E et Al "*Endoscopia : elementi utili per la progettazione*", Tecnica Ospedaliera, Marzo 2004 pp 50-55;
14. Centro Scientifico editore - **Maria Teresa Montella** "Il risk management infermieristico in medicina Interna" capitolo "Le infezioni nosocomiali" capitolo 15 265-306;
15. Rainaldi F, Reggiani C, Romio P, Vitobello L, **Montella TM** "Nuovo reparto di Maternità e Terapia intensiva Neonatale dell'Ospedale Maggiore di Bologna" Ingegneri, architetti, costruttori, aprile 2005 pp 171-178
16. Battistini A, Betti I; De Nigris F, **Montella TM** et Al "*The Luca De Nigris awakening home in Bologna*". Abstract Convegno HPH Dublino Maggio 2005.
17. Negrini G, Nardacchione V, **Montella TM** et Al "*Neonato non riconosciuto: problematiche giuridiche ed organizzative*" Politiche Sanitarie, 2005 Vol 6 n 1
18. S Mall, O Nicastro, C Basili, C Castanò, G Turci, S Bonilauri, L Ferri, G Gambale, R Gelmini, U Grandi, **MT Montella**, P Zuin, S Rodella Progetto SOS.net 'Sale operatorie sicure' Adozione della *Surgical safety checklist* negli ospedali della Regione Emilia-Romagna – Politiche sanitarie Vol. 14, N. 4, Ottobre-Dicembre 2013
 - a. Di aver coadiuvato tesi per la Facoltà di psicologia Medica. "*Gli effetti del burn out sul personale e paramedico: uno studio di due reparti*" laureando Fabio Bruno.

Valutazioni Acquisite

Obiettivi di budget nell'ultimo triennio completamente raggiunti.
Applicazione dell'atto aziendale realizzato nell'anno 2014-2015 presso l'Azienda Marche Nord, attualmente applicazione del decreto 90 regolamento standard ospedalieri e revisionare la rete ospedaliera della Emilia Romagna

Dott.ssa Maria Teresa Montella

Bologna, 19 Giugno 2015