

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

# Relazione Annuale

## **OBIETTIVI**

Anno **2010**

# INDICE

1	Il quadro economico – finanziario	3
2	Politiche delle risorse umane per l'anno 2010	4
3	Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica	8
4	Politiche di Area Vasta e politiche per l'acquisto di beni e servizi	16
5	Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale	38
6	Sanità pubblica	39
7	Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria	46
8	Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri	57
9	Le Cure Primarie	64
10	Reti regionali per le cure palliative e la terapia del dolore	86
11	L'integrazione socio-sanitaria	88
12	L'Assistenza Ospedaliera	91
13	Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa	113
14	La gestione del rischio	119
15	Ricerca & Innovazione	127
16	L'innovazione sociale	128
17	Cittadini, comunità e servizio sanitario	130
18	Accreditamento	134
19	Progetti /Servizi ICT	134
20	Sistema informativo regionale e debiti informativi delle aziende	145
21	Qualità dei dati contabili, Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati.	152

## Quadro economico-finanziario

### Il Piano investimenti 2010

#### **Programma investimenti straordinari in sanità ex art. 20 L. 67/88 – Programma Regionale Investimenti in Sanità VII aggiornamento – Attuazione programmi di edilizia sanitaria.**

Il piano triennale degli investimenti 2010-2012 redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna ed approvati con delibera del D.G. 162 del 29/04/2010 “Piano Programmatico e Bilancio di Previsione Pluriennale 2010-2012 dei Servizi Sanitari” integrata con nota prot. 55844 del 01/07/2010, è stata sottoposta con esito positivo al controllo regionale con delibera della RER n. 1351 del 13/09/2010.

Più nel dettaglio, come di seguito specificato, nel 2010 sono state completate e attivate le seguenti strutture relativamente ai rispettivi finanziamenti:

1	Interv. 50	Cento	Realizzazione Nuova Geriatria “Ex Villa Verde”	Ex art. 20 – L.67/88 – Accordo di programma 1999	<b>9.044.396,33</b>
2	Interv. 224	Comacchio	Ristrutturazione Ospedale	Progr. RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	<b>9.414.300,00</b>
3	Interv. 225	Argenta	Adeguamento e Ristrutt. Ospedale	Progr. RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	<b>6.000.000,00</b>
4	Interv. 12	Cento	Adeguamento locali per odontoiatrica attività	Programma di Odontoiatria 3 <sup>a</sup> Fase	<b>10.000,00</b>

#### **INTERVENTI CON PROGETTO DEFINITIVO APPROVATO NEL 2010 E AMMESSI A FINANZIAMENTO.**

1	Interv. 509	Cento	Ristrutturazione Reparti di Medicina e Ortopedia	Progr. RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	<b>1.661.300,00</b>	Ammiss. a finanz. 19/03/2010
2	Interv. 92	Codigoro	Ampliamento Centro Diurno “il Faro”	Art.48 L.R. 2/2003 e art. 10 comma 2 L.R. 5/2004	<b>480.000,00</b>	Consegna lavori entro il 14/03/11
3	Interv. I.2 L.22	Portomaggiore	Realizzazione e Completamento Casa della Salute	Progr. RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	<b>2.500.000,00</b>	Ammissione a finanziam. 02/03/11
4	Interv. H.34	Cento	Ristrutturazione Ospedale	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 1° stralcio.	<b>2.200.000,00</b>	Ammissione a finanziam. 22/09/10
5	Interv. H.35	Copparo	Adeguamento Funzionale Ospedale	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 1° stralcio.	<b>2.259.460,74</b>	Ammissione a finanziam. 22/09/10
6		Strutt. Aziend.	Verifiche tecniche di vulnerabilità sismica della strutture sanitarie	Art. 33 L.R. n. 24/2009	<b>220.112,49</b>	Atto 453 del 05/11/10–incarico Osp. Argenta

## INTERVENTI DA FINANZIARE CON ACCORDO DI PROGRAMMA IV FASE 2° STRALCIO

Interv. AP.51	Ospedale Bondeno	Realizzazione Casa della Salute	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 2° stralcio.	<b>1.600.000,00</b>
Interv. AP.52	Ospedale Argenta	Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi.	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 2° stralcio.	<b>2.000.000,00</b>
Interv. AP.53	Ospedale Cento	Interventi di ristrutturazione per adeguamenti normativi.	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 2° stralcio.	<b>1.925.088,82</b>
Interv. AP.54	Strutture Aziendali	Acquisto attrezzature ed arredi per Ospedali.	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 2° stralcio.	<b>1.000.000,00</b>
Interv. AP.55	Ospedale S. Anna	Ristrutturazione area per funzioni territoriali aziende sanitarie	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 2° stralcio.	<b>3.500.000,00</b>
Interv. AP.56	Strutture Aziendali: AUSL e AOSP	La cartella clinica elettronica (Electronic Patient Record)	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 2° stralcio.	<b>1.200.000,00</b>

Le schede sopraindicate sono state trasmesse alla RER con nota prot. 18878 del 25/02/2010, nel rispetto dei tempi previsti.

## INTERVENTI DA FINANZIARE CON PROGRAMMA REGIONALE INVESTIMENTI IN SANITA' – VII AGGIORNAMENTO.

Interv. M18	Ospedale Argenta	Adeguamento normativo prevenzione incendi.	Programma Reg.le investimenti in sanità art. 36 L.R. 38/2002 – VII Aggiornamento.	<b>1.044.592,44</b>
-------------	------------------	--	---	---------------------

Con nota prot. 42844 del 13/06/2011 si e' chiesto al Servizio Strutture Sanitarie di modificare questo intervento, sostituendolo con l'intervento "ammodernamento tecnologico attrezzature sanitarie e sistemi informatici aziendali"; il vecchio intervento denominato "adeguamento normativo prevenzione incendi Osp. di argenta" sarà realizzato tramite fondi aziendali (mutuo).

## Politiche delle risorse umane per l'anno 2010

### Il quadro normativo di riferimento e gli Obiettivi della programmazione aziendale per il 2010

#### AZIONI DI RIDUZIONE DEL COSTO

Nell'ambito di un contesto normativo che prevede la drastica riduzione della spesa delle risorse umane l'Azienda USL ha impostato un piano di rientro economico per l'anno 2010 orientando le azioni di risparmio nella gestione del personale a contratto, nella riorganizzazione di personale dipendente cessato dal servizio in corso d'anno afferente all'area della dirigenza e comparto ascrivibile in particolare a settori tecnico-amministrativi e all'area dei servizi territoriali.

L'analisi delle ricadute sui servizi derivata dalle mancate sostituzioni, per un numero limitato di unità, ha consentito di garantire una sostanziale tenuta delle attività. Ciò è stato realizzato anche attraverso azioni di riorganizzazione, di unificazione e integrazioni di personale fra diverse aree sanitarie dei Servizi Territoriali e riattribuzione di carichi di lavoro per il personale amministrativo, nonché attraverso la creazione o il potenziamento di Dipartimenti

Amministrativi Interaziendali (AUSL e AOSP) afferenti l'area Gestione I.C.T. , Gestione Acquisti e Logistica Economale e la Gestione dell'Amministrazione del Personale.

A seguito dell'entrata in fase operativa della normativa relativa all'accreditamento delle strutture di gestione delle aree dei disabili e anziani e, in attuazione di accordi impostati con le direzioni delle ASP della provincia, si è concluso nel corso d'anno la gestione diretta del Centro Handicap di Codigoro (dal 1.7.2010) passato in gestione diretta dall'Azienda USL all'ASP e dal 1.11.2010 è altresì passata all'ASP di Codigoro e di Portomaggiore la gestione complessiva delle rispettive strutture RSA.

Tale processo ha evidenziato per l'Azienda una riduzione della dotazione organica al 31.12.2010 di ben 22 unità dal 1° luglio 2010 (16 operatori socio sanitari, 4 educatori professionali e 2 autisti) e di 54 unità al 1° novembre 2010 (39 operatori socio sanitari e 15 infermieri).

#### DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI

Nell'anno in argomento, notevole impegno è stato posto nelle relazioni interaziendali con AOSP di Ferrara con l'assestamento dei Dipartimenti Interaziendali delle Attività Tecnico-Patrimoniali e Tecnologiche e del Dipartimento Interaziendale Gestionale I.T.C. , mentre ha preso l'avvio a fine anno il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale, con la nomina del Direttore del Dipartimento stesso.

Tale volontà di integrazione tra le due Aziende Sanitarie è stata resa operativa anche sul piano delle relazioni sindacali essendosi realizzato l'obiettivo di pervenire alla stipulazione congiunta di un unico accordo integrativo decentrato legato ai trattamenti economici dell'area del Comparto e gettate le basi per l'unificazione degli accordi delle dirigenze.

Ha preso l'avvio anche il Laboratorio Unico Provinciale con l'accentramento delle attività per esami del territorio di Cento, da fine 2010.

#### AZIONI DI SVIUPPO O MIGLIORAMENTO QUALITA' DEI SERVIZI

Nel mese di maggio 2010 è stato dato corso all'attivazione del modulo Organizzativo "Attività Specialistiche di alta rotazione" con incremento di 8 posti letto di rapido turn-over e di un posto letto di osservazione breve (presso il Pronto Soccorso) per dare soluzione al problema di eccesso dell'indice di occupazione dei posti letto presso la divisione medica dell'Ospedale del Delta.

La costituzione del modulo ha comportato un incremento organico di una unità di dirigente medico, 7 infermieri professionali e 6 operatori Socio Sanitari.

Nell'anno 2010 si è dato corso all'apertura del Centro di Medicina dello Sport di Ferrara e all'avvio di un progetto più vasto di collaborazione con l'Università di Ferrara, nell'ambito dell'attività motoria, per la prevenzione e la terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico, che vede coinvolta anche l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, relativo alle modalità tecnico-scientifiche e gestionali di una struttura sovraziendale, atto a svolgere le funzioni di promozione di interventi diretti a diffondere l'attività motoria e sportiva come mezzo apicale di prevenzione e mantenimento e recupero della salute fisica e psichica, secondo gli obiettivi previsti dalla delibera regionale n. 775 del 26.04.2004.

#### STABILIZZAZIONI

In attuazione dell'atto deliberativo n. 147 del 28.4.2008, si è proseguito nel programma di , stabilizzazione del personale a contratto, graduando nel corso dell'anno, a seguito di espletamento di concorsi, le assunzioni a tempo indeterminato a copertura dei posti di:

- n. 1 Dirigente Veterinario;
- n. 7 Dirigenti Psicologi;
- n. 3 Collaboratori Amministrativi;
- n. 1 Collaboratore Tecnico Professionale;
- n. 1 Educatore Professionale.
- n. 2 Dirigenti Medici di Medicina Sportiva

per un totale di n. 15 stabilizzazioni da tempo determinato a tempo indeterminato.

## TREND COSTO DEL PERSONALE

La Spesa complessiva per le Risorse Umane viene valutata tenendo conto dell'aggregato di spesa costituito dal costo del personale con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato ed a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile.

Di seguito si espone la tabella di confronto del costo delle Risorse Umane come sopra intese con la corrispondente spesa dell'anno 2009 al netto degli effetti dei rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004.

	<b>ANNO 2009</b>	<b>ANNO 2010</b>
Totale costo personale dipendente	155.700	160.077
Formazione (costo del personale assegnato)		314
<b>TOTALE</b>	<b>155.700</b>	<b>159.763</b>
di cui rinnovi contrattuali intervenuti successivamente al 2004	21.148	23.193
<b>Totale al netto dei rinnovi contrattuali successivi al 2004</b>	<b>134.552</b>	<b>136.570</b>
Co.co.co	355	265
Altre forme di lavoro autonomo	3.447	2.776
Convenzioni	274	156
<b>Totale spesa per risorse umane al netto di rinnovi contrattuali</b>	<b>138.628</b>	<b>139.767</b>
<b>IRAP riferita a spesa risorse umane al netto di rinnovi contrattuali</b>	<b>10.103</b>	<b>9.330</b>
<b>TOTALE</b>	<b>148.731</b>	<b>149.097</b>

Un incremento di spesa dello 0,24% inverte il trend dell'anno precedente e deve essere valutato tenendo conto dei seguenti risultati conseguiti:

- l'Azienda USL di Ferrara ha raggiunto l'equilibrio economico finanziario per l'anno 2010, così come fissato a livello nazionale;
- ha realizzato una serie di azioni di sviluppo e miglioramento della qualità dei servizi;
- ha posto in essere una concreta politica di stabilizzazione del personale a tempo determinato.

## ACCORDI SINDACALI

Per il personale dell'Area Comparto l'anno 2010, traendo spunto dalla sempre maggiore integrazione tra le due Aziende Sanitarie provinciali (Dipartimenti interaziendali, Laboratorio Unico Provinciale), ha visto la realizzazione di un livello di contrattazione interaziendale che si è concretizzato in particolare con la stipula di un accordo in base al quale le Direzioni dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e le rappresentanze sindacali delle due aziende hanno concordato le modalità per dare corso alla equiparazione economica nell'applicazione degli istituti contrattuali (con particolare riferimento alla Produttività Collettiva).

Sempre in ambito interaziendale sono state gettate le basi per gli accordi sulla riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza sanitaria territoriale "118" della provincia di Ferrara, poi proseguita e conclusa nel corso del corrente anno 2011.

Il medesimo orientamento sull'equiparazione economica nell'applicazione degli istituti contrattuali è stato fissato come obiettivo per le aree dirigenziali, i cui tavoli sindacali hanno visto nel 2010 l'avvio della conseguente negoziazione (anche attraverso specifiche Commissioni paritetiche).

Nel contempo per tali aree dirigenziali si è proceduto, comunque, al rinnovo degli accordi aziendali sulla retribuzione di posizione e di risultato, considerato che il 2010 ha rappresentato, riguardo l'applicazione contrattuale degli istituti economici soggetti a contrattazione decentrata, un anno provvisorio di proroga dei finanziamenti in quanto al 31.12.2009 è scaduto il quadriennio normativo di riferimento (2006 - 2009) e altresì il II° biennio economico 2008-2009.

Nell'anno 2010 riguardo i fondi di finanziamento di tutte le aree negoziali si è data quindi conferma provvisoria degli stanziamenti già previsti nell'anno 2009, tenendo conto delle previsioni normative sulla decurtazione degli stessi in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

Ancora in ambito aziendale è stato sottoscritto uno specifico accordo con l'Area del Comparto relativamente all'attribuzione di incarichi di posizione organizzativa, nel rispetto del fondo contrattuale di finanziamento che risulta capiente per i maggiori importi derivanti dalla applicazione dell'accordo.

# Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica

## Assistenza farmaceutica ospedaliera

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

L'utilizzo dei farmaci specialistici di elevato costo è ormai da anni oggetto di costante monitoraggio e verifica, in particolare, non si procede alla fornitura di farmaci per i quali esistono Raccomandazioni della Commissione Regionale del farmaco e della Commissione Terapeutica Provinciale se le richieste personalizzate o il relativo Piano Terapeutico non soddisfino i criteri stabiliti in tali documenti

Le LLGG e Raccomandazioni prodotte dai gruppi di lavoro multidisciplinari RER (Farmaci biologici nella psoriasi, Farmaci biologici in Artrite reumatoide, alcuni Farmaci Oncologici in specifiche patologie, Farmaci per Epatite) sono state presentate e discusse in varie sedute della Commissione Provinciale del farmaco (CPF). Il Dipartimento Farmaceutico, per conto della CPF, ha inoltre provveduto alla diffusione delle LL.GG./Raccomandazioni attraverso l'invio delle stesse ai Direttori di UU. OO. coinvolti che, a loro volta, hanno diffuso attraverso specifici momenti ai clinici della loro equipe.

Si sottolinea comunque che in AUSL, ad eccezione dell'Oncologia, non sono presenti le specialità relative pertanto ai nostri assistiti vengono prescritti tali terapie da Centri prescrittori di altre ASL, ciò rende critico il governo della prescrizione, soprattutto in termini di previsioni di spesa.

Con l' AOSP FE , comunque, nell'ambito del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale, all'inizio di ogni anno vengono fatte previsioni di prescrizione/spesa sulla base dei pazienti eleggibili al trattamento, in corso o previsto. La collaborazione con l' AOSP FE ha inoltre consentito di attivare una specifica **Commissione Interaziendale**, istituita nel 2008, coordinata da esperti esterni ("super partes" ) di Health Technology Assessment ed EBM (Gruppo Italiano della Medicina Basata sulle Evidenze – GIMBE) che, dopo condivisione con i clinici dei criteri di utilizzo delle molecole innovative di elevato costo sulla base delle indicazioni AIFA, GREFO, e CRF, sta realizzando monitoraggi specifici su un campione significativo dei trattamenti effettuati con le molecole oggetto dei maggiori incrementi di utilizzo per verificarne la congruenza.

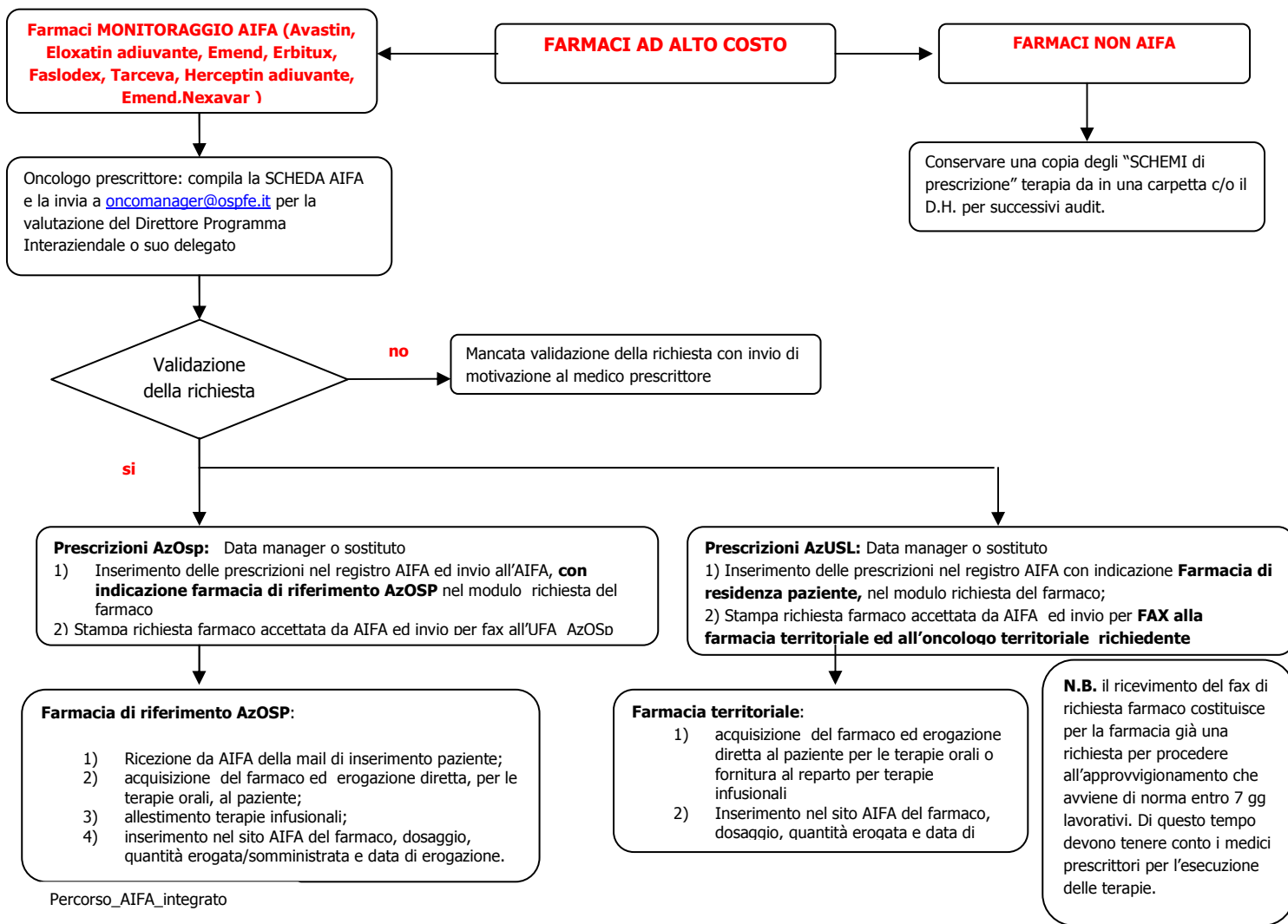
Negli anni scorsi sono state valutati Farmaci di elevato costo in campo oncoematologico, neurologico e pneumologico. Le molecole sottoposte ad monitoraggio nel 2010 sono state: **bosentan** per il trattamento dell'ipertensione polmonare, **deferasirox** per la terapia della talassemia, **lenalidomide** utilizzata in ambito ematologico (mieleoma multiplo e sindrome mielodisplastica) e **farmaci antiretrovirali**. Sono state analizzate complessivamente 207 cartelle cliniche/ambulatoriali, di cui 14 riportanti prescrizioni di bosentan, 14 di deferasirox, 19 di lenalidomide, 160 di farmaci antiretrovirali, con percentuale di appropriatezza praticamente vicina al 100%.

La prescrizione di farmaci antibiotici sistemici è oggetto di monitoraggio , nell'ambito del C.I.O., è stato organizzato nel 2008 un intervento formativo su tutti i Presidi Ospedalieri aziendali nel quale sono stati analizzati e confrontati i comportamenti prescrittivi locali rispetto ai principali agenti eziologici isolati.

La nostra ASL mantiene valori di consumo, per giornate di degenza, inferiori alla media RER, ma nel 1° semestre 2010 si è registrato un incremento di spesa relativo ad un maggior consumo di antibiotici chinolonici, motivato da un maggior numero di polmoniti trattate.

Per migliorare e rendere più efficace il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva è stata predisposta una specifica reportistica, di prossimo inserimento nella consolle di monitoraggio Aziendale, la stessa sarà la base, unitamente ai dati microbiologici , per l'attività di un Programma di valutazione dell'uso dei farmaci antimicrobici, la cui costituzione verrà discussa nel prossimo incontro del CIO.





Percorso\_AIFA\_integrato

**Per sconto farmaco SUTENT:** Invio fax dello specifico modulo PFIZER con indicazione del Codice paziente AIFA – ONCO, numero confezioni, numero d’ordine

## Uso Razionale e sicuro dei farmaci

Particolare attenzione viene rivolta alla prescrizione di farmaci soggetti a Registri AIFA, relativamente ai farmaci Antineoplastici non si procede alla fornitura, e quindi all'utilizzo, se la prescrizione non rientra nei criteri di eleggibilità stabiliti dall'AIFA. A questo proposito è stato definito nel 2007 uno specifico percorso prescrittivo in ambito provinciale, ponendone il governo a carico del "Programma interaziendale di Oncologia" e del Dipartimento Farmaceutico, in relazione alle rispettive competenze.

Trimestralmente viene diffusa la reportistica relativa al consumo dei farmaci oncologici.

Relativamente alle modalità di acquisizione /pagamento dei fornitori, nello specifico per i farmaci in regime di Risk-sharing o Payment by result, la Farmacia sensibilizza i prescrittori alla valutazione risultati e chiusura cartelle entro i termini previsti nel Registro AIFA di ogni specifico farmaco, procedendo poi all'attivazione delle specifiche modalità di rimborso.

La sicurezza nell'uso dei farmaci e dispositivi medici costituisce uno dei principali obiettivi del Dipartimento Farmaceutico ed anche l'attività di Farmacovigilanza (FV) viene svolta in un'ottica provinciale attraverso il Coordinamento Interaziendale di FV. L'importanza crescente attribuita a questo aspetto del governo clinico ha portato a sviluppare una serie di azioni ed iniziative da parte del Dipartimento Farmaceutico nei confronti dei sanitari, in modo da far acquisire maggiore coscienza del significato e dell'importanza che ogni segnalazione riveste nell'ambito della valutazione del profilo di sicurezza di un farmaco e stimolarne l'interesse quali:

-diffusione, attraverso le mailing list di FV ed i siti Web Aziendali, delle note informative, sulla sicurezza dei farmaci di AIFA ed EMA nonché degli aggiornamenti normativi in materia di FV;

-produzione di un libretto annuale sulle ADR segnalate nella provincia di Ferrara inviato a tutti i Medici (MMG, PLS, Ospedalieri e Medici dei Servizi Territoriali), farmacisti ed infermieri,

-elaborazione ed invio ad ogni segnalatore di un'informazione di ritorno commentata (feed-back) corredata di note bibliografiche, atta a stimolarne ulteriormente il coinvolgimento,

-attività di formazione ai MMG, specialisti geriatri e pediatri, farmacisti.

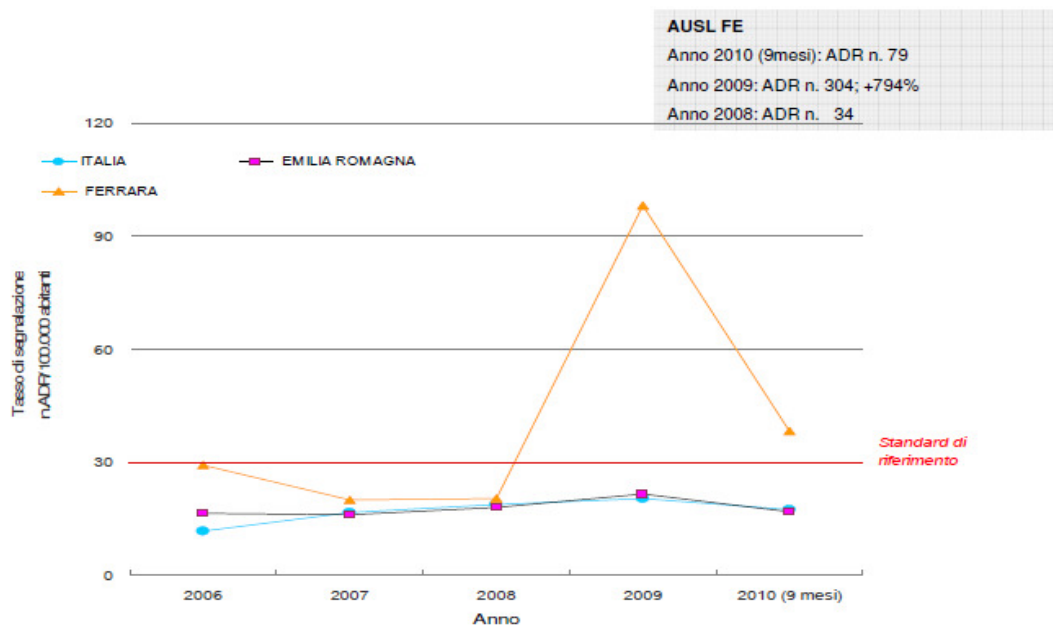
### Attività svolte nel 2010 :

- Organizzazione del convegno ECM, con la partecipazione della Servizio Politica del Farmaco della RER, destinato a medici e farmacisti: "**La Farmacovigilanza come strumento di appropriatezza prescrittiva: dal rischio al beneficio**" tenutosi a Ferrara il 27/02/2010. Il convegno è stato organizzato per orientare, prima di tutto, la sensibilità degli operatori sanitari verso i concetti e gli strumenti della sicurezza dei farmaci in una realtà nella quale, da un lato, la patologia iatrogena è in continua espansione e, dall'altro, gli studi epidemiologici internazionali dimostrano come esista la possibilità di ridurre il rischio associato alle terapie, sviluppando una coscienza della prevedibilità delle ADR.
- Supporto alla Direzione delle Professioni, in collaborazione con l' U.O. Medicina Legale e U.O. Medicina Ospedale del Delta, per la realizzazione del corso di formazione aziendale in tema di Farmacovigilanza destinato a medici, farmacisti ed infermieri Azienda USL di Ferrara, in due edizioni (maggio – ottobre 2010).
- Analisi della prescrizione dei MMG AUSL, con produzione di reportistica individuale per Medico, che evidenzia per ogni singolo paziente trattato le principali interazioni note e quindi potenzialmente evitabili
- Redazione delle **Istruzioni Operative di Farmacovigilanza**, in collaborazione con: U.O. Medicina Legale, Direzione del PUO, Direzione delle Professioni. Le istruzioni operative descrivono le modalità di segnalazione di sospetta ADR con l'obiettivo di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari nelle procedure di Farmacovigilanza e le modalità di utilizzo della scheda di segnalazione di ADR. L'istruzione operativa è applicabile in tutte le unità operative, moduli organizzativi, servizi e altre articolazioni aziendali.

Questa sensibilizzazione continua ha fatto sì che la provincia di Ferrara si collochi tra le prime in Italia per tasso di segnalazione di ADR, con un valore superiore al Gold Standard fissato dall'OMS (vedi grafico).

## Tasso di segnalazione provincia Ferrara

(ADR inserite anno 2009 n. 349, anno 2010 (9 mesi) n. 137)



Relativamente alla Gestione del rischio è stata adottata la Procedura Aziendale per la gestione clinica dei farmaci nel 2008, in applicazione della Procedura Regionale , oggetto di specifica formazione e diffusione, ora è in corso la sua revisione sulla base degli ultimi documenti RER (Revisione n°2 e Raccomandazione sulla ricognizione come premessa alla prescrizione) e della Raccomandazione MinSal n°12 Farmaci LASA. Nel corso del 2010 è stata effettuata specifica formazione agli operatori del Dipartimento Farmaceutico sulla **Gestione del rischio di terapia in magazzino**, quindi nell'ambito dei processi di accettazione, stoccaggio e conservazione di prodotti farmaceutici. Si ritiene utile proporre tale formazione nel 2011 anche al personale tecnico ed infermieristico delle U.O.

### Rete delle farmacie oncologiche

L'Azienda attualmente dispone di 3 punti di allestimento presso i DH Oncologici, ma ha da tempo programmato, unitamente all'Azienda Ospedaliera, di centralizzare in un unico Laboratorio provinciale l'allestimento delle terapie. Tale programma prevede prima l'utilizzo di un nuovo programma informatico di gestione delle prescrizioni e dell'allestimento, in sostituzione di quello attualmente in uso, in tutta l'Azienda Ospedaliera e poi l'estensione progressiva a tutte le Oncologie dell'Azienda USL. Tale progetto di centralizzazione della prescrizione e produzione a livello provinciale è ora in corso di completamento, in stretta collaborazione con il Programma Interaziendale di Oncologia.

A tale scopo il nuovo sistema informatico specifico per l'ambito onco-ematologico ed unico tra le due Aziende sanitarie di Ferrara, che è parte fondamentale propedeutica alla realizzazione del progetto, è stato implementato per la parte prescrittiva in tutta

l'Azienda Ospedaliera, mentre l'implementazione della parte relativa alla produzione ha incontrato problemi tecnici sia hardware che software risolti nei primi mesi del 2011.

La tempistica programmata ha visto degli slittamenti determinati da difficoltà informatiche ed operative. Inoltre è stata attivata l'implementazione della prescrizione informatizzata tramite questo nuovo SW nelle diverse Oncologie di Azienda USL; la sua messa a regime, consentirà di disporre delle informazioni necessarie per la definizione del progetto di produzione centralizzata e le conseguenti valutazioni organizzative ed economiche da parte della Direzione Aziendale e dei Servizi coinvolti.

La partecipazione alla Rete Oncologica delle Farmacie Ospedaliere ed ai progetti regionali di definizione stabilità dei farmaci, di definizione di un data set di parametri clinici per il governo dell'area oncologica, nonché la disponibilità ad accettare stages di farmacisti in formazione in quest'area, è garantita per la provincia di Ferrara dal Laboratorio Antiblastici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

## **Assistenza farmaceutica convenzionata**

### **Analisi delle prescrizioni**

Con periodicità almeno trimestrale è stato effettuato il monitoraggio della prescrizione dei Medici di Medicina Generale, con informazione e diffusione degli andamenti prescrittivi, tramite reportistica dedicata, per singolo MMG, NCP, Distretto. Tale monitoraggio si è basato principalmente sui volumi di prescrizione, con particolare riguardo agli indicatori principali di prescrizione, rispetto delle Note AIFA, Piani Terapeutici, indicazioni cliniche registrate. Sono state predisposte relazioni trimestrali per NCP e Distretto, divulgate anche tramite Audit di Distretto, focalizzate sulla andamento della prescrizione farmaceutica per indicatori principali, per prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e/o di utilizzo di classi ad elevato impatto prescrittivo, nonché analisi personalizzate della prescrizione per singolo MMG, con individuazione di aree critiche e di misure di miglioramento.

### **Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto**

Al fine di favorire e potenziare la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (generici e genericabili) sono stati da qualche anno attivati e progressivamente potenziati interventi quali:

- Elaborazione di tabelle costo-terapia per classi omogenee di farmaci ad elevato impatto prescrittivi in cui sia presente almeno un farmaco a brevetto scaduto, come ipotensivanti (ace-inibitori, sartani,  $\beta$ -bloccanti, calcio-antagonisti ...), statine, antidepressivi, farmaci per la terapia dell'osteoporosi, del morbo di Parkinson, delle psicosi. Le stesse costantemente riviste ed aggiornate vengono diffuse ai prescrittori tramite i siti aziendali del Dipartimento Farmaceutico e della Medicina Generale, nonché presentate in specifici incontri formativi.
- Diffusione periodica (di norma mensile) alle Farmacie Convenzionate, ai MMG (attraverso i coordinatori dei NCP), unità operative interne delle informative RER in merito alla scadenza di brevetto.
- Attribuzione alle UU. OO. aziendali di specifici obiettivi favorevoli la prescrizione di molecole con brevetto scaduto nell'ambito della categoria di riferimento (farmaci ipotensivanti e ipolipemizzanti).
- Rivalutazione da parte della Commissione Terapeutica Provinciale di un'intera classe terapeutica all'uscita sul mercato di un farmaco equivalente (generico) appartenente alla stessa al fine di favorire l'impiego del generico.
- Monitoraggio trimestrale della prescrizione di tali farmaci fino al dettaglio del singolo MMG, con confronti con Nucleo di appartenenza ed insieme dei Nuclei della ASL, nonché per le principali classi fino al dettaglio sul singolo Nucleo. Queste ultime valutazioni vengono diffuse tramite relazioni trimestrali.

I risultati di questi interventi continuano ad essere incoraggianti: la prescrizione convenzionata di farmaci a brevetto scaduto registra a Ferrara la maggiore percentuale di prescrizione, insieme a Parma, a livello Regionale ( 55% vs media RER 53%), ed in particolare nei farmaci per l'ipertensione e lo scompenso e negli ipolipemizzanti è superiore di sei punti percentuale rispetto alla media RER.

Nell'ambito dell'attività di Erogazione Diretta il cittadino viene informato e sensibilizzato sull'utilizzo del farmaco generico e nel 2011 ci si propone di effettuare una specifica campagna informativa in proseguo della campagna già effettuata dal Ministero della Salute negli scorsi anni .

### **Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

Nell'anno 2010 l'Azienda ha continuato ad attivare azioni finalizzate al raggiungimento di una appropriata prescrizione farmaceutica e ad una razionalizzazione della spesa farmaceutica.

Sono stati effettuati audit ogni tre mesi con i MMG nel corso dei quali sono stati presentati e discussi i dati di prescrizione e di spesa farmaceutica per nucleo e per medico.

Sono stati inoltre effettuati incontri con i medici specialisti dei presidi ospedalieri dell'ASL, e con gli psichiatri del territorio nel corso dei quali sono stati presentati dati di prescrizione aziendale. Sono state inoltre fornite informazioni relative alla prescrizione in riferimento alla normativa vigente, al PTP, ai principi di farmacoeconomia. Sono stati stilati protocolli terapeutici, con particolare riferimento a PPI , statine, bifosfonati, diffusi ai MMG e agli specialisti. Tali protocolli sono stati realizzati da Commissioni Interaziendali costituite da medici ospedalieri di entrambe le Aziende, MMG, medici del DCP e farmacisti.

La spesa relativa ai farmaci antipertensivi rispetto al 2010 ha registrato una variazione percentuale pari a -1,66 rispetto all'anno 2009. La spesa dei PPI ha subito un incremento rispetto al 2009 pari al 4,07% a fronte di un incremento 2009-2008 pari a 11,94%, con uno spostamento di prescrizione verso le molecole meno costose e verso il farmaco generico. Gli ipolipemizzanti hanno subito un incremento % 2010-2009 pari a 2,98%, con un particolare aumento della prescrizione di simvastatina, a fronte di un incremento 2009-2008 pari a 6,29%.

Permane invece critica la prescrizione di antidepressivi che pur registrando un numero di DDD inferiore alla media regionale, mantiene una spesa procapite superiore e oltre i limiti prefissati dall'Azienda di Ferrara. Per riportare la prescrizione degli antidepressivi alla appropriatezza prescrittiva è stata istituita una commissione, attualmente al lavoro, per realizzare un protocollo terapeutico che sarà oggetto di discussione diffusione e monitoraggio il prossimo anno.

### **Appropriatezza prescrittiva**

Le Linee Guida messe a punto dall'ASSR sono state pubblicate nel mese di luglio 2010. Ne consegue che la presentazione e diffusione ai MMG verrà effettuata nell'anno 2011 attraverso azioni in gran parte concordate .

Nel 2010 comunque, a fronte di un incremento di antibiotici, esclusivamente di seconda scelta, si è provveduto a dare ampia diffusione, ai coordinatori dei NCP, tramite audit della prescrizione rilevata.

Nel corso di un evento formativo 2010 è stato trattato, tra l'altro, il corretto impiego degli antibiotici nelle infezioni delle vie urinarie e la prescrizione della molecola più appropriata.

### **Distribuzione Diretta e per Conto**

In accordo con le indicazioni RER la Distribuzione diretta dei farmaci al paziente cronico è stata mantenuta entro i livelli 2008, ed in particolare, secondo quanto previsto dall'Accordo RER 31.07.2009 (Del. RER 136572009), prorogato con Accordo 26.07.2010 (Del. RER 1143/2010), nella nostra Provincia è stato necessario ridurre il volume di erogazione per renderlo più omogeneo rispetto alla RER ed in particolare più vicino alla percentuale della nostra popolazione verso la popolazione Regionale (9,04%).

In dettaglio nel 2008 la spesa dei farmaci extra PHT per pz. Cronico è stata, su base provinciale pari a € 4.595.140 per 506.227 pezzi erogati, nel 2010, dai dati in proiezione del periodo GEN-AGO si ipotizza che la spesa per tale tipologia di erogazione sarà pari a € 2.314.163 per 265.877 pezzi erogati, rispettivamente 9,34% e 11,53% su base Regionale, pertanto in linea con le disposizioni RER sopra riportate.

Il calo di tale forma di Erogazione, che comunque non ha determinato un incremento della spesa farmaceutica convenzionata, anzi in calo nei primi nove mesi del - 1,31%, è stato indispensabile per poter arrivare ad un Accordo applicativo locale, siglato solo nel gennaio 2010, proprio per resistenze delle Associazioni dei Farmacisti convenzionati, legate ad un volume di attività di Erogazione Diretta superiore alla media regionale.

L'attività della DPC, nonostante il rallentamento iniziale sopra riportato ha avuto un progressivo sviluppo nel corso dell'anno, con l'implementazione di due ulteriori fasi di sviluppo, passando da 1.500 pz erogati a gen. 2010 a 3.993 ottobre, con un incremento del 166%. Dal mese di novembre 2010 è stata attivata la funzione del mini-stock.

La RER ci aveva assegnato da Agosto 09 a Luglio 2010 un obiettivo erogazione di 36.170 pezzi, a causa delle criticità sopra riportate sono stati invece erogati 23.067 pezzi, pertanto il 18.06.us è stato siglato un accordo con i Farmacisti di proroga dei termini per la rilevazione al 31.12.2010. A tale data sulla base dei dati ad ottobre 2010 si presume che i pezzi erogati saranno circa 41.000. La validità di tale accordo è stato però superato dal successivo accordo Regionale che prorogava i termini di conteggio dei pezzi erogati al 31.12.2010 aumentando il numero di pezzi a 51241.

### **Governo dei Dispositivi Medici (DM)**

Istituzione del Repertorio locale dei DM.

GRADO DI RAGGIUNGIMENTO: il Repertorio è stato approvato in data 21/9/2010 dalla specifica Commissione Provinciale – CPDM. Nel corso dell'anno 2010 è stato deliberato con una delibera dell'AUSL di Ferrara e una delibera dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara. GRADO DI RAGGIUGIMENTO: 100%.

DESCRIZIONE INDICATORI INTERMEDI:

1-Attivazione della Commissione Aziendale sui DM.

GRADO DI RAGGIUGIMENTO: 100%.

2-Rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei DM tramite lo specifico flusso informativo.

GRADO DI RAGGIUGIMENTO: 100%.

La Regione Emilia-Romagna attraverso specifici indirizzi alle Aziende Sanitarie ha recentemente definito il "sistema regionale dei dispositivi medici (DM)" con la finalità di pervenire ad un impiego di tali prodotti omogeneo e coerente a livello regionale, di monitorare i consumi e la spesa, di sviluppare la vigilanza sui DM e l'appropriatezza d'uso degli stessi.

In tale ambito con la delibera regionale n. 602/2009, la Regione ha demandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie la nomina delle Commissioni Aziendali Dispositivi Medici (CADM), quale strumento per la gestione di tali beni a livello locale.

In analogia con altre funzioni ritenute strategiche per il governo sanitario, le Direzioni Aziendali delle due Aziende Sanitarie ferraresi hanno stabilito che la Commissione aziendale dei dispositivi medici sia unica per l'intera provincia (CPDM).

La CPDM è composta di 23 partecipanti ed è stata regolarmente costituita con delibera AUSL Ferrara n. 302 del 28/9/2009 e con delibera AO Ferrara n. 212 del 30/9/2009. Dall'inizio del 2010 si è riunita 4 volte in veste di GRUPPO COORDINAMENTO TECNICO SCIENTIFICO (6 componenti della CPDM) e 1 volta come COMMISSIONE.

Con riferimento allo specifico obiettivo regionale, le attività ad oggi espletate dalla Commissione sono:

- 1) Il Regolamento di funzionamento della CPDM di Ferrara.
- 2) Il Repertorio provinciale dei DM con CND.

**VALUTAZIONI QUANTITATIVE**

- **Procedure d'acquisto**
- **Risultati economici in corrispondenza delle medesime quantità di beni, servizi e attrezzature rilevati in fase di raccolta fabbisogni (per tipologia, per tipo di contratto: gara, rinnovo)**
- **Risultati attività**



## 1) TOTALE GARE

Nell'anno 2010 sono state espletate, come mostra la *tabella n. 1*, n. 47 procedure di gara relative a:

1. Servizio elaborazione ricette;
2. Carta elettromedicali;
3. Materiale economale monouso pluriuso;
4. Archiviazione digitalizzazione cartelle cliniche;
5. Elenco telefonico;
6. Sistemi smaltimento rifiuti biologici (triturapadelle);
7. Timbri;
8. Videocapsule Given per gastro;
9. Materiale ultracision (Provincia Ferrara);
10. Farmaci fuori prontuario;
11. Farmaco Lansoprazolo orodispersibile (nelle more Intercenter);
12. Cateteri arteriosi e venosi centrali e set per anestesia epidurale;
13. Farmaco Cefotaxima e Mepivacaina + Adrenalina (nelle more Intercenter);
14. Farmaci esteri;
15. Farmaco Mifegyne (nelle more Intercenter);
16. Colle chirurgiche;
17. Materiale odontoiatrico;
18. Farmaco filgrastim biosimilare (nelle more Intercenter);
19. Materiale steris;
20. Aghi fistola e CVC dialisi 2;
21. Soluzioni e liquidi conservazione cornee;
22. Terapia ferrochelante;
23. Elettrocateri fisiologia;
24. Dispositivi Medici Ginecologia;
25. Defibrillatori ed elettrocateri;
26. Protesi vascolari PTFE stretch con eparina;
27. Materiale di consumo microinfusori;
28. Endoprotesi ortopediche - stelo;

29. Suturetrici Echelon ed Echelon flex;
30. Teli chirurgici;
31. Termometri analogici;
32. Dispositivi medici con sistema di sicurezza;
33. Aghi speciali;
34. Materiale e service ligasure;
35. Materiale ultracision (Area Vasta);
36. Laparoscopia;
37. Materiale mammotome;
38. Saturimetri portatili;
39. Service reprocessing endoscopi;
40. Monitor parametri vitali;
41. Service digitopuntura;
42. Drenaggi;
43. Assicurazioni RC I° rischio;
44. Assicurazioni II° rischio;
45. Radiologia interventistica (lotti deserti).
46. Colliri;
47. Sostanze viscoelastiche per chirurgia oculistica.

**L'importo totale annuo di aggiudicazione è di € 37,93 mln. con un aumento di spesa complessivo di € 1,52 mln. pari al 4,01% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.**

**Tali ultimi valori risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 20,45 mln., si registra una riduzione dei costi totale di 2,10 mln., pari al 10,29%, con risultati positivi per tutte le Aziende.**

TABELLA 1 - PROCEDURE AGGIUDICATE 2010

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg.ne procedura (data)	Importo totale annuo aggiudicazione IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
1	Videocapsule Given per gastro	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, AOSP FE	25/01/2010	242.827,00	1.542,00	1.542,00	0	—	—	—	0
2	Materiale monouso pluriuso economale	AUSL FE	AUSL BO, AOSP BO	04/03/2010	158.773,00	3.814,00	3.814,00	0,00	—	—	0	—
3	Elaborazione ricette	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE	26/02/2010	633.204,00	0,00	0,00	—	0	—	0	—
4	Materiale ultraclelon	AOSP FE	AUSL FE	12/01/2010	200.000,00	0,00	—	—	—	—	0	0
5	Farmaci fuori prontuario	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	29/03/2010	820.000,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0
6	Farmaco lansoprazolo orodispersibile	AUSL BOLOGNA	Ausl Imola, Ausl FE, AO FE, AO BO	03/05/2010	188.626,00	20.858,37	10.859,48	1.176,18	1.176,18	—	6.033,50	1.613,04
7	Cateteri arteriosi e venosi centrali e set per anestesia epidurale	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	03/05/2010	446.594,33	47.155,39	15.659,62	18.917,51	2.285,56	1.628,50	3.099,30	5.564,90
8	Farmaco cefotaxima e mepivacaina + adrenalina	AUSL BOLOGNA	Ausl Imola, Ausl FE, AO FE, AO BO	17/05/2010	77.764,28	16.534,33	4.200,46	3.291,20	1.594,23	—	1.001,78	6.446,66
9	Farmaci esterati	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	25/05/2010	506.461,89	97.413,60	19.628,41	60.021,95	1.800,15	101,40	3.293,22	12.568,47
10	Farmaco Mitigyne	AUSL BOLOGNA	AUSL FE, AOSP FE	30/04/2010	19.058,49	0,00	—	—	—	—	0,00	0
11	Colle chirurgiche (esclusiva)	AOSP BO	AUSL BO, AOSP FE	12/02/2010	66.662,40	4.628,00	360,00	1.120,00	—	—	—	3.148,00
12	Saturimetri portatili	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	05/07/2010	30.100,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0
13	Materiale odontoiatrico	AUSL IMOLA	AUSL BO, AUSL FE, AOSP FE	15/07/2010	417.952,00	180.047,00	0,00	—	0	—	0,00	0,00
14	Farmaco filgrastim biosimilare	AUSL BOLOGNA	IOR, AUSL FE, AOSP FE	21/07/2010	17.607,04	15.766,96	—	—	—	5.768,40	6.152,96	3.845,60
15	Materiale sterile	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	03/08/2010	354.648,78	-7.276,44	-1.776,35	-3.408,00	-239,04	-77,12	-1.663,30	-106,63
16	Carta elettromedicale	AUSL IMOLA	Tutte le Aziende	26/02/2010	260.000,00	86.805,80	20.343,80	32.960,00	9.434,00	5.387,00	10.094,00	8.587,00
17	Aghi flebotomia e CVC dialisi 2	AUSL BOLOGNA	Aosp BO, Aosp Fe, AUSL Imola, Ausl FE	29/04/2010	13.264,68	2.095,08	-11,90	2.760,72	131,40	—	-138,00	-647,14
18	Soluzioni e liquidi conservazione cornee	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, Ausl IMOLA	03/09/2010	215.095,20	-1.596,61	-118,80	0,00	-1.477,81	—	—	—
19	Archiviazione digitalizzazione cartelle cliniche	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR, AUSL FE, AOSP FE	03/09/2010	889.831,20	363.883,20	363.883,20	0,00	—	0	0	0

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg. na procedura (data)	Importo totale annuo aggludicazione IVA incl.	Risparmio totale IVA incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
20	Terapia ferrochelante	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE, AOSP FE	08/09/2010	91.811,18	0,00	0,00	—	—	—	0	0
21	Elenco telefonico	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR	26/07/2010	228.000,00	78.000,00	26.000,00	26.000,00	—	26.000,00	—	—
22	Elettrocateretri fisiologia	AUSL BOLOGNA	AUSL FE, AOSP BO, AOSP FE	03/09/2010	2.293.927,20	138.872,28	43.422,60	-2.508,00	—	—	1.273,08	96.684,60
23	DM ginecologia	AUSL FERRARA	Ausi BO, Ausl Imola, Aosp BO	22/06/2010	62.437,16	4.373,00	4.373,00	0,00	0	—	0	—
24	Sistemi smaltimento rifiuti biologici (trappadelle)	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, AOSP FE	03/08/2010	610.983,00	347.962,80	163.446,96	130.244,16	—	—	—	54.271,68
25	Defibrillatori ed elettrocateretri	AOSP BO	AUSL BO, AOSP FE, AUSL FE, Ausl Imola	19/03/2010	4.606.552,08	114.264,20	42.448,64	18.200,00	4.680,00	—	1.664,00	47.272,16
26	Service reprocessing endoscopi	AOSP FE	Ausi BO, Aosp BO, Ausl Imola	14/09/2010	586.044,00	162.936,00	0,00	0,00	0	—	—	0,00
27	Suturatrici Echelon ed Echelon Flex	AOSP BO	AOSP FE	02/07/2010	112.592,40	1.796,00	—	1.796,00	—	—	—	0,00
28	Protesi vascolari PTFE stretch con sparina	AOSP BO	Aosp FE, Ausl BO	02/07/2010	65.366,08	0,00	0	—	—	—	—	0,00
29	Materiale consumo microinfusori	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE, AOSP FE	23/09/2010	62.562,84	9.722,37	507,24	—	-281,88	—	-537,54	10.094,55
30	Monitor parametri vitali	AUSL BOLOGNA	IOR, Ausl FE, Ao BO	27/09/2010	120.585,78	6.346,62	3.912,30	1.304,10	—	260,82	869,40	—
31	Endoprotesi ortopediche (otto 2 stelo)	IOR	AUSL BO, AUSL FE, AOSP FE	05/10/2010	379.704,00	0,00	0,00	—	—	0	0,00	0
32	Teli chirurgici	AUSL BOLOGNA	Ausi Imola, Ausl FE, IOR	06/10/2010	349.741,44	5.712,67	360,19	—	1.219,20	854,88	3.278,40	—
33	Termometri analogici	AUSL FERRARA	Ausi Imola, Ausl BO, Aosp BO, Aosp FE	06/10/2010	115.315,20	2.956,80	1.344,00	420,00	184,80	—	84,00	924,00
34	Dispositivi medici con sistema di sicurezza	AUSL BOLOGNA	Ausi FE, Ausl Imola, Aosp FE, Aosp BO	06/10/2010	299.928,00	88.900,00	58.910,00	21.395,00	615,00	—	2.812,00	5.168,00
35	Aghi speciali	AUSL BOLOGNA	AUSL BOLOGNA	18/10/2010	7.512,91	1.031,04	1.031,04	—	—	—	—	—

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg. na procedura (data)	Importo totale annuo aggiudicazione IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
36	Materiale e service Iligasure	AUSL BOLOGNA	Ausi FE, Ausi Imola, Aosp FE, Aosp BO	19/10/2010	663.452,40	21.850,00	13.000,00	0	650,00	---	3.200,00	5.000,00
37	Materiale ultracision	AOSP FERRARA	Ausi BO, Ag BO, Ausi Imola, Ausi FE	28/10/2010	1.873.201,00	2.662,40	0,00	0,00	0,00	---	0,00	0,00
38	Laparoscopia	Ausi Bologna	Ausi Imola	15/11/2010	726.000,00	149.623,00	105.782,00	---	43.841,00	---	---	---
39	Materiale mammotome	Ausi Bologna	Aosp BO, Aosp FE, Ausi Imola	22/11/2010	378.168,00	-23.580,00	-7.752,00	-3.216,00	-744,00	---	---	-11.868,00
40	Timbri	AUSL FERRARA	Ausi BO, Aosp FE	09/12/2010	47.060,00	0,00	0,00	---	---	---	0	0
41	Service digitopuntura	AUSL BOLOGNA	AUSL Imola	28/12/2010	33.600,00	0,00	0,00	---	0	---	---	---
42	Drenaggi	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	30/12/2010	783.424,02	112.593,19	29.576,28	38.658,22	2.003,40	26.419,30	7.668,14	8.267,84
43	Assicurazioni I° rischio ed RC	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	21/09/2010	16.262.306,25	-3.107.310,25	-1.729.129,00	-34.375,00	-210.700,00	-388.881,25	-627.100,00	-117.125,00
44	Assicurazioni II° rischio	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	29/10/2010	1.222.500,00	-517.500,00	-132.127,66	-132.127,66	-22.021,28	-33.031,92	-110.106,38	-88.085,10
45	Radiologia Interventistica (otti deserti)	AUSL BOLOGNA	Aosp BO, Aosp FE	14/12/2010	297.640,56	45.109,20	9.170,40	34.482,40	---	---	---	1.456,40
46	Colliri	AUSL Ferrara	AOSP Ferrara	01/10/2010	11.155,10	0	---	---	---	---	0	0,00
47	Sostanze viscoelastiche (chirurgia oculistica)	AUSL Ferrara	AOSP Ferrara	07/12/2010	85.392,00	1.516,00	---	---	---	---	1.786,00	-270,00
<b>Totale n. procedure 47</b>					<b>37.935.432,89</b>	<b>-1.520.492,00</b>	<b>-927.340,09</b>	<b>217.112,78</b>	<b>-165.849,09</b>	<b>-355.569,99</b>	<b>-687.301,44</b>	<b>52.811,03</b>
<b>Risparmio in %</b>						<b>-4,01</b>						

## 2) TOTALE RINNOVI

La *tabella n. 2* riporta i dati relativi alla procedura di rinnovo di n. 4 procedure espletate negli anni precedenti:

1. Lame, bisturi, rasoi;
2. Elettrodi, frese, lame;
3. Rassegna stampa;
4. Gas medicinali e tecnici e servizi accessori.

Si registra un importo di rinnovo di €. 7,30 mln. Non si registrano variazioni economiche in seguito alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

TABELLA 2 - RINNOVI 2010												
N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Rinnovo procedura (data)	Importo totale annuo rinnovo IVA incl.	Risparmio totale IVA incl. Rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
1	Lame, bisturi, rasoi	AUSL FERRARA	AOSP FE, AUSL BO	13/07/2010	164.763,00	0,00	0,00	-----	-----	-----	0,00	0,00
2	Elettrodi, frese, lame	AOSP BOLOGNA	AUSL BO, AUSL IMOLA	01/01/2010	885.611,00	0,00	0,00	0	0	-----	-----	-----
3	Rassegna stampa	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR	24/06/2010	21.600,00	0,00	0,00	0	-----	0	-----	-----
4	Gas medicinali e tecnici e servizi accessori	AOSP FE	Ausl BO, Aosp BO, Ausl Imola, Ausl FE	28/10/2010	6.233.333,00	0,00	0,00	0	0	-----	0	0
Totale n. rinnovi 4					7.305.307,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Risparmio in %						0,00						

### 3) TOTALE PROCEDURE DI GARA PER TIPOLOGIA DI BENI, SERVIZI E ATTREZZATURE

Nella *tabella n. 3* i dati delle gare aggiudicate nell'anno 2010 sono suddivisi per tipologia:

- Beni e servizi economici;
- Beni e servizi sanitari;
- Attrezzature.

Per quanto attiene alla prima categoria, si registrano n. 9 gare espletate e precisamente:

1. Elaborazione ricette;
2. Carta elettromedicali;
3. Materiale monouso pluriuso economico;
4. Archiviazione digitalizzazione cartelle cliniche;
5. Elenco telefonico;
6. Sistemi smaltimento rifiuti biologici;
7. Timbri;
8. Assicurazioni RC I° rischio;
9. Assicurazioni II° rischio.

L'importo totale di aggiudicazione è di €. 20,31 mln. e comporta un aumento di spesa complessivo di €. 2,74 mln. pari al 13,51% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

Tali ultimi valori risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 2,82 mln., si registra una riduzione dei costi totale di 0,88 mln. pari al 31,14%, con risultati positivi per tutte le Aziende.

Relativamente alla seconda categoria, sono state espletate n. 35 gare e precisamente:

1. Videocapsule Given per gastro;
2. Materiale ultracision;
3. Farmaci fuori prontuario;
4. Farmaco lansoprazolo orodispersibile;



5. Cateteri arteriosi e venosi centrali e set per anestesia epidurale;
6. Farmaco cefotaxima e mepivacaina + adrenalina;
7. Farmaci esteri;
8. Farmaco Mifegyne;
9. Colle chirurgiche - esclusiva;
10. Materiale odontoiatrico;
11. Farmaco filgrastim biosimilare;
12. Materiale steris;
13. Aghi fistola e CVC dialisi 2;
14. Soluzioni e liquidi conservazione cornee;
15. Terapia ferrochelante;
16. Elettrocateri fisiologia;
17. Dispositivi Medici Ginecologia;
18. Defibrillatori ed elettrocateri;
19. Suturatrici Echelon ed Echelon Flex;
20. Protesi vascolari PTFE stretch con eparina;
21. Materiale consumo microinfusori;
22. Endoprotesi ortopediche - stelo;
23. Teli chirurgici;
24. Termometri analogici;
25. Dispositivi medici con sistema di sicurezza;
26. Aghi speciali;
27. Materiale e service ligasure;
28. Materiale ultracision;
29. Laparoscopia;
30. Materiale mammotome;
31. Servi ce digitopuntura;
32. Drenaggi;
33. Radiologia interventistica (lotti deserti);
34. Colliri;
35. Sostanze viscoelastiche per chirurgia oculistica.



L'importo totale annuo di aggiudicazione è di €. 16,88 mln. e la riduzione dei costi ottenuta è di €. 1,05 mln. pari al 6,25% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

Relativamente alla terza categoria, sono state espletate n. 3 gare e precisamente:

1. Saturimetri portatili;
2. Service reprocessing endoscopi;
3. Monitor parametri vitali.

L'importo totale annuo di aggiudicazione è di €. 736.729,78 e la riduzione dei costi ottenuta è di €. 169.282,62 pari al 22,98% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di attrezzature acquistate alle condizioni economiche dei precedente contratti.

**TABELLA 3 - BENI E SERVIZI ECONOMICI 2010**

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg.ne procedura (data)	Importo totale annuo agg.ne IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
1	Elaborazione ricette	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE	26/02/2010	633.204,00	0,00	0,00	—	0	—	0	—
2	Carta elettromedicali	AUSL IMOLA	Tutte le Aziende	26/02/2010	260.000,00	86.805,80	20.343,80	32.960,00	9.434,00	5.387,00	10.094,00	6.587,00
3	Materiale monouso plurituso economale	AUSL FE	AUSL BO, AOSP BO	04/03/2010	158.773,00	3.814,00	3.814,00	0,00	—	—	0	—
4	Archiviazione digitalizzazione cartelle cliniche	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR, AUSL FE, AOSP FE	03/09/2010	889.831,20	363.883,20	363.883,20	0,00	—	0	0	0
5	Elenco telefonico	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR	26/07/2010	228.000,00	78.000,00	26.000,00	26.000,00	—	26.000,00	—	—
6	Sistemi smaltimento rifiuti biologici	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, AOSP FE	03/08/2010	610.983,00	347.962,80	163.446,96	130.244,16	—	—	—	54.271,68
7	Timbri	AUSL FERRARA	Ausi BO, Aosp FE	09/12/2010	47.060,00	0,00	0,00	—	—	—	0	0
8	Assicurazioni I° rischio ed RC	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	21/09/2010	16.262.306,25	-3.107.310,25	-1.729.129,00	-34.375,00	-210.700,00	-388.881,25	-527.100,00	-117.125,00
9	Assicurazioni II° rischio	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	29/10/2010	1.222.500,00	-517.500,00	-132.127,66	-132.127,66	-22.021,28	-33.031,82	-110.106,38	-88.085,10
Totale n. gare 9					<b>20.312.657,45</b>	<b>-2.744.344,45</b>	<b>-1.283.768,70</b>	<b>22.701,50</b>	<b>-223.287,28</b>	<b>-390.526,17</b>	<b>-727.112,38</b>	<b>-142.351,42</b>
Risparmio in %						<b>-13,51</b>						

**BENI E SERVIZI SANITARI 2010**

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg.ne procedura (data)	Importo totale annuo agg.ne IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
1	Videocapsule Given per gastro	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, AOSP FE	25/01/2010	242.827,00	1.542,00	1.542,00	0	—	—	—	0
2	Materiale ultraceloni	AOSP FE	AUSL FE	12/01/2010	200.000,00	0,00	—	—	—	—	0	0
3	Farmaci fuori prontuario	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	29/03/2010	820.000,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0	0
4	Farmaco lansoprazolo orodispersibile	AUSL BOLOGNA	Ausi Imola, Ausi FE, AO FE, AO BO	03/05/2010	188.626,00	20.858,37	10.859,48	1.176,18	1.176,18	—	6.033,50	1.613,04
5	Cateteri arteriosi e venosi centrali e set per anestesia epidurale	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	03/05/2010	446.594,33	47.155,39	15.659,62	18.917,51	2.285,56	1.628,50	3.099,30	5.564,90

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg.ne procedura (data)	Importo totale annuo agg.ne IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
6	Farmaco cefotaxima e mepivacaina + adrenalina	AUSL BOLOGNA	Ausi Imola, Ausl FE, AO FE, AO BO	17/05/2010	77.764,28	16.534,33	4.200,46	3.291,20	1.594,23	—	1.001,78	6.446,66
7	Farmaci esteri	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	25/05/2010	506.461,89	97.413,60	19.628,41	60.021,95	1.800,15	101,40	3.293,22	12.568,47
8	Farmaco Mifegyne	AUSL BOLOGNA	AUSL FE, AOSP FE	30/04/2010	19.058,49	0,00	—	—	—	—	0,00	0
9	Colte chirurgiche (esclusiva)	AOSP BO	AUSL BO, AOSP FE	12/02/2010	66.662,40	4.628,00	360,00	1.120,00	—	—	—	3.148,00
10	Materiale odontoiatrico	AUSL IMOLA	AUSL BO, AUSL FE, AOSP FE	15/07/2010	417.952,00	180.047,00	0,00	—	0,00	—	0,00	0,00
11	Farmaco fligastim biosimilare	AUSL BOLOGNA	IOR, AUSL FE, AOSP FE	21/07/2010	17.607,04	15.766,96	—	—	—	5.768,40	6.152,96	3.846,60
12	Materiale steris	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	03/06/2010	354.648,78	-7.276,44	-1.776,35	-3.408,00	-239,04	-77,12	-1669,30	-106,63
13	Aghi fistola e CVC dialisi 2	AUSL BOLOGNA	Aosp BO, Aosp Fe, AUSL Imola, Ausl FE	29/04/2010	13.264,68	2.095,08	-11,90	2.760,72	131,40	—	-138,00	-647,14
14	Soluzioni e liquidi conservazione cornee	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, Ausl IMOLA	03/09/2010	215.095,20	-1.596,61	-118,80	0,00	-1.477,81	—	—	—
15	Terapia ferrochelante	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE, AOSP FE	08/09/2010	91.811,18	0,00	0,00	—	—	—	0	0
16	Elettrocateretri fisiologia	AUSL BOLOGNA	AUSL FE, AOSP BO, AOSP FE	03/09/2010	2.293.927,20	138.872,28	43.422,60	-2.508,00	—	—	1.273,08	96.684,60
17	DM ginecologia	AUSL FERRARA	Ausi BO, Ausl Imola, Aosp BO	22/06/2010	62.437,16	4.373,00	4.373,00	0,00	0	—	0	—
18	Defibrillatori ed elettrocateretri	AOSP BO	AUSL BO, AOSP FE, AUSL FE, Ausl Imola	19/03/2010	4.606.552,08	114.264,20	42.448,64	18.200,00	4.680,00	—	1.664,00	47.272,16
19	Suturatrici Echelon ed Echelon Flex	AOSP BO	AOSP FE	02/07/2010	112.592,40	1.796,00	—	1.796,00	—	—	—	0,00
20	Protesi vascolari PTFE stretch con spirina	AOSP BO	Aosp FE, Ausl BO	02/07/2010	65.366,08	0,00	0	—	—	—	—	0,00
21	Materiale consumo microinfusori	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE, AOSP FE	23/09/2010	62.562,84	9.722,37	507,24	—	-281,88	—	-697,54	10.094,55
22	Endoprotesi ortopediche (otto 2 stadi)	IOR	AUSL BO, AUSL FE, AOSP FE	05/10/2010	379.704,00	0,00	0,00	—	—	0	0,00	0
23	Teli chirurgici	AUSL BOLOGNA	Ausi Imola, Ausl FE, IOR	06/10/2010	349.741,44	5.712,67	360,19	—	1.219,20	854,88	3.278,40	—

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg.ne procedura (data)	Importo totale annuo agg.ne IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
24	Termometri analogici	AUSL FERRARA	Ausi Imola, Ausl BO, Aosp BO, Aosp FE	06/10/2010	115.315,20	2.956,80	1.344,00	420,00	184,80	—	84,00	924,00
25	Dispositivi medici con sistema di sicurezza	AUSL BOLOGNA	Ausi FE, Ausl Imola, Aosp FE, Aosp BO	06/10/2010	299.928,00	88.900,00	58.910,00	21.395,00	615,00	—	2.812,00	5.168,00
26	Aghi speciali	AUSL BOLOGNA	AUSL BOLOGNA	18/10/2010	7.512,91	1.031,04	1.031,04	—	—	—	—	—
27	Materiale e servizi ligature	AUSL BOLOGNA	Ausi FE, Ausl Imola, Aosp FE, Aosp BO	19/10/2010	663.452,40	21.850,00	13.000,00	0	650,00	—	3.200,00	5.000,00
28	Materiale ultrastelon	AOSP FE	Ausi BO, AO BO, Ausl Imola, Ausl FE	28/10/2010	1.873.201,00	2.662,40	0,00	0,00	0,00	—	0,00	0,00
29	Laparoscopia	Ausi Bologna	Ausi Imola	15/11/2010	726.000,00	149.623,00	105.782,00	—	43.841,00	—	—	—
30	Materiale mammotome	Ausi Bologna	Aosp BO, Aosp FE, Ausl Imola	22/11/2010	378.168,00	-23.580,00	-7.752,00	-3.216,00	-744,00	—	—	-11.868,00
31	Servizi digitopuntura	AUSL BOLOGNA	AUSL Imola	28/12/2010	33.600,00	0,00	0,00	—	0	—	—	—
32	Drenaggi	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	30/12/2010	783.424,02	112.593,19	29.576,28	38.658,22	2.003,40	26.419,30	7.668,14	8.267,84
33	Radiologia interventistica (otto sezioni)	AUSL BOLOGNA	Aosp BO, Aosp FE	14/12/2010	297.640,56	45.109,20	9.170,40	34.482,40	—	—	—	1.456,40
34	Colliri	AUSL Ferrara	AOSP Ferrara	01/10/2010	11.155,10	0	—	—	—	—	0	0,00
35	Sostanze viscoelastiche (chirurgia oculistica)	AUSL Ferrara	AOSP Ferrara	07/12/2010	85.392,00	1.516,00	—	—	—	—	1.786,00	-270,00
<b>Totale n. gare 35</b>					<b>16.886.045,66</b>	<b>1.054.569,83</b>	<b>352.516,31</b>	<b>193.107,18</b>	<b>57.438,19</b>	<b>34.695,36</b>	<b>38.941,54</b>	<b>195.162,45</b>
<b>Risparmio in %</b>						<b>6,25</b>						

#### ATREZZATURE 2010

N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Agg.ne procedura (data)	Importo totale annuo agg.ne IVA Incl.	Risparmio totale IVA Incl. rispetto spesa storica	Risparmio AUSL BO su spesa storica	Risparmio AOSP BO su spesa storica	Risparmio AUSL Imola su spesa storica	Risparmio IOR su spesa storica	Risparmio AUSL FE su spesa storica	Risparmio AOSP FE su spesa storica
1	Saturimetri portatili	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	05/07/2010	30.100,00	0,00	0,00	0,00	0	0	0	0
2	Servizi reprocessing endoscopi	AOSP FE	Ausi BO, Aosp BO, Ausl Imola	14/09/2010	586.044,00	162.936,00	0,00	0,00	0	—	—	0,00
3	Monitor parametri vitali	AUSL BOLOGNA	IOR, Ausl FE, AO BO	27/09/2010	120.585,78	6.346,62	3.912,30	1.304,10	—	260,82	869,40	—
<b>Totale n. gare 3</b>					<b>736.729,78</b>	<b>169.282,62</b>	<b>3.912,30</b>	<b>1.304,10</b>	<b>0,00</b>	<b>260,82</b>	<b>869,40</b>	<b>0,00</b>
<b>Risparmio in %</b>						<b>22,98</b>						

#### 4) TOTALE PROCEDURE (GARE E RINNOVI)

La tabella n. 4 riassume i dati relativi a tutte le procedure di unioni d'acquisto (gare e rinnovi) espletate nell'anno 2010.

Sono state espletate complessivamente n. 51 procedure di gare in unione d'acquisto relative a B&S sanitari e non sanitari e ad attrezzature: di queste, n. 32 sono state svolte dall'Ausl di Bologna, n. 7 dall'Ausl di Ferrara, n. 5 dall'AOSP di Bologna, n. 4 dall'AOSP di Ferrara, n. 2 dall'Ausl di Imola, n. 1 dallo IOR.

In particolare, si evidenzia che sono state effettuate complessivamente n. 51 procedure per un importo totale di aggiudicazione di €. 44,69 mln. con un aumento di spesa complessivo di €. 1,52 mln. pari all'3,40% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni, servizi e attrezzature acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

Tali ultimi valori risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari al 7,73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

TABELLA 4 - TOTALE PROCEDURE (GARE E RINNOVI) 2010

	N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Aggiudicazione / Rinnovo gara (data)	Importo totale annuo aggiudicazione IVA inclusa	Risparmio totale IVA incl. in valore rispetto bando
BENI E SERVIZI ECONOMICI	1	Elaborazione ricette	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE	26/02/2010	633.204,00	0,00
	2	Carta elettromedicali	AUSL IMOLA	Tutte le Aziende	26/02/2010	280.000,00	88.805,80
	3	Materiale monouso pluriuso	AUSL FE	AUSL BO, AOSP BO	04/03/2010	158.773,00	3.814,00
	4	Archiviazione digitalizzazione cartelle cliniche	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR, AUSL FE, AOSP FE	03/09/2010	889.831,20	363.883,20
	5	Elenco telefonico	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR	26/07/2010	228.000,00	78.000,00
	6	Sistemi smaltimento rifiuti biologici	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, AOSP FE	03/08/2010	610.983,00	347.982,80
	7	Timbri	AUSL FERRARA	Ausl BO, AOSP FE	09/12/2010	47.060,00	0,00
	8	Assicurazione I° rischio ed RC	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	21/09/2010	16.262.306,25	-3.107.310,25
	9	Assicurazione II° rischio	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	29/10/2010	1.222.500,00	-517.500,00
	10	Videocapsule Given per gastro	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, AOSP FE	25/01/2010	242.827,00	1.542,00
	11	Materiale ultracision	AOSP FE	AUSL FE	12/01/2010	200.000,00	0,00
	12	Farmaci fuori prontuario	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	29/03/2010	280.000,00	0,00
	13	Lansoprazolo orodispersibile	AUSL BOLOGNA	Ausl Imola, Ausl FE, AO FE, AO BO	03/05/2010	186.626,00	20.858,37
	14	Cateteri arteriosi e venosi centrali e set per anestesia epidurale	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	03/05/2010	446.594,33	47.155,39
	15	Cefotaxima e Mepivacaina + Adrenalina	AUSL BOLOGNA	Ausl Imola, Ausl FE, AO FE, AO BO	17/05/2010	77.764,28	18.534,33
	16	Farmaci esteri	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	25/05/2010	506.461,89	97.413,60
	17	Farmaco Mifegyne	AUSL BOLOGNA	AUSL FE, AOSP FE	30/04/2010	19.058,49	0,00
	18	Colle chirurgiche (esclusiva)	AOSP BO	AUSL BO, AOSP FE	12/02/2010	66.662,40	4.628,00
	19	Materiale odontoiatrico	AUSL IMOLA	AUSL BO, AUSL FE, AOSP FE	15/07/2010	417.952,00	180.047,00

	N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Aggiudicazione / Rinnovo gara (data)	Importo totale annuo aggiudicazione IVA inclusa	Risparmio totale IVA incl. in valore rispetto bando
<b>BENI E SERVIZI SANITARI</b>	20	Farmaco filgrastim biosimilare	AUSL BOLOGNA	IOR, AUSL FE, AOSP FE	21/07/2010	17.607,04	15.766,96
	21	Materiale steris	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	03/08/2010	354.648,78	-7.276,44
	22	Aghi fistola e CVC dialisi 2	AUSL BOLOGNA	Aosp BO, Aosp Fe, AUSL Imola, Ausl FE	29/04/2010	13.264,68	2.095,08
	23	Soluzioni e liquidi conservazione cornee	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, Ausl Imola	03/09/2010	215.095,20	-1.596,61
	24	Terapia ferrochelante	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE, AOSP FE	08/09/2010	91.811,18	0,00
	25	Elettrocateretri fisiologia	AUSL BOLOGNA	AUSL FE, AOSP FE, AOSP BO	03/09/2010	2.293.927,20	138.872,28
	26	DM ginecologia	AUSL FERRARA	Ausl BO, Ausl Imola, AOSP BO	22/06/2010	62.437,16	4.373,00
	27	Defibrillatori ed elettrocateretri	AOSP BOLOGNA	Ausl FE, Ausl Imola, Ausl BO, Aosp FE	19/03/2010	4.606.552,08	114.264,20
	28	Suturatrici Echelon e echelon flex	AOSP BOLOGNA	AOSP FE	02/07/2010	112.592,40	1.796,00
	29	Protesi vascolari PTFE stretch con eparina	AOSP BO	Aosp FE, Ausl BO	02/07/2010	65.366,08	0,00
	30	Materiale di consumo microinfusori	AUSL BOLOGNA	AUSL IMOLA, AUSL FE, AOSP FE	23/09/2010	62.562,84	9.722,37
	31	Endoprotesi ortopediche (lotto 2 stelo)	IOR	AUSL BO, AUSL FE, AOSP FE	05/10/2010	379.704,00	0,00
	32	Teli chirurgici	AUSL BOLOGNA	Ausl Imola, Ausl FE, IOR	06/10/2010	349.741,44	5.712,67
	33	Termometri analogici	AUSL FERRARA	Ausl Imola, Ausl BO, Aosp BO, Aosp FE	06/10/2010	115.315,20	2.956,80
	34	Dispositivi medici con sistema di sicurezza	AUSL BOLOGNA	Ausl FE, Ausl Imola, Aosp BO, Aosp FE	06/10/2010	299.928,00	88.900,00
	35	Aghi speciali	AUSL BOLOGNA	AUSL BOLOGNA	18/10/2010	7.512,91	1.031,04
	36	Materiale e service ligature	AUSL BOLOGNA	Ausl FE, Ausl Imola, Aosp BO, Aosp FE	19/10/2010	663.452,40	21.850,00
	37	Materiale ultracision	AOSP FERRARA	Ausl FE, Ausl Imola, Aosp BO, Ausl BO	28/10/2010	1.873.201,00	2.662,40
	38	Laparoscopia	AUSL BOLOGNA	Ausl Imola	15/11/2010	726.000,00	149.623,00
39	Materiale mammotome	Ausl Bologna	Aosp BO, Aosp FE, Ausl Imola	22/11/2010	378.168,00	-23.580,00	

	N°	OGGETTO	Azienda capofila	Aziende aderenti	Aggiudicazione / Rinnovo gara (data)	Importo totale annuo aggiudicazione IVA inclusa	Risparmio totale IVA incl. in valore rispetto bando
	40	Service digitopuntura	AUSL BOLOGNA	AUSL Imola	28/12/2010	33.600,00	0,00
	41	Drenaggi	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	30/12/2010	783.424,02	112.593,19
	42	Radiologia interventistica (lotti deserti)	AUSL BOLOGNA	Aosp BO, Aosp FE	14/12/2010	297.640,56	45.109,20
	43	Colliri (importo trimestrale)	AUSL Ferrara	AOSP Ferrara	01/10/2010	11.115,10	0,00
<b>ATTREZZATI</b>	44	Sostanze viscoelatiche per chirurgia oculistica	AUSL Ferrara	AOSP Ferrara	07/12/2010	85.392,00	1.516,00
	45	Saturimetri portatili	AUSL BOLOGNA	Tutte le Aziende	05/07/2010	30.100,00	0,00
	46	Service reprocessing endoscopi	AOSP FERRARA	Ausl BO, Aosp BO, Ausl Imola	14/09/2010	586.044,00	162.936,00
<b>RINNOVI</b>	47	Monitor parametri vitali	AUSL Bologna	IOR, Ausl FE, Aosp BO	27/09/2010	120.585,78	6.346,62
	48	Lame, bisturi e rasoio	AUSL FERRARA	AUSL BO, AOSP FE	13/07/2010	164.763,00	0,00
	49	Elettrodi, frese, lame	AOSP BOLOGNA	AUSL BO, AUSL IMOLA	01/01/2010	885.611,00	0,00
	50	Rassegna stampa	AUSL BOLOGNA	AOSP BO, IOR	24/06/2010	21.600,00	0,00
	51	Gas medicinali e tecnici e servizi accessori	AOSP FE	Ausl BO, Aosp BO, Ausl Imola, Ausl FE	28/10/2010	6.233.333,00	0,00
Totale n. procedure 51						<b>44.698.699,89</b>	<b>-1.520.492,00</b>
Risparmio in %							<b>-3,40</b>

## 5) RISULTATI ECONOMICI PER SINGOLA AZIENDA

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

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

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

\* Il dato presenta differenze rispetto al valore globale indicato in tabella n. 4. Il dato di - 1,94 mln. rappresenta l'aumento di spesa reale conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni, servizi e attrezzature acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti, mentre il dato di aumento globale di €. 1,32 mln. rappresenta il valore calcolato rispetto agli importi indicati nei bandi di gara che comprendono elementi nuovi e diversi rispetto alla spesa storica.



## 6) SINTESI

Le tabelle nn. 5 e 6 propongono il confronto, sia a livello di AVEC che di singola Azienda, tra i risultati dell'attività svolta negli anni 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010: in quest'ultimo anno, a fronte di una conferma del numero medio di procedure concluse (36 nel 2005, 33 nel 2006, 43 nel 2007, 63 nel 2008, 59 nel 2009 e 51 nel 2010) risulta, rispetto al 2009, un aumento dell'importo totale di aggiudicazione (€ 35,02 mln. nel 2005; € 107,28 mln. nel 2006, € 71,08 mln. nel 2007; € 60,05 mln. nel 2008, € 28,24 mln. nel 2009 ed € 44,69 mln. nel 2010). A fronte di tale aumento si registra, per la prima volta, la presenza di un aumento globale di spesa sia in termini di valore (1,52 mln €.) che in termini percentuali (3,40%).

Tali ultimi valori risentono, sia globalmente che per singola Azienda, dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari al 7,73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

**TABELLA 5 - CONFRONTO RISULTATI ATTIVITA'**  
**2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010**

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

\* Comprensivo della gara farmaci che da sola vale 66 mln. di aggiudicato con un risparmio di 8,65 mln.

\*\* I valori registrati risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari al 7,73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

**TABELLA 6 - CONFRONTO RISULTATI AZIENDALI 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010**

	2005	2006*	2007	2008	2009	2010	TOTALE PER AZIENDA
RISPARMIO AUSL BOLOGNA in valore	1.175.388,83	5.042.333,24	643.266,12	1.486.933,06	766.022,01	-927.320,09	8.186.623,17
RISPARMIO AUSL BOLOGNA in percentuale	4,05	5,86	1,25	2,71	2,73	-0,95	
RISPARMIO AO BOLOGNA in valore	879.281,35	3.917.202,04	926.088,87	1.187.322,01	764.242,29	217.112,78	7.891.249,34
RISPARMIO AO BOLOGNA in percentuale	3,03	4,55	1,80	2,16	2,73	0,22	
RISPARMIO IOR in valore	-8.916,39	230.767,78	-121.964,06	-12.993,70	-1.426,36	-355.569,99	-270.102,72
RISPARMIO IOR in percentuale	-0,03	0,27	-0,24	-0,02	-0,01	-0,36	
RISPARMIO AUSL IMOLA in valore	293.617,91	834.106,17	163.737,46	130.370,02	61.623,93	-165.849,09	1.317.606,40
RISPARMIO AUSL IMOLA in percentuale	1,01	0,97	0,32	0,24	0,22	-0,17	
RISPARMIO AUSL FERRARA in valore	182.481,23	62.717,13	259.729,83	374.998,24	244.084,26	-687.301,44	436.709,25
RISPARMIO AUSL FERRARA in percentuale	0,63	0,07	0,51	0,68	0,87	-0,70	
RISPARMIO AO FERRARA in valore	62.166,90	73.715,98	488.443,71	597.926,98	270.759,87	52.811,03	1.545.824,47
RISPARMIO AO FERRARA in percentuale	0,21	0,09	0,95	1,09	0,97	0,05	
<b>TOTALE AREA VASTA***</b>	<b>2.584.019,83</b>	<b>10.160.842,34</b>	<b>2.359.301,93</b>	<b>3.764.556,61</b>	<b>2.105.306,00</b>	<b>-1.866.116,80</b>	<b>19.107.909,91</b>

\* Comprensivo dei risultati ottenuti nella gara farmaci

\*\* I valori registrati risentono dell'espellimento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari al 7,73% con risultati positivi per tutte le Aziende.

\*\*\* I dati presentano differenze rispetto ai valori globali indicati in tabella n. 4 poichè in questo prospetto si rappresentano le variazioni economiche reali rispetto alla spesa storica, mentre nella tabella n. 4 si rappresentano le variazioni economiche calcolate rispetto agli importi indicati nei bandi di gara che comprendono elementi nuovi e diversi rispetto alla spesa storica.

## VALUTAZIONE QUALITATIVA

- **Relazione relativa all'attività svolta dai Dipartimenti Acquisti AVEC**

L'attività della Direzione Operativa, in collaborazione con i Dipartimenti Acquisti delle Province di Bologna e di Ferrara, ha riguardato una serie di attività.

#### RENDICONTAZIONE 2010

La principale attività è consistita nella rendicontazione dei risultati raggiunti nell'anno di riferimento. E' stata preliminarmente definita la programmazione gare per il 2010 caratterizzata, in particolare per il secondo semestre, dalla suddivisione delle procedure tra le Aziende per specializzazione merceologica, pur con alcune eccezioni riferite a procedure che (per ragioni di tempestività, peculiarità e condizioni operative non idonee) sono state svolte al di fuori della suddivisione suddetta.

L'esito complessivo ha portato ad un importo di aggiudicazione di € 44,69 mln. Tale importo ha prodotto un aumento di spesa rispetto alla spesa storica di € 1,52 mln. pari al 3,40%. In tali procedure solo le Aziende Ospedaliere Universitarie hanno registrato una riduzione dei costi.

**Tali ultimi valori risentono dell'espletamento delle due procedure per l'affidamento dei servizi assicurativi, che da sole hanno comportato un aumento di spesa di 3,62 mln. Se si escludono tali procedure, a fronte di una diminuzione dell'aggiudicato a 27,21 mln., si registra un risparmio totale di 2,10 mln. pari all' 7,73%.**

Di queste 51 procedure, n. 9 hanno avuto ad oggetto B&S economici con un importo di aggiudicazione di €. 20,31 mln. ed un aumento di spesa di €. 2,74 mln. pari al 13,51%; n. 35 procedure hanno avuto ad oggetto B&S sanitari portando ad un importo di aggiudicazione di € 16,88 mln. ed un risparmio di €. 1,05 mln. pari al 6,25%; n. 3 procedure infine hanno avuto ad oggetto attrezzature portando ad un importo di aggiudicazione di €. 736.729,78 con un risparmio di €. 169.282,62 pari al 22,98.

Sono stati inoltre rinnovati, alle medesime condizioni economiche, n. 4 contratti relativi a gare degli anni precedenti procedure per un importo di €. 7,30 mln.

#### ATTIVITA' FORMATIVA

Nel corso del 2010, in linea con gli ambiti di attività affrontati dal Dipartimento Acquisti di AVEC, sono state effettuate le seguenti iniziative formative a livello di Area Vasta per gli operatori coinvolti nei processi di acquisto:

- valutazione costi sicurezza e redazione DUVRI;
- direttiva 2007/66/CE (c.d. direttiva ricorsi).



## IMPLEMENTAZIONI INFORMATICHE

Tutte le attività sopra menzionate, sono state realizzate anche tramite l'utilizzo del Portale web dell'Area Vasta Emilia Centrale ([www.avec-rer.it](http://www.avec-rer.it)), attivato nel corso del 2010, con funzioni di interfaccia istituzionale (organi ed organismi dell'Associazione, atti costitutivi, news, ecc.) ed anche come strumento di lavoro per utenti interni ed esterni alle Aziende, tramite accessi autorizzati.

Tramite tale Portale è possibile infatti consultare il sito dedicato alle tematiche previdenziali ([www.prevavec.it](http://www.prevavec.it)) e, a breve, sarà disponibile una nuova sezione relativa alle procedure in unione d'acquisto per beni e servizi svolte a livello di Area Vasta: è prevista la consultazione della documentazione di gara (bandi, capitolati, ecc.) ed anche la possibilità, riservata agli operatori interni delle Aziende Sanitarie, di utilizzare tale strumento per la istruzione delle procedure stesse (in particolare per quanto attiene alla raccolta dei dati che determinano i fabbisogni delle Aziende).

## **RAPPORTI AREA VASTA - INTERCENT-ER**

- **Rendiconto attività 2010 Intercenter per AVEC**
  
- **Tecnici delle Aziende Sanitarie individuati quali componenti dei Gruppi di lavoro e delle Commissioni Giudicatrici**

Le linee guida regionali dedicate all'anno 2010 confermavano il mantenimento di una percentuale minima di committenza nei confronti di Intercent-ER pari al 25% del complessivo volume di acquisti, obiettivo già indicato per il 2009 e realizzato da questa Area Vasta.

Tra le procedure affidate ad Intercent-ER, merita particolare menzione la procedura per l'acquisto di farmaci, di cui è stata aggiudicata una prima *tranche* di prodotti per un valore di circa 320 mln. € e che ha portato ad un risparmio di circa 28,4 mln., pari all'8,2% (vedi il prospetto di dettaglio nelle *tabelle nn. 7 e 8*).

Globalmente, la percentuale del 2010 per l'acquisto, da parte delle Aziende dell'AVEC, di beni e servizi sanitari e non sanitari e di attrezzature a livello regionale si attesta al 26%, come indicato nella *tabella n. 9*, confermando quindi, anche per l'anno di riferimento, la realizzazione dell'obiettivo.

## Tabella 7 - la gara medicinali AVEC: i risultati al 31.12.2010

Di seguito il dettaglio dei risultati ottenuti in fase di negoziazione delle offerte:

Descrizione	nr Lotti	Valore precedentemente pagato	Valore aggiudicato	Risparmio conseguito (in %)
<b>Lotti in gara</b>	<b>1.213</b>	<b>389.265.000</b>		
Lotti ritirati	15 (-)	3.550.000		
Lotti deserti	232 (-)	25.825.000		
Lotti sopra base d'asta non aggiudicabili in gara 1	32 (-)	4.186.000		
Lotti con offerte non idonee	5 (-)	165.000		
Lotti sospesi	8 (-)	9.062.000		
<b>Lotti aggiudicati in gara 1</b>	<b>921</b>	<b>346.477.000</b>	<b>320.105.000</b>	<b>7,61%</b>

} GARA 2

Dato che tali valori sono stati calcolati sulla base dei prezzi attualmente pagati dalle Aziende Sanitarie dell'AVEC tale percentuale di risparmio deve essere intesa come **risparmio reale per il SSR**.

Tale risparmio è comprensivo degli aumenti del payback che sono intervenuti il 1 giugno 2010 e che hanno ridotto il risparmio ottenuto in gara. Dato che tali aumenti sarebbero dovuti essere comunque sostenuti dalle Aziende Sanitarie appare corretto "depurare" il risparmio dagli effetti negativi dell'adesione al payback.

In questo senso il **risparmio reale di assesta sul 8,2%**, per un valore assoluto di circa 28,4 milioni di euro.

L'Agenzia ha successivamente aggiudicato altri 30 lotti in esclusiva che superavano la base d'asta per un valore inferiore al 2% della base d'asta stessa

## Tabella 8 – Gara medicinali: risparmio per Azienda Sanitaria

Di seguito il dettaglio per Azienda Sanitaria dei Lotti aggiudicati nella Gara 1.

Azienda Sanitaria	Valore Aggiudicato	Valore precedentemente pagato con payback	Risparmio conseguito da valore precedentemente pagato con payback (in valore assoluto)	Risparmio conseguito da valore precedentemente pagato con payback %
<b>AUSL BO</b>	107.777.000	118.890.000	11.113.000	9,35%
<b>AO BO</b>	100.853.000	107.907.000	7.054.000	6,54%
<b>AUSL IM</b>	17.513.000	19.213.000	1.700.000	8,85%
<b>IOR</b>	4.534.000	4.945.000	411.000	8,31%
<b>AUSL FE</b>	32.282.000	36.529.000	4.247.000	11,63%
<b>AO FE</b>	57.146.000	61.020.000	3.874.000	6,35%
<b>Totale</b>	<b>320.105.000</b>	<b>348.504.000</b>	<b>28.400.000</b>	<b>8,2%</b>

## Incidenza delle iniziative Intercent-ER sulla spesa delle Aziende Sanitarie per il 2010

- Per il calcolo dell'incidenza delle convenzioni Intercent-ER sulla spesa delle Aziende Sanitarie sono stati considerati gli ordinativi di fornitura stipulati nel 2010 e quelli stipulati negli anni precedenti con efficacia anche nel 2010.
- Si ricorda che la spesa relativa alla gara Farmaci AVEC era già stata contabilizzata nel 2009 pur essendo stata la gara aggiudicata nel 2010; il valore della spesa affrontata è stato aggiornato sulla base dell'effettiva aggiudicazione della gara (per tale motivo la spesa affrontata è decresciuta).
- Rispetto al 2009 si è registrato un aumento medio dell'1%, con un aumento maggiore nell'Area Vasta Romagna (+4%)

	AVEC	AVEN	AVR	TOTALE
TOTALE SPESA ANNUALIZZATA GESTITA DA INTERCENT-ER NEL 2010	210.639.130	351.981.592	157.547.341	716.953.602
SPESA AZIENDE SANITARIE BENI E SERVIZI (DATI DA PRECONSUNTIVO 2009)	822.969.000	986.017.000	456.242.000	2.265.228.000
<b>INCIDENZA INTERCENT-ER</b>	<b>26%</b>	<b>36%</b>	<b>35%</b>	<b>32%</b>

## Incidenza gare Intercent-ER sulla spesa delle AA.SS.

CONVENZIONI	AVEC	AVEN	AVR	TOTALE
ACQUISTO AUTO	26.393	242.964	125.817	395.174
ACQUISTO PC DESKTOP	337.495	112.407	224.648	674.550
ACQUISTO PC NOTEBOOK	129.133	126.586	41.360	297.079
AGHI E SIRINGHE	2.399.410	3.417.418	1.674.832	7.491.660
AMBULANZE	57.971	-	-	57.971
ANTISETTICI E DISINFETTANTI	911.911	835.815	414.092	2.161.818
ARREDI PER UFFICIO E SCOLASTICI	24.335	92.349	28.512	145.196
ARTICOLI DA LABORATORIO	458.927	500.008	300.542	1.259.477
AUSILI PER INCONTINENTI	7.138.156	10.263.162	5.541.297	22.942.615
AUSILI PER INVALIDI	3.628.465	1.543.401	1.812.538	6.984.404
BANCHE DATI	356.116	284.893	260.858	901.867
CARBURANTI AUTO	860.962	408.756	-	1.269.718
CARTA E CANCELLERIA	1.531.394	2.494.090	1.944.208	5.969.692
DERRATE ALIMENTARI	2.840.124	3.801.800	3.402.999	10.044.923
DETERGENTI	97.732	74.496	140.918	313.146
ENDOPROTESI CORONARICHE	1.950.897	4.118.152	1.329.966	7.399.015
ENERGIA ELETTRICA	19.348.480	20.126.598	10.878.342	50.353.419
FACCHINAGGIO 2	1.181.000	167.684	530.325	1.879.009

## Incidenza gare Intercent-ER sulla spesa delle AA.SS.

CONVENZIONI	AVEC	AVEN	AVR	TOTALE
FARMACI	121.000.000	255.925.944	94.363.896	471.289.840
FOBT	308.000	260.000	280.000	848.000
GAS NATURALE	-	-	8.875.432	8.875.432
GLOBAL SERVICE ATTREZZATURE	-	370.364	-	370.364
GUANTI	1.713.122	2.063.158	860.218	4.636.498
GUANTI ANTIBLASTICI	22.800	-	-	22.800
INSERZIONI SU QUOTIDIANI	334.755	165.000	71.400	571.155
LAVANOLO	2.874.973	-	-	-
MANUTENZIONE CENTRALI TELEFONICHE	502.667	328.759	218.837	1.050.262
MATERIALE DA CONVIVENZA	294.700	103.041	90.597	488.338
MEDICAZIONE AVANZATA	1.362.682	1.713.829	952.502	4.029.013
MEDICAZIONE AVANZATA 2	543.059	288.863	267.919	1.099.841
MEDICAZIONE CLASSICA	4.866.619	7.525.726	3.122.740	15.515.085
MEDICAZIONE SPECIALE 2	697.064	260.541	54.333	1.011.938
NOLEGGIO AUTO	33.120	563.549	368.225	964.894
NOLEGGIO AUTO CON CONDUCENTE	262.020	44.400	-	306.420
NOLEGGIO FOTOCOPIATRICI	1.127.706	655.850	407.674	2.191.230
PRODOTTI CARTARI IGIENICO SANITARI	642.213	904.312	163.008	1.709.533

## Incidenza gare Intercent-ER sulla spesa delle AA.SS.

CONVENZIONI	AVEC	AVEN	AVR	TOTALE
SEGNALETICA AZIENDE SANITARIE	239.459	120.989	32.114	392.562
SISTEMI ANTIDECUBITO	1.663.669	2.416.453	571.773	4.651.895
SISTEMI PRELIEVO SOTTOVUOTO	888.511	1.112.883	847.208	2.848.602
SMALTIMENTO RIFIUTI	1.762.847	1.745.131	2.670.255	6.178.233
SOLUZIONI INFUSIONALI	3.421.652	4.527.916	2.110.667	10.060.234
SOMATROPINA	3.925.611	2.598.952	2.257.881	8.782.444
STRISCE ATTIVE DIABETOLOGIA	522.095	735.089	266.822	1.524.006
STRUMENTARIO CHIRURGICO	18.749	104.903	167.617	291.269
TELEFONIA FISSA E TRASMISSIONE DATI	7.870.811	3.739.148	1.814.242	13.424.201
TELEFONIA MOBILE 2	612.153	537.790	462.773	1.612.715
TNT NON STERILE	246.581	587.338	242.081	1.076.000
TNT STERILE	339.489			
VACCINI	5.601.040	10.182.526	5.605.668	21.389.234
VACCINO HPV	955.167	1.562.000	803.000	3.320.167
VIGILANZA	2.706.898	2.226.561	947.206	5.880.665
<b>TOTALE</b>	<b>210.639.130</b>	<b>351.981.592</b>	<b>157.547.341</b>	<b>716.953.602</b>

Le Aziende Sanitarie AVEC hanno contribuito alla programmazione delle gare, alla definizione dei capitolati, alle procedure di aggiudicazione e ai rimanenti settori di azione individuando circa 20 tecnici di cui segue il prospetto riepilogativo.

**PROFESSIONALITA' A.V.E.C. PER GRUPPI DI LAVORO E COMMISSIONI  
GIUDICATRICI GARE INTERCENT- ER ANNO 2010**

<b>Categoria merceologica</b>	<b>Componenti Gruppo di Lavoro</b>	<b>Componenti Commissione Giudicatrice</b>
Antisettici e disinfettanti 2	SPP (Ausl Bologna)	Farmacista (IOR)
Sistemi antidecubito 2	Direzione infermieristica tecnica (Ausl Ferrara)	Da attivare
Dispositivi prelievo sottovuoto 2	Laboratorista AOSP Bologna	Da attivare
Sonde, cateteri, tubi e sacche per urina	Anestesista (Ausl BO) CS rianimazione (AOSP FE)	Da attivare
Lentine intraoculari	Oculista (AOSP BO) Oculista AOSP FE) Farmacista (AOSP FE)	Da attivare
Strisce diabetologia territorio	Pediatra (AOSP BO) Diabetologo (AOSP FE) Farmacista (AOSP BO)	Da attivare
Massa vestiario	SPP (Ausl Bologna)	SPP (AOSP Bologna)
Materiale sterilizzazione	Medico igienista (AOSP BO) Caposala (AOSP FE)	Da attivare
Farmaci	Farmacisti Aziende AVEC	Farmacisti (AOSP BO, AOSP FE)
TNT 2	Medico DS (AUSL FE) IP (AOSP BO)	Da attivare
Sistemi infusionali	IP (AOSP FE)	Anestesista (Ausl Imola)



## Politiche per l'uso razionale dell'energia e il rispetto ambientale

### Politiche per l'uso razionale dell'energia

Tutti gli interventi previsti con la delibera del Direttore generale n° 353 del 29/09/08 per un importo di spesa di 2.236.464,13 di € sono stati interamente realizzati ed hanno portato ad una diminuzione dei consumi complessivi della ns. Azienda, anche se in termini economici il risultato non è altrettanto soddisfacente.

Un esempio per tutti è quello dell'energia elettrica che nonostante la forte diminuzione di consumi nel 2010 rispetto al 2009 del **-6,80%** in termini di **kwh** ha visto un aumento dello **+0,67** in termini di costi.

Di seguito si riportano i dati consolidati del 2010 nel settore energetico raffrontati con il budget 2010 dove si osserva una performance positiva nella telefonia e trasmissione dati; ciò è dovuto ad una azione di recupero crediti ed applicazione penali, mentre per oltre il 50% è dovuto ad una paziente opera di razionalizzazione e rimodulazione della rete telefonica e T.D.

	<b>Budget 2010</b>	<b>Consolidato 2010</b>	<b>Saldo</b>
<b>Energia Elettrica</b>	€ 2.900.000,00	€ 2.582.000,00	<b>€ 318.000,00</b>
<b>Telefonia fissa, mobile e T.D.</b>	€ 1.900.000,00	€ 1.220.000,00	<b>€ 680.000,00</b>
<b>Acqua</b>	€ 360.000,00	€ 367.928,00	<b>-€ 7.928,00</b>
<b>Gestione calore</b>	€ 5.900.000,00	€ 6.135.680,00	<b>-€ 235.680,00</b>
		<b>Complessivo</b>	<b>€ 754.392,00</b>

L'andamento favorevole dei consumi elettrici, l'entrata in funzione degli impianti di cogenerazione ed una politica di risparmio capillare ha favorito un buon risultato complessivo pari ad oltre il 10% Per contro la gestione calore ha registrato un incremento dei costi dovuti alla revisione dei prezzi, all'andamento stagionale sfavorevole ed all'incremento dei volumi riscaldati (attivazione della nuova Villa Verde di Cento e completamento cantiere dell'ospedale di Comacchio, in altri termini è stata registrata una riduzione dei consumi vanificata dalla revisione prezzi e dall'aumento dei volumi riscaldati. Complessivamente il consolidato, rispetto al Budget 2010, registra una positività di 754.000,00 €.

### Politiche Ambientali

Iniziative informative per la promozione dello sviluppo sostenibile rivolte agli operatori aziendali. E' continuata anche nel 2010 l'attività informativa e formativa promossa dal Gruppo Gestione Ambientale. E' stato realizzato nell'anno 2010 un Corso sulla sostenibilità ambientale aperto a tutti gli operatori dell'Azienda.

L'iniziativa è stata anche aperta ai dipendenti della provincia e del Comune che operano nel settore dell'ambiente, in modo da cercare di creare un circolo virtuoso con le realtà locali.

Monitoraggio sulla conformità ambientale alla normativa ambientale nelle Aziende sanitarie.

Sono state compilate e trasmesse le schede predisposte dalla Regione.

Monitoraggio quali/quantitativo sull'adozione delle politiche ambientali, in particolare per quanto riguarda l'applicazione della DGR 1155/2009 e le Azioni per la diffusione degli acquisti verdi nelle Aziende sanitarie.

Continua l'azione di monitoraggio e controllo del GdL SGA in tema di gestione dei rifiuti tramite l'attività formativa (vedi sopra) e i controlli negli ospedali per verificare il corretto smaltimento dei rifiuti speciali e la corretta gestione della raccolta differenziata.

## **Mobilità sostenibile**

Redazione e/o aggiornamento dei Piani di Spostamenti Casa - Lavoro delle Aziende

Sanitarie regionali. E' stato predisposto il questionario per l'indagine degli spostamenti casa-lavoro dei dipendenti ed è stata realizzata da parte dell'ICT la conversione dello stesso in formato informatico. La somministrazione del questionario avrà luogo nel corso del 2011. Da parte del Gruppo Gestione Ambientale e dell'ICT è stata anche effettuata la valutazione di un software, realizzato dall'Università La Sapienza, per la gestione del piano di spostamenti casa-lavoro

*Monitoraggio degli automezzi in dotazione alle Aziende sanitarie.* E' stata realizzata insieme al Dipartimento Tecnico la rilevazione del parco automezzi aziendali in base allo schema predisposto dalla Regione.

## **Sanità Pubblica**

### **Sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili**

#### **Sorveglianza delle malattie infettive**

- **a)** Il sistema di segnalazione regionale, già deliberato in GR il 7/2/05 con Determinazione n.1925, inviato e condiviso con i soggetti interessati - compresi i componenti del Comitato per la prevenzione delle Infezioni in Ambito Sanitario e l'Azienda Ospedaliera Universitaria - viene attuato dal DSP in ambito provinciale ed in regime sia di orario di servizio che di reperibilità, in associazione al corrente sistema di sorveglianza e notifica delle malattie infettive, basato sul Decreto del Ministro della Sanità del 15/12/90, secondo protocolli condivisi e percorsi individuati e ribaditi nei corsi di formazione, così da intervenire rapidamente e circoscrivere rischi ed eventuale contagio.

Sono stati, inoltre, implementati i diversi sistemi di sorveglianza delle malattie infettive (Mif, SEIEVA, TB, ecc.) con il sistema di segnalazione rapida

Indicatore: Gli indicatori- cluster di clostridium, casi di TB, ecc. - saranno elaborati a conclusione dell'anno non evidenziandosi, al momento, scostamenti dai dati regionali.

- **b)** La sorveglianza dei dati di laboratorio è parte integrante del Sistema di segnalazione rapida per malattie specifiche come la tubercolosi, le meningiti batteriche e le malattie invasive batteriche in genere e si attua in stretta collaborazione con i Laboratori dell'Azienda USL, dell'Azienda Ospedaliera e l'Agenzia sanitaria regionale in modo da monitorare la circolazione microbica e sorvegliare il problema delle resistenze.

Indicatore: i laboratori dell'Azienda, nell'ambito del progetto di laboratorio interaziendale, partecipano alla sorveglianza dell'antibioticoresistenza dell'allerta e delle malattie invasive batteriche.

Al fine di implementare i punti A e B è stato organizzato un Corso rivolto al personale del PUO.

#### **Programmi di controllo specifici**

### **a) malattie trasmesse da vettori (in particolare Chikungunya, Dengue, West Nile Disease e altri flavi virus).**

La sorveglianza e il controllo della WND e della febbre da Chikungunya viene attuata, secondo protocolli in uso, che seguono le linee indicate dai Piani di sorveglianza regionale, dei quali sono parte integrante e che prevede:

- la sorveglianza ambientale con acquisizione dei piani di disinfestazione (larvicida e adulticida) dei comuni della provincia, la cui attuazione è periodicamente monitorata
- la sorveglianza sanitaria sui casi sospetti
- la sorveglianza veterinaria
- sono stati realizzati corsi di formazione rivolta al personale scolastico con istituzione di un concorso a premi rivolto alle scuole e corsi di formazione specifici per il personale di vigilanza delle Polizie municipali.
- L'attività di vigilanza sui siti sensibili.

### **b) legionellosi**

– E' stato istituito il gruppo di coordinamento aziendale per la sorveglianza della legionellosi e l'applicazione del documento regionale sul controllo della malattia.

E' stata realizzata una procedura locale per l'effettuazione del campionamento specifico, che viene applicata di concerto con ARPA locale e con l'applicazione del sistema della segnalazione rapida dei casi se si verifica un caso di legionellosi in strutture sanitarie e termali.

– Sono effettuati controlli, a campione, sulle strutture ricettive e sullo stabilimento termale con esecuzione di campioni di acqua .

Indicatore: il gruppo, in corso di determina da parte del Nucleo Operativo Infezioni Sanitaria, è dallo stesso coordinato. Sarà cura dello stesso dare attuazione al documento di valutazione del rischio nelle strutture sanitarie.

### **c) HIV, AIDS ed epatiti**

Il controllo delle epatiti viene attuato con il sistema SEIEVA, oltrechè garantendo le vaccinazioni specifiche alle categorie previste – compresa la vaccinazione antiHBV in caso di infortunio secondo quanto ribadito con C.R.7/09 – il controllo dei viaggiatori, dei contatti di malattia e dei migranti.

Indicatore: il servizio di sorveglianza regionale per le nuove diagnosi di HIV, secondo quanto previsto dal DM del 31/03/2008, pubblicato sulla GU del 28/07/2008, prevede un flusso informativo- automatico -dai Reparti di Malattie Infettive al Servizio di prevenzione regionale, che ci viene comunicato nell'ambito della Commissione provinciale AIDS: i nuovi casi, trasmessi, per il 2010 sono ad oggi 23.

La procedura relativa agli infortuni accidentali con esposizione a virus epatitici e da Hiv, aggiornata da parte dell'SPP, è in corso di validazione e deve adeguarsi alla ristrutturazione interaziendale del Laboratorio.

### **d) Tubercolosi**

Il controllo viene attuato secondo quanto previsto dalle Circolari Regionali e dalle linee guida presentate nella Consensus Conference dell'8 giugno 2008, recepite con documento regionale e si basa soprattutto sul:

- individuazione e controllo dei contatti dei casi con terapia dell'infezione latente
- screening mirato degli immigrati
- sorveglianza del completamento della terapia in caso di malattia
- sorveglianza delle resistenze
- screening degli ospiti del carcere. Tale screening viene attuato secondo quanto disposto da indicazioni specifiche del Ministero dell'Interno con il supporto, per la valutazione del 2° livello, del pneumologo aziendale individuato.



## **Programmi vaccinali**

### **a) *Mantenere e consolidare i livelli di copertura raggiunti per tutte le vaccinazioni previste dal calendario regionale.***

- Per tutte le vaccinazioni previste nel 1° anno di vita sono stati ampiamente confermati gli obiettivi del 95% (DT, polio, epatite B, Hib), così come la copertura vaccinale per tutte le altre vaccinazioni raccomandate (MMR a 24 mesi e 13 aa > al 95%, polio a 24 mesi, meningococco a 16 aa 87%, HPV con 3 dosi nelle coorti del 97 e 98 74,2% e coorte del 1999 con una dose 60%),
- è garantita la vaccinazione dei bambini a maggior rischio,
- è, altresì, garantita la vaccinazione dei carcerati, effettuata in accordo con le richieste della direzione medica del carcere stesso.

### **b) *Prevenzione della rosolia congenita e della varicella in gravidanza***

- Sono implementate tutte le iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione della rosolia congenita e del morbillo, vista l'epidemia che ha coinvolto molte aziende regionali ed altre regioni del nord : sono stati, a questo proposito presi contatti con scuole, centri di accoglienza per donne immigrate e ogni altra iniziativa utile al recupero, specie delle non vaccinate in età fertile e dei giovani che non hanno ricevuto la 2° dose di MMR.
- Viene offerta, consensualmente la vaccinazione contro la varicella, che è stata inserita anche nel protocollo delle vaccinazioni da proporre al personale sanitario suscettibile.
- Sono stati attivate collaborazioni con i reparti di ginecologia e ostetricia delle due Aziende , oltrechè con le strutture consultoriali per implementare ulteriormente entrambe le vaccinazioni.
- E' stato effettuato un Corso rivolto al personale dei Servizi/Reparti coinvolti nell'offerta nel maggio 2010.

### **c) *Vaccinazione antinfluenzale delle categorie a rischio***

- La campagna vaccinale è in corso di programmazione con azioni volte a consolidare ed implementare i livelli già raggiunti.
- Nella campagna 2009/10 la copertura negli ultrasessantatrenni è stata del 76, negli operatori sanitari del 30%, < al 40% per le categorie a rischio sanitario di età < ai 65 anni; pur essendo attualmente ancora in corso la campagna 2010-2011, si ha ragione di ritenere che le percentuali summenzionate saranno sostanzialmente confermate, in linea con le medie regionali
- La campagna di vaccinazione è stata realizzata anche nell'ambito del carcere.
- Anche per la prossima stagione epidemica viene attuata la sorveglianza delle ILI (sindromi simil-influenzali).

Per implementare la vaccinazione nelle persone a rischio per patologia :

- sono stati forniti, ad ogni MMG, gli elenchi nominativi dei propri assistiti a rischio in modo da sollecitarli alla vaccinazione
- le persone a rischio per patologia sono state, inoltre, invitate con lettera a sottoporsi alla vaccinazione stessa dal proprio medico o presso i nostri ambulatori
- si è reso disponibile un numero telefonico, cui fare riferimento per chiedere informazioni
- sono stati allertati ed informati gli URP
- i Reparti ospedalieri che hanno in carico pazienti a rischio hanno ugualmente, di concerto, sollecitato la vaccinazione.

Per sollecitare la vaccinazione antinfluenzale dei medici e del personale sanitario – particolarmente importante – sono:

- stati coinvolti sia le Direzioni sanitarie che l'SPP con il medico competente d'Azienda.
- state diffuse, oltre ai comunicati stampa e a quanto previsto per la popolazione in generale, informative specifiche
- stati coinvolti i responsabili del rischio infettivo (medici e coordinatori infermieristici) come opinion leader, ai quali è stata illustrata la malattia, la vaccinazione e la sua importanza nell'ambito dei Corsi sul rischio clinico e la prevenzione della patologia infettiva.
- State ampliate le disponibilità orarie del nostro Servizio per favorire l'accessibilità alla vaccinazione.

## **Programmi di screening oncologici**

### **SCREENING DEI TUMORI DELLA CERVICЕ UTERINA**

E' in corso dal mese di ottobre 2008 il quinto round triennale organizzativo, la cui conclusione è prevista a settembre 2011, periodo in cui avrà inizio il sesto round.

La popolazione target dell'anno in corso, corrispondente a circa 34.000 donne residenti e domiciliate in fascia di età 25-64 anni, viene regolarmente convocata, tramite invito postale, a sottoporsi al test di screening (pap test).

Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con sollecito.

Nel corso del 2010, gli inviti alla popolazione target hanno registrato un avanzamento del programma pari al 99% ed una adesione all'invito corretta pari al 64%.

Sono state avviate le procedure di implementazione del nuovo software di gestione dello screening utilizzato a partire dal 1/12/2010:

- migrazione dei dati storici relativi a 14 anni di attività
- verifica e validazione dei dati storici
- integrazione con l'anagrafica centralizzata CUP
- impatto dei dati anagrafici storici con l'anagrafe centralizzata
- configurazione del sistema con gestione del primo livello e del follow-up
- corso di formazione alle ostetriche
- corso di formazione ai ginecologi colposcopisti.

L'adeguatezza del nuovo programma consente una gestione informatizzata dei dati garantendone affidabilità, corretta gestione e puntualità dei flussi informativi.

### **SCREENING DEI TUMORI DELLA MAMMELLA**

Nell'anno in corso è attivo il settimo round biennale organizzativo la cui conclusione è prevista a ottobre 2011. Il test diagnostico di screening (mammografia) viene regolarmente offerto alla popolazione target annuale (circa 25.300 donne residenti e domiciliate in età compresa tra 50 e 69 anni). Inoltre, come previsto dalla programmazione regionale, a partire da gennaio 2010, lo screening è stato esteso ad altre fasce di età includendo così la popolazione femminile 45-49 (con cadenza annuale, pari a circa 14.000 donne) e 70-74 (con cadenza biennale, pari a circa 12.330 donne).

Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con sollecito.

Nel corso del 2010, gli inviti alla popolazione target, assicurano un avanzamento del programma pari al 105%, ed una adesione all'invito corretta, considerando anche le nuove fasce di età, pari al 71% ( del 76,7% considerando solo le donne dai 50 ai 69 anni).

## **SCREENING DEI TUMORI DEL COLON RETTO**

Dal mese di marzo 2009 è attivo il terzo round biennale, la cui conclusione è programmata a marzo 2011. La pianificazione delle attività relative all'anno in corso prevedono l'offerta dello screening alla popolazione target composta da circa 50.000 donne e uomini, residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni.

Nel corso del 2010, gli inviti alla popolazione target hanno registrato un avanzamento del programma pari al 119% ed una adesione all'invito corretta pari al 55%.

Tutti i programmi di screening aderiscono alle iniziative di controllo di qualità messe a punto a livello regionale, aderiscono altresì ai programmi regionali di formazione e aggiornamento. Inoltre i gruppi tecnico scientifici che costituiscono il coordinamento interaziendale, sono impegnati, unitamente all'Ufficio di Coordinamento Screening, ad assicurare la continuità dei percorsi diagnostico terapeutici.

### **Continuità e integrazione multidisciplinare dei percorsi diagnostico-terapeutici**

Screening mammografico: 15% degli interventi chirurgici, conseguenti a esito positivo del test, sono eseguiti entro 60 gg;

Screening mammografico: 96% degli esiti normali sono comunicati entro 21 gg dalla mammografia di screening;

Screening colon retto: 33,6% delle colonscopie sono eseguite entro 30 giorni dalla data del test positivo;

#### **d) Registri tumori di popolazione, generali e di patologia**

La Regione Emilia Romagna, allo scopo di portare a completamento i Registri Tumori su tutto il territorio regionale, ha supportato la progettazione del Registro Tumori di Area Vasta dell'Emilia Centrale. Sono state quindi coinvolte direttamente l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda USL di Bologna che risultava essere ancora sprovvista di un Registro tumori generali di popolazione.

La strutturazione di un Registro di Area Vasta, tra le due Aziende, costituisce una risposta con ottimale livello di efficienza a questo problema, come auspicato anche a livello regionale, e rappresenta un passo fondamentale verso la copertura totale del territorio regionale.

L'attivazione ormai prossima del Registro Tumori di Area Vasta costituirà una realtà di sintesi conoscitiva nel campo dell'epidemiologia dei tumori; lo studio dei percorsi diagnostici ed assistenziali consentirà il monitoraggio diretto della storia clinica dei pazienti oncologici per età e patologia selezionando in tal modo l'età pediatrica.

### **Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori**

#### **a) garantire le attività di vigilanza ed assistenza**

Le Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) riportate nei dati forniti dall'INAIL risultano essere, nella la Provincia di Ferrara e nell'anno 2010, 16.053. Le aziende che il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro doveva controllare, in attività di vigilanza e sulla base dell'obiettivo assegnato del 9% delle PAT, era per il 2010 pari a 1.485 Unità Locali.

Nonostante una evidente contrazione dell'organico, nel corso del 2010 il SPSAL ha controllato in attività di vigilanza 1.494 aziende, come risulta dai report di fine anno inviati anche in Regione, con un aumento di 281 Unità Locali controllate rispetto all'anno 2009, raggiungendo pienamente l'obiettivo assegnato.

**b) garantire le attività previste dal Piano regionale edilizia 2009-2011**

Il Piano regionale edilizia 2009-2011 prevedeva per il 2010 e per il SPSAL di Ferrara lo svolgimento di attività di vigilanza in 300 cantieri edili. Nel 2010 l'attività di vigilanza in edilizia ha interessato in Provincia di Ferrara 374 cantieri edili, per cui l'obiettivo assegnato è stato pienamente raggiunto.

**c ) Assicurare almeno il mantenimento dei livelli di attività preesistenti delle Unità Operative Impiantistiche Antinfortunistiche.**

Per l'anno 2010, in conseguenza del verificarsi di eventi non dipendenti dalla volontà della struttura scrivente, non sono stati mantenuti i livelli di attività consolidati negli anni precedenti.

I motivi che hanno portato alla diminuzione del numero di prestazioni, sono imputabili a:

- modifica della normativa di riferimento (entrata in vigore del dlgs 81/08 modificato con dlgs 106/09) con la quale vengono modificate le periodicità di verifica (da un anno si è passati a 2 o 3 anni in funzione del tipo di attrezzatura) in particolare si è avuta una diminuzione delle verifiche di impianti "ad alta resa" con tempo di verifica limitato in forza della elevata concentrazione quindi si è lavorato maggiormente su macchine per le quali necessita un tempo maggiore per l'erogazione delle prestazioni che inevitabilmente ha comportato la diminuzione del totale delle verifiche effettuate;
- calo della cantieristica in generale con riduzione delle richieste di intervento
- fermo prolungato degli impianti in alcune aziende del polo chimico
- rallentamento generale della già scarsa attività economica del territorio provinciale.

**d) assicurare la realizzazione delle azioni programmate dal Comitato regionale di coordinamento e dal relativo Ufficio operativo**

Tutte le azioni programmate dal Comitato regionale di coordinamento hanno avuto piena ricaduta nell'attività del SPSAL. In particolare le azioni programmate dal Comitato hanno avuto ricadute operative nei pareri richiesti per i nuovi insediamenti produttivi, nell'attività di formazione e informazione, nell'attività congiunta con altri ENTI che in provincia si occupano di prevenzione negli ambienti di lavoro, nelle attività di prevenzione nelle scuole, in agricoltura e in edilizia. L'obiettivo è pertanto da ritenersi raggiunto.

**e) Garantire le attività previste nell'ambito del piano regionale Grandi opere.**

Le grandi opere non sono presenti nell'azienda USL di Ferrara.

**Programmi di promozione della salute e di prevenzione. Piano Regionale della Prevenzione.**

**a) Predisposizione del nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012.**

Il Dipartimento Sanità Pubblica di Ferrara ed in particolare il MO Epidemiologia hanno contribuito alla redazione e pubblicazione del Piano Regionale della prevenzione con il capitolo "ambiente e salute"

**b) Sistema di sorveglianza sui comportamenti riferiti.**

Garantite le attività riguardanti il sistema di sorveglianza PASSI, , le attività di comunicazione e divulgazione dei risultati dell'indagine PASSI d'argento, svolta nel 2009, attività di comunicazione e divulgazione dei risultati dell'indagine HBSC sui comportamenti e stili di vita degli adolescenti.

Il sistema PASSI ha funzionato con qualche difficoltà nel 2010 e per tre mesi non sono state fatte interviste.

Per l'anno 2010 l'obiettivo indicato dalla regione è realizzato al 90%.

Le difficoltà sono legate alla cessazione dell'incentivo economico, corrisposto negli anni precedenti, e a una certa stanchezza sopravvenuta tra le 7 intervistatrici .

PASSI D'ARGENTO è stata data notizia dei risultati dell'indagine Passi d'argento ai referenti locali dell'indagine e fornita copia del report ai referenti che lo hanno richiesto. È stata data illustrazione dei risultati principali in occasione di incontro con i referenti MMG per un audit sul Rischio cardiovascolare.

HBSC È programmata l'inclusione dei risultati dell'indagine HBSC nel profilo di salute degli adolescenti, in via di preparazione (sarà pubblicato nel corso del 2011) e destinato primariamente ai componenti la CSST, richiedente.

### **c) Supporto ai programmi di promozione della salute e di prevenzione**

Nel corso del 2010 è stata rafforzata la rete già esistente di relazioni tra Azienda Usl di Ferrara, terzo settore e i servizi educativi.

Obiettivi specifici:

#### **a) Uso del DVD "Paesaggi di prevenzione" in ambito scolastico.**

Paesaggi di prevenzione è un progetto che stanno portando avanti le USL della Regione Emilia Romagna. Gli operatori coinvolti sono dipendenti USL e operatori scolastici. Il progetto, che rientra nel contesto del programma ministeriale "Guadagnare Salute" nasce dall'esigenza di promuovere azioni per combattere i principali fattori di rischio delle malattie croniche (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà) attraverso strumenti che privilegiano una comunicazione per la salute in tutte le fasce di età.

Obiettivo specifico: acquisire conoscenze e competenze per la pianificazione condivisa ed il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del processo, dagli studenti agli operatori sanitari.

Per la realizzazione del progetto si sono tenuti 6 incontri formativi per gli operatori delle USL. Questi incontri hanno permesso di acquisire le conoscenze per l'utilizzazione del DVD Paesaggi di Prevenzione.

A cascata è stata realizzata la formazione da parte degli operatori USL agli insegnanti coinvolti nel progetto attraverso due moduli formativi:

Le tematiche trattate nel primo modulo formativo hanno riguardato:

- presentazione del progetto Paesaggi di Prevenzione
- gli strumenti di supporto metodologico per la realizzazione di scuole che promuovono salute
- utilizzazione del DVD
- presentazione delle 5 aree tematiche (percorsi didattici)

Le tematiche trattate nel secondo modulo formativo:

- simulazioni pratiche delle metodologie interattive (brainstorming, analisi immaginativa, scrittura creativa, laboratorio scientifico esperienziale, problem solving, gioco di ruolo) applicate alle aree tematiche prescelte

Complessivamente gli incontri con gli insegnanti sono stati 9.

Inoltre sono stati somministrati questionari pre-intervento (555) nelle 6 scuole campionate (3 di controllo e 3 che attueranno il progetto).

#### **b) Prevenzione incidenti domestici: l'attività è stata avviata nel corso del 2010 ma non portata a termine a causa di cambiamenti nell'assetto organizzativo.**

c) Promozione della attività fisica: questa azienda ha attivato già dal 2008 un programma di attività motoria rivolto anche agli anziani fragili in collaborazione con coordinamento aziendale programma anziani anziani fragili presi in carico dal Mod Attività Motoria anno 2010 : n. 232

d) Prescrizione dell'attività fisica: il Centro di medicina dello sport è stato attivato nel 2009. Dal 2010 all'interno del centro hanno operato due strutture che prescrivono e somministrano attività fisica rispettivamente a soggetti dismetabolici e a soggetti affetti da cardiopatie. È stata inoltre aperta una palestra di avviamento all'attività motoria per persone con dismetabolismi.  
 n. accessi attività motoria 2010 soggetti affetti da cardiopatie pregresse : 2700  
 n. accessi attività motoria 2010 soggetti con dismetabolismi :164  
 n. accessi palestra di avvio all'attività motoria: 1147

e) Piano ambiente costruito:

Non si sono tenuti corsi di formazione perché l'iter di approvazione delle linee guida si è rilevato più lungo del previsto e non sono ancora state approvate , i corsi sono slittati al 2011.

f) Prevenzione incidenti stradali: il programma è stato presentato per la prima volta all'assemblea dell'Osservatorio provinciale per la sicurezza stradale di Ferrara tenutasi il 17 novembre 2009.

Nel mese di dicembre 2009 è stata convocata e realizzata presso il DSP la prima riunione di un gruppo di lavoro aziendale con all'ordine del giorno l'individuazione degli interlocutori esterni utili per l'attivazione di un programma in linea con l'obiettivo.

Sono emerse criticità legate alla mancanza di risorse di personale aziendale da dedicare al programma incrementate dalla necessità di spendere molto tempo per ricercare le indispensabili collaborazioni con le scuole.

Altre due riunioni hanno avuto luogo nel corso del 2010 presso la Prefettura di Ferrara il 1° aprile 2010.

Presso il Dipartimento di Sanità Pubblica il 17 novembre con un rappresentante del CSA e il rappresentante dell'UNASCA.

## Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria

### ANAGRAFE ZOOTECNICA

Obiettivo	Controlli programmati	Controlli svolti
attuazione dei controlli su almeno il 5% degli allevamenti bovini di cui al Reg. 1082/2003	12	12
attuazione dei controlli su almeno il 3% degli allevamenti ovicaprini di cui al Reg. CE 1505/2006	5	5
attuazione dei controlli su almeno il 1% degli allevamenti suini di cui al decreto legislativo 196/99 e succ. modifiche, secondo le indicazioni di cui alla nota DGSA.II/12882 del 29 ottobre 2007	4	4

L'obiettivo è stato raggiunto secondo la standard regionale fissato.

### **CONTROLLO SELVATICI\_ nota prot. N.173942 del 16.07.2008)**

L'obiettivo, finalizzato alla efficace realizzazione del piano regionale di monitoraggio della fauna selvatica (nota regionale prot. n. 93237 del 31/03/10), prevede la sottoscrizione di un protocollo operativo tra gli Enti coinvolti per la realizzazione del piano. Il protocollo è stato condiviso e sottoscritto dai rappresentanti del Servizio Protezione Flora e Fauna della Provincia, del Corpo di Polizia Provinciale, dell'Istituto Zooprofilattico e dell'Area Veterinaria scrivente ed inviato alla Regione con nota prot. n. 36934 del 27/4/2010.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### **CANI CON AGGRESSIVITÀ NON CONTROLLATA (DGR n. 647/07)**

L'attività consiste nell'individuare i casi di "cani con aggressività non controllata" mediante una valutazione comportamentale dei cani segnalati come morsicatori, secondo una metodologia codificata, ed imputare le informazioni nello specifico data base regionale "Gestione Morsicature".

Al 31/12/2010, sono stati controllati n. 257 cani morsicatori, tutti registrati nel data base regionale, pari al 100%.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### **FARMACO-SORVEGLIANZA (DLgs 193/06)**

Sono stati controllati il 100% dei grossisti di farmaci veterinari, pari a n. 3 strutture controllate, e il 52,3% delle farmacie, pari a n. 68 strutture controllate su 130 esistenti. Le farmacie selezionate per il controllo sono state quelle non controllate nel 2009 o risultate non conformi alla precedente ispezione.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### **PIANI SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO**

Il piano di campionamento consente di valutare, in diverse categorie di alimenti, il livello di conformità ai criteri di sicurezza alimentare previsti dal Regolamento 2073/05/CE. In tal modo si ottiene una stima del livello di contaminazione degli alimenti prodotti e distribuiti a livello provinciale, contribuendo a valutare il livello di rischio per i consumatori e ad orientare la programmazione degli interventi di controllo.

Il riscontro di valori non conformi determina l'adozione immediata di provvedimenti per la salvaguardia della salute dei consumatori, attraverso il sistema nazionale di "Allerta alimenti" che prevede, in determinati casi, il rintraccio e il ritiro del prodotto contaminato o sospetto, dal commercio.

L'attività di campionamento è stata programmata sulla base delle indicazioni regionali che specificavano numero e matrici da campionare, modalità di campionamento e parametri analitici da ricercare. I campioni sono stati programmati sia nella fase di produzione degli alimenti, da effettuare presso stabilimenti e/o laboratori, sia nella fase di distribuzione, presso i punti vendita al dettaglio. I campioni prelevati vengono conferiti al laboratorio IZS locale nel più breve tempo possibile, mantenendoli a idonea temperatura di conservazione. L'attività viene distribuita nell'arco di 9 mesi, evitando di campionare nei mesi più caldi per non incorrere in "non conformità" della temperatura del campione al momento del conferimento al laboratorio, pressoché inevitabili quando la temperatura esterna è molto elevata.

Per il 2010 sono stati programmati, in base al piano regionale, n. 110 campioni, di cui n. 109 realizzati al 31/12/2010, pari al 99,1%, eseguiti conformemente alle indicazioni regionali rispetto alle strutture presso cui campionare, alle matrici, alle determinazioni analitiche, al numero di unità campionarie e di aliquote richieste a seconda del tipo di campionamento.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

Gli interventi di campionamento ufficiale eseguiti presso le strutture che costituiscono gli anelli della catena alimentare dei prodotti di origine animale, in particolare nella fase produttiva primaria, rappresentano un indispensabile

strumento di sorveglianza sulla attività svolta dagli Operatori del settore alimentare coinvolti.

Il prelievo di campioni, a corollario delle altre attività di Controllo ufficiale, deriva da piani nazionali attuativi di norme europee e, tale attività, viene assegnata nell'ambito di una rete coordinata di istituzioni sanitarie per la Sicurezza Alimentare (Ministero, Regione, Istituti Zooprofilattici).

I dati ottenuti consentono, tra le altre cose, di monitorare il territorio per quanto concerne il rischio chimico ambientale ed aggiungono informazioni sul livello di contaminazione degli alimenti da parte di nuove molecole, agenti patogeni emergenti o sull'utilizzo di sostanze vietate negli animali produttori di alimenti, secondo le indicazioni dell'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare.

Il riscontro di valori non conformi impone l'adozione di provvedimenti immediati a salvaguardia della salute dei consumatori anche attraverso il sistema nazionale "Allerta Alimenti" e "Allerta mangimi" che prevedono, in determinati casi, il rintraccio e il ritiro del prodotto contaminato o sospetto dal commercio.

Tutti i dati rilevati alla conclusione dei programmi annuali, opportunamente elaborati e confrontati su base epidemiologica a livello regionale e nazionale, consentono inoltre di valutare i rischi nelle diverse filiere produttive: carne, latte, uova, prodotti della pesca, miele e loro derivati per la periodica revisione dei piani stessi.

In base all'assegnazione dei piani regionali si è effettuata per il 2010 una programmazione riguardo la calendarizzazione dell'attività (mese), la scelta dell'impianto/azienda presso cui campionare (valutazione di rischio), la matrice e la ricerca, la correttezza ed adeguatezza dei provvedimenti da intraprendere a seguito di riscontro di esito non favorevole, la puntuale risposta ai debiti informativi stabiliti.

I campionamenti sono stati eseguiti in accordo alle procedure definite a livello aziendale.

Sono stati eseguiti, al 31/12/2010, i seguenti interventi:

	Campioni programmati	Campioni eseguiti	%	standard
Piano Micotossine	12	12	100	95%
PNR – PRR (Piano nazionale residui)	101	101	100	95%
PNAA, OGM (alimentazione animale)	104	104	100	95%
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici)	31	32*	103	95%

\*attivazione nuovo impianto 2° sem.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

Per quanto riguarda la correttezza di matrici prelevate e sostanza da ricercare, nessuna segnalazione di non conformità è pervenuta, con correttezza del 100% su matrici e ricerche previste.

L'andamento degli obiettivi al 31/12/2010, per piano di sorveglianza malattie infettive degli animali, è riportato nelle tabelle seguenti.

Tubercolosi, brucellosi, leucosi bovina e brucellosi ovi-caprina

	Allevamenti da controllare	Allevamenti controllati	%	standard
Tubercolosi (bovini)	80	80	100	98%
Brucellosi e Leucosi (bovini)	89	89	100	98%
Brucellosi (ovi-caprini)	89	89	100	98%



	Capi da controllare	Capi controllati	%	standard
Tubercolosi (bovini)	4341	4341	100	98%
Brucellosi e Leucosi (bovini)	702	702	100	98%
Brucellosi (ovi-caprini)	6940	6940	100	98%

• BSE, controlli clinici in allevamento bovino

	Allevamenti da controllare	Allevamenti controllati	%	standard
BSE	193	189	98	98%

Blue Tongue

	Capi da controllare	Capi controllati	%	standard
Blue Tongue (bovini)	3400	3630	107	98%

Malattie del pollame (Influenza aviare, Salmonellosi, Pullorosi, New Castle D.)

	Allevamenti da controllare	Allevamenti controllati	Capi controllati	%	standard
Salmonella	7	8	-	114	98%
Influenza aviaria	-	26	1390	-	-

Malattie dei suini (Mal. vescicolare, Peste suina classica e Malattia di Aujeszky)

	Capi da controllare	Capi controllati	%	standard
MVS/PCS/Aujeszky	247	247	100	98%

West Nile Disease (WND)

	Sentinelle da controllare	Sentinelle controllate	%	standard
WND (equini)	21	30	142,8	98%

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

## BENESSERE ANIMALE

Costituisce un indispensabile strumento di sorveglianza sull'attività svolta dagli operatori del settore alimentare (OSA). In particolare, gli obiettivi regionali riguardano il benessere animale nel trasporto e la protezione degli animali durante la macellazione, due momenti particolarmente critici della vita degli animali zootecnici, in accordo con quanto previsto dalle norme, che richiedono che tali eventi avvengano in condizioni tali da ridurre al minimo la sofferenza degli animali.

Il macello rappresenta un punto di elezione per eseguire controlli sul benessere durante il trasporto, in quanto il veterinario è costantemente presente durante le operazioni di macellazione. Inoltre, per quanto attiene al pollame, che ha un limitato valore economico e quindi rischia minori attenzioni durante il trasporto, risulta ancora più importante verificarne le condizioni di benessere all'arrivo al macello avicolo.

Il riscontro di eventuali non conformità impone di adottare provvedimenti immediati per la tutela del benessere animale.

Trasporto di animali				
	Eventi controllabili	Eventi Controllati	Risultato	Standard
Controllo al macello del 10% degli automezzi	21	8	38%	10%
□Controllo al macello del 3% delle partite di animali in entrata a seguito di lunghi viaggi	0	0	-	3%
Controllo al macello del 2% delle partite di animali in arrivo per brevi viaggi	792	36	4,5%	2%
Macellazione				
	Controllati programmati	Controllati eseguiti	Risultato	Standard
Controllo protezione degli animali durante la macellazione	3	3	100%	100%

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

#### **QUALIFICAZIONE DEL PERSONALE**

Nel corso del 2010 hanno partecipato al corso regionale di formazione per "auditor qualificato" n. 10 operatori ADSPV, n. 7 medici veterinari e n. 3 tecnici della prevenzione, pari al numero di posti messi a disposizione dalla Regione (in tabella sono inseriti, per completezza, anche i n. 4 tecnici della prevenzione dell'UOIAN che hanno fatto il percorso).

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

#### Audit di qualificazione

Gli audit su Operatori del Settore Alimentare (OSA), la cui programmazione è responsabilità del Direttore ADSPV con il supporto dei responsabili di MO, oltre al controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare, hanno lo scopo di garantire la qualificazione o il mantenimento della qualifica degli auditor per la sicurezza alimentare.

La programmazione dell'anno 2010 è stata indirizzata, quindi, a garantire la partecipazione a 4 audit agli auditor in qualificazione (veterinari e tecnici della prevenzione che hanno partecipato nel 2009 alla 6° o alla 7° edizione del corso "Sviluppo nuove competenze valutative", più un recupero di un partecipante della 5° edizione), e ad 1 audit agli auditor già qualificati al fine del mantenimento della qualifica (requisito regionale di almeno 4 audit in un triennio).

Tutti gli audit si sono regolarmente svolti nei mesi programmati (tranne l'audit n. 2 SA/IAPZ, rinviato da maggio a novembre), sono stati eseguiti secondo quanto previsto dalla PUO Attività di Controllo Ufficiale (doc-web n. 1754) e dalla IOUO Controllo ufficiale mediante Audit (doc-web n. 2600).

La raccolta della documentazione di ogni audit svolto, utile al fine della rendicontazione alla Regione per la qualificazione o il mantenimento della qualifica del personale, è curata e custodita dal Referente SICAL per l'ADSPV, che è il Responsabile Qualità ADSPV.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

## **MANUALE DELLA QUALITÀ SIAN-SVET**

### **Manuale della qualità SVET**

È stata prodotta la revisione del Manuale della Qualità dell'ADSPV, pubblicata su doc-web (doc. n. 1784, rev. 2 del 25/10/2010).

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### **RISOLUZIONE NON CONFORMITÀ DEL SISTEMA**

A seguito dell'audit regionale di sistema del dicembre 2008 e del rapporto di audit pervenuto, la Direzione ADSPV, con nota prot. n. 61674 del 16/7/09, ha espresso le proprie considerazioni e individuato le azioni correttive o di miglioramento da intraprendere, relativamente ad ogni singolo requisito risultato non perfettamente conforme. Tra le azioni che sono state poi attuate, si cita:

- l'emissione della Procedura ADSPV "Corresponsione degli indennizzi in applicazione di misure di Polizia Veterinaria", doc. n. 2738, vers. 1 del 30/08/2010
- l'emissione della Procedura dipartimentale "Taratura dei termometri", docweb n. 2774, vers. 1 del 26/10/2010
- il documento del Direttore del DSP prot. n. 92398 del 16/11/2010 "Valutazione dei rischi professionali degli Operatori dell'ADSPV" (ex art. 28 del D.L.vo 81/08 e s.m.i.)
- l'emissione dell'istruzione operativa di ADSPV "Campionamento di alimenti di OA", doc-web n. 2768, vers. 1 del 25/10/10, pubblicata su doc-web
- l'emissione del "Piano Emergenze Epidemiche Veterinarie", doc-web n. 2821, vers. 1 del 17/11/2010.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### **Manuale della qualità SIAN**

Il manuale della qualità U.O.IAN è stato prodotto in bozza a giugno 2008 interfacciandosi con l'Ufficio Qualità Aziendale che ha contestualmente fornito sia il supporto formativo che metodologico ed ufficialmente pubblicato in doc web, dopo validazione della Direzione, in data 6/11/2008 revisionato in data 27/11/08. Nel corso del 2009 si è proceduto a revisionare il Manuale della Qualità specialmente alla luce della pubblicazione dell'Atto Aziendale e dell'entrata in vigore del D.L.vo 194/2008 (modalità di rifinanziamento dei controlli sanitari ufficiali). Il manuale è stato pubblicato in doc web in data 21/12/2009 (doc.nr.1797 del 15/12/2009).

Contestualmente si è proceduto a revisionare, implementare ed approvare le procedure/istruzioni/modulistiche successivamente pubblicate in doc web attivando gruppi di lavoro che hanno in questa maniera condiviso il percorso Qualità iniziato dall'U.O.IAN.

L'U.O.IAN nel caso in cui si rilevino delle Non Conformità (NC), in esito a VII od in esito a Reclami, in applicazione della specifica PG Gestione delle non conformità (doc. Nr. 1733 - versione 1 del 30/10/2008) si attiva nella loro gestione, registrandole, descrivendole e se del caso gestendole con l'apertura di Azioni Correttive e Preventive (AC/AP), declinate al fine di risolvere e/o cambiare e/o convalidare l'area, il processo e le funzioni.

Tutte le non conformità aperte nel del 2007/2008/e 2009 sono state oggetto di verifica e di chiusura come riportato nelle schede di AC/AP, nei verbali di AUDIT INTERNI e nei verbali di AUDIT DI SISTEMA.

L'implementazione del sistema procedurale dell'Ufficio Qualità dell'UO IAN è proseguito nel corso del 2010 con la revisione della procedura inerente il CU presso i depositi e le piattaforme e della modulistica in dotazione (scheda controllo ufficiale) e con la partecipazione alla stesura delle procedure dipartimentali

## **AUDIT**

### **Audit SVET**

La responsabilità è del RQ Aziendale con la collaborazione del RQ ADSPV, e viene svolta secondo la PG "Gestione delle verifiche ispettive interne" doc. n. 1466, vers. 2 del 20/03/2009.

I risultati degli audit interni 2009 sono stati presentati in riunione plenaria a tutto il Personale dell'Area Veterinaria, nel corso di appositi incontri all'inizio del 2010, nei quali si sono indicate le azioni correttive da mettere in campo e deciso un programma di ulteriori verifiche interne per il 2010.

Quindi, il Direttore ADSPV ha emesso un "Programma audit interni – anno 2010" (nota prot. n. 64258 del 02/8/2010) che prevedeva verifiche presso ognuno dei 5 Uffici territoriali, sulla gestione del sistema della qualità, su aspetti specifici riguardanti gli obiettivi regionali o di budget e le verifiche di follow-up.

In fase di programmazione, si era prevista la medesima composizione dei team di verifica che avevano svolto gli audit interni del 2009, vista la finalità di effettuare un follow-up rispetto ai requisiti risultati non pienamente conformi nel 2009. In fase di realizzazione, poi, si sono resi necessari alcuni rimaneggiamenti della composizione dei team, che hanno consentito il regolare svolgimento delle verifiche. I rapporti di audit sono in corso di redazione. In tabella è riportato il quadro dell'attività di audit interno, in un caso svolta con la collaborazione dell'Ufficio Qualità aziendale.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### ***SUPERVISIONE***

Per dare attuazione all'obiettivo sono state messe in campo le seguenti principali azioni:

- nel Piano di lavoro 2010 dell'ADSPV (prot. n. 26798 del 23/03/2010) si è previsto di attivare un sistema di supervisione, quale particolare aspetto dell'attività di formazione, addestramento ed affiancamento al fine di affinare ed uniformare le capacità tecniche degli operatori, mediante la socializzazione delle migliori conoscenze disponibili nel servizio, attraverso un confronto diretto e sul campo tra operatori.
- si è proposto e attivato l'Obiettivo di budget 2010 per la dirigenza dal titolo "Implementazione e svolgimento dell'attività di supervisione nello svolgimento dell'attività di controllo ufficiale", responsabile il RQ ADSPV
- si è emessa la Procedura di ADSPV "Attività di Supervisione", doc. n. 2767, vers. 1 del 21/10/2010, pubblicata su doc-web.

La procedura descrive le modalità di programmazione, svolgimento e valutazione delle attività di Supervisione dell'ADSPV, individuando attività di supervisione programmata:

- il piano audit OSA, dove la supervisione è rivolta a auditor in qualificazione o mantenimento della qualifica
- i programmi di inserimento di veterinari e tecnici della prevenzione nuovi assunti
- l'affiancamento di veterinari e TdP in attività di controllo di tipo ispettivo

e attività di supervisione non programmata:

- prove "di campo" di applicazione di nuove procedure o istruzioni operative
- approfondimento collegiale di situazioni complesse al fine di condividere le conclusioni del CU.

Per quanto riguarda lo stato di attuazione delle azioni relative all'obiettivo, la supervisione programmata rivolta agli auditor in formazione o mantenimento è stata completata (vedi obiettivo Audit di qualificazione).

L'attività di inserimento di nuovi assunti, che nel 2010 ha riguardato 2 dirigenti veterinari SA, 2 dirigenti veterinari IAPZ e 1 tecnico della prevenzione, è in corso di attuazione in conformità a quanto previsto dalla PUO "Inserimento

personale neo-assunto” doc. n. 1804 doc-web. La documentazione dell’attività svolta è agli atti.

La supervisione non programmata viene rendicontata mediante software Avelco.

L’obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

## **Audit SIAN**

### *Audit interni.*

In linea con le indicazioni regionali e del Reg. CE 882/04, in conformità alla Procedura Aziendale “Gestione delle Verifiche Interne” è stato richiesto all’UQ Aziendale, con nota prot.930 del 8/1/2010, di programmare n.1 VII. Le VII sono state condotte nel corso del 2010 dall’Ufficio Qualità Aziendale con la partecipazione, quali auditor, di alcuni operatori dell’UO IAN assicurando il principio di indipendenza.

In particolare gli audit, come documentato dai rapporti agli atti della scrivente UO sono stati condotti nelle seguenti sedi e date

Sede	Data	Ambito
Copparo	18/3/2010	Estensione (oggetto) della verifica: SGQ: 4.2.5, 4.2.6, 4.3.8, 4.3.9, 4.3.10, 4.3.11, 4.4.13, 4.4.14, 4.4.15, 4.4.16, 4.6d 29, 4.6f, 4.735 36, 6. 6a 41: Procedura CU Centro produzione pasti; CU trasformazione vegetale; Cu produzione primaria, 6.c-45 Procedura Esportazioni, Procedura gestione malattia trasmesse da alimenti del Manuale “Requisiti di funzionamento per SIAN
Comacchio	8/4/2010	
Ferrara	1/4/2010	
Portomaggiore	22/4/2010	
Cento	29/4/2010	
Sede-Qualità	4/11/2010	Feed back audit 2008; requisiti di funzionamento oggetto dell’ audit di sistema RER del 23/11/2010

L’UO IAN ha previsto attività di supervisione nella conduzione di attività di controllo ufficiale (campionamento, ispezione e audit su OSA) di particolare complessità identificando degli “operatori esperti della materia”. L’attività di supervisione ha lo scopo di “affinare” le capacità tecniche degli addetti al controllo ufficiale, mediante la “socializzazione” delle migliori conoscenze disponibili nei servizi, attraverso un confronto diretto e sul campo.

L’attività di Supervisione consiste nella conduzione, da parte di un operatore riconosciuto qualificato per quel tipo di attività, di Campionamenti, Ispezioni, Audit su OSA o di VII, congiuntamente con un altro operatore in addestramento o incaricato delle attività di controllo presso l’OSA oggetto di supervisione.

## **SISTEMA INFORMATIVO**

### ***Sistema Informativo SVET***

La registrazione dell’attività di controllo ufficiale dell’ADSPV già da diversi anni avviene su apposite schede di controllo ufficiale (SCU e schede di NC&P), aderenti ai modelli regionali.

Nel corso del 2010 è stata emessa una revisione di tali documenti, allegati dell’Istruzione operativa “Compilazione Scheda CU e Scheda NC e prescrizioni”, doc. n. 1785, vers. 3 del 29/07/2010, pubblicata su doc-web.

I documenti emessi, conformi ai modelli regionali, sono i seguenti:

“Scheda Controllo Ufficiale Ig. Alimenti O.A.”

“Scheda rilevazione non conformità e prescrizioni I.A.O.A.”

“Scheda Controllo Ufficiale Sanità Animale/Ig.Allevamenti e P.Z.”

“Scheda rilevazione non conformità e prescrizioni Sanità Animale/Ig.Allevamenti e P.Z.”

L’istruzione operativa fornisce, inoltre, le modalità di compilazione di tali documenti, con lo scopo di assicurarne la completezza e l’omogeneità, anche al fine di un’uniforme registrazione dell’attività sull’applicativo Avelco, in aderenza a quanto previsto dalla P.U.O. “Attività di Controllo Ufficiale”.

Tale procedura, doc n. 1754, vers. 2 del 18/06/2010, precisa anche le eccezioni alla regola, cioè un elenco positivo di casi in cui non è prevista la compilazione della SCU.

In caso di sopralluoghi congiunti tra Operatori ADSPV e l’UO Igiene Alimenti e Nutrizione, vengono, invece, utilizzate schede specifiche, approvate dal Direttore del DSP come documenti dipartimentali: “Scheda di Controllo Ufficiale Congiunto”, doc. n. 2181, vers. 1 del 18/06/2009 e “Scheda Rilevazione Non Conformità e Prescrizioni” doc. n. 2182, vers. 1 del 18/06/2009.

Il sistema di gestione della documentazione dell’ADSPV prevede, inoltre, l’identificazione univoca dei documenti emessi durante il Controllo ufficiale, mediante un codice che viene stampato su etichette adesive, distribuite agli operatori in maniera controllata. Ai fini della rintracciabilità dei documenti, il numero della scheda viene registrato nel database Avelco, in appositi campi.

Come richiesto dal modello regionale, anche gli esiti del controllo vengono registrati, come conformi (SI) o non conformi (si, no, NO), unitamente ai provvedimenti adottati e alle prescrizioni impartite, registrate con il termine concesso per l’adeguamento. Il software, inoltre, fornisce all’operatore, all’apertura della sessione, un “alert”, all’approssimarsi della data prevista per il follow-up.

L’obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### ***Sistema Informativo SIAN (SISTEMA INFORMATIVO-AVELCO).***

In data 12/1/2010 l’UO IAN è entrata in PRODUZIONE con il sistema AVELCO.

In seguito alla segnalazione delle criticità emerse in fase di utilizzo del Programma e su segnalazione da parte del REFERENTE AVELCO dell’UO IAN ha provveduto a fornire le indicazioni per la risoluzione del problema nonché a apportare modifiche (se previste dal contratto) al sistema.

Si è altresì provveduto a richiedere e ad apportare alcune personalizzazioni nelle tabelle e nelle query. Inoltre si è richiesto al Dipartimento ICT la visione sui dati del CUP per avere la possibilità di accedere agli elenchi delle persone iscritte ai corsi alimentaristi e stampare i relativi attestati.

A tutt’oggi sono state pubblicate in DOC WEB le seguenti INDICAZIONI OPERATIVE:

- Indicazioni per la registrazione delle NOTIFICHE su AVELCO  
**doc. Nr. 2475 - versione 1** del 09/02/2010
- Indicazioni per l’aggiornamento Anagrafe ditte su AVELCO  
**doc. Nr. 2478 - versione 1** del 12/02/2010
- Indicazioni per la registrazione Controllo Ufficiale e Provvedimenti su AVELCO  
**doc. Nr. 2504 - versione 1** del 15/03/2010
- Indicazioni pianificazione annuale su AVELCO  
**doc. Nr. 2564 - versione 1** del 07/05/2010

ed è stata prodotta e pubblicazione in DOC WEB un “Istruzione Scopetta” per aggiornare l’anagrafica congiunta UO IAN e ADSPV- Indicazioni operative eliminazione ditte doppie  
**doc. Nr. 2636 - versione 1** del 29/07/2010.

Il sistema permette di assolvere al debito informativo Ministeriale, RER e Aziendale.

## **QUALITÀ DEI CAMPIONI**

### ***Qualità dei campioni SVET***

Al tal fine si sono attuate le seguenti azioni:

- si è data attuazione al sistema di registrazione delle Non Conformità Interne, segnalate dagli stessi operatori dell'ADSPV o dal laboratorio IZS che riceve i campioni
- è stata emessa l'istruzione operativa di ADSPV "Campionamento di alimenti di OA", doc-web n. 2768, vers. 1 del 25/10/10, pubblicata su doc-web. L'istruzione, che ha come obiettivo quello di garantire corrette modalità di prelievo, formazione e trasporto del campione al fine di assicurare la validità, sia sul piano tecnico che formale, delle analisi eseguite, contiene un indicatore di risultato focalizzato sulla qualità del campionamento (n. campioni e/o verbali non conformi / n. campioni prelevati), al fine di individuare i criteri di valutazione dell'attività. Si è, inoltre, pubblicato su doc-web il "Verbale campionamento tamponi ambientali", doc-web n. 2278 vers. 1 del 11/09/09.
- è stata emessa l'istruzione operativa "Campionamento del latte in allevamento e presso i distributori automatici", doc-web n. 2822, vers. 1 del 17/11/2010, pubblicata su doc-web. L'istruzione regola le modalità di campionamento del latte presso le aziende zootecniche di produzione latte e presso i distributori automatici di latte nell'ambito dei piani di controllo ufficiale previsti dalle norme in materia di sicurezza alimentare

Istruzioni per il campionamento di altre matrici (es. PNR, PNAA) sono già presenti nel sistema documentale dell'ADSPV.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### ***Qualità dei campioni SIAN***

Nel corso degli ultimi mesi del 2010 è prevista la formalizzazione di una check list per la verifica oggettiva a campione della compilazione di tutti i modelli di verbali di campionamento attualmente in uso all'UOIAN.

## **ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE**

Pianificazione e realizzazione di un sistema di rotazione del personale.

Il Direttore ADSPV, conformemente a quanto espresso nei piani di lavoro degli ultimi anni, ove si prevede di effettuare ogni anno la rotazione del personale sul 20% degli impianti esistenti, con nota prot. n. 24236 del 12/3/2010 ha comunicato l'effettuazione di n. 23 avvicendamenti su un totale di n. 86 impianti, pari al 27%. Le nuove assegnazioni di responsabilità dei veterinari ufficiali sono state formalizzate con specifiche lettere di incarico, a far data dal 01/02/2010.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

## **SISTEMA DI INDAGINE SUI RISCHI COMPARTAMENTALI IN ETA' EVOLUTIVA**

In attuazione del programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", finalizzato alla prevenzione delle malattie croniche e nell'ambito del Protocollo d'Intesa del 05/01/2007 tra l'ex Ministero della Salute e l'ex Ministero della Pubblica Istruzione, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità/Cneps il coordinamento del Progetto nazionale "Sistema di indagine sui rischi comportamentali in età evolutiva 6 – 17 anni". Il progetto, denominato "Okkio alla salute" prevede un sistema di raccolta di informazioni relative ai bambini delle scuole primarie. La sorveglianza, che ha cadenza biennale, ha visto nel 2010 l'avvio della seconda rilevazione, per il monitoraggio dello stato nutrizionale degli alunni di terza classe di scuola primaria attraverso la registrazione di misure antropometriche (peso ed altezza) e la raccolta di informazioni sulle abitudini alimentari, sull'attività fisica e sui

comportamenti sedentari. Il campione della provincia di Ferrara era composto da 21 classi di 18 scuole. L'U.O.I.A.N. con le sue dietiste ha campionato tutte le classi per un totale di: 389 alunni che hanno aderito, 19 che sono risultati assenti e 8 i cui genitori hanno rifiutato si sottoponessero alla visita e alla compilazione dei test. In conclusione si è realizzato il 100% delle rilevazioni dei dati su base provinciale

## **ZOONOSI**

- Attuazione del piano regionale di sorveglianza malattie trasmesse da insetti vettori
- Con riferimento alla Leishmaniosi canina, sono stati controllati i 5 cani presenti nel territorio provinciale, con effettuazione di prelievi ematici complessivamente su n. 293 cani e n. 43 catture entomologiche. Inoltre, sono stati esaminati per WND n. 215 volatili e 80 trappole per catture entomologiche. L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

## **PIANO DI ATTUAZIONE DELLA L.123/2005 CELIACHIA**

L'U.O. IAN conforme a quanto previsto dalla normativa vigente in materia CELIACHIA (Legge 123/2005 "Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia"), ha ritenuto opportuno realizzare dei corsi di formazione rivolti a tutti gli Operatori del settore Alimentare (OSA) della ristorazione collettiva presenti sul proprio territorio. Nel corso dei 9 mesi sono stati realizzati n.6 interventi formativi, raggiungendo quota partecipanti n. 152. Al fine di verificare, da un lato, le conoscenze degli OSA e, dall'altro, l'efficacia dei corsi, sono stati somministrati dei questionari riguardanti la Celiachia, prima dello svolgimento del corso e immediatamente dopo il corso. Inoltre ai suddetti corsi di formazione hanno partecipato anche i Tdp dell'U.O. IAN.

## **GEOREFERENZIAZIONE DELLE STRUTTURE COLLEGATE DIRETTAMENTE CON ALLEVAMENTI**

La maggior parte delle strutture presenti nelle anagrafiche sono state georeferenziate e il completamento è in corso. L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

## **PROGETTO MICROBIOLOGIA PREDITTIVA**

### ***Progetto Microbiologia Predittiva SVET***

Al fine di garantire la partecipazione al percorso formativo, si è programmata, la partecipazione di tutti gli Operatori dell'ADSPV sulle diverse edizioni disponibili, che si è poi realizzata.

L'obiettivo è stato raggiunto secondo lo standard regionale fissato.

### ***Progetto Microbiologia Predittiva SIAN***

Nel corso del 2010 è stata garantita la partecipazione al corso di formazione realizzato nell'ambito del progetto di MICROBIOLOGIA PREDITTIVA dei seguenti operatori

- n.4 DIR REF LOC / 4 DIR qualificati nell'esecuzione dei controlli ufficiali
- n.14 Tecnici di Prevenzione/ 16 Tecnici di Prevenzione

**per un totale di 18/20 operatori equivalente al 90%.**



# Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri

## Dipartimento Salute mentale e Dipendenze Patologiche

### Attuazione DGR 313/2009 “Piano attuativo salute mentale 2009 – 2011

Formalizzazione piano sulla modalità di accesso ai servizi dipartimentali e sulle interfacce tra le diverse UO del Dipartimento (passaggio NPIA - Psichiatria adulti, gestione casi doppia diagnosi, ecc., ).

Applicazione circolare regionale 16/2009 “disciplina delle contenzioni fisiche negli SPDC”.

Attività propedeutiche a un programma di ammodernamento della gestione delle emergenze-urgenze e dei ricoveri per acuti.

L'attivazione di una Unità di valutazione multidisciplinare che rivaluti gli inserimenti degli utenti del DSM-DP in strutture sociosanitarie.

- 1) Formalizzazione piano sulle modalità di accesso ai servizi dipartimentali e sulle interfacce tra le diverse UO del Dipartimento (passaggio NPIA - Psichiatria adulti, gestione casi doppia diagnosi, ecc., ).

Rispetto agli anni passati è stato migliorato l'accesso alla cittadinanza alle visite psichiatriche programmate per adulti nel Distretto Ferrara Centro Nord con la costituzione di un gruppo di operatori (medici ed infermieri) dedicati alle prime visite ed accoglienza; inoltre nell' U.O. SMRIA la prenotazione per visita NPI passa attraverso CUP. Nel 2009-2010 è stata elaborata una Procedura di passaggio dei minori da SMRIA-UONPI alla rete sociosanitaria degli adulti; storicamente tra il Ser.T e UO psichiatria adulti c'è un protocollo per la cura integrata delle doppie diagnosi, che è stato potenziato attraverso un altro protocollo :quest'ultimo prevede la disponibilità di 1 posto letto allo SPOI dell' H. del Delta per i casi di etilismo. Con l' Università si è giunti alla delibera del DAI e l' integrazione clinica didattica tra le U.O..Tutte le integrazioni tra le U.O. interne del DAI SM DP sono progettate ,programmate e valutate nel Comitato del Dipartimento che si incontra 10 volte all' anno con O.d.G .dedicati.

- 2) Applicazione circolare regionale 16/2009 “disciplina delle contenzioni fisiche negli SPDC”.

La circolare regionale è stata completamente realizzata ; sono stati nominati i due gruppi aziendali, il primo con il compito di aggiornare le procedure sulle misure di sicurezza individuale e valutare ogni 6 mesi il numero delle contenzioni; il secondo con il compito di eseguire audit in caso di contenzioni che durino più di 24 ore (non ce ne sono state). Il report semestrale è stato inviato in Regione,poi è già stato analizzato in Regione con i Direttori dei DSM e poi è stato riportato in sede dipartimentale per la condivisione con gli operatori ferraresi .

- 3) Attività propedeutiche a un programma di ammodernamento della gestione delle emergenze-urgenze e dei ricoveri per acuti. Il Dipartimento ha deciso di migliorare l' integrazione tra Psichiatria adulti, 118 , Polizia Municipale e Forze dell' Ordine durante l' esecuzione del T.S.O. , che è uno dei tanti problemi dell' Urgenza in Psichiatria. E' stato aperto un tavolo in Prefettura a Ferrara; sono stati realizzati 4 incontri ; abbiamo scritto la procedura di esecuzione del TSO, che ancora non è in forma definitiva. Nel corso del 2010 sono continuati gli incontri (n. 2) tra operatori del SPDC, dello SPOI, delle Residenze a trattamento intensivo e di SPT per migliorare l' integrazione e poter rispondere in maniera efficiente ai ricoveri in urgenza.

- 4) L'attivazione di una Unità di valutazione multidisciplinare che rivaluti gli inserimenti degli utenti del DSM-DP in strutture sociosanitarie. Nel 2010 i tre

distretti dell' az. USL di Ferrara hanno costituito tre gruppi UVM , con gli operatori previsti ( relative delibere); sono stati analizzati circa 300 pazienti , dei quali 200 circa ex-OP, 70 pazienti della nuova cronicità e 30 pazienti ospitati in Unità abitative. Questi dati sono stati condivisi con i Comuni e i Distretti, inviati in Regione e poi pubblicati assieme a quelli degli altri Dipartimenti in un volume edito dal Centro Stampa Regionale.

5) Nell'ambito del **Programma Leggieri**, il DAI SM DP dell'Azienda USL di Ferrara nel 2010 ha articolato obiettivi distrettuali finalizzati alla gestione condivisa con MMG di alcuni casi clinici selezionati a Ferrara, a Portomaggiore e a Cento. Inoltre uno specifico gruppo di lavoro psichiatrico nel distretto Centro Nord, collabora per l' integrazione del progetto Leggieri in Area Vasta. Inoltre si sta progettando un set di specifici items in Efeso per la registrazione degli interventi secondo lo schema proposto dal Progetto Leggieri, un adeguamento della denominazione degli interventi (consultazione, consulenza, cura condivisa) e la diffusione di un linguaggio condiviso tra DSM e medicina di Base.(Adeguamento del sistema informatico in relazione al Progetto Leggieri).Il Modulo psichiatrico sopradetto porterà i dati di integrazione tra psichiatria e MMG alla condivisione dei due Dipartimenti ed anche in Area Vasta (il programma è svolto in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie).

### **Programma dipendenze patologiche**

In attuazione degli obiettivi previsti dal Programma Regionale si conferma la realizzazione delle attività:

- il SerT, Spazio Giovani, Area Giovani e Promeco sono stati promotori del Progetto Asterix, nell'ambito della prevenzione e conoscenza degli stili di consumo sviluppando un coordinamento per gli interventi precoci dedicati ad adolescenti e giovani adulti consumatori di sostanze.
- In relazione alla collaborazione con le forze dell'ordine, localmente l'Azienda Usl attraverso il Direttore del SerT, partecipa ad un Tavolo di lavoro coordinato dalla Prefettura del quale fanno parte i responsabili delle Forze dell'ordine, del Comune, della Provincia e della Scuola. E' in fase di realizzazione un documento che verrà assunto come "Linee Guida per la prevenzione e il contrasto del consumo di sostanze in ambito scolastico".
- Nel capitolo Emergenza-Urgenza il SerT ha dato piena attuazione alle richieste di consulenza/formazione in SPDC tenendo conto che per sua natura organizzativa, non essendo un servizio d'urgenza, risponderà nel minor tempo possibile.
- Riguardo ai Percorsi differenziati per l'accesso e i trattamenti per gli utenti ai Servizi, particolare attenzione è stata posta agli adolescenti e giovani adulti creando équipe e percorso dedicato, con attuazione dell'interfaccia con lo SMRIA. Anche le donne alcoliste seguono percorsi specifici.
- Nel capitolo Aumento del numero di utenti SerT che si sottopongono allo screening Hiv, Hbv e Hcv, il SerT di Ferrara è capofila di questo progetto per l'intera regione, dopo aver discusso e raccolto le procedure/accordi/collaborazioni di tutti i SerT, Comunità Terapeutiche e Case Circondariali presenti in Regione, sta concludendo il lavoro di stesura delle "Buone pratiche e Linee guida" in merito all'obiettivo sopra citato.
- L'obiettivo da DGR 1109/2009 su accertamento assenza tossicodipendenza e assunzione sostanze in determinate categorie di lavoratori è in piena attuazione.

In attuazione degli impegni previsti dall'Accordo Regione – Coordinamento Enti ausiliari:

- sono in via di definizione gli accordi locali con gli enti accreditati mediante stipulazione di contratti di fornitura specifici con ciascuna Comunità Terapeutica,

- nel corso dell'anno il Comitato di Programma ha monitorato la spesa e programmato interventi su progetti speciali,
- sono in piena attuazione le raccomandazioni del Progetto regionale Rex per una migliore interfaccia tra i SerT e le Strutture per la gestione dei percorsi residenziali dell'utenza.
- E' stato realizzato uno studio per analizzare le cause degli abbandoni precoci in Comunità Terapeutica e sulla base dei risultati emersi è stato programmato un progetto innovativo focalizzato sugli audit per l'"abbandono precoce".

## **Programma Disturbi del comportamento alimentare**

Adozione programma DCA aziendale. Il DAI SM DP dell'Azienda USL di Ferrara nel corso del 2010 ha attivato un piccolo gruppo di riferimento per la definizione del **Percorso Disturbi del Comportamento Alimentare**, con il coinvolgimento, tramite l'aggiornamento di un precedente protocollo, del Centro ospedaliero sui DCA dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale Sant'Anna.

Il gruppo ha effettuato diversi incontri, a livelli diversi, effettuando la ricognizione sia dei casi DCA adulti in trattamento (presso il Centro ospedaliero, presso Psichiatria adulti, Neuropsichiatria infantile adolescenza e Sert), sia delle risorse impegnate. E' stato portato a termine un protocollo di integrazione tra il DSM adulti e il Dipartimento Sanità Pubblica Igiene degli alimenti per 30 prime visite annuali (con relativi controlli) a favore di pazienti adulti con doppia diagnosi.

Si stanno elaborando nuovi percorsi d'integrazione per quanto riguarda il trattamento e la diagnosi dei minori. Questo è il campo più problematico. Nella contrattazione annuale di budget si è cercato di valutare e richiedere le risorse minime necessarie per la partenza del programma anche in ambito adolescenziale. Non è stato attivato il grande gruppo aziendale di valutazione dei percorsi DCA, né ancora nominato il team leader.

L'UO SMRIA partecipa a tutti gli incontri previsti sia del tavolo regionale sia di quello provinciale formalmente convocati. Sono in fase di conclusione **a)** protocollo che descrive l'attività consulenziale del **Team liaison** di Smria-Uonpia presso la pediatria dell'Ospedale aziendale del Delta, **b)** percorso clinico assistenziale interno per i pz DCA. È in preparazione **c)** un documento d'interfaccia - protocollo di collaborazione con il Centro DCA dell'AOU Sant'Anna sull'invio all'UO dei minori d'età, la dimissione/passaggio a rete a 18 anni e le forme di collaborazione per i casi a particolare complessità. Infine è prevista **d)** la collaborazione con il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (Sian) per l'utilizzo delle dietiste territoriali.

## **Programma regionale autismo**

L'UO SMRIA partecipa attivamente agli incontri del tavolo regionale, e ha contribuito attivamente alla compilazione dei requisiti presentati il 3/12/10 a Bologna. L'attività diagnostica si esplica mediante l'integrazione del lavoro di tre educatrici professionali nel team funzionale provinciale dedicato alle tematiche dello spettro autistico (rappresentato in ciascuna delle Equipe territoriali). Il **Team sviluppo** di Smria-Uonpia funziona efficacemente ed efficientemente come spoke del sistema PRIA (cioè un secondo livello interno all'UO).

## **Disturbi Specifici Apprendimento (DSA)**

L'UO SMRIA ha recepito la direttiva regionale sui DSA e utilizza il modulo regionale per la segnalazione. Riguardo al rispetto dei tempi vi sono difficoltà, solo in parte superabili con l'aumento dell'efficienza e della produttività: resta il problema delle risorse. Si è comunque concluso il 25/10/10 segnalato in

accordo con le scuole i bisogni specifici per ogni bambino. Si sono rinnovate le certificazioni ex L.104 per le situazioni DSA più complesse e in comorbidità psicopatologica. Il **Team scuola** di Smria-Uonpia ha completato la bozza della procedura che recepisce le linee regionali in vista dell'Accreditamento specifico nel 2011. I protocolli esistenti sono anche all'attenzione del gruppo regionale a motivo del loro valore intrinseco. Riguardo all'adeguamento degli strumenti diagnostici, sono in parte già ordinati e in parte da ordinare con il fondo vincolato. Si ipotizza anche la sperimentazione di diagnosi più celeri in due mezze giornate. Riguardo al trattamento, è in corso l'adeguamento previsto dalla nuova legislazione sugli strumenti dispensativi e compensativi, grazie anche allo stimolo delle riunioni aziendali e dipartimentali avvenute nel corso del 2010.

## **Flussi informativi**

Con Decreto Ministero della Salute 11/06/2010 è stato istituito il Nuovo Sistema informativo nazionale per le dipendenze (SIND). La sostanziale novità introdotta dal SIND riguarda il debito informativo delle Aziende Sanitarie nei confronti del Ministero, in altre parole si passerà dalle schede di dati aggregati all'invio di tracciati record individuali e anonimi.

Lo scopo è di raggiungere l'obiettivo prioritario definito dall'Osservatorio Europeo di Lisbona relativo all'invio di informazioni comparabili, attendibili e anonime sulle caratteristiche delle persone sottoposte al trattamento per il consumo di droga negli Stati membri.

La Regione Emilia-Romagna ha attivato un gruppo di lavoro al fine di adeguare i flussi informativi previsti da SistER alle nuove richieste definite dal nuovo sistema informativo nazionale SIND che si è concluso con l'adozione del documento regionale SIDER - SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA che istituisce il flusso informativo SIDER dei Servizi per le dipendenze pubblici della Regione Emilia-Romagna.

Nell'anno 2010 l'Osservatorio Dipendenze Patologiche dell' Azienda UsI di Ferrara ha svolto le seguenti attività:

1- Partecipazione alla stesura del Documento regionale SIDER - SISTEMA INFORMATIVO DEI SERVIZI PER LE DIPENDENZE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA nelle specifiche previste nell'allegato tecnico che affronta i contenuti e la codifica delle variabili, il tracciato record e i controlli, la modalità di invio dei dati e le scadenze, il controllo e la validazione delle informazioni.

In particolare l'Osservatorio di Ferrara ha dato un contributo specifico nella stesura delle indicazioni relative alla corretta compilazione delle Schede: S16 Scheda Epatite, S17 Scheda Hiv.

2- Sperimentazione delle nuove versioni di SISTER (Sistema informativo sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna) con monitoraggi costante da parte dell'amministratore di sistema al fine di individuare le anomalie di sistema e di proporre le soluzioni di funzionamento all'Osservatorio Dipendenze Patologiche regionale.

3- Partecipazione alla stesura delle Istruzioni "Modalità di calcolo degli indicatori per l'Accreditamento istituzionale dei SerT all'interno del Sistema informativo regionale sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna (SistER)", Rif. alla DGR n. 26/2005 - Decisioni tecniche licenziate dal gruppo regionale Osservatori Dipendenze Patologiche il 6 settembre 2010.

4- Aggiornamento dei dati da parte di tutti i Servizi per le dipendenze dell'Azienda UsI di Ferrara sul software gestionale SistER con particolare attenzione ai dati obbligatori previsti dal flusso SIDER:

- Anagrafica*, contenente le informazioni socio-anagrafiche del soggetto: si è proceduto all' allineamento di SistER con i dati dell'anagrafica sanitaria (progetto SOLE);
- Contatto*, che corrisponde alla presa in carico assistenziale all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raccolte in gruppi omogenei: è stato avviato un lavoro di gruppo per la stesura della procedura prima contatto;
- Lavoratori inviati al SERT* per gli accertamenti clinico-tossicologici di II° livello: stesura dell'istruzione rivolta all'area medica;
- *Referti dei Metaboliti urinari*: è stato messo a regime il riversamento automatico dei referti dei metaboliti urinari dal software del Laboratorio analisi a SistER;
- FED*: attivazione delle rilevazioni FED e messa a regime del flusso dei farmaci erogati direttamente dai SERT;
- *WINSIMET*: monitoraggio del riversamento dei dati da WINSIMET a SistER relativi all'erogazione dei farmaci (stupefacenti e non stupefacenti).

#### 5- Assunzione delle novità introdotte da SIND:

- *Utenza in carico e provvisoria*: sono stati attivati controlli mensili della qualità del dato sugli utenti provvisori e sugli utenti in carico da parte dei referenti dei sistemi informativi di sede;
- *Chiusura d'ufficio* prevista dal Ministero della Salute, per i soggetti senza nessuna prestazione oltre i 60 giorni: sono state avviate verifiche sui soggetti che nel corso dell'anno non hanno avuto almeno una prestazione ed è stata redatta una istruzione trasversale a tutti gli operatori;
- *Prestazioni*: controllo sui dati relativi ai gruppi di prestazioni omogenee relative al contatto aperto e avvio di gruppi di approfondimento con gli operatori.

6- Revisione della procedura (PR-OSS01) Gestione dei flussi informativi dei SerT e stesura del Vademecum cartella SistER allo scopo di definire modalità comuni di inserimento e aggiornamento dei dati.

7- Formazione: Adozione delle linee guida regionali per l'utilizzo del sistema di classificazione internazionale ICDX nella cartella SistER.

L'UO di Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza contribuisce ai flussi informativi (SINPIAER) mediante l'inserimento dei dati clinico-anagrafici e delle prestazioni, la manutenzione del software Elea (versione Uonpia di Efeso) e l'analisi di dati su file generati da Elea. La qualità dell'immissione dei dati è verificata periodicamente a livello di **Pool qualità** di Smria-Uonpia. La qualità dell'analisi dei dati è affidata alla produzione automatica di liste fisse generate dal software Elea. Elaborazioni speciali sono effettuate occasionalmente con altri software (Excel, Access, Spss). Nel 2010 l'UO ha anche registrato dati utili a produrre un'analisi dei tempi di attesa del primo colloquio di accesso a completamento e verifica dell'informazione generata da Elea.

I dati informativi inviati dall' amministratore di sistema della psichiatria adulti (SISM) al Sistema regionale sono migliorati.

## Sanità penitenziaria

In applicazione al D.P.C.M. dell'1 aprile 2008 concernente le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", l'Azienda USL di Ferrara ha stabilito, mediante atto aziendale del settembre 2008, che la Sanità

Penitenziaria afferisse al Dipartimento di Cure Primarie del Distretto Centro – Nord.

L'assetto organizzativo è costituito da un M.O. "Assistenza Carceraria", attivato nel giugno 2010, che rende governabile la complessa organizzazione clinica e amministrativa all'interno della Casa Circondariale di Ferrara. Il M.O. è stato attribuito al Responsabile del Programma Aziendale.

La costituzione della struttura semplice garantisce anche una continuità nei rapporti con la Regione, la Direzione dell'Istituto Penitenziario, il personale medico h/24 ed infermieristico dell'Infermeria della Casa Circondariale e con gli altri Dipartimenti e/o U.O. che a vario titolo operano con le loro professionalità all'interno del carcere.

Su indicazioni regionali sono state individuate le figure del Medico Referente (all'interno del carcere) e del Referente Assistenziale.

La complessa organizzazione prevede come assistenza la presenza del medico nell'arco delle 24 ore e dell'infermiere. L'attività specialistica è garantita per quanto riguarda le branche dell'Odontoiatria, Infettivologia, DAL SM – DP (con psichiatri, psicologi e medici sert), Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Pneumologia

Come da indicazioni regionali, è stato redatto un Programma Aziendale che descrive l'organizzazione all'interno dell'Istituto sia per ciò che afferisce alle attività cliniche ed infermieristiche sia per ciò che concerne l'attività medico legale.

Si sta concretizzando lo sviluppo di un progetto che su finanziamento regionale prevederà l'osservazione, la valutazione e l'eventuale presa in carico dei detenuti condannati per reati di natura sessuale (sex offenders).

Un altro progetto è stato proposto in sede regionale quale quello dell'accoglienza presso una Comunità Terapeutica per i detenuti con problematiche di tossicodipendenza.

I percorsi di integrazione attivati, successivamente al DPCM, con le altre aree aziendali riguardano, tra l'altro, la fornitura dei farmaci, dei gas medicali e dei presidi sanitari. Si è provveduto alla riorganizzazione dei locali ed alla relativa ritinteggiatura, alla sistemazione degli arredi ed alla fornitura degli arredi idonei per la gestione dei farmaci, delle cartelle cliniche. Si è provveduto a regolamentare il percorso per il ritiro dei rifiuti speciali. Sono stati verificati e messi a norma tutti gli apparecchi elettromedicali.

Si è provveduto al processo di informatizzazione mediante il collegamento con la rete aziendale e con la fornitura di computer e stampanti. E' stato predisposto l'accesso al CUP aziendale per la prenotazione delle visite (mediante delibera di accordo tra l'Azienda e la Direzione della Casa Circondariale).

<i>Risultati attesi</i>	<i>Indicatore</i>	<i>Evidenze</i>
Redazione del Programma definitivo per la salute negli II.PP. da parte delle AUSL	Evidenza del documento formalizzato	Il Programma Aziendale, stilato come da indicazioni regionali, è stato inviato in data 11 agosto 2010 (Prot. Gen. n 0066481), al Responsabile del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della RER.
Partecipazione da parte dei referenti Aziendali alle iniziative regionali per l'implementazione dei miglioramenti nell'organizzazione e nella produzione dei servizi sanitari	Partecipazione ai gruppi e incontri regionali	Partecipazione in RER alle riunioni dedicate del Responsabile di M.O. nelle date 18 marzo 2010, 23 luglio 2010, 23 luglio 2010.
Corretta imputazione dei costi rispetto alla contabilità analitica;	Produzione della contabilità analitica relativa ai DT 025 e 026 compresi gli approfondimenti richiesti	Documentazione agli atti dell'U.O. Controllo di Gestione. Si allega scheda
Attività propedeutiche allo sviluppo del sistema informativo della Sanità penitenziaria a partire dalla cartella clinica informatizzata attualmente in uso.	Partecipazione dei referenti Aziendali Sanità penitenziaria ai lavori di progettazione e programmazione regionali.	Partecipazione in RER alle riunioni dedicate del Responsabile di M.O. nelle date 3 settembre 2010, 24 settembre 2010, 14 ottobre 2010.

## Le Cure Primarie

### Sviluppo strutturale dell'accesso ai servizi territoriali

Il progetto di ristrutturazione degli spazi destinati alla Casa della Salute inerenti l'attivazione di un ambulatorio di NCP h12 e la riorganizzazione del poliambulatorio (progetto NOA) si sviluppa all'interno della struttura dell'ospedale S. Giuseppe di Copparo. In base alle progettualità, si è intervenuti per la realizzazione della Casa della Salute su porzioni del fabbricato, agendo per fasi.

Contesto in cui il progetto si colloca:

La popolazione residente nell'ex mandamento di Copparo, che comprende i comuni di: Berra, Copparo, Formignana, Iolanda di Savoia, Ro Ferrarese e Tresigallo è di 35.000 assistita da medici di medicina generale appartenenti allo stesso nucleo di cure primarie.

I medici di medicina generale sono 31 di cui 30 associati in rete.

I pediatri di famiglia sono 4 associati in rete.

In questo territorio è presente una struttura ospedaliera (ospedale medicina di comunità) con un modulo di degenza per acuti, un modulo di lungodegenza, un day hospital, un Punto di primo soccorso, un modulo di riabilitazione, un Servizio dialisi.

Inoltre sono presenti nella stessa struttura:

un Poliambulatorio per branche specialistiche, Consultorio familiare, Pediatria di Comunità, Sert, Centro antidiabetico, punto prelievi, sede di NCP, punto di Continuità Assistenziale, deposito farmaceutico aziendale con presenza di un Farmacista, uffici amministrativi, CUP e funzioni di Sportello unico.

Nel Poliambulatorio è stata attivata a partire dal 2009 il progetto della Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA) con l'istituzione del Punto di Accoglienza infermieristico per la presa in carico dei pazienti e la riorganizzazione delle attività.

Obiettivi:

Realizzazione di una Casa della Salute di tipo medio attraverso una serie di azioni di carattere strutturale e organizzativo di seguito indicate in modo sintetico.

- Ristrutturazione e riorganizzazione degli ambienti e degli spazi di una parte dell'area ospedaliera adiacenti al Punto di Primo Soccorso per l'attività h12 del NCP per garantire la continuità assistenziale da parte dei Medici di NCP.
- Sviluppare la funzione di accoglienza anche in integrazione con i Servizi sociali con particolare attenzione ai pazienti fragili.
- Adeguamento del poliambulatorio con attivazione di un PDA infermieristico per la presa in carico dei pazienti che devono effettuare approfondimenti diagnostici e follow up per patologie croniche.
- Implementare la presa in carico integrata e il monitoraggio attivo dei pazienti affetti da patologie croniche prevalenti (diabete, insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica) valorizzando la collaborazione di tutte le professionalità presenti, sulla base di PDTA condivisi. L'approccio utilizzato è quello del "chronic care model" e del "care management".
- Assicurare il collegamento fra infermiere del NCP e infermiere del PDA per l'esecuzione di accertamenti ambulatoriali in urgenze differite.



- Realizzare un'organizzazione in grado di garantire tempestività di accesso alle cure, accesso al setting assistenziale più appropriato, fluidità nel passaggio da un setting assistenziale all'altro.

Risultati attesi:

- 1 Assicurazione della continuità assistenziale per problemi ambulatoriali non differibili di competenza del medico di medicina generale, per 12 ore diurne tutti i giorni della settimana esclusi i prefestivi ed i festivi
- 2 Attivazione di percorsi assistenziali in raccordo con il poliambulatorio e collaborazione con i reparti ospedalieri al fine di migliorare il percorso delle dimissioni protette
- 3 Continuità tra domicilio, poliambulatorio per la gestione coordinata delle patologie croniche
- 4 Monitoraggio attivo dei pz. con patologia cronica (care manager) secondo i progetti concordati e condivisi
- 5 Monitoraggio attivo dei pazienti "fragili" in collaborazione con i servizi sociali
- 6 Educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani
- 7 Assistenza farmaceutica diretta per progetti in essere nell'ambito aziendale

<b>CRONOPROGRAMMA</b>				
Descrizione attività	<b>Fasi temporali</b>			
	2009	2010	2011	2012
Condivisione ed elaborazione del progetto				
Avvio attività di NCP				
Selezione percorsi assistenziali				
Sviluppo del punto di accoglienza				
Revisione organizzativa				
Avvio e completamento del progetto di ristruttur.				

**Il progetto NOA** di riorganizzazione del poliambulatorio è stato avviato nel marzo del 2009. La valutazione al novembre 2010 evidenzia la completa attivazione del PDA a gestione infermieristica con venti percorsi assistenziali formalizzati e una media giornaliera di 30/40 pazienti presi in carico.

La riorganizzazione è stata effettuata con la riduzione di due unità infermieristica e garantendo tre unità infermieristiche per l'ambulatorio NCP h12.

Ulteriori margini di efficienza possono essere raggiunti rivedendo l'organizzazione delle attività del Day Hospital nel quale sono ancora erogate diverse attività di natura ambulatoriale.

**Il progetto dell'ambulatorio NCP h12** è attivo dal 6 settembre 2010.

I pazienti possono accedere direttamente all'ambulatorio medico o all'ambulatorio infermieristico che lavorano in modo integrato e complementare. Aderiscono 24 / 30 (29 dal 1° gennaio 2011).

Dal 6 settembre al 29 ottobre complessivi sono stati 711 (visite mediche).

Sono state inoltre effettuate 209 prestazioni di diversa complessità.

Su precisa indicazione dei referenti del progetto non sono stati dirottati verso il NCP i pazienti che accedono spontaneamente al Punto di primo soccorso. Questo avverrà in una seconda fase e sulla base di un'analisi congiunta di valutazione delle problematiche per le quali oggi i pazienti accedono al PPI.

Invariati pertanto risultano nello stesso periodo gli accessi al PPI.

Indicatori inerenti la Struttura :

- Rispetto dei tempi previsti nel cronogramma.
- Rispetto delle indicazioni previste nella DGR 291/10.

Ind.Processo:

- N° percorsi assistenziali attivati per le patologie croniche;
- N° utenti / percorso cronicità;
- N° accessi all'ambulatorio di NCP h12,
- N° PDTA attivati,
- N° di Infermieri destinati al NCP e sviluppo della funzione di "care manager".

Ind.Risultato:

- Riduzione degli accessi impropri al punto di primo soccorso.
- N° di PDTA attivati da valutare % in una fase successiva.

Attivazione ambulatorio NCP h12.

Riorganizzazione poliambulatorio secondo il progetto NOA come prima fase di avvio del progetto casa della salute.

## **Sviluppo Organizzativo del Dipartimento Cure Primarie**

Rilevazione caratteristiche organizzative dei Nuclei di Cure Primarie. Aggiornamento del questionario di rilevazione delle caratteristiche organizzative dei NCP a Gennaio 2010 e partecipazione ai momenti di bench-marking e confronto con la Regione in febbraio 2010: nel quale sono state identificate le sedi dei 18 NCP, il personale operativo attribuito, l'organizzazione e i percorsi assistenziali attivi (Tao, Diabete, Dimissioni neonato sano, Percorso Ipertensione, Scompenso cardiaco, Cure palliative, Programma G. Leggieri). Partecipazione alla realizzazione dell'Osservatorio per lo "Sviluppo delle Cure Primarie" in Emilia Romagna di cui la prima edizione in Giugno 2010, dove sono stati riportati i primi dati del censimento svolto. In attesa della realizzazione del percorso di accreditamento, su cui la Regione ancora non ha legiferato, è proseguito e rafforzato il percorso di sviluppo organizzativo delle Cure Primarie.

Accordo regionale con i pls (dgr 17/2009).

Con Delibera: n.246 del 3 agosto 2009 è stato recepito l'accordo locale della Pediatria di libera scelta.

L'accordo integrativo locale recepisce le linee di indirizzo e gli obiettivi dell'accordo integrativo regionale per i PdLS adottato con DGR n.17 del 19 gennaio 2009, in particolare si propone di :

- implementare la partecipazione dei PdLS al modello organizzativo basato sui NCP come ulteriore tappa della integrazione professionale e della sinergia nell'azione assistenziale e nella promozione e tutela della salute in ambito delle cure primarie;
- sviluppare specifici progetti assistenziali attraverso una graduale sperimentazione coerente con i bisogni e la programmazione distrettuale;
- promuovere l'individuazione e l'adozione di percorsi che favoriscano il consolidamento della logica di sistema per la continuità assistenziale soprattutto nei confronti della cronicità e dell'emarginazione sociale consolidare e sviluppare le forme dell'Associazionismo;
- implementare l'allacciamento alla rete informatica confermare la formazione continua e specifica come elemento essenziale per la qualità dell'assistenza offerta.

All'interno dell'AIL è prevista l'istituzione delle UPCP.

Sono state deliberate in Azienda 3 UPCP ,una per ogni distretto e sono stati individuati 3 coordinatori fra i pediatri di libera scelta.

In base all'AIL le UPCP si incontrano almeno 2 volte l'anno, fino ad un massimo di 4.

Nell'anno 2010 l'obiettivo è già stato raggiunto. Nel distretto centro nord si sono realizzati 2 riunioni dell'UPCP con il coinvolgimento dei pediatri di comunità e dell'Azienda Osp-Universitaria; negli altri distretti 4 incontri.

Si è realizzato nel distretto sud est anche un incontro fra i referenti della medicina generale e coordinatori NCP e PLS.

### **Attività assistenziale erogata nel DCP, dai Nuclei di Cure Primarie**

- Ampliamento fascia oraria.

E' stato inviato al servizio Assistenza Distrettuale un documento raffigurante la realtà organizzativa ferrarese dell' ampliamento della fascia oraria di accesso per i cittadini alle cure primarie che ha determinato per l'anno 2010 la seguente offerta :

3	Associazioni Med Gruppo	a 7 ore
5	“ “	a 8 ore
6	“ “	a 9 ore
9	“ in Rete	a 7 ore
2	NCp	a 12 ore

Dall'analisi relativa all'accesso al PS per codici bianchi e verdi dei pazienti iscritti alle MdG è evidente un minor ricorso al servizio rispetto a quello dei pazienti non ricompresi nelle MdG, inoltre si nota che la % di accesso al PS per tali codici è in diminuzione nel corso del tempo per i pazienti iscritti alle MdG.

- Continuità assistenziale

E' stato attivato un " coordinamento" aziendale dei Medici di C.A. finalizzato ad omogeneizzare gli aspetti organizzativi e strutturali del Servizio ed all'analisi dei volumi di attività. Presso ogni sede di guardia medica è stata realizzata la possibilità di svolgere attività ambulatoriale semplice senza dotazioni strumentali particolari utili a prestazioni aggiuntive .

E' stato attivato un ambulatorio per codici bianchi contiguo al PS del Ospedale "S.Camillo" di Comacchio nei mesi estivi.

- Programmi di prevenzione del Rischio Cardiovascolare Globale

Sono stati attivati 3 Progetti :

A- definizione di percorsi integrati fra Ospedale e territorio da parte delle tre UUOO di Cardiologia presenti nel territorio provinciale con tutti i Professionisti coinvolti nell'assistenza al paziente con pregresso IMA/SCA; azioni realizzate :

creazione di una lettera di dimissione comune condivisa, definizione di un follow up strutturato, valido per l'Az.USL Fe e l'Az.Univ.Osp.Fe.

Al riguardo non sono ancora disponibili i primi dati di rilevazione.

B- promozione dell'attività motoria in soggetti diabetici , dislipidemic , sovrappeso e ipertesi mediante sensibilizzazione all'uso di "contapassi " per registrare l'attività quotidiana di cammino;

coinvolti 149 MMg che hanno arruolato 1469 pazienti nella prima fase di realizzazione;

C- mantenimento del progetto " cardiologia territoriale " in collaborazione con 9 Associazioni Medicina di Gruppo che ha consentito un invio più appropriato alle indagini cardiologiche di 2° livello dei pazienti cardiopatici; 6 Associazioni riescono ad accogliere in sede oltre il 60% della domanda cardiologica, le Associazioni che aderiscono al progetto hanno un invio % medio al 2° livello del 45 % mentre le Associazioni che non aderiscono arrivano al 70%.

Programmazione per tutti i 18 NCP dell'Az.USL Fe di un evento AUDIT in data 19 nov. 2010 dedicato a " Rischio Cv globale ".

- Programma Leggeri (in collaborazione con Dipartimento Salute Mentale)
- Presa in carico pazienti portatori di patologie croniche.

L'az.Usl Fe monitora i tassi di ospedalizzazione delle patologie individuate come sensibili al trattamento ambulatoriale anziché al ricovero.

Tra di esse sono stati attivati solo per "lo scompenso cardiaco" e per "il diabete scompensato" progetti di governance clinica integrata tra Specialista e MMG per migliorare il livello di assistenza e ridurre i ricoveri inappropriati

Per lo "scompenso cardiaco" si è sperimentato un modello operativo limitatamente alla realtà di una medicina di gruppo (6.220 assistiti, 6 MMG) dove attualmente sono in carico 39 pazienti con condizioni cliniche instabili e 44 stabili ; è allo studio l'estensione del progetto ad altri ambiti territoriali.

Per il " diabete scompensato " si sta implementando la sperimentazione di uno specifico progetto all'interno del NCP di Copparo, specificatamente indicato tra i PDTA dell'ambulatorio di cure primarie attivato.

Al riguardo dell' ipertensione è attivo uno specifico progetto che, avendo esplicitato soprattutto contenuti di appropriatezza prescrittiva farmacoterapeutico ha però altresì indicato nel protocollo operativo i percorsi diagnostici ed assistenziali, mancano valutazioni di esito di quest'ultimi mentre sono documentati quelli sui farmaci.

Per la BPCO si è appena concluso un percorso formativo e di sensibilizzazione dei MMG sull'argomento che ha portato alla conclusione della possibile creazione e implementazione di uno specifico progetto assistenziale a gestione integrata MMG e Specialista.

## **Altri Programmi Assistenziali che vedono coinvolto il DCP**

Gestione integrata del paziente diabetico.

L'assetto assistenziale del Diabete Mellito in Provincia di Ferrara attraverso un percorso complesso di riorganizzazione e sviluppo di iniziative di integrazione tra Specialisti e Medici di Medicina Generale ha raggiunto significativi livelli di efficienza e adeguatezza alle Linee Guida Regionali e Nazionali.

La Gestione Integrata del Diabete Mellito a Ferrara è stata caratterizzata fin dal suo esordio su dimensioni di scala provinciale piuttosto che su progetti locali come in altre realtà provinciali. Dopo tredici anni di Gestione Integrata si è raggiunta una esperienza ed un livello di governo clinico difficilmente riscontrabile in altre esperienze nazionali.

Il sistema assistenziale diabete a Ferrara può essere descritto dai seguenti item:

### Aspetti Epidemiologici

Attualmente la prevalenza di diabete nella Provincia di Ferrara si attesta al 6,3% in progressivo incremento dal 2003. La distribuzione della prevalenza per classi di età conferma la relazione diretta tra prevalenza di diabete ed età, raggiungendo valori del 12% per gli assistiti con più di 70 anni. A fine 2010 erano identificati 22.700 assistiti con Diabete residenti in provincia di Ferrara, di cui 12.699 assistiti in Gestione Integrata da 282 M.M.G. e 10.001 assistiti dai Servizi Diabetologici delle Aziende Sanitarie Ferraresi. Dall'analisi delle dinamiche epidemiologiche nella provincia di Ferrara la popolazione di assistiti con diabete incrementa ogni anno di circa 1000 unità, tenuto conto che si stimano circa 1700 nuove diagnosi di diabete per anno e che si registrano circa 750 decessi per anno tra la popolazione diabetica (Mortalità annua 3.7%) .

### Il Registro Provinciale Diabete

Nel 2004 al fine di conoscere l'evolversi delle complesse dinamiche epidemiologiche ed organizzative dell'assistenza diabetologica provinciale, è stato costituito il Registro Provinciale Diabete. Si è proceduto mediante il contributo di vari flussi informativi che consentissero di definire il pool di assistiti residenti nella Provincia di Ferrara con diagnosi di diabete mellito e delle attività sanitarie incidenti su di loro.

I contributi informativi alla costituzione e al mantenimento del Registro Provinciale Diabete sono stati predisposti integrando:

1. La Banca dati Esenzioni per Patologia
2. La Anagrafe Sanitaria Provinciale
3. Il censimento Diabetici attivato con i M.M.G.
4. Il registro Assistenza Domiciliare Integrata
5. Le banche dati assistiti dei Servizi Diabetologici
6. Il Flusso informativo Indicatori della Gestione Integrata (M.M.G., Servizi Diabetologia)
7. Gli aggiornamenti mensili delle dimissioni a M.M.G. e Rientri ai Servizi Diabetologici

Tale sistema consente di mantenere aggiornato un *data base* che raccoglie variabili anagrafiche, gestionali e cliniche indispensabile al monitoraggio complessivo del sistema diabete.

Il registro provinciale diabete rende inoltre possibile la estrazione dalle Banche dati delle Degenze, della Specialistica Ambulatoriale, della Farmaceutica, oltre che da altri archivi clinici (es. Laboratorio Analisi) informazioni specifiche sulla popolazione diabetica.

Attualmente il Registro Diabete è obiettivo Regionale per le Aziende Sanitarie.

### La Rete Diabetologica Aziendale

La Struttura della offerta diabetologica della provincia di Ferrara è così articolata:

- Azienda Ospedaliera di Ferrara
  - o Unità Operativa di Diabetologia
- Azienda USL di Ferrara
  - o Servizio Diabetologia U. O. Medicina Interna di Argenta (sedi di Argenta e Portomaggiore)
  - o Servizio Diabetologia U. O. Medicina Interna di Cento ed LPA Bondeno (sedi di Cento e Bondeno)
  - o Servizio Diabetologia U. O. Medicina Interna di Copparo
  - o Servizio Diabetologia U. O. Medicina Interna di Lagosanto (sedi di Comacchio e Codigoro)

L'attuale assetto è le risultante di numerose azioni di revisione delle attività degli Ambulatori Diabetologici orientate a incrementare attività di prevenzione

(diagnosi precoce delle complicanze, educazione terapeutica, promozione stili di vita) perseguendo il controllo metabolico non solo con approcci farmacologici, ma anche comportamentali.

Sono stati quindi attivati alcuni sottoprogetti per rendere adeguata la organizzazione dei servizi specialistici di diabetologia al progetto complessivo assistenziale diabetologico:

1. *Uniformazione organizzativa dei Team Diabetologici*

Si è perseguito il modello di identificazione di un gruppo di operatori esperti (Medico, Infermieri, Dietista) che, operando ciascuno sulle due sedi del proprio ambito territoriale, riducesse i fattori di disuniformità delle attività.

2. *Definizione dei modelli di attività*

E' stato discusso ed applicato un modello uniforme di attività che consenta:

- a. Certezza dei tempi di accesso degli assistiti, (spazi di accesso per tipologie di utenti)
- b. Definizione delle aree di attività infermieristiche rispetto ad efficienza ed efficacia (risorse umane formate, ore dedicate al servizio, priorità di attività,)
- c. Rivalutazione del ruolo ed superamento della rilevazione sistematica dei parametri biochimici al momento dell'accesso al servizio e delle attività di prelievo ematico.
- d. Identificazione di spazi organizzativi per educazione terapeutica individuale e di gruppo

3. *Revisione dell'Assetto Organizzativo Infermieristico*

Determinante è stato nel processo di riorganizzazione il ruolo espresso dal "Referente Infermieristico Diabetologico Aziendale" che ha consentito di:

- Rilevare le diverse realtà organizzative locali
- Supportare i gruppi di lavoro nella costituzione di Procedure ed Istruzioni Operative
- Concordare e collaborare con i Coordinatori delle Specialistica per identificare i migliori modelli di gestione del personale nelle diverse realtà distrettuali
- Affiancare i Team nell'addestramento alla Gestione Informatizzata e nello sviluppo di attività di Educazione Terapeutica
- Organizzare iniziative formative ed informative dedicate ai cittadini con la collaborazione dei Team diabetologici
- Mantenere i rapporti con servizi aziendali quali (ICT, Farmacia, Economato, S. Infermieristico, S. Tecnico, ecc) rappresentando le criticità di area.
- Promuovere l'autonomia professionale dell'infermiere in diabetologia.
- Attivazione dello screening infermieristico del piede diabetico.

4. *Predisposizione Procedure ed Istruzioni Operative*

Il fine di uniformità nelle modalità operative, ha reso necessario l'allestimento degli strumenti di confronto e definizione delle attività, con la costituzione di un percorso formativo che, sincronizzato con il processo di accreditamento del Dipartimento di Medicina, ha consentito di raggiungere con le U.O. di Medicina Interna la certificazione di accreditamento.

5. *Informatizzazione dei Servizi Diabetologici*

Il processo di informatizzazione delle attività diabetologiche prosegue nella prospettiva di una gestione Provinciale in "multicentrica", su rete informatica inter-aziendale, (Azienda USL Ferrara e Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara) secondo i programmi definiti all'interno del Progetto SOLE, che ha identificato la nostra Azienda tra quelle sperimentatrici per lo sviluppo di condivisione di informazioni cliniche tra Specialista e M.M.G. nella Gestione Integrata del Diabete Mellito.

Attualmente tutti gli ambulatori diabetologici dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera sono informatizzati in modalità "multicentrica" con applicativo dedicato (Eurotouch) identificato nell'ambito del progetto S.O.LE. (Sanità On LinE) quale software per i servizi diabetologici regionali.

Ciò rende possibile l'interfacciamento con i flussi aziendali della Specialistica Ambulatoriale, della Farmaceutica, delle Cure Primarie oltre alla opportunità di rilevazione degli indicatori di processo assistenziali.

#### 6. *Educazione Terapeutica*

Il percorso di sviluppo di competenze ed eventi strutturati di Educazione Terapeutica è stato sviluppato a Copparo e diffuso negli altri Ambulatori, fino dal 2005.

Attualmente l'Educazione Terapeutica è parte integrante delle attività assistenziali degli ambulatori diabetologici, sia con attività individuali che di gruppo, svolte da Team Diabetologico e per alcune tematiche esclusivamente da infermieri esperti.

Sono in corso inoltre esperienze pilota di:

- Educazione Terapeutica con pazienti in Gestione Integrata, presso Ambulatori di M.M.G.
- Formazione di pazienti "Diabetici Esperti" per svolgere attività educative tra pari.

Gli interventi educativi individuali e di gruppo richiedono lo sviluppo di competenze comunicative, che sono oggetto determinante degli eventi formativi aziendali programmati in questi anni. Si tratta di investimenti sulle professionalità per sostituire una parte dell'offerta sanitaria tradizionale con attività di promozione della consapevolezza e dell'autonomia del paziente, rispetto ai nuovi equilibri delle attività quotidiane in rapporto alla malattia diabetica (empowerment).

Accanto alle attività strutturate di tipo educativo, coesistono iniziative informative attraverso collaborazioni con associazioni di volontariato e con iniziative nazionali ed internazionali.

#### 7. *Costituzione di percorsi specialistici di presa in carico*

Il Diabete Mellito è malattia cronica per eccellenza che coinvolge numerosi apparati anche con gravi patologie invalidanti e causa di morte, per tale motivo sia per i pazienti assistiti dai Centri Diabetologici, che per quelli in Gestione Integrata è indispensabile costituire percorsi facilitati di presa in carico per le principali discipline specialistiche (N.O.A.), nelle diverse sedi sono in progressivo sviluppo, tenuto conto delle opzioni organizzative locali, i percorsi:

- Cardiologia
- Oculistica
- Nefrologia
- Chirurgia vascolare
- Diagnostica di Laboratorio

#### 8. *Screening Infermieristico Piede Diabetico*

Tra le complicanze del diabete un ruolo sempre più rilevante è assunto da quella che va sotto il nome di "**piede diabetico**"; questa è in assoluto la complicanza che comporta il maggior numero di ricoveri ospedalieri e per la quale i costi risultano ingenti. Stime di questa patologia suggeriscono che circa il 15% dei diabetici andrà incontro nella vita a un'ulcera del piede che richiederà cure mediche.

*Dal 2008 gli Ambulatori Diabetologici applicano sistematicamente screening della patologia podologica (vedi obiettivi di risultato Diabetologie) selezionando soggetti a rischio da stadiare. Questa attività è svolta dagli infermieri dei servizi di Diabetologia, che hanno seguito un percorso formativo specifico, secondo una istruzione operativa condivisa. I soggetti identificati con uno score di rischio calcolato da Cartella Diabetologica informatica sono avviati a percorso diagnostico facilitato.*

#### Indicatori

##### • consolidamento del registro Aziendale dei pazienti diabetici:

Il Registro Provinciale Diabete è attivo da cinque anni, mentre è in fase sperimentale il consolidamento mediante la migrazione su sistemi informatici che consentano query automatiche o assistite dalle banche dati aziendali che gestiscono informazioni relative a dati clinici ed amministrativi degli assistiti con diabete. Il percorso potrà completarsi appena sarà operativo il flusso SOLE-Diabetologia attualmente in fase sperimentale nella AUSL di Ferrara ed in altre cinque aziende Regionali. L'esperienza di Ferrara è attualmente ritenuta *gold standard* per il percorso di costituzione del Registro Regionale Diabete.

1. numero dei pazienti in gestione integrata per MMG
2. numero diabetici assistiti dalla Struttura Diabetologica (SD)

Il registro diabete consente il monitoraggio del numero di assistiti con Diabete in Gestione Integrata ed assistiti dai Servizi di Diabetologia delle Aziende Sanitarie Ferraresi. (Fig.1)

Fig. 1

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Diabetici Gestione Integrata	5.941	7.622	8.441	9.416	9.713	11.231	11.179	12.699
Diabetici Servizi Diabetologia	9.774	9.319	9.468	8.899	9.461	8.888	10.207	10.001
Totale Diabetici	15.715	16.941	17.909	18.315	19.174	20.119	21.386	22.700
Quota Gestione Integrata	38%	45%	47%	51%	51%	56%	53%	56%

3. numero di determinazioni di emoglobina glicosilata e di determinazioni di microalbuminuria per paziente diabetico assistito in gestione integrata:

### Monitoraggio HbA1c Gestione Integrata Ferrara

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
N° HbA1c determinate	6.934	7.922	6.336	8.598	14.032*	18.025*
% HbA1c /diabetici assistiti	85%	82%	65%	78%	77%	79%
% HbA1c < 7,0	66%	61%	67%	68%	59%	49%
Media HbA1c	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,9%	6,9%
% dosaggi entro 6 mesi	43%	71%	58%	75%	61%	52%

\* dati rilevati da Sistema Informativo Laboratori Analisi

Microalbuminuria e Diabete (Ferrara 2010)	Gestione Integrata	Servizi Diabetologia	Totale
Determinazioni	9.938	5.979	15.917
% determinazioni < 30 mg	87,2%	78,3%	83,9%
% determinazioni > 30 < 300 mg	11,3%	16,9%	13,4%
% determinazioni > 300 mg	1,6%	4,8%	2,8%



4. media dei valori delle emoglobine glicosilate per i diversi setting assistenziali (Gl, pz. in carico alla SD).

**Medie HbA1c 2009 per Diabete Tipo 1 e tipo 2 e Servizio Diabetologico di assistenza**

	Copparo		Comacchio		Codigoro		Argenta		Portomaggiore		Cento		Bondeno		TOTALE	
	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2	DMT 1	DMT 2
<b>HbA1c media annuale</b>	<b>7,5</b>	<b>7,0</b>	<b>8,2</b>	<b>6,9</b>	<b>6,5</b>	<b>5,7</b>	<b>6,9</b>	<b>6,8</b>	<b>7,1</b>	<b>6,9</b>	<b>7,1</b>	<b>6,6</b>	<b>6,9</b>	<b>6,8</b>	<b>7,3</b>	<b>6,7</b>
<b>Soggetti con HbA1c &lt; 7,0</b>	<b>38%</b>	<b>48%</b>	<b>18%</b>	<b>53%</b>	<b>55%</b>	<b>78%</b>	<b>46%</b>	<b>64%</b>	<b>53%</b>	<b>55%</b>	<b>36%</b>	<b>66%</b>	<b>50%</b>	<b>59%</b>	<b>39%</b>	<b>60%</b>

estratto da elaborazione Annali AMD 2010

le medie di HbA1c per gli assistiti in G.I. in tabella al punto 3.

**Percorso Nascita**

Due sono gli obiettivi prioritari in questo settore, il primo accompagnare, facilitare e monitorare la DGR n° 1921/2007 “linee guida per il controllo del dolore in travaglio di parto”, il secondo è quello di implementare le aree critiche della DGR n° 533/2008 “direttive alle aziende sanitarie in merito al percorso nascita”.

L’Azienda USL ha partecipato attivamente alla compilazione dei questionari sui punti della 533, evidenziando gli stati di avanzamento dei progetti ed evidenziando le aree critiche da implementare.

Inoltre sono stati identificati due referenti aziendali che collaborano con l’area vasta.

Di seguito vengono espone le azioni intraprese in dettaglio:

- Considerando la riorganizzazione provinciale del Laboratorio e mantenendo la diffusione provinciale delle sedi di prelievo, verrà istituito, nel corso del 2011, un percorso Hub e Spoke per la lettura del Bitest, utilizzando le strutture consultoriali e divisionali per il reclutamento delle gravide che ne fanno richiesta. A completamento dell’obiettivo, verranno istituiti corsi formativi utilizzando come docenti Ecografisti ginecologi in grado di effettuare oltre all’ecografia del primo trimestre la traslucenza nucale all’11° sett., al fine di avere una maggiore disponibilità nei diversi distretti rispetto a questa tecnica.
- Il primo livello ecografico alla 11°-14° settimana e alla 19°-20° settimana è garantito in tutti gli ambiti distrettuali sia dalle U.O. ospedaliere che territoriali. Il secondo livello diagnostico è garantito in tutti e tre i Punti nascita della provincia e nel servizio consultoriale di via Boschetto. L’obiettivo è in parte già attivato e da sviluppare nel corso del primo semestre 2010 implementando per il 2° livello la possibilità della fruizione (EQUILIBRATA) dei percorsi anche da parte di utenti di altri distretti. Si prevede la possibilità di attivare consulenze di 3° livello, nel corso del 2011, da parte della Diagnostica prenatale dell’ospedale S. Orsola.
- Si sancisce il principio che nel rispetto della presa in carico multi professionale della gravidanza, le gravide fisiologiche possano essere seguite dall’ostetrica e che le gravidanze patologiche devono essere seguite dal medico. Per la realizzazione di questo obiettivo si pensa di attivare, nel corso del 2011, in ogni distretto in via sperimentale, nella sede del consultorio, un ambulatorio della gravidanza fisiologica gestito da personale ostetrico che mantiene stretti rapporti di integrazione con il ginecologo di riferimento.
- E’ previsto di formare il personale ostetrico ospedaliero al fine di ridurre l’utilizzo della cardiocografia nelle gravidanze fisiologiche a termine e nel travaglio di parto, sostituendola con l’ascoltazione del battito cardiaco fetale effettuato dall’ostetrica e registrato nella cartella clinica.

- Gli operatori dei servizi consultoriali e ospedalieri hanno partecipato al gruppo regionale sulla qualità percepita, hanno effettuato focus group fra operatori e con le utenti. In base alle criticità rilevate sono stati unificati in tutti i distretti le modalità di esecuzione dei corsi di accompagnamento alla nascita; sperimentalmente è stato attivato in 2 comuni della provincia il puerperio domiciliare sviluppando la rete tra ostetriche territoriali, punti nascita e pediatri di libera scelta.
- In tema di aumento delle conoscenze e dell'attenzione dei professionisti e delle donne al tema del "dolore nel parto", anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche, l'Azienda USL prevede l'organizzazione, nei corsi di accompagnamento alla nascita effettuati nei Consultori, della formazione alle gravide su tecniche non farmacologiche di provata efficacia: supporto emotivo strutturato, idroterapia, movimento in travaglio, posizioni alternative e tecniche di stimolazione di punti. Il percorso assistenziale, che termina con l'erogazione della prestazione analgesica ed è governato da documenti prodotti e condivisi dalle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda USL di Ferrara, prevede almeno un colloquio preliminare con la Gestante, l'illustrazione e la consegna di materiale informativo, la valutazione anestesiológica e la raccolta di un consenso scritto alla procedura. Dal 31/12/2008, la possibilità del parto in analgesia è stato sviluppato nei due punti nascita dell'Azienda USL, dal secondo semestre 2009 questa modalità è possibile per tutte le gravide che ne fanno richiesta.
- In tutti i consultori familiari sono attivi percorsi di presa in carico e sostegno per l'applicazione corretta della legge 194 sia medica che chirurgica.

#### Indicatori di risultato anno 2010:

##### Dati desunti da banca dati SDO relativi al PUO AUSL di Ferrara.

DRG	Descrizione DRG	Dimissioni
370	370 - C - Parto cesareo con CC	80
371	371 - C - Parto cesareo senza CC	281
372	372 - M - Parto vaginale con diagnosi complicanti	24
373	373 - M - Parto vaginale senza diagnosi complicanti	881
374	374 - C - Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	49
375	375 - C - Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2
<b>Totale</b>		<b>1.317</b>

Cod. 0391	N° Partoanalgesie rilevate su DRG 372-373-374	76
--------------	---	----

- **%tagli cesarei sul totale dei parti: 27%**
- **%parti in analgesia epidurale sul totale dei parti vaginali: 8%**

#### Programma di assistenza Odontoiatrica

Il programma di assistenza odontoiatrica nella Regione E.R. privilegia l'erogazione delle cure odontoiatriche alla popolazione destinataria. Garantendo l'accesso alle cure ad almeno il 75% degli aventi diritto.

Un numero variabile di assistiti, dopo la prima visita (dovuta peraltro a tutti i cittadini), non riceve alcun tipo di trattamento, per varie cause.

Si ritiene che tale percentuale non debba prevalere sul totale degli utenti trattati ed in particolare per la ASL di Ferrara, non debba rappresentare più del 30% del totale degli utenti.

L'elevato numero di utenti che hanno ricevuto la sola visita è verosimilmente da imputarsi ad un elevato accesso all'ambulatorio di utenti con richiesta di "URGENZA" a cui, la cui prestazione si è esaurita con la sola prescrizione di cure farmacologiche.

La percentuale di utenti con vulnerabilità che hanno ricevuto prestazioni odontoiatriche risulta essere in leggero incremento rispetto ai dati rilevati negli anni precedenti (81%).

## Consultori familiari

I consultori prevedono una organizzazione che diversifica l'accesso alle prestazioni base tramite CUP. Tutti i percorsi per le donne immigrate, per gli adolescenti (consultorio giovani e "responsabilità familiari"), per le donne in menopausa con problemi di incontinenza, per la tutela della maternità, per l'educazione dell'allattamento al seno, per l'individuazione precoce della depressione in puerperio sono personalizzati e gestiti dalle ostetriche, in rete con altre figure professionali.

Sono stati sviluppati i rapporti con i "Centri per le famiglie", che insistono in tutti i distretti sanitari, in ottemperanza alla DGR 1690/2008, per la tutela sociale della maternità all'interno dei "piani di zona per la salute e il benessere sociale". Nei piani di zona sono stati formalizzati i programmi di integrazione socio-sanitaria.

Sempre in ottemperanza alla delibera 1690, si è provveduto nel corso del 2010, ad un'analisi accurata dei **percorsi per IVG** forniti in tutto l'ambito provinciale che sono stati esplicitati negli incontri regionali.

Sono stati adattati i percorsi di presa in carico per IVG medica e chirurgica in base alle direttive regionali, rafforzando l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri anche attraverso momenti formativi comuni.

I Consultori dei tre Distretti dell'Azienda USL di Ferrara sono il punto di riferimento privilegiato per la presa in carico della IVG. Per favorire la riduzione dei tempi di attesa, l'utente ha accesso diretto alle nostre strutture consultoriali: qui viene accolta, visitata, viene compilata la certificazione e vengono date precise informazioni sui percorsi da effettuare per l'intervento, a seconda della scelta del presidio ospedaliero e del tipo di interruzione (chirurgica o farmacologica).

Durante il colloquio di presa in carico, l'utente viene anche messa al corrente dei percorsi socio-assistenziali e dei servizi di volontariato che potrebbero supportarla in caso di difficoltà e/o incertezze nella decisione di interrompere la gravidanza, ciò al fine di sviluppare azioni tese a ridurre le cause e di conseguenza il numero delle IVG stesse.

Inoltre si predispone già con l'utente l'accesso successivo per la visita di controllo post-intervento e per iniziare un discorso di contraccezione.

Già la proiezione 2010 prevedeva un incremento di pazienti prese in carico nel percorso del 10% di cui circa 45% straniera.

Per quanto riguarda il processo di accreditamento dei consultori, l'istituzione di uno specifico sistema informativo e l'inserimento dei consultori nel sistema SOLE, siamo in attesa di indicazioni regionali specifiche in modo da sviluppare gli obiettivi nel corso del 2011.

Per quanto riguarda l'applicazione dei contenuti della DGR 533/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita", dopo la valutazione dei questionari proposti in area vasta che mettevano in luce le principali criticità, lo stato di avanzamento delle azioni è il seguente:

- **test combinato:** finalizzato alla riduzione delle villocentesi ed amniocentesi che inducono 1% di aborti. In questo obiettivo sono interessati i reparti ospedalieri, il laboratorio per l'attivazione del test, i servizi consultoriali solo dopo la formalizzazione, per l'invio delle donne nel percorso, si stanno formalizzando i percorsi nel corso del 2010, prevedendo l'avvio della formazione di ulteriori ecografisti alla tecnica della "traslucenza nucale" e i contatti con il laboratorio unico per l'acquisto del bi-test, lo sviluppo del progetto è previsto per il 2011.
- **diagnosi precoce ecografica delle malformazioni fetali;** sono coinvolti i reparti ospedalieri, il Servizio di Salute Donna e il 2° livello (S.Anna). l'obiettivo è già strutturato con i rapporti tra i consultori

familiari, Unità Operative di ostetricia e ginecologia dell'AUSL e il secondo livello dell'Azienda Ospedaliero Universitaria

- **ruolo dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica;** i consultori hanno attivato nel 2009-2010 due corsi formativi generali per avviare l'applicazione dell'obiettivo e in tutti i distretti è attiva una formazione sul campo; i reparti ospedalieri hanno formalizzato la gestione diretta dell'ostetrica nei parti fisiologici secondo linee guida condivise tra i professionisti
- **disturbi emozionali in gravidanza e puerperio;** i consultori familiari del Distretto Sud Est e Centro Nord hanno attivato, in collaborazione con la psicologia clinica del DSM ambulatori di prima accoglienza e formalizzato con il DSM percorsi di presa in carico delle gravi depressioni post partum, attualmente i due centri reclutano le donne ed eseguono trattamenti di psicoterapia anche in collaborazione con lo psichiatra per i casi che necessitano di trattamenti farmacologici.
- **allattamento al seno;** ottima rete già consolidata nei consultori e pediatra di comunità, buon incremento dell'allattamento esclusivo al seno in tutti i distretti sanitari, iniziative continue con le donne e utilizzo della chiamata attiva, consulenze consultoriali e domiciliari.
- **corsi prenatali a tutte le gravidie;** rete capillare di corsi in tutti i principali consultori dei distretti sanitari, multiprofessionali, integrazione con i punti nascita e recupero della puerpera subito dopo il parto (esperienze pilota di puerperio domiciliare nel Distretto Sud Est ed Ovest).

#### Indicatori di risultato, anno 2010:

	tot	nati vivi	popolazione 14/19	tot donne seguite in consultorio
<b>N. gravide in carico/n. nati vivi</b>	<b>1307</b>	<b>2941</b>		
<b>N. donne/soggetti coinvolte nel corso di preparazione alla nascita/nati vivi</b>	<b>1060</b>	<b>2941</b>		
<b>N. donne immigrate /totale donne seguite dai consultori</b>	<b>1748</b>			<b>14822</b>
<b>N. utenti che accedono per contraccezione/popolazione di età 14-19</b>	<b>1945</b>		<b>14898</b>	
<b>N. ragazzi coinvolti in iniziative educative su socio-affettività/popolazione di età 14/19 anni</b>	<b>2722</b>		<b>14898</b>	

N. gravide in carico/n. nati vivi	1307/2941	44%
N. donne/soggetti coinvolte nel corso di preparazione alla nascita/nati vivi	1060/2941	36%
N. donne immigrate /totale donne seguite dai consultori	1748/14822	12%
N. utenti che accedono per contraccezione/popolazione di età 14-19	1945/14898	13%
N. ragazzi coinvolti in iniziative educative su socio-affettività/popolazione di età 14/19 anni	2722/14898	18%

## Sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali

### ATTIVITA' SVILUPPATE

#### Punto Unico Accoglienza (PUA)

Il modello organizzativo assicura la presa in carico del cittadino utente che necessita di assistenza al domicilio. Il PUA funge da interfaccia tra l'utente e gli altri servizi territoriali quando necessita di accedervi. Organizza la rete dei servizi dopo attenta valutazione della tipologia e del livello di bisogno, ed è il primo punto di riferimento per la famiglia ed il medico di medicina generale nel caso l'utente non abbia seguito il percorso della dimissione protetta. Il PUA è stato realizzato con personale infermieristico dedicato nel DCP Centro Nord, nei DCP Ovest e Sud- Est tale funzione è svolta dal Coordinatore.

#### Infermiere case manager dimissioni protette (ICM)

L'infermiere case manager per le dimissioni protette, appartiene all'equipe infermieristica domiciliare. Garantisce all'assistito, dimissibile in assistenza domiciliare da una struttura ospedaliera, ed al care giver, l'interazione con la rete dei servizi in modo logico, partecipato ed efficace. Assicura un'adequata e tempestiva valutazione su pazienti ricoverati in strutture ospedaliere, segnalati per la presa in carico in assistenza domiciliare. Assicura un'adequata e tempestiva presa in carico da parte dei servizi territoriali per i pazienti che presentano i requisiti specifici per l'assistenza domiciliare. L'ICM è presente nei tre DCP aziendali.

#### Il programma dimissioni protette

La continuità delle cure è uno degli indicatori più sensibili del buon funzionamento dei servizi socio-sanitari, perché aggiunge al tradizionale concetto di cura quello della presa in carico del paziente ai diversi livelli della rete assistenziale tra territorio e ospedale. E' una componente della qualità dell'assistenza che riflette il grado di coordinamento tra i diversi livelli e per questo, negli ultimi anni, la definizione e l'attuazione di percorsi di dimissione protetta tra ospedale e territorio hanno rappresentato un obiettivo strategico dell'Azienda USL .

Al lavoro già effettuato negli anni precedenti, che ha portato alla definizione e all'attuazione di un percorso di Dimissione Protetta condiviso con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nel corso del 2009, si è affiancata la predisposizione di un percorso di integrazione organizzativo e professionale che ha coinvolto le Unità Operative degli Ospedali dell'Azienda USL, al fine di rendere omogenee in tutto l'ambito provinciale le modalità di pianificazione delle dimissioni protette in Assistenza Domiciliare.

Il processo di attivazione della dimissione protetta in assistenza domiciliare è stato standardizzato in una procedura aziendale per la fase ospedaliera.

Durante i primi giorni di ricovero nell'accertamento iniziale viene identificato precocemente il soggetto a rischio di dimissione protetta a cui segue la proposta di continuità assistenziale territoriale.

La proposta viene presa in carico dal Case Manager delle dimissioni protette dell'Assistenza domiciliare.

Il case-manager territoriale della Dimissione Protetta è un infermiere appartenente all'équipe domiciliare che ha il ruolo di valutare, nel contesto della degenza ospedaliera, la proposta di dimissione, assicurare la comunicazione con il medico di medicina generale ed effettuare l'educazione terapeutica nei confronti del paziente e dei caregiver con l'obiettivo di garantire la continuità

assistenziale per i pazienti che, concluso l'episodio di ricovero, necessitano di un proseguimento delle cure al domicilio.

I percorsi organizzativi e professionali attuati prevedono un incremento dell'intensità delle relazioni tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare: tali relazioni/interfacce, cioè i passaggi da un livello di responsabilità all'altro, costituiscono la fase più delicata, che deve essere monitorata e valutata, attraverso l'utilizzo di opportuni indicatori, impiegati in maniera omogenea su tutto l'ambito aziendale.

Sono stati individuati alcuni indicatori che valutano sia l'impegno delle Unità Operative Ospedaliere, quali il numero delle richieste di Dimissione Protetta in Assistenza Domiciliare e l'appropriatezza delle richieste stesse, sia la capacità di risposta del territorio, in termini di tempestività della presa in carico, di sicurezza relativamente all'effettuazione di programmi terapeutici di particolare impegno, di efficacia rispetto al mantenimento del paziente presso il proprio domicilio, evitando il ricorso ad un nuovo ricovero ospedaliero.

Per assicurare la confrontabilità degli indicatori nei tre diversi ambiti distrettuali è stato predisposto un apposito sistema informatico di rilevazione dei dati, utilizzato da tutti case-manager ospedalieri delle Equipos domiciliari, e messo a regime da gennaio 2010.

Già da una prima analisi, relativa a sei mesi del 2010, sono emersi dati positivi, sia relativamente all'impegno degli ospedali, in quanto sono state oltre 800 le richieste di dimissione protetta, risultate appropriate in oltre il 90% dei casi, che all'impegno delle strutture territoriali, in grado di assicurare la presa in carico dei pazienti entro 72 ore in oltre l'80% dei casi segnalati.

#### Infermiere TEAM NUTRIZIONALE

L'infermiere opera in ambito sia ospedaliero che domiciliare; lavora per competenze all'interno del TEAM, alla complessità del percorso terapeutico rivolto al paziente malnutrito; svolge funzioni di counseling ed organizza schede informative per il care giver e la famiglia; organizza i percorsi assistenziali e clinico assistenziali svolti in ambito ospedaliero e territoriale; mantiene i rapporti tra professionisti della rete assistenziale; garantisce uniformità e il mantenimento degli standard qualitativi assistenziali. Organizza e collabora alla realizzazione di programmi di formazione permanente. L'infermiere è presente nel DCP Centro Nord con funzione trasversale per tutta l'Azienda.

#### Presa in carico del paziente cronico

Prevede una gestione integrata della malattia cronica tra lo specialista ed il MMG. Formulazione dei percorsi diagnostici necessari alla prima diagnosi della malattia; programmazione corretti follow-up, in grado di garantire i necessari controlli periodici in modo appropriato predisponendo in apposite agende gli altri elementi operativi. L'organizzazione ambulatoriale successiva assicura omogeneità di intervento per tutti i pazienti affetti da malattia cronica evitando discrezionalità e ridondanze di controlli, ricerca in modo attivo i pazienti con scarsa compliance ed imposta un lavoro integrato routinario con il MMG.

Per attivare i percorsi di presa in carico è necessario riflettere sull'attuale modello organizzativo ed attivare una formazione a supporto per gli infermieri che assumeranno il ruolo di care manager; per tale motivazione è in programma un percorso formativo interprofessionale che metta a fuoco il ruolo e le responsabilità dei care manager e la documentazione da utilizzare per il paziente cronico.

La presa in carico è realizzata con personale infermieristico dedicato all'interno dei Nuclei delle Cure Primarie ed attualmente si sta sperimentando la presa in carico del paziente diabetico nel DCP Centro Nord e del paziente scompensato al DCP Sud Est.

Gestione e riabilitazione dei pazienti stomizzati, educazione terapeutica al paziente diabetico

Percorsi di counseling ed educazione sanitaria, rivolta anche alle famiglie dei pazienti, a cura di infermieri esperti. La gestione di questi pazienti prevede anche la distribuzione dei presidi/ausili necessari con accessi programmati ogni qualvolta l'utente ne abbia la necessità.

La gestione è realizzata nei 3 DCP aziendali.

#### PDA ambulatoriale

Ha funzione di unico punto di accoglienza per tutta la struttura poliambulatoriale in modo da assicurare al paziente:

- le informazioni e l'orientamento per l'accesso al poliambulatorio,
- l'accompagnamento nel percorso amministrativo che supporta l'attività ambulatoriale,
- il confort alberghiero necessario nei momenti di attesa della prestazione o durante il periodo intercorrente fra le varie prestazioni per completare i percorsi diagnostico/terapeutici nella stessa giornata,
- il confort assistenziale durante l'esecuzione delle singole prestazioni,
- la corretta e comprensibile informazione del proprio stato di salute e delle fasi previste per completare l'iter diagnostico,
- la presa in carico globale del paziente fino alla conclusione del percorso sanitario individuando le specifiche responsabilità professionali ed organizzative,
- la predisposizione della documentazione sanitaria in grado di descrivere e distinguere le attività ambulatoriali sulla base delle loro complessità.

Il PDA è stato realizzato con personale infermieristico nei DCP Centro Nord, Ovest e Sud Est.

#### Gestione di percorsi di educazione e prevenzione secondaria

- Corsi di preparazione al parto: ciclo di incontri prima del parto che non si limitano a semplici sedute di ginnastica perineale, ma anche a momenti di conoscenza per la donna del nuovo stato, del parto ed a momenti creativi espressi dalla donna stessa.  
Il ciclo di incontri si completa con l'ultimo, dopo il parto, nel quale si valuta l'opportunità di supportare la donna per prevenire un'eventuale depressione post parto.
- Educazione all'allattamento: incontri trisettimanali nei quali personale esperto ostetrico e Asv, effettua educazione e counseling alle neo mamme. Il personale effettua anche attività di triage telefonico.
- Rieducazione del pavimento pelvico: attività ambulatoriale bisettimanale, l'accesso avviene su invio degli specialisti ginecologi. Il personale ostetrico esperto effettua sedute riabilitative anche con l'ausilio di stimolatori elettrici per un totale di 10 incontri.

I percorsi sono realizzati con personale esperto nei 3 DCP aziendali

#### Parto fisiologico

Realizzazione nel mese di ottobre 2010 di un intervento formativo interaziendale con crediti ECM dal titolo "LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INDIVIDUALE E D'EQUIPE IN OSTETRICIA" con l'obiettivo di acquisire conoscenze sulla normativa vigente dei professionisti (medici ginecologi ed ostetriche) coinvolti nel Percorso Nascita, al fine di poter metter in atto le indicazioni della L.R. 533/2008, riguardo la presa in carico e gestione della gravidanza fisiologica da parte della ostetrica in considerazione della propria autonomia e responsabilità individuale e di equipe.

Nel 2010 è stato attivato un "Ambulatorio accoglienza gravidanza fisiologica" presso il Centro Salute Donna del Distretto Centro/Nord. L'ostetrica accoglie le gravide al primo incontro e distingue le condizioni di gravidanza fisiologica da quelle potenzialmente a rischio di patologie; queste ultime verranno inviate alla consulenza del medico ginecologo referente del percorso nascita e verranno assistite in equipe con l'ostetrica referente.

Gli indicatori di verifica previsti sono: numero primi incontri effettuati dall'ostetrica/numero totale gravide seguite nel Centro Salute Donna.

#### Continuità ospedale – territorio

Gestione del paziente operato di frattura al femore al domicilio: il fisioterapista si reca al domicilio del paziente dimesso dall'ortopedia, ed effettua il ciclo riabilitativo secondo il programma stabilito. Tale attività è realizzata nel DCP sud est.

### **Dimissione protetta**

Nell'ambito delle unità operative del Presidio Unico Ospedaliero si è reso necessario dare evidenza e regolamentare i comportamenti e gli strumenti da adottare per pianificare la dimissione protetta o difficile di un paziente degente con specifici bisogni socio-sanitari.

Gli obiettivi che ci si è posti sono di:

- uniformare il sistema di identificazione dei soggetti a rischio di dimissione protetta o ricovero prolungato;
- garantire un efficiente ed efficace percorso di dimissione protetta sia in ADI che nella rete dei servizi;
- ottimizzare l'uso delle risorse con la riduzione dei tempi di degenza ed una corretta definizione dei percorsi terapeutico assistenziali;

Le attività e responsabilità del percorso di attivazione precoce della Dimissione Protetta o Difficile sono indicate nel diagramma di flusso rappresentato successivamente (allegato 1).

Necessario e utile è stata la definizione dei ruoli:

- il Responsabile della programmazione di Dimissione Protetta è il Medico della U.O. di degenza,
- il personale infermieristico della U.O. di degenza ha la responsabilità di organizzare attraverso processo comunicativi, informativi e formativi i caregiver e le strutture della rete dei servizi in previsione della Dimissione.

Allo scopo di determinare un chiarimento terminologico si indicano le definizioni principali:

CARE-GIVER: persona referente con volontà, capacità, affidabilità riconosciute dal paziente o dalla famiglia, che si prende cura del paziente; collabora con l'equipe alla fase di dimissione e *“rappresenta il punto di riferimento”* per l'attivazione del progetto assistenziale al domicilio e interfaccia con i servizi socio-sanitari territoriali attivati. La presenza del care-giver è requisito indispensabile per l'attivazione della dimissione protetta.

DIMMISSIONE PROTETTA: Dimissione da un setting assistenziale di un paziente in cui permangono bisogni sanitari, sociali o sociosanitari che rendano necessario organizzare, prima della dimissione, una visita in reparto, od un altro approccio, da parte dei professionisti che operano sul territorio, al fine di garantire la continuità assistenziale e la definizione degli interventi terapeutico assistenziali integrati più appropriati.

DIMMISSIONE DIFFICILE: dimissione in cui il contesto sociofamiliare non consente una gestione a livello domiciliare e necessità di ricorso a strutture residenziali o semiresidenziali o altri strumenti erogati dall'UVG (assegno di cura, ricovero di sollievo ecc..).

A.D.I: Assistenza Domiciliare Integrata (equipe multidisciplinare che predispone un piano di cura domiciliare e prevede la risoluzione di problematiche infermieristiche, mediche, e sociali; attivata e governata dal medico di medicina generale). L' A.D.I. può essere di I° - II° - III° livello a seconda delle complessità che il caso prevede: gli indicatori per definirne il livello sono legati alla cronicità



e/o alla gravità della patologia, al numero di accessi assistenziali pianificati settimanalmente e soprattutto all'impegno globale assistenziale previsto (paziente neoplastico grave o pazienti critici = A.D.I. di III° livello ).

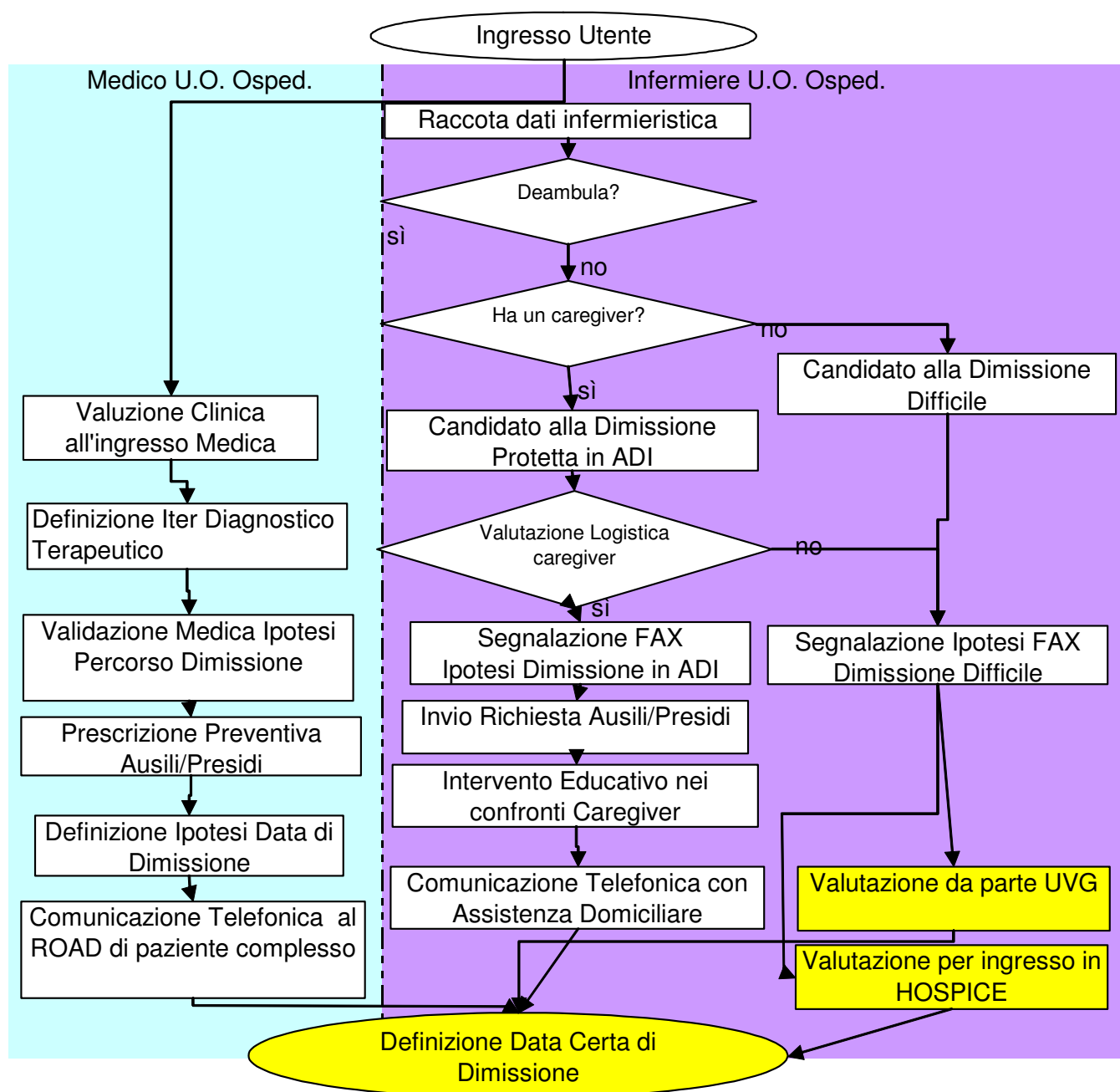
ROAD: dirigente medico responsabile organizzativo assistenza domiciliare.

*Al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi per ogni U.O. di degenza e programmare audit di monitoraggio del processo, è necessario che siano rendicontati alla Direzione di Dipartimento e alla Direzione Sanitaria con valenza semestrale secondo il seguente schema:*

- n° proposte di dimissione protetta in ADI
- n° proposte attivazione UVG
- n° proposta attivazione Hospice

<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Data di Nascita</i>	<i>Data Proposta</i>	<i>ADI o UVG o Hospice</i>	<i>Causale</i>

# ALLEGATO 1 ATTIVAZIONE PRECOCE PERCORSO DIMISSIONE PROTETTA O DIFFICILE PARTE OSPEDALIERA



La Dimissione Protetta è obiettivo strategico regionale ed aziendale in quanto indicatore sensibile del buon funzionamento dei servizi socio-sanitari e continuità delle cure che aggiunge al concetto tradizionale di cura il concetto di presa in carico del paziente ai diversi livelli (NODI) della rete assistenziale tra territorio ed ospedale.

I percorsi di Dimissione Protetta prevedono l'interfaccia tra U.O. di degenza ospedaliera, Assistenza Domiciliare, cioè il passaggio da un livello di responsabilità all'altro: fase delicata che va monitorata e valutata.

Il Progetto Sperimentale **QulnDi** “Indicatori di **Qualità** nella Gestione del Processo di **Dimissione Protetta** in Assistenza Domiciliare” con finalità di garantire la continuità assistenziale nella dimissione protetta in AD in modo tempestivo, efficace e sicuro, prevede i seguenti steps:

- Valutazione della letteratura esistente su indicatori di qualità della dimissione protetta;
- Elaborazione di un cruscotto di indicatori base con gruppo ROAD e Coordinatori ADI
- Confronto su tabella indicatori e loro definizione con i Referenti Aziendali del percorso di Dimissione Protetta;
- Revisione della tabella indicatori alla luce delle valutazioni e di una fase di pilotaggio di circa due mesi (gennaio-febbraio 2010);
- Implementazione della raccolta dati su base informatizzata;
- Estensione della fase di sperimentazione a tutti gli ambiti di competenza per un periodo di sei mesi (1° Marzo al 31 Agosto 2010);
- Valutazione dei dati grezzi derivati dalla sperimentazione semestrale e chiarimento di ulteriori aspetti di operatività nella raccolta dati.

Proposte di Dimissione Protetta in AD per Struttura proponente Anno 2010			
Struttura Proponente	Idonei	Non Idonei	Totale Proposte
Lagosanto - Ospedale del Delta	315	17	332
Copparo - Ospedale S.Giuseppe	293	4	297
Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara	224	27	251
Comacchio - Ospedale S.Camillo	196	29	225
Argenta - Ospedale Mazzolani-Vandini	200	1	201
Cento - Ospedale SS.ma Annunziata	184	15	199
Bondeno - Ospedale F.Ili Borselli	120	6	126
Altre strutture (extra provincia e territoriali)	177	2	179
Totale complessivo	1709	101	1810

### Appropriatezza Domanda

Appropriatezza della domanda per ambito di competenza Anno 2010 ( Standard: non idonei <15%)	
Ambito di Competenza	NON IDONEI
Cento	10%
Codigoro	8%
Copparo	1%
Ferrara	2%
Portomaggiore	4%
<b>Dato Complessivo</b>	<b>6%</b>

### Tempestività (Standard < di 72 h nel 90% dei casi)

<i>Tempestività della presa in carico 1 giugno - 31 dicembre 2010</i> <b>STANDARD: non superiore alle 72 ore nel 90% dei casi</b>			
Ambito di Competenza	Stesso die	Entro 72 ore	Entro 7 gg
Cento	45%	73%	98%
Codigoro	83%	97%	100%
Copparo	94%	97%	97%
Ferrara	86%	99%	99%
Portomaggiore	89%	99%	99%
Dato Generale	80%	94%	99%

### Appropriatezza del percorso di dimissione protetta

(Numero casi di dimissione protetta in AD annullati ma già programmati rispetto al numero totale delle dimissioni protetta AD attivate) (**Standard < 30%**)

Appropriatezza del PERCORSO per ambito di competenza Anno 2010 (Standard non superiore al 30%)	
Ambito di Competenza	ANNULLATI
Cento	33%
Codigoro	42%
Copparo	34%
Ferrara	13%
Portomaggiore	12%
<b>Dato Complessivo</b>	<b>30%</b>

### Cause di annullamento della Dimissione Protetta

Causa Annullamento per Struttura proponente Anno 2010							
Struttura Proponente	Aggravamento	Altro	Care giver	Decesso	Sociale	Trasferimento	Totale Proposte
Lagosanto - Ospedale del Delta	14	17	2	34	2	67	136
Copparo - Ospedale S.Giuseppe	1	18		57		28	104
Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara	4	15	3	4		3	29
Comacchio - Ospedale S.Camillo	10	11		28	1	35	85
Argenta - Ospedale Mazzolani-Vandini		9	2			10	21
Cento - Ospedale SS.ma Annunziata	2	24	3	19	1	21	70
Bondeno - Ospedale F.lli Borselli	2	11	5	8	1	6	33
Altre strutture (extra provincia e territoriali)	12	6		10		1	29
<b>Totale complessivo</b>	<b>45</b>	<b>111</b>	<b>15</b>	<b>160</b>	<b>5</b>	<b>171</b>	<b>507</b>

## **Sistema dei controlli delle attività erogate in ambito distrettuale**

Il sistema dei controlli adottato dall'azienda UsI di ferrara per le autocertificazioni relative alle prestazioni di assistenza termale è il medesimo adottato per le prestazioni di assistenza specialistica.

Pertanto con l'entrata in vigore del nuovo regime dei controlli di cui al D.M. Economie e Finanze dell'11/12/2009 a cui ha fatto seguito la circolare regionale n° 5 del 2/12/2010, tutte le autocertificazioni di esenzioni per età reddito dovranno essere controllate incrociando i dati reddituali forniti alle Aziende Sanitarie per il tramite della Regione, dalle Agenzie per le entrate.

Operativamente tale controllo si effettuerà con modalità informatica incrociando le informazioni pervenute dagli stabilimenti termali (tracciato File "E"), circa gli assistiti che hanno usufruito di prestazioni termali e in quale regime, con quelle reddituali fornite dalla Agenzia delle Entrate.

## **Formazione specifica in medicina generale**

Presso l'Az.USL Fe sono individuati e riconosciuti dalla Regione 8 MMG con funzioni di tutor per i Medici frequentanti il Corso di Formazione Regionale in Medicina generale; i discenti svolgono presso gli studi degli 8 Medici tutor i periodi di tirocinio previsti nel corso dei 3 anni di formazione ( 3 cicli di 4 mesi ) e riscontrano alla Az.UsI Fe l'avvenuta formazione.

Presso l'Az.Osp .Fe è organizzata una frequenza formativa per i discenti che offre periodi di tirocinio presso l'U.O. di Medicina Interna e le U.U.O.O. Specialistiche.

## **Reti regionali per le cure palliative e la terapia del dolore**

### **Rete delle cure palliative**

Nell'ambito territoriale della Provincia ferrerese le due Az.Sanitarie con atti deliberativi , rispettivamente il 118/09 per Az.Osp.Fe e il 149/09 per Az.USL Fe, hanno costituito l'Equipe interaziendale per lo sviluppo della Rete delle Cure Palliative.

Conseguentemente è stato predisposto uno specifico " sito intranet " per la comunicazione e la diffusione delle informazioni, e sono stati costituiti due Gruppi di Lavoro che hanno prodotto : " Documento sul trattamento del dolore " e " Documento relazioni di interfaccia tra i Nodi della Rete".

Questi documenti sono stati oggetto di specifica diffusione informativa , mediante AUDIT , a tutti i MMG dei NCP.

L'analisi degli indicatori disponibili rivelano , in questo primo report , che 6 su 8 di questi hanno il valore rientrante nello standard atteso; i due valori ancora difettosi rispetto agli standard denotano criticità nello sviluppo domiciliare delle Cure Palliative

INDICATORI	STANDARD
01. Numero di pazienti deceduti a causa di tumore, assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio e/o in Hospice /n. di malati deceduti per malattia oncologica  823/1400 = 59%	>=65%
02 Numero posti letto in Hospice ADO Fe e Codigoro  23	>= 25
0.3 Numero di hospice in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000/numero totale di Hospice  Hospice ADO - CODIGORO  100%	100%
0.4 Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore  N° 31697	VALORE STANDARD RICAVALTO  36190
05 Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra la segnalazione del caso e la presa in carico domiciliare da parte della Rete di cure palliative è inferiore a 3 giorni/ numero di malati presi in carico dalla Rete e con assistenza conclusa  493/504 = 98%	>= 80%
06 Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa tra segnalazione del caso e ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 3 giorni/numero di malati ricoverati e con assistenza conclusa  422/603 = 70%	>= 40%
07 Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica  Hospice di Ferrara 61/227= 27%  Hospice di Codigoro 4/209 = 2%	<= 20%
07 Numero di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice è superiore a 30 giorni/numero di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica  Hospice di Ferrara 44/227=19%  Hospice di Codigoro 18/209 = 9%	<=25%

## Programma Hospice

Per quanto riguarda il programma Hospice nell'anno 2010 si è sviluppato il ruolo dell'Hospice aziendale di Codigoro all'interno della rete dell'assistenza domiciliare integrata e della Rete delle cure palliative .L'hospice aziendale e l'Hospice convenzionato dell'ADO hanno applicato la circolare n.5 /2010

garantendo un inserimento e un aggiornamento dei dati come debito informativo verso la Regione e l'Ausl.

## **Ospedale-territorio senza dolore**

Nell'ambito della Provincia di Ferrara le due Az.Sanitarie con rispettive delibere, 871/02 per l'Az.USL Fe e 24/02 per l'Az.Osp.Fe , definivano l'attivazione e le composizioni dei COSD aziendali ; con delibera integrativa dell'Az.Osp.Fe 27/07 si ampliava la composizione del COSD con gli operatori Infermieri , il Volontariato e il MMG.

Nel corso del 2010 su proposta del gruppo interaziendale sulle cure palliative si è convenuto da parte dei Direttori Sanitari di predisporre la formalizzazione di un unico COSD provinciale; è in fase di adozione la delibera condivisa dalle due Az. per la rideterminazione da COSD a COTSD con la composizione professionale prevista.

Gli anestesisti , algologi, delle Unità Operativa di Anestesia Rianimazione Ospedaliera e Universitaria trattano il paziente , con dolore di diversa natura , che afferisce in Ospedale presso:

- l'ambulatorio di Terapia del dolore attivo su accesso CUP e su invio diretto, con richiesta di consulenza da parte dei MMG e degli specialisti

La consulenza antalgica domiciliare viene fornita al paziente oncologico critico, su richiesta del mmg, da parte di un oncologo dell'AOU di Ferrara, in convenzione con l'ASL di Ferrara che tratta il sintomo dolore nell'ambito delle cure palliative.

Nei casi segnalati di pazienti con dolore, in continuità terapeutica e d'assistenza, è attivato un percorso definito con il MMG, l' ANT /ADO per la presa in carico domiciliare della persona alla dimissione.

I farmaci antalgici prescritti in dimissione, in PTL, sono dati al paziente in erogazione diretta, a copertura della terapia giornaliera in più somministrazioni il giorno o in continuo con pompe elastomeriche, per i giorni previsti per legge, dalla Farmacia Ospedaliera per evitare disagi al paziente e alla famiglia, mantenere una continuità antalgica, evitare delle zone grigie terapeutiche e contenere i costi.

Il MMG, adeguatamente informato, collabora attivamente al percorso.

Il responsabile del Progetto Ospedale senza dolore, anestesisti, oncologi e professionisti dell'Azienda collaborano attivamente alla Rete interaziendale delle Cure Palliative: è stato elaborato e condiviso un documento ampio sul dolore e il suo trattamento, presentato ai MMG e presente in Home Page delle due Aziende con un diagramma di flusso per la presa in carico della persona sofferente, etc.

Ampia collaborazione attiva è stata data anche per il Progetto Macondo, sia per la realizzazione *dell'inchiesta epidemiologica che per l'Osservatorio e l'analisi critica dei risultati.*

## **L'integrazione socio-sanitaria**

- In provincia di Ferrara l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo, risale alle esperienze dei consorzi socio-sanitari degli anni '70 ed alla gestione delegata da parte di tutti i ventisei Comuni alla AUSL delle attività socio-assistenziali fino alla fine degli anni '90. Attualmente permane la "delega" all'AUSL da parte degli 11 Comuni del Distretto Sud-Est.



In attuazione della DGR 1682/2008, si è dato vita agli strumenti di *governance* previsti per la realizzazione del “nuovo” welfare regionale.

In tale ottica l’Azienda USL di Ferrara ha sempre assicurato la qualificata partecipazione di dirigenti e tecnici all’Ufficio di Supporto alla CTSS ed ai tre Uffici di Piano Distrettuali.

Il processo di realizzazione, attuazione e verifica degli strumenti di programmazione distrettuale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari, sono stati impostati in un’ottica unitaria delle attività, con l’obiettivo di realizzare un sistema integrato di servizi ed interventi. Tale percorso ha visto coinvolti Enti gestori, soggetti del terzo settore ed organizzazioni sindacali confederali e di categoria.

- Fin dall’uscita delle direttive regionali sull’adozione del sistema delle tariffe per i servizi accreditati, la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie ha promosso numerosi momenti di approfondimento delle tematiche relative all’accreditamento dei servizi socio-sanitari. In particolare, si sono realizzate simulazioni d’impatto dell’applicazione del nuovo sistema omogeneo di tariffa per le strutture e servizi per anziani e disabili adottato con le DGR 2110/2009, 219/2010, poi presentate ed analizzate in incontri tecnici AUSL-Comuni-Provincia-Regione, Enti gestori, Terzo settore ed OO.SS.

Tale elementi, unitamente ai dati relativi ai servizi sanitari, sono stati messi a disposizione degli UdP e dei Comuni per l’attività istruttoria ai fini del rilascio dell’accreditamento transitorio.

Unitamente alla Provincia ed agli UdP, si è dato vita ad un tavolo di confronto e di lavoro teso alla definizione di un format di contratto di servizio avente caratteri simili in ogni distretto.

- Coerentemente alla normativa regionale, L’AUSL di Ferrara, sia a livello della CTSS che a quello Distrettuale, assicura la predisposizione e la tenuta di atti indispensabili per il governo del FRNA a livello provinciale. L’attività di supporto alla CTSS per la ripartizione delle risorse FRNA ai Distretti ed a questi per l’adozione dei Piani Distrettuali per la Non Autosufficienza, unitamente all’attività di reportistica e verifica degli interventi, è svolta dalla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie e dai Distretti.

Al fine di socializzare le informazioni relative al FRNA, L’AUSL predispone e pubblica un report annuale delle attività e delle risorse. Tale pubblicazione, con vasta diffusione a livello provinciale è oggetto di confronto con istituzioni, Enti gestori, organizzazioni del Terzo settore ed Organizzazioni sindacali.

- L’attività a favore delle persone adulte con gravissima disabilità acquisita, a livello provinciale è incentrata sul sistema di coordinamento ed integrazione tra: i diversi servizi ospedalieri di riabilitazione; i diversi servizi dei DCP distrettuali; le diverse forme gestionali dei servizi sociali di cui sono titolari i comuni.

La CTSS di Ferrara ha approvato in data 23/09/2009 la nuova rete aziendale per l’assistenza residenziale agli utenti affetti da gravissime disabilità acquisite, adeguando le rete alle indicazioni previste dalla DGR 840/2008.

Gli interventi di sostegno al domicilio (assegno di cura e assistenza domiciliare) e l’appropriata fornitura di apparecchi comunicatori secondo le specifiche indicazioni regionali, completano una rete dei servizi per le gravissime disabilità acquisite, caratterizzata da un’uniforme articolazione delle équipe multiprofessionali distrettuali e da un coordinamento tecnico provinciale in grado di assicurare equità ed uniformità d’accesso ai servizi.

- Nell'area della salute mentale, prosegue l'attività già avviata nella prospettiva dell'accreditamento delle strutture per l'assistenza psichiatrica (abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali – residenze socio-sanitarie).

Il lavoro integrato con i servizi sociali comunali e, più in generale, l'integrazione socio-sanitaria (istituzionale, gestionale, operativa) in quest'area assume un ruolo fondamentale ai fini dell'appropriatezza e dell'efficacia degli interventi.

Sono state costituite nei tre Distretti dell'AUSL di Ferrara le Unità di valutazione multidimensionale per la valutazione e la presa in carico integrata di utenti psichiatrici. Sono stati valutati più di 300 pazienti, dei quali 200 circa ex-OP, 70 pazienti della nuova cronicità e 60 pazienti ospitati in Unità abitative nel territorio ferrarese. Questi dati sono stati condivisi con i Comuni e i Distretti, inviati in Regione e poi pubblicati assieme a quelli degli altri Dipartimenti in un volume edito dal Centro Stampa Regionale.
- Nel corso degli ultimi anni, l'attività dell'AUSL si è sviluppata su due binari: uno volto alla dotazione ed all'attivazione in tutte le realtà distrettuali di omogenee soluzioni informatiche per la gestione delle principali attività socio-sanitarie ed alla messa in rete degli stessi sistemi dell'AUSL con quelli dei Comuni; l'altro indirizzato verso la sperimentazione nel Distretto Centro-Nord del Sistema informativo Socio Sanitario (SISS) finalizzato a promuovere modalità omogenee di raccolta dei dati e promuovere l'utilizzo di indicatori di attività.

La necessità di una scelta definitiva del modello di sistema informativo a rete da implementare ulteriormente in tutte le realtà territoriali diventa essenziale allo sviluppo della stessa anche e soprattutto nella prospettiva del nuovo sistema informativo socio-sanitario regionale recentemente delineato dalla Regione Emilia-Romagna.
- Il rafforzamento dell'attività in materia di dimissioni protette è proseguita con l'attivazione nei tre Distretti delle Unità di Valutazione Multidimensionale "ospedaliera" e con l'introduzione della figura dell'infermiere "case-manager", al fine di consentire un avvio tempestivo dei percorsi.

I confortanti risultati quanti-qualitativi inducono a processi di rafforzamento di tali attività.

L'Azienda USL è impegnata ad assicurare l'assistenza protesica agli utenti aventi diritto a presidi personalizzati di all'elenco 1 del Nomenclatore tariffario ai sensi del DM 332/1999. In tale ottica si è dotata di una funzionale organizzazione sia nella fase di prescrizione che in quella di fornitura e ritiro.

In particolare, per gli ospiti delle strutture protette ha fissato modalità e percorsi dedicati.
- Al fine di assicurare in ambito distrettuale l'integrazione tra punti unici di accesso e rete degli sportelli sociali, l'attività dell'AUSL si è sviluppata su due binari: uno volto alla dotazione ed all'attivazione in tutte le realtà distrettuali di omogenee soluzioni informatiche per la gestione delle principali attività socio-sanitarie ed alla messa in rete degli stessi sistemi dell'AUSL con quelli dei Comuni; l'altro indirizzato verso la sperimentazione nel Distretto Centro-Nord del Sistema informativo Socio Sanitario (SISS) finalizzato a promuovere modalità omogenee di raccolta dei dati e promuovere l'utilizzo di indicatori di attività.

# L'Assistenza Ospedaliera

## Riorganizzazione Ospedaliera

UTIC non sede di emodinamica.

La funzione ed il ruolo delle unità di terapia intensiva cardiaca in questo decennio si è modificato a seguito di due importanti cambiamenti, il primo dovuto alla diffusione delle strategie terapeutiche riperfusive (Trombolisi e Angioplastica) nel trattamento dell'IMA riducendo mortalità, complicanze e degenza per questi pazienti, il secondo derivante dalla necessità di acquisizione di tecnologie e competenze professionali indispensabili al trattamento di patologie complesse in particolare correlate ai cambiamenti demografici e all'incremento delle comorbidità.

A seguito della pubblicazione delle Linee Guida Europee del trattamento dell'IMA-STEMI, la Regione Emilia-Romagna ha promosso il percorso di definizione della rivascolarizzazione miocardica e della integrazione operativa dei centri cardiologici (Hub-Spoke) coinvolti nel trattamento dell'Infarto miocardico acuto (Progetto PRIMA RER).

Nel 2009 l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna ha prodotto un' "Analisi empirica della rete delle UTIC in Emilia-Romagna" basata sulla analisi delle attività 2002-2007 delle UTIC Hub & Spoke, valutando la casistica assistita e la tipologia di percorsi assistenziali tra strutture ospedaliere.

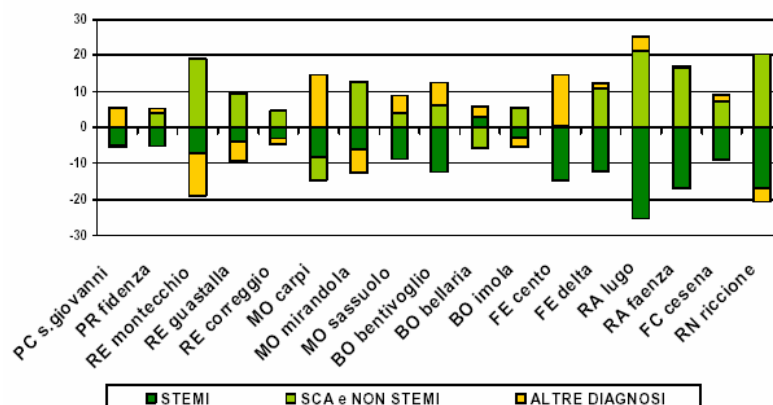
Attualmente si registrano le seguenti tendenze:

- ▶ L'angioplastica primaria è effettuata nell'80% dei casi di IMA-STEMI riducendo i degenti UTIC per tale patologia di circa il 14%
- ▶ Incrementano i ricoveri UTIC per sindromi coronariche acute no STEMI del 25%
- ▶ Tra le diagnosi no SCA ricoverate in UTIC prevale lo scompenso cardiaco (24%), sono poi rappresentate le diagnosi non cardiologiche (15%), le aritmie (10%) e blocchi AV (10%)
- ▶ La durata di degenza mediana in UTIC si è ridotta da tre a due giorni
- ▶ L'indice di occupazione medio è inferiore al 75%
- ▶ Incrementa l'età media dei degenti (70 ani) con crescita prevalente della categoria >75aa

Per quanto riguarda la realtà di Ferrara sono state rilevate le seguenti tendenze:

- ▶ Presenza media giornaliera e indice di occupazione -10% nel quinquennio considerato
- ▶ Riduzione della casistica IMA-STEMI (-18%)
- ▶ Incremento a Cento della casistica no SCA, mentre al Delta della casistica SCA e no STEMI

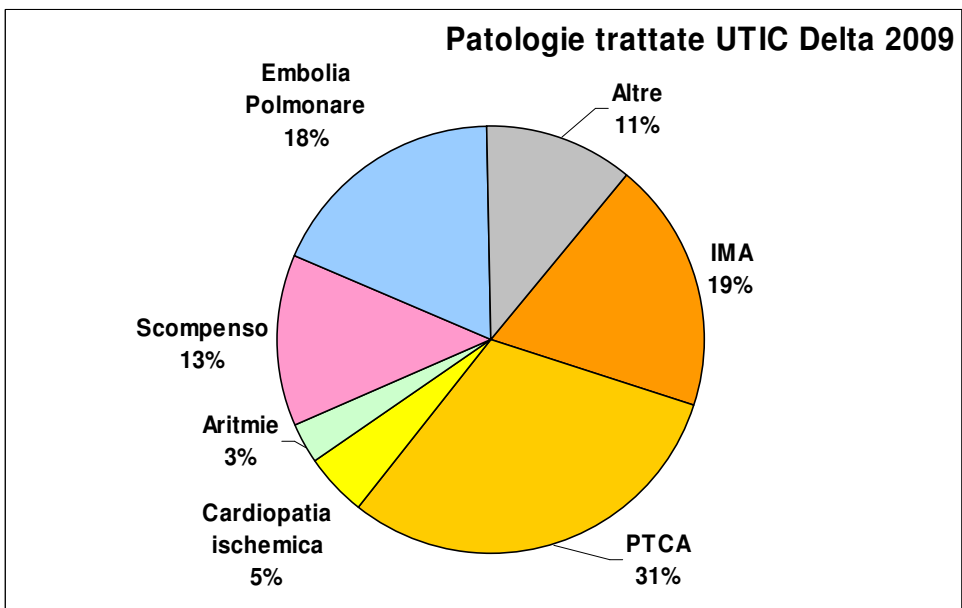
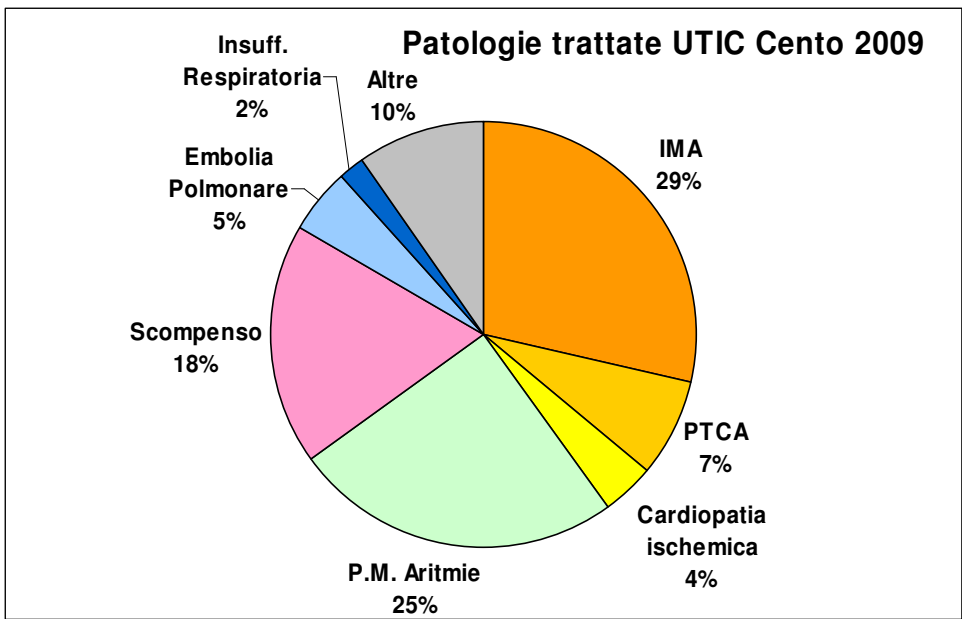
Variazioni 2007 – 2002 delle quote di attività delle singole UTIC SPOKE per classi di diagnosi



**Produzione 2009 UTIC Ospedale del Delta e Ospedale di Cento**

**Movimento degenti UTIC**

		2007	2008	2009
Degenti	Cento	339	341	350
	Delta	376	370	397
gg degenza	Cento	1060	1084	1043
	Delta	1181	1071	967
I.O. P.L.	Cento	73%	74%	71%
	Delta	81%	73%	66%
Durata media Deg.	Cento	3,1	3,1	2,9
	Delta	3,1	2,9	2,4



I criteri dell'accreditamento delle U.O. di Cardiologia e U.T.I.C.

Primo livello (struttura cardiologica di base).

a) Caratterizza il primo livello il servizio o la divisione dotata di Unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) e di posti letto.

b) Le funzioni esercitate comprendono l'emergenza-urgenza cardiologica, assistenza in degenza, diagnostica cardiologica ambulatoriale e per degenti (strumentale non invasiva), eventuali attività svolte in regime di Day Hospital, gestione a lungo termine del cardiopatico ad alto rischio (prevenzione secondaria, valutazione clinico-strumentale periodica, definizione di percorsi preferenziali per pazienti a rischio particolare), gestione della ospedalizzazione a domicilio (home care).

Le dimensioni della terapia intensiva partono da un minimo di 4 posti letto.

Secondo livello (struttura cardiologica con emodinamica).

In aggiunta a quanto previsto per il primo livello

a) caratterizza il secondo livello la presenza del Laboratorio di Emodinamica

In questo caso un letto di terapia intensiva corrisponde al minimo a quattro letti di degenza.

Il rapporto fra i letti di T.I. e di degenza è di 1 a 3-4 ;

b) oltre alle funzioni esercitate dal primo livello si aggiungono: trattamento dei cardiopatici con impegno diagnostico/assistenziale particolare, diagnostica incruenta di alto contenuto tecnologico e/o di alta specializzazione (cardiologia nucleare, competenze di cardiologia pediatrica, ecc.) accertamenti emodinamici e contrastografici (cateterismo cardiaco, coronarografia), elettrofisiologia invasiva e ablazione.

Requisiti minimi di attività.

Si ritiene che la struttura di primo livello dovrà avere volumi di attività tali da determinare una idonea occupazione dei posti letto e il mantenimento della competenza clinica al trattamento. Si possono quantificare, indicativamente, i seguenti parametri:

Indice occupazione posti letto: 60-70% per la T.I.C. e 75% per il reparto di degenza;

Numero pazienti per posto letto: 50-60 anno (reparti di degenza);

Degenza media: 3-5 giorni per la T.I.C. e 5-7 giorni per il reparto di degenza.

Tali livelli di attività si realizzano con il ricovero di patologie acute cardiache di esclusiva pertinenza dei reparti di Terapia Intensiva cardiologica: I.M.A.; arresto cardiaco; insufficienza cardiaca acuta; sincope e aritmie potenzialmente fatali; dissezione aortica; tamponamento; embolia polmonare.

La struttura di secondo livello deve svolgere attività emodinamica in misura di almeno 600 esami

strettamente emodinamici all'anno, mentre il laboratorio deve assicurare lo svolgimento di un numero complessivo ottimale di esami emodinamici di 800 - 1200 all'anno.

Per quanto riguarda la dotazione minima del personale medico, deve essere garantita la presenza continuativa nelle 24 ore di uno specialista in cardiologia.

Assetto Logistico e organizzativo UTIC.

### **Ospedale del Delta**

La stanza grande della T.I. (con 4 PL) non è collegata direttamente con la degenza UTIC.

Sono separate da una porta anticendio e vi sono circa 10 metri con vari locali che li separano: in particolare abbiamo una stanza per l'isolamento della T.I. dove c'è un letto videosorvegliato che consente agli infermieri che stanno nella stanza grande con i 4 PL di presidiare anche il PL in isolamento, il locale caposala e un locale tecnico.

I locali attuali della Terapia intensiva non sono in grado di accogliere altri posti letto salvo interventi strutturali e variazione di destinazione d'uso dei locali adiacenti.

La dotazione infermieristica in T.I. deve essere con un rapporto su p.l. 1 a 2 (1 infermiere ogni 2 PL). Con 6 PL la TI dovrebbe avere 3 infermieri H24 ossia una dotazione di 18 unità. Adesso ne ha 13 (12 infermieri per i 4 letti + 1 CS). Dopo dovrebbe passare a 19 (18 + 1) o al minimo a 18. Quindi dovrebbe acquisire 5 infermieri.

La Cardiologia + UTIC ha una dotazione di 20 infermieri. Togliendone 5 passerebbero a 15.

Per i letti di Cardiologia bisogna pensare ad un turno 2/2/2 ossia a 12 infermieri + 1 CS ossia 13 infermieri.

Rispetto ai infermieri 15 è possibile ridurre **2** unità.

### **Ospedale di Cento**

Attualmente non è possibile progettare l'inserimento di ulteriori posti letto nel reparto di Terapia Intensiva, ma è stata progettata la ristrutturazione della U.O. con la previsione di una dotazione di 6 + 1 posti letto. La fruibilità di tale reparto è prevista a tre anni secondo piano di interventi combinati per le degenze non coinvolte dall'intervento "Villa Verde" .

In merito al personale, ad oggi gli infermieri dedicati all'UTIC sono 1 per turno (6 I.P.) . Perciò è ipotizzabile una riduzione di organico a saldo di **2** unità.

Attualmente è stato costituito un Gruppo di Lavoro presso l'Ospedale del Delta con la partecipazione di rappresentanti della U.O. di Cardiologia, del Dipartimento di Emergenza e del Dipartimento Tecnico per valutare le migliori soluzioni logistiche ed il conseguente impatto tecnico economico di un accorpamento delle funzioni di Rianimazione e Terapia Intensiva Cardiologica in un unico modulo assistenziale di sei posti letto complessivi (4 di Rianimazione e 2 di UTIC).

### **Lungodegenza, post-acuzie e riabilitazione estensiva**

La lungodegenza post-acuzie (LPA) è un'indispensabile funzione assistenziale che si colloca fra la degenza ospedaliera per acuti e il ritorno del paziente sul territorio. Questo tipo di attività ospedaliera ha trovato, nella Regione Emilia Romagna, soluzioni organizzative e assistenziali alquanto diverse. Le ragioni di queste diversità risalgono ad una certa imprecisione della mission assistenziale che era contenuta nella normativa regionale quando venne emanata circa 12 anni fa. Vi era una chiara tendenza a favorire la nascita di LPA a gestione infermieristica che però non hanno trovato applicazione, se non in misura estremamente marginale, nel panorama ospedaliero, semplicemente perché la tipologia di pazienti che necessita di tale funzione assistenziale è di una tale complessità e gravità clinica da essere incompatibile con il modello a gestione infermieristica.

È rimasta, tuttavia, una certa distinzione fra LPA cosiddette mediche e quelle riabilitative (post-acuzie a riabilitazione estensiva o PARE). Queste ultime in alcuni casi sono affidate a fisiatristi, ma spesso sono di pertinenza geriatrica o internistica con il contributo professionale di fisiatristi e fisioterapisti, come ad esempio a Bologna. Le LPA mediche sono a gestione esclusivamente medica – per lo più geriatrica – ma spesso soffrono della carenza di un costante contributo riabilitativo, non essendo prevista tale attività in modo costante e strutturale.

Per quanto attiene al concetto di **riabilitazione in senso generico** va fatta una distinzione fra **riabilitazione in senso stretto**, situazione nella quale devono essere comprese quelle patologie che hanno determinato una perdita di funzione per un danno specifico – ad esempio l'ictus –, dalla **riattivazione** in cui

vengono comprese situazioni cliniche in cui la perdita di una o più funzioni non è legata ad un danno specifico ma ad un complesso di situazioni che fanno perdere una o più attività della vita quotidiana. La sindrome da allettamento – che è la più importante e diffusa sindrome geriatrica – è l’emblema di questa situazione. Non sempre la distinzione è così facile e le situazioni cliniche spesso sono complesse ed intricate. Per questo motivo una fascia di persone molto anziane, con patologie multiple e complesse non vengono ritenute elegibili per un programma riabilitativo, con danno della persona e della Comunità per gli alti costi sociali e sanitari determinati dalla disabilità inevitabile che deriva dal rifiuto della presa in carico.

Nell’ambito dell’Azienda USL di Ferrara sono stati fatti, in questi anni, **notevoli cambiamenti in senso positivo** per adeguare le LPA a gestione diretta ad un modello assistenziale più adeguato alle reali necessità del paziente creando un governo clinico unico e rimodulando tutte le attività connesse alle LPA.

Le criticità che erano evidenti fino a 3 anni fa erano le seguenti:

- **mancanza o sporadica attuazione di un protocollo unico per la selezione** e l’accoglimento dei pazienti (pur a suo tempo largamente discusso e proposto);
- **mancanza o sporadica capacità di attuare i processi di valutazione globale** dei bisogni e di saperli rappresentare in maniera ripetibile, con scale validate;
- **mancanza o scarsità di autonomia funzionale rispetto alle UU. OO. in cui si erano inseriti**, con difficoltà a rispondere alle esigenze assistenziali dell’intero Presidio Ospedaliero o di più Presidi Ospedalieri;
- **mancanza di una collaborazione continuativa ed organica con la rete dei servizi territoriali** per dimissioni protette o in ADI o in Strutture residenziali e semiresidenziali;
- **mancanza di progettazione per attuare modelli assistenziali specifici** come l’ortogeriatrics, sezioni per pazienti con disturbi cognitivi o con prevalenza di malattie organiche di tipo cardiovascolare e/o respiratorio, ecc.

Per far fronte alle problematiche sopra esposte sono state adottate le seguenti decisioni:

- è stata istituita nel 2004 una **nuova Unità Operativa Complessa di Geriatria e LPA** che riunisce le 5 LPA fino ad allora gerarchicamente legate alle UU. OO. di Medicina: la U.O. ha sede presso l’Ospedale del Delta (33 p.l.), mentre negli stabilimenti ospedalieri di Bondeno, Copparo, Argenta e Comacchio si trovano gli annessi M.O., rispettivamente di 34, 30, 26 e 20 p.l. (totale 143 p.l.).
- **le funzioni riabilitative e riattive sono diventate parte integrante** del percorso assistenziale per tutti i pazienti ricoverati: per alcuni sono prevalenti o esclusive, per altri sono complementari ma di estrema importanza per ridurre la disabilità residua ;
- sono stati creati **percorsi assistenziali specifici** di cui il più importante, per novità e diffusione, è quello di Ortogeriatrics, a favore del paziente anziano fratturato (per lo più di femore) con lo scopo di favorire il recupero funzionale e dunque, secondariamente, di ridurre il ricorso alla istituzionalizzazione
- in alcune LPA sono stati individuati 2 posti letto riservati a pazienti con **gravissima disabilità acquisita** (i cosiddetti “comi vigili”), per attenuare il disagio delle famiglie residenti nelle zone provinciali più periferiche e che si affiancano ai letti da anni riservati a tale funzione alla LPA convenzionata Quisisana di Ferrara;
- è stato rafforzato il governo clinico sulle LPA convenzionate delle Case di Cura Private di Ferrara, Quisisana e Salus, attraverso alcune azioni: 1) attuando la separazione netta fra le vecchie funzioni di RSA e LPA, inappropriatamente coesistenti in un unico reparto (trasferendo la RSA nella struttura dell’ex convento Santa Chiara; 2) cercando di limitare al massimo le “contaminazioni” tra ricoveri di LPA ed acuti; 3) istituendo,

presso la Quisisana, due setting assistenziali specifici, uno di ortogeriatrics e l'altro per "comi vigili";

- sono stati attivati nel presidio di Bondeno, accanto ai 34 di Post-Acuzie, 6 nuovi posti di Geriatrics per acuti, seppur a bassa complessità clinica;

In sintesi le finalità perseguite nell'ambito del governo clinico delle LPA aziendali possono così riassumersi:

1. realizzare una completa autonomia delle LPA rispetto ai reparti cui erano gerarchicamente legate nel passato;
2. adottare criteri di eleggibilità uniformi, in linea con i criteri regionali, dei pazienti da accogliere in LPA attraverso una metodologia condivisa e comune che si avvale della Valutazione Multidimensionale Geriatrica;
3. privilegiare gli aspetti assistenziali di tipo tutelare e di approccio globale al bisogno del paziente con la finalità di permettere il soddisfacimento delle necessità degli anziani soprattutto là dove si evidenzia una fragilità clinica e/o sociale;
4. favorire la continuità assistenziale al domicilio, rendendo obbligatoria prima della dimissione l'adozione di tutte quelle procedure che diano il massimo di garanzia e protezione nel riaffidare il paziente al proprio ambiente familiare: la Dimissione Protetta è volta ad attivare, là dove possibile, l'assistenza domiciliare integrata;
5. favorire la continuità assistenziale con i servizi socio-sanitari per anziani (principalmente con le RSA), stabilendo procedure sinergiche condivise ed omogenee con le UVG territoriali e con i Servizi Sociali Comunali per tutti i casi che non possono rientrare al domicilio dopo la fase ospedaliera;
6. realizzare una cartella clinica specifica ed integrata, medico-infermieristica
7. creare percorsi ortogeriatrici, in stretta collaborazione con le U.O. di Ortopedia ed i Servizi di Fisiatria
8. implementare l'offerta di ambulatori specialistici geriatrici in diverse sedi (Delta, Copparo, Bondeno) e di ambulatori per i Disturbi Cognitivi a Bondeno e Portomaggiore (-ex Progetto Regionale Cronos per le Demenze), con accesso facilitato ai pazienti dimessi dalle LPA

Pur tenendo conto di questi obiettivi assistenziali e le loro relative procedure unificanti per tutte le LPA non in tutte si sono potuti declinare completamente tali aspetti. In alcuni casi perché le risorse non sono sufficienti e non vi è ancora quella auspicabile condivisione trasversale delle risorse mediche, in altri casi per una precisa scelta strategica che tiene conto del contesto in cui sono collocate le LPA. Sostanzialmente le LPA che sono inserite in un Ospedale con numerosi reparti con complessità cliniche molto rilevanti svolgono funzioni prevalenti di LPA medica, con impegno focalizzato sullo stabilimento ospedaliero stesso, come ad esempio avviene al Delta, Comacchio e Argenta. A Bondeno si è sviluppato un modello che tende a favorire l'autosufficienza dal punto di vista assistenziale, mentre a Copparo si è mantenuta, la vocazione di Ospedale di Comunità. Per queste ultime due LPA, peraltro, è particolarmente significativa la quota di pazienti di provenienza esterna, accolti cioè da UU.OO. per acuti dell'Azienda Ospedaliera.

Va comunque ribadito che i principi sopra esposti sono diventati patrimonio comune di tutte le LPA.

La dotazione di posti letto è appena sufficiente per i bisogni assistenziali tenendo conto che fra gli obiettivi di risultato vi è la valutazione dei pazienti entro 24-48 ore dalla segnalazione e l'accoglimento dei pazienti ritenuti idonei entro 3-4 giorni dalla valutazione. Ciò ha comportato in alcune LPA una forte riduzione della degenza media, non sempre ottimale dal punto di vista dell'esito assistenziale. La rapidità della presa in carico, tuttavia, rappresenta un contributo considerevole per alcune UU.OO., soprattutto di Medicina (Cento, Delta), ad alto rischio di criticità posti letto.



La nomina del nuovo Direttore di Unità Operativa ha facilitato il completamento di alcune rimodulazioni:

- unificare maggiormente le figure mediche in modo che trasversalmente costituiscano **un'unica equipe**, che tuttavia conserva le sinergie funzionali con le altre equipe mediche di stabilimento per quanto riguarda guardie, continuità assistenziale diurna, eventuali criticità legate ad assenze improvvise o prolungate
- favorire la continuità assistenziale, incrementando in tutte le LPA i percorsi di dimissione protetta, sia in ADI con il supporto del *case manager*, sia nei servizi della rete attraverso l'attivazione dell'UVG
- rafforzare l'interazione ed il supporto con i Servizi Aziendali di Riabilitazione.
- sperimentare modelli organizzativi di collaborazione con la U.O. di Medicina presente nello stabilimento per ciò che riguarda l'organico medico, come ad esempio per la LPA di Argenta (caso che, tuttavia, al di là dei buoni risultati clinico-assistenziali, rappresenta una situazione di pericolosa precarietà).

### **Adeguamento alle indicazioni di cui alla DGR 1706/09**

Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio.

- Foglio unico di terapia (FUT)

Le Cartelle Cliniche Dipartimentale in uso routinario dalle U.O. dai Dipartimenti Clinici con posti letto di degenza comprendono il Foglio Unico di Terapia, così come definito anche dalla procedura aziendale "La Gestione Clinica dei Farmaci".

Il F.U.T. è il documento impiegato dai medici per effettuare la prescrizione e dagli infermieri per effettuare la somministrazione, facilitando i medici ad effettuare la prescrizione scritta in modo chiaro ed evitare la prescrizione a voce, evitando passaggi di trascrizione tra la cartella clinica e la documentazione infermieristica affinché gli infermieri impieghino la stessa scheda redatta dal medico per effettuare la somministrazione, risparmiando tempo ed errori di trascrizione.

I risultati del I trimestre 2010 dell'audit sulla corretta tenuta delle Cartelle Cliniche effettuato sulle 14 unità operative del Dipartimento di Medicina hanno evidenziato un punteggio medio ponderato per il rispetto dei requisiti del F.U.T. pari a 2,75/4,00 che esprime complessivamente un rispetto pari al 69% degli items analizzati. L'audit prosegue ed il feed-back sulle Unità Operative è auspicabile generi azioni correttive di miglioramento.

- Informazione e consenso

La procedura "Il Consenso" revisionata nel 2006 ed ampiamente condivisa nei percorsi formativi aziendali sarà prossimamente rivalutata per adeguarla.

Nel 2010 sono stati svolti 14 seminari sui temi informazione e consenso gestione della documentazione, per tutte le UU.OO. dell'Azienda, compresi i nuovi assunti e 2 seminari sugli stessi temi dedicati ai responsabili di UU.OO. e di macrostruttura, con la partecipazione complessiva di 462 operatori di cui 128 dirigenti.

I risultati del I trimestre 2010 dell'audit sulla corretta tenuta delle Cartelle Cliniche effettuato sulle 14 unità operative del Dipartimento di Medicina hanno evidenziato un punteggio medio ponderato per il rispetto dei requisiti del Consenso Informato pari a 2,14/4,00 che esprime complessivamente un rispetto pari al 54% degli items analizzati. L'audit prosegue ed il feed-back sulle Unità Operative è auspicabile generi azioni correttive di miglioramento.

- Profilassi antibiotica e profilassi antitromboembolica in chirurgia

Sono state definite nel corrente anno le procedure dipartimentali per Profilassi Antibiotica e Profilassi Antitrombotica, integrando procedure di unità operativa e con riferimento alle Linee Guida per la Profilassi del Trombo Embolismo Venoso

(TEV) elaborate dallo specifico Gruppo di lavoro interaziendale. E' in corso il monitoraggio trimestrale a mezzo "ORMAWEB" e con il supporto del sistema informativo mediante audit cartelle cliniche, delle modalità di applicazione delle procedure, cui farà seguito nel primo semestre 2011 specifico audit dipartimentale.

I percorsi formativi dipartimentali saranno inseriti nel piano formativo 2011.

- Sicurezza dei sistemi RIS-PACS

L'attenta lettura della DGR 1706/09 e dei documenti ad essa allegati (che allego) ha messo in evidenza numerose criticità che riguardano la definizione di Procedure aziendali assenti, per di più da condividere con la Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, e delle necessarie, successive istruzioni operative.

Al momento nessuna delle azioni richieste dalla RER può ritenersi attuata od attuabile nel breve periodo.

La definizione delle procedure, inoltre, non è immune da un prezzo economico in quanto prevede la messa in opera di devices elettronici univoci per l'identificazione degli utenti (sia esterni che interni) e la riconciliazione degli stessi (riconoscimento, tracciabilità allineamento, etc.) con il sistema informativo radiologico. Potrà accadere che la messa in atto delle richieste regionali faccia emergere la criticità della mancanza di un HIS aziendale (su tutti questi argomenti squisitamente tecnici dovrà necessariamente esprimere un parere il responsabile dell'ICT che legge per conoscenza).

Ritornando nello specifico riporto l'elenco delle procedure, dei documenti e delle conseguenti azioni suddividendole in urgenti (a detta della RER da risolvere immediatamente) e procrastinabili (tra un anno)

#### AZIONI E DOCUMENTI DA PRODURRE CON URGENZA

Procedura, a livello Aziendale, di riconoscimento anagrafico del paziente al momento dell'accettazione nella struttura erogante ( Utenti ambulatoriali e ricoverati).

Procedura, a livello Aziendale, di identificazione del Paziente in Diagnostica.

(Procedura per il refresh manuale della worklist ove necessario).

Procedura Aziendale per la gestione dei Pazienti non identificati che devono essere sottoposti a indagini Radiologiche.

Istruzione Operativa interna sulla registrazione del Paziente non identificato (11a.3 e 12.3).

Procedura per la gestione degli errori con individuazione delle responsabilità e modalità di correzione in rapporto alle casistiche

Procedura relativa alla riedizione di referti a seguito di modifiche dei dati anagrafici o della associazione di immagini.

Relative Istruzioni Operative che illustrino i casi d'uso, determinino attori e responsabilità, definiscano tracciabilità e condivisione tra gli attori delle modifiche apportate.

#### AZIONI E DOCUMENTI DA PRODURRE ENTRO NOVEMBRE 2011

Implementazione di un IDENTIFICATIVO Paziente univoco a livello Provinciale.

Procedure di riconoscimento anagrafico al momento della PRENOTAZIONE.

Procedura, a livello Aziendale, di riconoscimento anagrafico del paziente INTERNO al momento dell'accettazione nella struttura erogante.

Visti i contenuti delle problematiche è necessario che l'Ufficio qualità e la Medicina Legale, per quanto attiene alla gestione del rischio clinico, si attivino per la stesura delle Procedure Aziendali (che saranno poi da condividere con la AO, per poi proseguire con le istruzioni operative (da costruire all'interno del Dipartimento da me diretto) e con la messa in atto, pratica dei vari sistemi di riconoscimento e di gestione dell'errore (con coinvolgimento diretto dell'ICT e della ditta che attualmente detiene il noleggio del RIS-PACS aziendale.

L'attenta lettura della DGR 1706/09 e dei documenti ad essa allegati (che allego) ha messo in evidenza numerose criticità che riguardano la definizione di Procedure aziendali assenti, per di più da condividere con la Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Anna, e delle necessarie, successive istruzioni operative.

Al momento nessuna delle azioni richieste dalla RER può ritenersi attuata od attuabile nel breve periodo.

La definizione delle procedure, inoltre, non è immune da un prezzo economico in quanto prevede la messa in opera di devices elettronici univoci per l'identificazione degli utenti (sia esterni che interni) e la riconciliazione degli stessi (riconoscimento, tracciabilità allineamento, etc.) con il sistema informativo radiologico. Potrà accadere che la messa in atto delle richieste regionali faccia emergere la criticità della mancanza di un HIS aziendale (su tutti questi argomenti squisitamente tecnici dovrà necessariamente esprimere un parere il responsabile dell'ICT che legge per conoscenza).

Ritornando nello specifico riporto l'elenco delle procedure, dei documenti e delle conseguenti azioni suddividendole in urgenti (a detta della RER da risolvere immediatamente) e procrastinabili (tra un anno)

### **Emergenza-Urgenza: NUE 112**

Dal 30 luglio del 2010 a Ferrara è attivo un sistema di trasferimento delle chiamate di emergenza giunta su NUE112 con collegamento telefonico tra la CO112 e la CO118. In particolare l'Azienda Usl di Bologna che gestisce le tecnologie informatiche e telefoniche di tutta la rete 118 regionale ha avviato i controlli e dato avvio agli adeguamenti idonei ad assicurare la compatibilità delle attuali soluzioni tecniche presentinella CO di Ferrara per quanto previsto dal citato DM MISE del 12/11/ 09 *ed in* accordo con il Comando Provinciale dei Carabinieri.

Attivata la "soluzione ponte" nei tempi previsti è stata elaborata una procedura per gli operatori che esplica come l'operatore NUE112 una volta evidenziata la necessità di tipo sanitario da parte dell'utente chiamante prima di trasferire la chiamata alla CO118 trascrive su un'apposita scheda il numero telefonico dell'utente letto sul display del telefono, successivamente trasferisce la prima comunicazione attraverso il collegamento diretto che collega la Centrale e nel caso vi siano in contemporanea più comunicazioni trasferisce le altre effettuando una connessione su linea urbana componendo il numero 118. Dopo l'accesso al centralino 118, attende in linea fino alla risposta dell'operatore CO118 addetto alla ricezione. Alla risposta, prima di trasferire la chiamata comunica allo stesso operatore il numero telefonico da cui proviene. Verifica la localizzazione della chiamata attraverso l'inserimento del numero telefonico dell'utente chiamante nel portale web reso disponibile dal CED interforze

Copia i dati di localizzazione ricavati dall'interrogazione e li invierà alla CO118 via e-mail all'indirizzo di posta elettronica [112nue.xx@118er.it](mailto:112nue.xx@118er.it) L'e-mail conterrà nell'oggetto il numero di telefono del chiamante e la via segnalata dall'utente; l'e-mail verrà comunque trasmessa anche in caso di risposta negativa circa la localizzazione del chiamante.

### **Accreditamento "Strutture di soccorso/trasporto infermi"**

In ossequio alle indicazioni del Direttore Generale della Sanità e delle Politiche Sociali Regione Emilia Romagna, Circolare n.4 del 26.2.2010, la sottocommissione AVEC per gli aspetti economici e tariffe ha proceduto alla quantificazione del costo di produzione annuo a gestione diretta dell'attività di Emergenza, relativamente alle tipologie di Ambulanza con Autista e Autista soccorritore sia per H 24 che per H 12 e per l'attività di Trasporto Ordinario nella tipologia di Ambulanza con Autista e Autista soccorritore H 24, che

sostanzialmente rappresentano il 90 % dell'attività in parola, al fine della valutazione della convenienza dell' esternalizzazione del servizio.

Tali costi di produzione sono evidenziati nelle tabelle allegate A,B,e C.

La Sottocommissione AVEC ha inoltre proposto di assumere la tariffa scaturita dalla gara ad evidenza pubblica effettuata dall'Azienda Ospedaliera di Ferrara per il periodo 1.8.2008- 31.7.2011, pari ad di € 43,80, Iva esente, quale costo massimo di produzione degli Enti fornitori per l'attività di emergenza.

Pertanto tale costo orario forfetario, da cui consegue un valore punto pari a 0,17733, viene ritenuto quale valore massimo consentito per l' esternalizzazione dei servizi.

Le tariffe orarie che ne derivano potranno essere annualmente rivalutate in base all' indice ISTAT Foi di riferimento.

Per quanto riguarda il sistema a rimborso delle spese nei confronti delle Associazioni di Volontariato vale quanto indicato nella predetta Circolare regionale n.4 e al fine di informare le Associazioni di Volontariato con convenzioni esistenti al 31.12 2009 e attualmente convenzionate con l'Azienda Usl di Ferrara, nei primi mesi del 2010 sono stati fatti alcuni incontri con le medesime Associazioni nel corso dei quali è stata spiegata la modalità del rimborso spese.

Tale modalità prevede la presentazione di un preventivo spese, correlato alle attività di cui all'accordo contrattuale, sulla base del bilancio di esercizio dell'Associazione, utilizzando lo schema di cui alla tabella n.6, allegata alla citata Circolare.

Al momento nessun ente ha presentato la domanda di accreditamento.

**Tabella A. Trasporto Emergenza H 24 composto da Ambulanza con Autista e Autista soccorritore.**

<b>Dotazione minima UOM</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Ambulanza (Tipo A – A1) ammortizzata in 7 anni	1,3 mezzi	14.3000,00

<b>Costi funzionamento UOM</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Assicurazione	1,3 mezzi	2.210,00
Carburante costo gasolio € 1,20	consumo 10 Km/l * 42.857 Km/anno	5.143,00
Bollo € 40	1,3 mezzi	52,00
Pneumatici	Gomme * 1,3 mezzi	1.300,00
Manutenzioni Ordinarie	1,3 mezzi	7.800,00

<b>Personale</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Autista soccorritore		186.000,00
Soccorritore		186.000,00
Divise		6.000,00
Calzature		1.080,00
Mensa		7.500,00

Formazione	Note	Importo
Autista soccorritore	Vedi requisiti di cui all'allegato delibera 4/09 pag.20-21	21.560,52

Totale	Importo
	<b>437.645,52</b>

Costi generali 1%	Importo
	<b>4.376,46</b>

Totale generale	Importo
	<b>443.334,98</b>

Punti 365 gg \* H24 \* 247 punti 2.163.720,00

Valore punto **0,20489**

Tariffa oraria 50,61

## Tabella B

### Trasporto Emergenza H 12 composto da Ambulanza con Autista e Autista soccorritore

Dotazione minima UOM	Note	Importo
Ambulanza (Tipo A – A1) ammortizzata in 7 anni costo € 77.000,00	1,3 mezzi	14.300,00

Costi funzionamento UOM	Note	Importo
Assicurazione	1,3 mezzi	2.210,00
Carburante prezzo gasolio € 1,20 lt.	consumo 10 Km/l * 21.428/ anno	2.571,00
Bollo € 40	1,3 mezzi	52,00
Pneumatici	Gomme * 1,3 mezzi	1.300,00
Manutenzioni Ordinarie	1,3 mezzi	7.800,00

Personale	Note	Importo
n.3 Autista soccorritore		93.000,00
n.3 Soccorritore		93.000,00
Divise		3.000,00
Calzature		540,00
Mensa		1.876,00

<b>Formazione</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Autista soccorritore	Vedi requisiti di cui all'allegato delibera 4/09 pag.20-21	10.780,26

<b>Totale</b>	<b>Importo</b>
	<b>230.429,26</b>

<b>Costi generali 1%</b>	<b>Importo</b>
	<b>2.304,29</b>

<b>Totale generale</b>	<b>Importo</b>
	<b>232.733,55</b>

Punti 365 gg \* H 12 \* 247 punti 1.081.860,00

Valore punto **0,21512**

Tariffa oraria 53,14

### **Tabella C**

#### **Trasporto Ordinario H 24 composto da Ambulanza con Autista e Autista soccorritore**

<b>Dotazione minima UOM</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Ambulanza (Tipo A – A1) ammortizzata in 7 anni	1,3 mezzi	13.000,00

<b>Costi funzionamento UOM</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Assicurazione	1,3 mezzi	2.210,00
Carburante costo gasolio € 1,20	consumo 10 Km/l * 42.857 Km/anno	5.143,00
Bollo € 40	1,3 mezzi	52,00
Pneumatici	Gomme * 1,3 mezzi	1.300,00
Manutenzioni Ordinarie	1,3 mezzi	7.800,00

<b>Personale</b>	<b>Note</b>	<b>Importo</b>
Autista soccorritore		186.000,00
Soccorritore		186.000,00
Divise		6.000,00
Calzature		1.080,00
Mensa		7.500,00

Formazione	Note	Importo
Autista soccorritore	Vedi requisiti di cui all'allegato delibera 4/09 pag.20-21	21.560,52

Totale	Importo
	<b>437.645,52</b>

Costi generali 1%	Importo
	<b>4.376,46</b>

Totale generale	Importo
	<b>442.021,98</b>

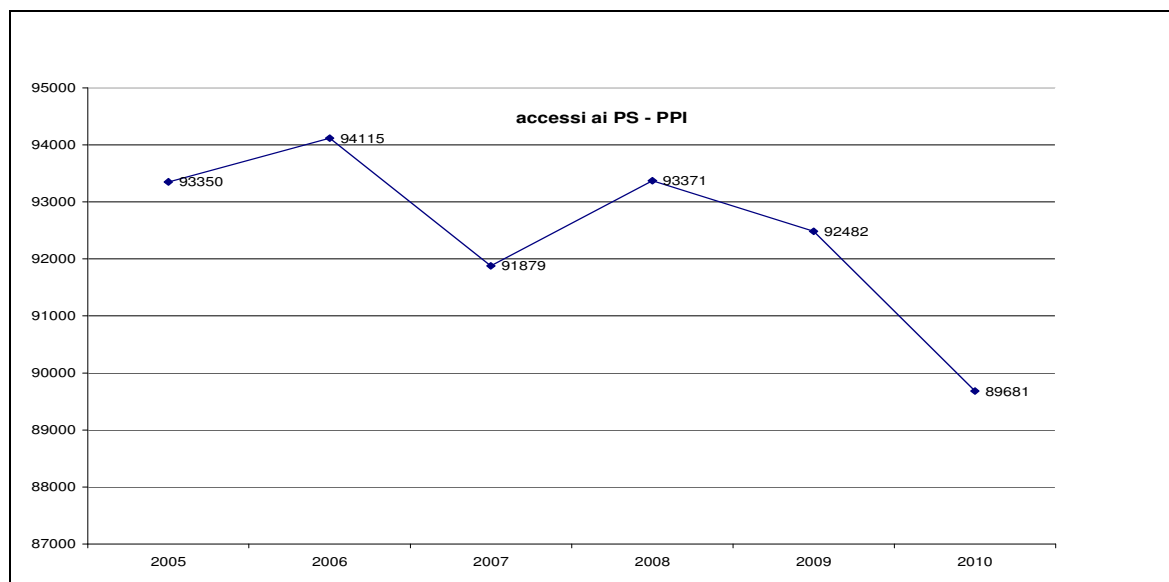
Punti 365 gg * H24 * 247 punti	2.163.720,00
Valore punto	<b>0,20429</b>
Tariffa oraria	50,46

Per ciò che riguarda la determinazione dei fabbisogni inerenti le postazioni 118 da sottoporre ad accreditamento, queste sono state individuate alla data del 30/6/2009, secondo quanto previsto dalla deliberazione Reg.le 44/2009, e successivamente riviste secondo un progetto di riorganizzazione complessivo.

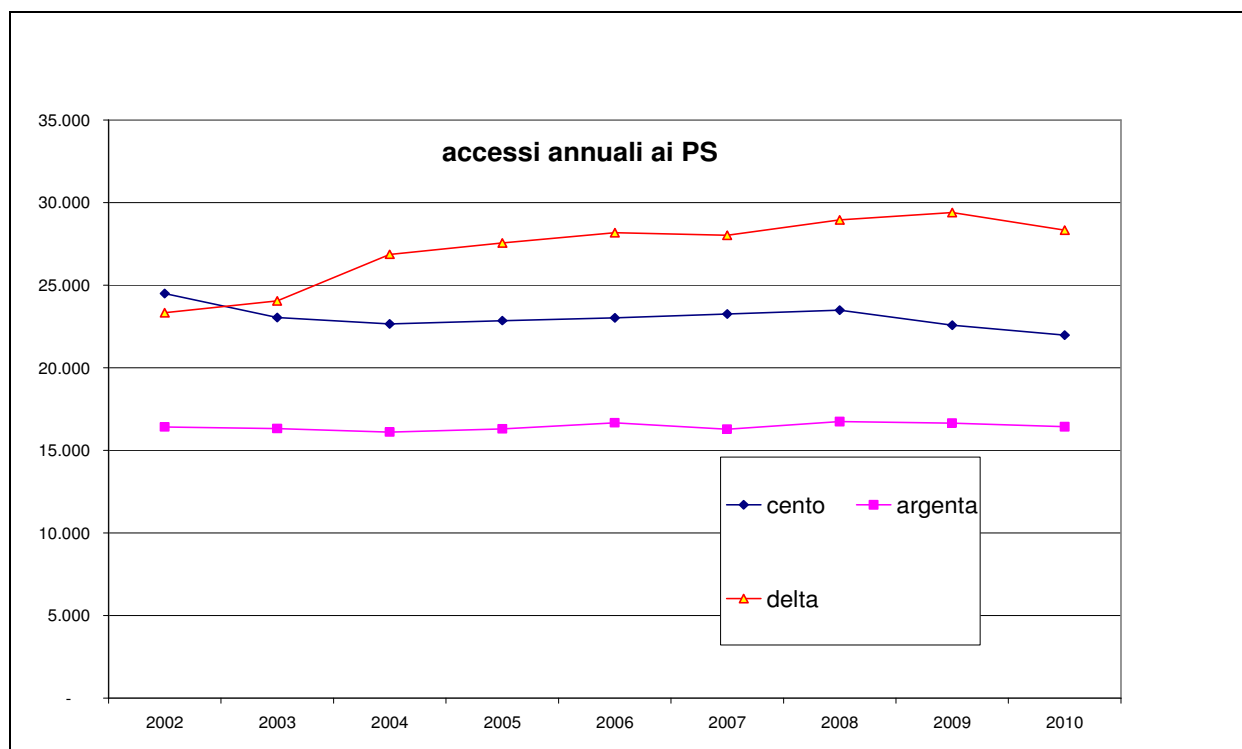
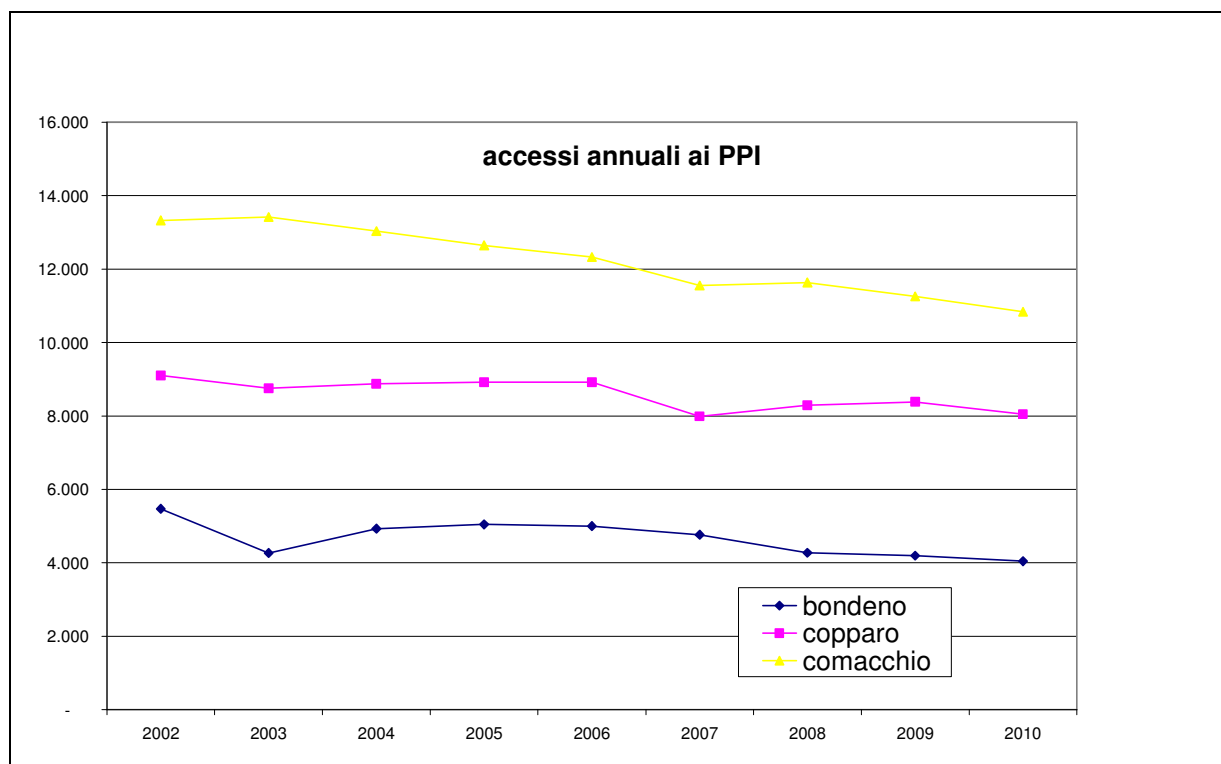
## Pronto Soccorso

### Contenimento incremento accessi ai PS

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso è un problema estremamente diffuso, tipico delle organizzazioni sanitarie a carattere universalistico e, finora, privo di soluzioni efficaci. Nella figura sottostante è riportato il numero complessivo degli accessi annuali al Pronto Soccorso (PS) e Punti di Primo Intervento (PPI) nel quinquennio 2005-2010.



Esso rappresenta il risultato di andamenti contrastanti fra le varie strutture aziendali: in particolare, un significativo decremento degli accessi ai PPI, particolarmente significativo dal 2007, a fronte di un costante incremento degli accessi nei PS principali dell' Azienda, in particolare quello dell' Ospedale del Delta. Quanto sopra è verificabile nei grafici riportati di seguito.



Questa tendenza sembra invertirsi nel corso dell'ultimo anno: gli accessi ai PS/PPI nel 2010 si sono ridotti in tutte le sedi rispetto all' analogo periodo 2009.



Il fenomeno merita analisi nella sua evoluzione nei prossimi anni.

ACCESSI	cento	bondeno	argenta	delta	comacchio	copparo
2009	22.585	4.199	16.650	29.401	11.260	8.387
2010	21.985	4.044	16.429	28.333	10.839	8.051
differenza 2010-2009	-600	-155	-221	-1.068	-421	-336

L' attivazione delle Medicine di Gruppo da parte dei Dipartimenti delle Cure Primarie può essere un elemento significativo nel raggiungimento di questo risultato, in quanto risulta evidente un calo di accessi in regime di codice bianco e verde nella popolazione compresa nelle Medicine di Gruppo.

Un ulteriore elemento che ha influito sulla riduzione degli accessi nel periodo considerato può essere individuato nell' applicazione della nuova normativa sui ticket di PS, recentemente adottata dalla Azienda USL di Ferrara.

Presidio	ticket cod bianchi 2009	Ticket 2009 nuovo ticket	Ticket 2010
PPI BONDENO	€ 5.710	€ 5.912	€ 21.328
PS CENTO	€ 32.757	€ 39.531	€ 113.760
PS ARGENTA	€ 38.921	€ 38.519	€ 134.553
PS DELTA	€ 50.476	€ 52.971	€ 144.864
PPI COMACCHIO	€ 60.372	€ 23.474	€ 104.003
PPI COPPARO	€ 12.991	€ 12.724	€ 56.123
totali	€ 374.358		€ 574.631

Si ritiene possano rappresentare elementi di ulteriore consolidamento di questa tendenza:

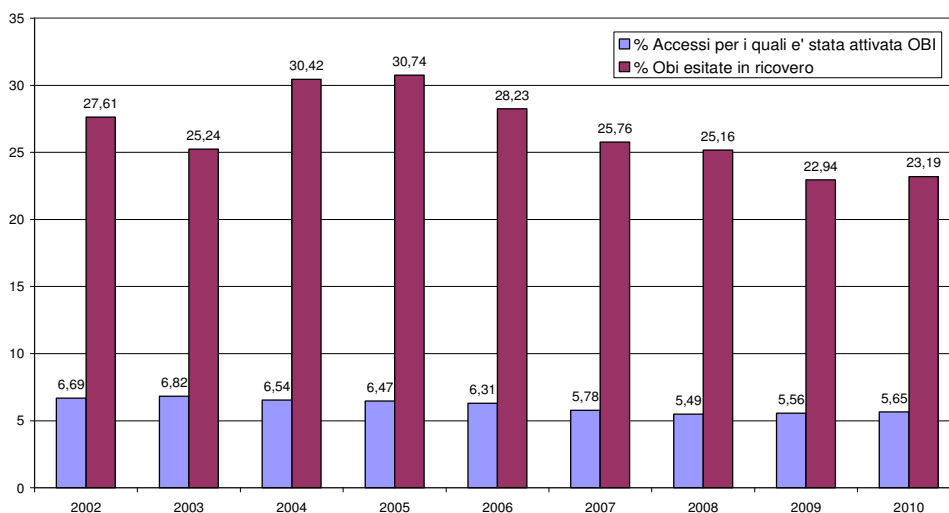
- la possibilità di garantire un flusso informativo verso i Medici di Medicina Generale riguardo agli accessi ai PS/PPI dell' Azienda da parte dei loro assistiti;
- l' istituzione di commissioni tecniche miste finalizzate al monitoraggio del processo.

#### Strategie gestione posti letto.

Il tasso medio di ospedalizzazione dei PS dell' Azienda USL di Fe è storicamente basso ed inferiore alla media regionale.

La presenza di un OBI con 4 posti letto presso l' Ospedale del Delta ha contribuito significativamente al raggiungimento di questo obiettivo: tale struttura accoglie, annualmente circa il 5% di tutti gli accessi al PS del Delta con un indice di ospedalizzazione in costante calo ogni anno.

**Attività OBI PS Delta**



Si ritiene che l' avvio di un' analoga struttura presso il PS dell' Ospedale di Cento potrebbe contribuire alla ulteriore riduzione del tasso provinciale di ospedalizzazione. Analogamente, si ritiene di riproporre per il 2011 il progetto già avviato nell' anno corrente, relativo all' implementazione fino a 6 posti letto dell' OBI del PS del Delta. La delibera aziendale n. 146 del 16/4/2010 ha predisposto un quadro di interventi finalizzato alla pressante richiesta di posti letto prevalentemente di area internistica. I dati dei ricoveri effettuati dai PS nel 2010 confrontati con i ricoveri effettuati nel 2009 evidenziano una notevole riduzione, espressione di azione di filtro e migliore gestione dei posti letto. Sono inoltre un contributo alla riduzione del tasso di ospedalizzazione provinciale.

	dal 01/01/2009 al 31/12/2009	dal 01/01/2010 al 31/12/2010	
Reparto di Ricovero	Ricoveri da PS	Ricoveri da PS	
CARDIOLOGIA CENTO	230	215	-15
CARDIOLOGIA DELTA	283	244	-39
CHIRURGIA GENERALE ARGENTA	292	291	-1
CHIRURGIA GENERALE CENTO	447	458	+11
CHIRURGIA GENERALE COMACCHIO	7	3	-4
CHIRURGIA GENERALE COPPARO	20	12	-8
CHIRURGIA GENERALE DELTA	476	408	-68
GASTROENTEROLOGIA COMACCHIO	9	5	-4
GASTROENTEROLOGIA DELTA	327	282	-45
GERIATRIA BONDENO	53	68	+15
MEDICINA INTERNA ARGENTA	1.713	1.665	-48
MEDICINA INTERNA CENTO	1.725	1.639	-86
MEDICINA INTERNA COMACCHIO	779	623	-156
MEDICINA INTERNA COPPARO	1.206	1.094	-112
MEDICINA INTERNA DELTA	1.572	1.582	+10
ORTOPEDIA E TRAUMAT. ARGENTA	252	268	+16
ORTOPEDIA E TRAUMAT. CENTO	275	259	-16
ORTOPEDIA E TRAUMAT. DELTA	322	293	-29
OSTETRICIA E GINEC. ARGENTA	33	32	-1
OSTETRICIA E GINEC. CENTO	75	75	+0
OSTETRICIA E GINEC. DELTA	29	29	+0
PEDIATRIA DELTA	320	317	-3
PSICHIATRIA DELTA	190	187	-3
PSICHIATRIA S.ANNA	7	9	+2
TERAPIA INTENSIVA CENTO	28	27	-1
TERAPIA INTENSIVA DELTA	44	32	-12
UNITA' CORONARICA CENTO	202	203	+1
UNITA' CORONARICA DELTA	220	243	+23
UROLOGIA CENTO	239	207	-32
UROLOGIA DELTA	180	158	-22
<b>Totale pazienti ricoverati</b>	<b>11.555</b>	<b>10.928</b>	<b>-627</b>

Infine, costituiscono iniziative finalizzate a favorire la progressione del percorso del paziente nell'ospedale l'accesso diretto all'ambulatorio pediatrico del delta ed agli ambulatori ostetrico-ginecologico del Delta e di Cento

#### Strategie di gestione del turn-over del personale.

Il reclutamento di medici per la disciplina di Medicina d'Emergenza/urgenza si mantiene particolarmente difficoltoso.

La dotazione organica attuale è illustrata nella seguente tabella:

dipendenti	37
SET	10
LP	6
totale	53
BUDGET	54

Dei 6 medici con contratto libero professionale 2 coprono assenze per gravidanza o malattia grave di dirigenti medici, mentre 1 posto di assenza per aspettativa non è coperto. Gli altri medici con contratto libero professionale coprono posti vacanti e non coperti con contratti di dipendenza o convenzione

### **Flussi informativi 118 e Pronto Soccorso**

In applicazione del DM 17/12/2008 "Istituzione del sistema per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito della assistenza sanitaria in emergenza/urgenza" e della circolare regionale 30/7/2009 n. 11, dal 1 gennaio 2010 vengono inviati i dati dei flussi di attività dei 6 PS/PPI con regolarità e cadenza mensile su portale della RER appositamente allestito e sul quale il nostro servizio ICT è abilitato ad inserire i record.

- Identificazione della struttura erogatrice
- Dati relativi all'accesso ed alla dimissione
- Identificazione dell'assistito
- Dati relativi alla diagnosi ed alle prestazioni erogate
- Dati relativi alla valorizzazione economica dell'accesso

Gli errori o gli scarti dei record inviati sono esigui e ininfluenti sul volume complessivo.

Per i dati riguardanti la rete dell'emergenza territoriale-118 la Centrale Operativa di Bologna rappresenta già da tempo la sede di raccolta dei dati di tutte le Centrali Operative della Regione ed è stata quindi incaricata dalla stessa circolare 11 di inviare mensilmente i flussi della intera regione.

### **Programma Stroke Care**

Programma Stroke care: sono state fatte riunioni con i professionisti coinvolti dell'AUSL di Ferrara e dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Anna per una definizione di protocolli e di tipologia e distribuzione di Stroke care nella Provincia di Ferrara; da queste riunioni è seguita una relazione da parte delle Direzioni sanitarie. Attualmente è funzionante una Stroke unit presso la Neurologia dell'Azienda ospedaliera-universitaria S.Anna a cui afferiscono anche i pazienti inviati dal territorio per la trombolisi.

Il 29/10/10 si è tenuta un Convegno per la messa a punto di un documento che perfezioni la gestione dell'ictus cerebrale in modo omogeneo e controllato in tutta la Provincia di Ferrara, città compresa a seguito anche di un Audit su tutta la popolazione di pazienti trattati per ictus cerebrale negli ospedali dell'AUSL di Ferrara in un anno campione.

### **Percorso Epilessia**

Percorso Epilessia: in tutti gli ospedali dell'AUSL di Ferrara è disponibile la consulenza neurologica per pazienti sofferenti di epilessia ricoverati ed esterni con relativi servizi anche di Elettroencefalografia a Lagosanto, Comacchio, Argenta, Copparo e Cento.

C'è da alcuni anni un percorso di Neuropediatria sia per pazienti in età evolutiva ricoverati ed esterni che coinvolge la Pediatria e la Neurologia dell'ospedale del Delta ed i Pediatri di base.

Non ci sono attualmente percorsi codificati con in Servizi sociali e la Medicina legale che sono materia di programmazione futura.

## **Gestione liste d'attesa per i ricoveri programmati**

### **Premessa**

Il Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa prevede azioni anche nel settore dei ricoveri ospedalieri ordinari e di day hospital.

Per quanto riguarda la suddivisione delle prestazioni di ricovero in aree specialistiche sono state prese in considerazione le seguenti 4 aree:

### **1. Area oncologica:**

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Interventi chirurgici tumore Mammella

Interventi chirurgici tumore Prostata

Interventi chirurgici per tumori Colon retto

Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Chemioterapia

### **2. Area cardiovascolare**

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

By pass aortocoronarico

Angioplastica Coronarica (PTCA)

Endoarteriectomia carotidea

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Coronarografia

### **3. Area geriatria:**

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Intervento protesi d'anca

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Cataratta

### **4. Altre prestazioni:**

(Prestazioni per le quali va attivato il monitoraggio regionale con il coordinamento della ASSR)

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Interventi chirurgici Polmone

Interventi chirurgici Colon

Tonsillectomia

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Biopsia percutanea del fegato

Legatura e stripping di vene

Emorroidectomia

Riparazione ernia inguinale

Decompressione tunnel carpale

Si ritengono confermati i tempi d'attesa precedentemente definiti (Accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002) :

- per la patologia oncologica: intervento chirurgico tumori (mammella e colon-retto): 100% dei pazienti entro 30 giorni dall'indicazione all'intervento(dal conteggio viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico);
- per l'intervento di protesi d'anca: 90% dei pazienti entro 180 giorni e 50% dei pazienti entro 90 giorni;
- Per l'intervento di cataratta (erogato prevalentemente in regime ambulatoriale) i tempi massimi di attesa definiti nell'Accordo Stato Regioni del 11.07.2002 erano stati fissati a 180 giorni per il 90% dei pazienti e a 90 giorni per il 50% dei pazienti.
- Angioplastica coronarica (regime ordinario): 90% dei pazienti entro 60 giorni;
- By pass aortocoronario (regime ordinario): 90% dei pazienti entro 60 giorni;
- Endoarteriectomia carotidea (regime ordinario): 90% dei pazienti entro 90 giorni;
- Intervento chirurgico tumore utero (regime ordinario): 100% dei pazienti entro 30 giorni(dal conteggio viene escluso il tempo necessario per eventuali terapie adiuvanti o preparatorie all'atto chirurgico).

L'ambito territoriale di riferimento per la valutazione dei tempi d'attesa è quello provinciale; le aziende sanitarie dovranno individuare le strutture che partecipano al monitoraggio dei tempi d'attesa.

Le criticità rilevate sono:

- Il superamento dei 30 giorni di tempo massimo di attesa per gli interventi di chirurgia oncologica in particolare per prostata .
- Il superamento dei tempi di attesa massimi per gli interventi di protesi d'anca.

E' comunque opportuno considerare che il monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati non esprime le modalità complessive di gestione della degenza per le aree cliniche considerate poiché per alcune aree (oncologia e cardiovascolare) solo un quota di pazienti entra in un percorso di programmazione mentre la maggior parte accede al ricovero in via diretta assimilabile al ricovero in urgenza. A testimonianza di tale realtà si evidenzia che ad esempio il numero di ricoveri oggetto del monitoraggio per intervento chirurgico per neoplasia mammaria nel 2010 per le due Aziende Sanitarie Ferraresi sono stati 483 mentre solo 126 sono state oggetto del monitoraggio dei ricoveri programmati. E' chiaro che gli indici di rispetto dei tempi di attesa si modificherebbero significativamente se il monitoraggio fosse allargato a tutta la patologia trattata. E' necessario inoltre promuovere un rigoroso monitoraggio delle liste di attesa che talvolta includono assistiti che, per vari motivi, restano inseriti nella lista pur seguendo percorsi di cura su altri stabilimenti.

Il problema del superamento dei tempi di attesa massimi per gli interventi di protesi d'anca in particolare per il limite dei 180 gg è tema di criticità persistente che anche a livello regionale presenta analoghi indici. A Ferrara vi è una produzione di poco esuberante rispetto alle necessità Provinciali di protesica articolare di anca, con un contributo alle liste di attesa di mobilità attiva, ma con un rapporto costo-tariffa sfavorevole, che rende non sostenibile l'incremento ulteriore di offerta.

**TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO PROGRAMMATE A CARICO DEL SSN  
PIANO REGIONALE SUL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA, D.G.R.1532/2006  
Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private accreditate - Anno 2010**

FERRARA			Totale ricoveri	Totale ricoveri con attesa > 0 gg	Attesa mediana (gg)	Tempi di attesa (valori percentuali)*						
						0 gg	1-30 gg	1-60 gg	1-90 gg	1-120 gg	1-180 gg	>180 gg
AREA ONCOLOGICA	CHEMIOTERAPIA (DH)	Az.USL+Privato	457	301	2	34,1	100	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	901	195	1	78,4	99	99,5	99,5	99,5	99,5	0,5
		Totale	1.358	496	1	63,5	99,6	99,8	99,8	99,8	99,8	0,2
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	43	43	14	0	90,7	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	25	25	29	0	52	96	100	100	100	0
		Totale	68	68	21	0	76,5	98,5	100	100	100	0
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (regime ordinario)	Az.USL+Privato	82	75	6	8,5	92	98,7	98,7	98,7	100	0
		Az.Ospedaliera	141	107	17	24,1	72	87,9	91,6	95,3	99,1	0,9
		Totale	223	182	13	18,4	80,2	92,3	94,5	96,7	99,5	0,5
	INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	71	71	47	0	16,9	66,2	97,2	100	100	0
		Az.Ospedaliera	52	50	33,5	3,8	40	84	96	98	98	2
		Totale	123	121	40	1,6	26,4	73,6	96,7	99,2	99,2	0,8
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	17	17	9	0	94,1	100	100	100	100	0	
	Az.Ospedaliera	109	100	42	8,3	30	81	95	97	100	0	
	Totale	126	117	39	7,1	39,3	83,8	95,7	97,4	100	0	
AREA CARDIOVASCOLARE	CORONAROGRAFIA (DH)	Az.USL+Privato	47	19	12	59,6	89,5	100	100	100	100	0
		Totale	47	19	12	59,6	89,5	100	100	100	100	0
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	78	76	32	2,6	48,7	85,5	93,4	94,7	100	0
		Az.Ospedaliera	168	161	13	4,2	72	85,7	90,7	95	97,5	2,5
	ANGIOPLASTICA (PTCA) (regime ordinario)	Az.USL+Privato	52	36	17	30,8	63,9	77,8	88,9	88,9	97,2	2,8
		Az.Ospedaliera	223	176	7	21,1	87,5	97,7	98,9	99,4	99,4	0,6
Totale	275	212	7	22,9	83,5	94,3	97,2	97,6	99,1	0,9		
AREA GERIATRICA	CATARATTA (DH)	Az.USL+Privato	335	333	12	0,6	72,1	87,7	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	99	94	68	5,1	24,5	41,5	78,7	93,6	97,9	2,1
		Totale	434	427	13	1,6	61,6	77,5	95,3	98,6	99,5	0,5
	INTERVENTO PROTESI D'ANCA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	365	363	106	0,5	8,8	20,9	40,8	59,8	76,6	23,4
		Az.Ospedaliera	75	61	77	18,7	19,7	34,4	60,7	82	85,2	14,8
Totale	440	424	101	3,6	10,4	22,9	43,6	63	77,8	22,2		
ALTRE PRESTAZIONI	TUNNEL CARPALE (DH)	Az.USL+Privato	170	165	16	2,9	69,1	80,6	85,5	90,3	95,2	4,8
		Az.Ospedaliera	13	12	65,5	7,7	33,3	41,7	66,7	91,7	91,7	8,3
		Totale	183	177	16	3,3	66,7	78	84,2	90,4	94,9	5,1
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH)	Az.USL+Privato	453	450	21	0,7	62	80,4	87,6	93,3	96,4	3,6
		Az.Ospedaliera	126	126	84	0	12,7	32,5	51,6	60,3	83,3	16,7
		Totale	579	576	29,5	0,5	51,2	70	79,7	86,1	93,6	6,4
	EMORROIDECTOMIA (DH)	Az.USL+Privato	25	25	38	0	40	76	92	92	100	0
		Az.Ospedaliera	26	21	24	19,2	57,1	81	95,2	100	100	0
	Totale	51	46	33,5	9,8	47,8	78,3	93,5	95,7	100	0	
	STRIPPING DI VENE (DH)	Az.USL+Privato	486	485	21	0,2	58,1	70,7	81,6	89,5	96,9	3,1
		Az.Ospedaliera	357	351	63	1,7	6	38,2	63,2	77,5	91,7	8,3
		Totale	843	836	56	0,8	36,2	57,1	73,9	84,4	94,7	5,3
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO (DH)	Az.USL+Privato	14	1	1	92,9	100	100	100	100	100	0
		Az.Ospedaliera	60	43	7	28,3	90,7	100	100	100	100	0
		Totale	74	44	6,5	40,5	90,9	100	100	100	100	0
	TONSILLECTOMIA (regime ordinario)	Az.USL+Privato	48	48	25	0	62,5	81,3	95,8	95,8	100	0
		Az.Ospedaliera	269	268	85	0,4	25	40,7	53,7	67,9	89,9	10,1
		Totale	317	316	67,5	0,3	30,7	46,8	60,1	72,2	91,5	8,5
INTERVENTO CHIRURGICO COLON (regime ordinario)	Az.USL+Privato	22	22	7,5	0	81,8	95,5	100	100	100	0	
	Az.Ospedaliera	70	46	22	34,3	56,5	71,7	78,3	89,1	97,8	2,2	
	Totale	92	68	19,5	26,1	64,7	79,4	85,3	92,6	98,5	1,5	
INTERVENTO CHIRURGICO POLMONE (regime ordinario)	Az.USL+Privato	4	1	1	75	100	100	100	100	100	0	
	Az.Ospedaliera	242	157	13	35,1	80,3	89,8	94,3	96,2	98,1	1,9	
Totale	246	158	13	35,8	80,4	89,9	94,3	96,2	98,1	1,9		

Fonte: Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna.

Analisi dei volumi erogati nelle strutture di ricovero Azienda USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Ricovero Ordinario Oncologia

Azienda USL e OSPU di Ferrara- anno 2010 Regime ordinario, DRG chirurgici	OSPEDALE COMACCHIO	OSPEDALE DEL DELTA	OSPEDALE ARGENTA	OSPEDALE CENTO	OSPEDALE BONDENO	OSPEDALE COPPARO	CASA DI CURA SALUS-FE	Totale Presidio Unico Ospedaliero AUSL FE	AOSPU FERRARA	TOTALE Complessiv o	Attesa mediana Provincia la (gg)
153TUMORI MALIGNI DEL COLON	1	46	16	25	1	1	0	90	189	279	13
154 TUMORI MALIGNI DEL RETTO	1	14	4	19	0	1	1	40	73	113	
INTERVENTO CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE	0	0	0	1	0	0	0	1	304	305	13
174 TUMORI MALIGNI DELLA MAMMELLA DELLA DONNA	1	52	22	6	1	0	1	83	392	475	39
182 TUMORI MALIGNI DELL'UTERO	0	17	10	20	1	0	0	48	41	89	21
185 TUMORI MALIGNI DELLA PROSTATA	0	42	0	40	0	0	4	86	91	177	40
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>3</b>	<b>171</b>	<b>52</b>	<b>111</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>348</b>	<b>1090</b>	<b>1438</b>	

Analisi dei volumi erogati nelle strutture di ricovero Azienda USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Ricovero Ordinario

Azienda USL e OSPU di Ferrara- anno 2010 Regime ordinario	08006801 OSPEDALE COMACCHIO	08006803 OSPEDALE DEL DELTA	08006804 OSPEDALE ARGENTA	08006806 OSPEDALE CENTO	08006807 OSPEDALE BONDENO	08006808 OSPEDALE COPPARO	080236 CASA DI CURA SALUS-FE	Totale Presidio Unico Ospedaliero	AOSPU FERRARA	TOTALE Complessiv o	Attesa mediana Provincia la (gg)
ANGIOPLASTICA CORONARICA((PTCA)	0	231	0	0	0	0	0	231	769	1000	7
ENDOARTECTOMIA CAROTIDEA	0	29	0	0	0	0	50	79	191	270	20
INTERVENTO DI PROTESI D'ANCA	0	94	164	124	21	0	0	403	232	635	101
TONSILLECTOMIA	0	21	0	0	0	0	27	48	268	316	67,5
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>0</b>	<b>375</b>	<b>164</b>	<b>124</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>77</b>	<b>761</b>	<b>1.460</b>	<b>2.221</b>	

Analisi dei volumi erogati nelle strutture di ricovero Azienda USL e Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Ricovero Day Hospital-Day Surgery

Azienda USL di Ferrara-anno 2010 Regime DH-DS, DRG chirurgici	08006801 OSPEDALE COMACCHIO	08006803 OSPEDALE DEL DELTA	08006804 OSPEDALE ARGENTA	08006806 OSPEDALE CENTO	08006807 OSPEDALE BONDENO	08006808 OSPEDALE COPPARO	080236 CASA DI CURA SALUS-FE	Totale Presidio Unico Ospedaliero	AOSPU FERRARA	TOTALE Complessiv o	Attesa mediana Provincia la (gg)
CHEMIOTERAPIA	0	235	122	149	13	0	0	519	901	1420	1
CORONAROGRAFIA	0	47	0	0	0	0	0	47	0	47	12
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	0	14	0	0	0	0	0	14	60	74	6,5
EMORROIDECTOMIA	0	0	3	19	7	1	2	32	74	106	33,5
RIPARAZIONE DI ERNIA INGUINALE	41	113	45	127	94	10	20	450	122	572	29,5
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>41</b>	<b>409</b>	<b>170</b>	<b>295</b>	<b>114</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>1062</b>	<b>1.157</b>	<b>2.219</b>	

Sono stati attivati Gruppi di Lavoro Interaziendali per le discipline di Ortopedia, Urologia e Cardiologia con l'obiettivo di valutare assetti organizzativi provinciali tendenti all'incremento della efficienza, per un miglioramento delle performance rispetto agli indicatori di attività, tra cui i tempi di attesa per intervento programmato.

## Accordi di fornitura

Tali accordi, previsti legislativamente, sono obbligatori nel caso in cui il committente richieda esplicitamente l'accordo.

In caso di non raggiungimento dell'accordo per indisponibilità del fornitore valgono gli scambi economici annuali più bassi tra le aziende in questione tra l'anno di riferimento e l'anno precedente.

Per questa tipologia di obiettivo non sono stati realizzati accordi nel corso del 2010 essendo mancate richieste da parte dei possibili committenti; nel contempo anche la scrivente azienda non ha ritenuto per l'anno 2010 particolarmente strategiche eventuali richieste di possibili accordi con specifiche strutture regionali accreditate.

Accordi con i privati accreditati

Rafforzamento del governo della domanda attraverso accordi che siano stipulati in tempi utili per la gestione tempestiva dei budget; incremento degli accordi con strutture al di fuori del proprio territorio di competenza nei limiti definiti dall'attuale accordo AIOF-Regione Emilia-Romagna.

Gli accordi provinciali in atto con i soggetti privati accreditati hanno tutti valenza triennale e risultano il frutto di una programmazione mirata sui bisogni e nel pieno rispetto delle linee di indirizzo indicate nel vigente accordo Regione-AIOF.

### **Attività di controllo sulle cartelle cliniche**

Le Aziende al fine del raggiungimento del limite minimo del 10% di controlli da effettuarsi in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 79, comma 1-septies del D.L.112/2008 convertito con la L.133/2008, al fine di prevenire comportamenti opportunistici e di incrementare il livello di appropriatezza delle attività ospedaliere, devono attenersi a quanto previsto dal suddetto atto deliberativo.

L'attività di controllo istituzionale, interna ed esterna, è garantita dal personale della scrivente UO secondo le linee di indirizzo presenti nella delibera regionale 1171/2009, che fa proprie le indicazioni contenute nella L. 133/2008.

La soglia del 10% richiesta viene raggiunta anche attraverso attività di audit clinico strutturato su percorsi clinico-assistenziali e tramite verifica della qualità della documentazione sanitaria, come richiesto dall'istituzione regionale.

I dati di ciascuna cartella oggetto di controllo sono disponibili in appositi database creati ad hoc così come i relativi verbali sono conservati presso la sede dell'UO Sistema Informativo, Committenza e Mobilità. I report relativi all'attività di controllo complessivamente svolta sono peraltro disponibili e aggiornati periodicamente sul sito internet aziendale, così come suggerito nella DGR 1171/2009.

La Direzione dell'UO garantisce entro il 30 aprile dell'anno in corso l'invio del report relativo ai controlli, esterni ed interni, effettuati nell'anno precedente sull'apposito modello regionale.

### **Obiettivi pertinenti all'area governo clinico**

Tra le azioni attivate in tema di qualità ed appropriatezza di assistenza in aree di rilevanza clinica sono state attivate:

- Analisi organizzative delle U.O del Dipartimento Medicina, Chirurgica e Materno-Infantile per quanto riguarda:
  - rapporto tra risorse mediche assegnate e impegno orario delle attività assistenziali
  - caratteristiche della produzione per aree omogenee
  - utilizzo di indagini diagnostiche
  - utilizzo di farmaci antalgici in degenza
  - utilizzo di antibiotici in degenza
  - segnalazioni URP U.O. degenza
- Analisi delle attività UTIC-Cardiologia
- Valutazione dei tempi attesa dal ricovero all'intervento per frattura di femore (nel 2008 34% dei casi trattati entro 48 h)

Per quanto riguarda l'attivazioni di reti Hub & Spoke e percorsi di integrazione interaziendale per discipline specialistiche, sono attivate:

- Dipartimento Interaziendale Farmaceutico
- Programma Interaziendale Oncologia
- Programma Interaziendale Cardiologia
- Programma Interaziendale Geriatria
- Percorso di Ortogeriatria



- Laboratorio Unico Provinciale
- Tavolo Tecnico Provinciale Rischio Cardiovascolare
  - Tavolo Tecnico Provinciale Diabete
  - Tavolo Tecnico Provinciale Ipertensione
  - Tavolo Tecnico Provinciale Dislipidemie

## Il Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa

Pianificazione della produzione e definizione degli ambiti di garanzia distrettuali  
valutazione del fabbisogno.

### Confronto flussi ASA 2008/2009 PROVINCIA/RER

Consumo prestazioni / 1000 residenti pesati (circa 360.000 abitanti)

Classi fa-re	2008ausl	2008rer	delta	2009ausl	2009rer	delta
Diagnostica	1388	1383	<b>+5</b>	1361	1429	<b>-68</b>
Laboratorio	10199	10616	<b>-417</b>	10722	11524	<b>-802</b>
Riabilitazione	550	475	<b>+75</b>	556	477	<b>+79</b>
Terapeutiche	455	448	<b>+7</b>	458	458	<b>0</b>
Visite	1568	1407	<b>+161</b>	1513	1442	<b>+71</b>
Tot	14161	14328	<b>- 167</b>	14631	15329	<b>- 698</b>

Dal confronto 2008>2009 delle classi FA\_RE tra la provincia di Ferrara e la media Regionale emerge quanto segue:

1. nella diagnostica una riduzione delle prestazioni, con valore che nel 2009 si abbassa sotto la media regionale di 68 prestazioni ogni 1.000 abitanti,
2. nel laboratorio un incremento di prestazioni che comunque rimane sotto la media regionale di 802 prestazioni ogni 1.000 abitanti,
3. nella riabilitazione lieve incremento delle prestazioni sopra la media regionale,
4. nelle terapeutiche decremento delle prestazioni con valore 2009 allineato alla media regionale,
5. nelle visite riduzione delle prestazioni con valore 2009 superiore alla media regionale di 71 prestazioni ogni 1.000 abitanti, la media regionale è aumentata nel 2009,
6. complessivamente la provincia di Ferrara, nel totale delle classi FA\_RE, consuma 698 prestazioni ogni 1.000 abitanti, in meno della media regionale, questo grazie ad uno sforzo quinquennale di rimodulazione dell'offerta. Nel 2004 avevamo i più alti consumi della Regione.

In conclusione sulla base dei tre indicatori relativi al data base ASA 2009, la classificazione dei Distretti della AUSL di Ferrara è la seguente :

	DOP	Consumi	Mobilità
Distretto Centro Nord	A	A	B
Distretto Sud Est	M	A	M
Distretto Ovest	A/M	M	M

A = alto M = normale B = basso

## Percorsi di garanzia

I percorsi di garanzia disposti dalla delibera regionale vengono individuati attraverso la definizione di volumi prestazionali ed economici su base distrettuale ed erogati attraverso prestazioni aggiuntive con modalità gestionali a diretta responsabilità dei direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie in stretta collaborazione con i Dipartimenti Ospedalieri e con i referenti degli Specialisti ambulatoriali convenzionati interni.

Questi volumi non sono visibili come offerta standard a CUP ed hanno l'esclusiva finalità di assicurare il percorso di garanzia a tutti coloro che registrano tempi superiori a quelli stabiliti.

## Strutturazione dell'offerta dei percorsi di garanzia

Per quanto riguarda l'AUSL dovrà garantire, con la collaborazione del Privato accreditato, i percorsi di garanzia per 11.941 prestazioni come evidenziato nel documento inviato in ottobre 2009. Saranno necessarie 3.186 ore aggiuntive di attività ambulatoriale, per un costo complessivo di € 191.115.

	<b>prestazioni</b>	<b>Ore di attività aggiuntiva</b>	<b>Costi €</b>
Distretto Centro Nord	6.142	1.536	92.130
Distretto Sud Est	4.601	1.150	69.015
Distretto Ovest	1.198	500	29.970
<b>Totale</b>	<b>11.941</b>	<b>3.186</b>	<b>191.115</b>

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria, viste le modifiche al contratto di fornitura triennale per quanto riguarda l'anno 2010 e l'incremento di budget corrisposto, potrà garantire 26.829 prestazioni per un valore economico di 617.000 €, rispettando i volumi e la tempistica riportati nella sottostante tabella.

## Tabella dettagliata dei percorsi di garanzia offerti dall'AOSPUN (prestazioni).

<b>Discipline</b>	<b>offerta 2° trimestre</b>	<b>offerta 3° trimestre</b>	<b>offerta 4° trimestre</b>	<b>totale 2010</b>
v. cardiologica	932	850	800	<b>2582</b>
v. chirurgia vasc.	65	65	65	<b>195</b>
Ecocolordoppler	291	270	250	<b>811</b>
v. dermatologica	1178	920	850	<b>2948</b>
v. endocrinologica	472	472	410	<b>1354</b>
v. fisiologica	90	90	90	<b>270</b>
v. neurologica	306	250	210	<b>766</b>
Elettromiografia	101	101	101	<b>303</b>
v. oculistica	3667	3100	2600	<b>9367</b>
v. oncologica	52	52	52	<b>156</b>
v. ORL	35	35	35	<b>105</b>
v. ortopedica	681	650	600	<b>1931</b>
v. ginecologica	864	750	700	<b>2314</b>
v. urologica	571	570	500	<b>1641</b>
Colonscopia	30	30	30	<b>90</b>
eco addome	331	300	290	<b>921</b>
eco mammella	292	290	280	<b>862</b>
RM cerebrale	38	38	38	<b>114</b>
RM addome	15	15	15	<b>45</b>
RM colonna	18	18	18	<b>54</b>
<b>TOTALE</b>	<b>10029</b>	<b>8866</b>	<b>7934</b>	<b>26829</b>

È opportuno chiarire un aspetto importante; il Distretto Centro Nord in cui insistono l'Azienda Ospedaliero Universitaria e tutto il Privato Accreditato (Salus, Quisisana e Ferrara Day Surgery) è in grado di produrre il 65% dell'offerta complessiva di prestazioni specialistiche. Per cui risulta inevitabile che queste strutture si facciano carico di una parte dei "percorsi di garanzia" degli utenti dei Distretti Sud Est ed Ovest, che con le loro strutture sono impegnati al massimo delle possibilità, nel garantire l'offerta ordinaria distrettuale e solo alcuni percorsi di garanzia.

### **Distinzione tipologia prestazioni a CUP**

Tutte le prestazioni specialistiche prodotte dall'AUSL sono attualmente gestite attraverso il CUP provinciale, ad eccezione di alcune prestazioni diagnostiche cardiologiche (eco cardiaca, holter ECG e test da sforzo) che in via sperimentale sono gestite autonomamente dagli specialisti cardiologi al fine di aumentarne l'appropriatezza prescrittiva.

Tutte le prestazioni specialistiche richieste attraverso i contratti di fornitura al Privato accreditato, sono gestite nel CUP provinciale.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria attualmente vengono gestite dal CUP provinciale 130.000 prestazioni diversificate per branca; il resto della produzione riscontrata annualmente attraverso il flusso ASA, circa 620.000 prestazioni, sono gestite dal loro "Centro Servizi ambulatoriale" attualmente non visibile nel CUP provinciale. E' stata completata la costituzione del CUP unico provinciale

Nel documento di programmazione 2010 sono presenti tutte le prestazioni gestite a CUP, suddivise per Distretto e punti di erogazione. Viene dettagliata l'offerta settimanale, il tempo di attesa massimo compresi i controlli e i pazienti attualmente in lista; la rilevazione ed aggiornamento avviene con cadenza mensile e riguarda tutte le tipologie di prestazioni erogate comprese quelle soggette a monitoraggio.

### **Appropriatezza prescrittiva**

Nel secondo semestre 2009 è stata effettuata un'analisi a campione, nelle principali specialità critiche (cardiologia, urologia, endocrinologia, oculistica, dermatologia, ecografia addominale, ecografia mammaria, ecocolordoppler), con la finalità di valutare la presenza o meno del quesito diagnostico nella richiesta di invio e contemporaneamente sono stati analizzati i referti specialistici di presa in carico, per valutare l'appropriatezza della richiesta e la correttezza della priorità selezionata nel ricettario del SSN.

Il quesito diagnostico era presente nel 65% delle richieste, la priorità scelta spesso, risentendo dei tempi di attesa, era l'urgenza differibile, immotivatamente per le esigenze del paziente e in alcuni casi era evidente la non conoscenza delle lettere di classificazione da parte del prescrittore.

Sono state intraprese immediatamente azioni di sensibilizzazione con i Referenti Aziendali dei MMG e con i Coordinatori di NCP al fine di incrementare gradualmente la presenza del quesito diagnostico nel 100% delle richieste; è stata preparata ed inviata a tutti i MMG una legenda chiarificatrice sui codici di priorità.

Per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva delle radiazioni ionizzanti e l'utilizzo delle raccomandazioni sulla diagnostica per le patologie articolari (che prevede una riduzione delle TC a fronte di un incremento delle RM, maggiormente appropriate) nella provincia di Ferrara abbiamo assistito alla modificazione degli Indici di consumo complessivo per 1.000 abitanti:

	2004 (I.C. complessivo)	2010 (I.C. complessivo)
R.M.	65,50	135,31
T.C.	74,28	62,95

## Programma di sostituzione delle prestazioni obsolete e inappropriate in Radiologia

La situazione delle liste di attesa provinciali della Radiologia relative agli ultimi quattro mesi, vede alcune prestazioni radiologiche caratterizzarsi per liste di attesa particolarmente lunghe.

Contestualmente continuano ad essere erogate:

- prestazioni obsolete la cui effettuazione patisce valori di sensibilità diagnostica inferiori di oltre il 20% (clisma opaco) rispetto alle tecniche di imaging più attuali (ColonTC) e che erogano ratei di radiazioni superiori, con evidente globale rischio per la salute della popolazione,
- prestazioni obsolete e da tempo sostituite da indagini endoscopiche (Rx esofago, stomaco, duodeno),
- prestazioni ad alto rateo di radiazioni ionizzanti che necessitano, per essere eseguite, del filtro e della indicazione specialistica e che hanno alternative radiologiche con migliore capacità diagnostica (EnteroTC o EnteroRM versus RX tubo digerente; UroTC versus Urografia),
- Prestazioni ad alto rateo di erogazione di radiazioni ionizzanti (TC colonna cervicale, dorsale, lombare, TC articolare) che presentano una alternativa migliore (salvo rare e specifiche eccezioni) data dalla RM, fruibile in diverse sedi provinciali.

Da tempo sono stati portati a termine i percorsi informativi sulle nuove tecniche di imaging e le loro alternative, che hanno coinvolto tutti i MMG operanti a Ferrara e Provincia e gli specialisti ospedalieri dell'Azienda USL.

Ciò ha prodotto come risultato che, in maniera distribuita sul territorio provinciale, dal 1° Aprile 2007 ad oggi sono state effettuate 1917 ColonTC, di fatto sostituendo completamente il clisma opaco la cui esecuzione eccezionale e concordata può essere richiesta dal medico proscrittore mediante contatto diretto col medico radiologo.

Analogo comportamento è stato tenuto per tutte le altre metodiche di imaging considerate obsolete o troppo radio esponenti.

Rivolto ai MMG e agli Specialisti prescrittori

Indicatore utilizzato: riduzione consistente delle indagini con mezzi di contrasto tradizionali a fronte di un incremento proporzionale delle indagini TC che aumentano del 20% l'appropriatezza diagnostica.

## Applicazione linee guida sull'appropriatezza prescrittiva delle indagini ecografiche

Il Dipartimento di Diagnostica per Immagini aveva da tempo affrontato il problema della appropriatezza prescrittiva delle **ecografie di controllo** con la proposta di un modello di linee guida elaborato dal CeVeaS. Diverse motivazioni organizzative e gestionali hanno di fatto impedito la reale partenza ed applicabilità del progetto.

La situazione contingente, legata alla delibera regionale n° 1035/2009, impone di rivisitare la problematica e di risolverla dandole certa e valida operatività.

Il Dipartimento di diagnostica per immagini ha già inserito il format elettronico dentro al RIS Dipartimentale ed è pronto, a partire dal 1° Gennaio 2010, a raccogliere i dati ed a fornire i report statistici sull'argomento.

Sono coinvolti MMG, gastroenterologi, endocrinologi, ginecologi, chirurghi.

Indicatore utilizzato la riduzione del 15% delle ecografie inappropriate classificate come controlli.

## Progetto di analisi sull'appropriatezza delle richieste di indagini di Ecocolordoppler dei Tronchi Sovra aortici e degli arti inferiori

Le indagini ecocolordoppler dei tronchi epiaortici e degli arti inferiori rappresentano una quota parte significativa in termini numerici della produzione diagnostica aziendale essendo svolta di diversi specialisti. Ciò nonostante tali indagini risultano gravate da elevati tempi di attesa, superiori, nella nostra realtà, ai tempi massimi stabiliti in ambito Regionale.

Nell'ambito del Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica dell'AUSL di Ferrara sono state effettuate nel 2009, 1363 indagini ecocolordoppler dei vasi epiaortici e 2141 indagini ecocolordoppler degli arti.

Con il progetto da avviare ci si prefigge di verificare l'appropriatezza delle richieste di tali indagini per poter disporre di una serie di informazioni utili al miglioramento dell'appropriatezza delle richieste di indagine ed alla creazione di percorsi diagnostici integrati da un adeguato ricorso ai criteri della priorità clinica. Il tema in oggetto è stato già concretamente trattato dall'Assessorato Regionale alla Sanità con specifiche circolari operative che invitano le Aziende Sanitarie ad effettuare verifiche semestrali con gli strumenti di seguito illustrati.

È stato preso a riferimento per la valutazione dell'appropriatezza:

“Analisi comparata delle linee guida e dei rapporti di technology assessment” relativo all'ecocolordoppler vascolare dei tronchi sovra-aortici (TSA) e degli arti inferiori edito da CeVEAS nel Luglio 2001.

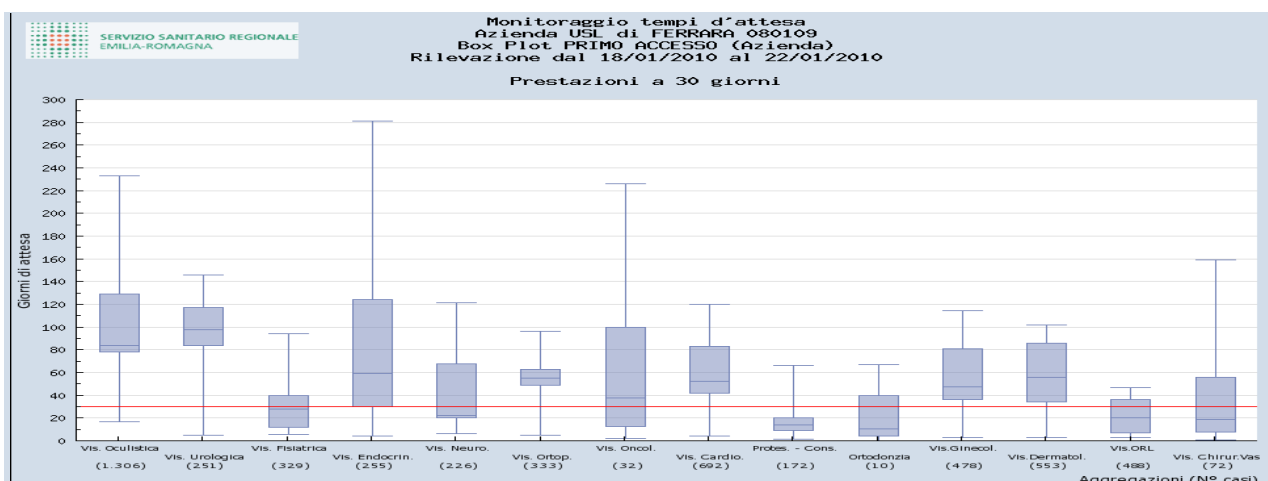
Dall'analisi dei dati raccolti si potrà valutare l'appropriatezza delle proposte di indagini con ricadute sulla prioritizzazione delle stesse e con riduzione dei tempi di attesa per l'esecuzione di indagini clinicamente appropriate.

Al fine di migliorare la capacità analitica del sistema e produrre dati statistici sempre più precisi sul grado di appropriatezza prescrittiva si richiede di rivisitare i moduli di richiesta per ecocolordoppler compilate dai prescrittori, uniformandole alle indicazioni sotto riportate, in special modo per quel che concerne i controlli/follow-up.

Rivolto prevalentemente ai MMG al fine di rispettare le classi di priorità di accesso;

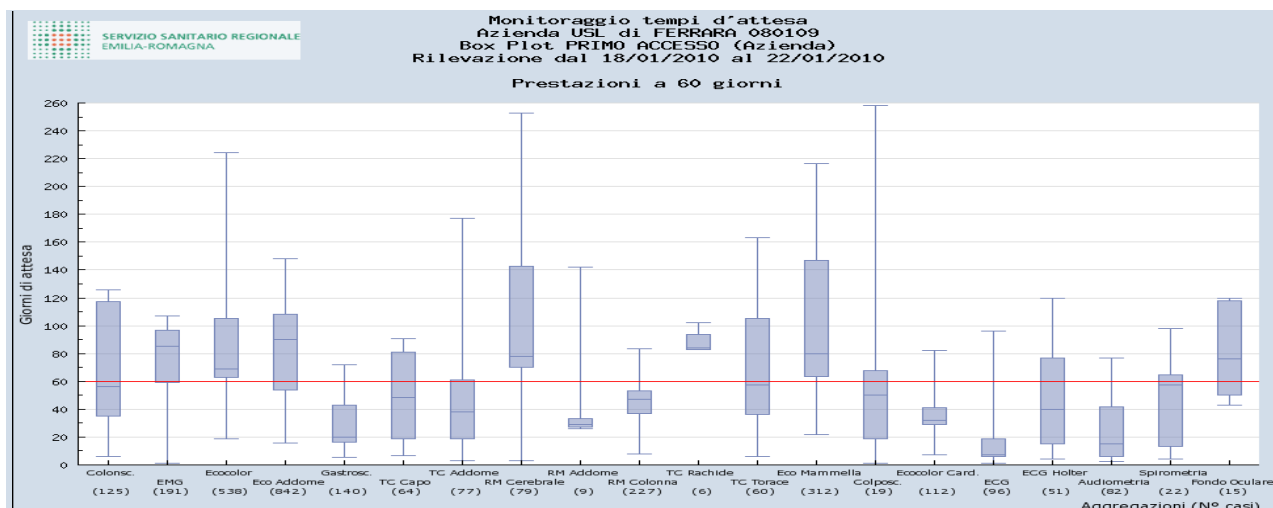
indicatori utilizzati: analisi del rispetto delle priorità; riduzione del 10% dei controlli e dei follow up nel rispetto delle tempistiche espresse nella linea guida.

### Andamento dei tempi di attesa



Le azioni intraprese nel 2010 hanno ridotto la media e la mediana nei limiti dello standard per le prestazioni fisiatriche, ortodontiche, ORL, chirurgiche vascolari. Si sono ridotti i tempi di attesa per le prestazioni neurologiche, endocrinologiche, cardiologiche, dermatologiche, ginecologiche. Permangono critici i tempi di attesa per le prestazioni oculistiche ed urologiche.

Le deviazioni standard in eccesso riguardano sicuramente controlli che hanno occupato posti di prima visita per errato invio del prescrittore, queste agende dovranno essere sottoposte ad ulteriore pulizia.



Le azioni intraprese nel 2010 hanno riportato pressoché nei limiti standard le prestazioni di gastroscopia, TC capo, TC addome, RM addome, RM colonna, colposcopia, ECG, ECG holter, audiometria, spirometria. Permangono critiche le prestazioni di ecocolordoppler, eco addome e mammella, RM cerebrale e colonscopia, quest'ultima in parte per lo sviluppo dello screening che ha assorbito risorse.

Come si evince dal documento di programmazione inviato in Regione l'incremento di offerta 2009-2010 è strettamente legato all'andamento dei tempi di attesa rilevato nei MAPS. In una dimensione distrettuale sono state incrementate le prestazioni maggiormente critiche, utilizzando i fornitori interni all'AUSL, il contratto di fornitura triennale con l'Azienda Ospedaliero Universitaria, il contratto di fornitura con il Privato accreditato (Salus, Quisisana, Ferrara Day Surgery e Vitalis).

L'offerta incrementale ha riguardato principalmente le seguenti specialità; oculistica, neurologia, chirurgia vascolare, ginecologia, urologia, odontoiatria, dermatologia, mammografia, ecografia addominale, ecografia mammaria, ecocolordoppler.

L'incremento di offerta viene erogata nei poliambulatori AUSL di Copparo, Cento, Bondeno, Delta, Comacchio, Argenta, Portomaggiore, nei poliambulatori dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e del Privato accreditato.

L'andamento dei tempi di attesa in base alla pianificazione dell'offerta viene valutato mensilmente, attraverso un report prodotto dagli uffici agende distrettuali, dal Coordinamento dei Distretti in collaborazione con i Dipartimenti di Cure Primarie e i Responsabili distrettuali della specialistica ambulatoriale. Le maggiori criticità vengono affrontate con la Direzione Aziendale anche in termini di incremento di budget per eventuali prestazioni aggiuntive.

**Criticità:** gli indici di performance effettivi non sono attualmente completamente valutabili, in quanto la prenotazione dei percorsi di garanzia è possibile solo attraverso gli sportelli CUP aziendali (50% dell'erogato), tutto quello che viene prenotato attraverso le farmacie (50% dell'erogato) non è possibile inserirlo nei percorsi di garanzia per prime visite, in quanto il sistema non lo prevede; la chiamata attiva di questi utenti da parte degli uffici agende non è attualmente possibile per carenza di risorse. Da dicembre 2010, con la costituzione del CUP unico provinciale, sarà possibile rendere universale la modalità di prenotazione

permettendo la valutazione dell'erogato complessivo (prenotato da farmacie e gestito dal centro ambulatoriale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria).

### **L'implementazione delle attività di Day Service Ambulatoriale**

Nel corso del 2010, in ottemperanza alla DGR n° 1803/2009 abbiamo definito, come Azienda USL, i percorsi di DSA che sono stati trasmessi in Regione per la realizzazione dell'apposito archivio, sono prevalentemente DSA di tipo 2:

- DSA endocrinologico per patologia tiroidea nel Distretto Ovest
- DSA gastroenterologico nel Distretto Ovest
- DSA bambino atopico nel Distretto Ovest
- DSA sincope nel Distretto Ovest
- DSA pneumologico per BPCO scompensata nel Distretto Ovest
- DSA gastroenterologico nel Distretto Sud Est
- DSA pneumologico per BPCO-IRC nel Distretto Sud Est

L'Azienda Ospedaliero Universitaria, avendo un cospicuo numero di branche specialistiche, ha formalizzato nello stesso catalogo regionale ben 29 DSA di tipo 1 e 2.

Attualmente nell'Azienda USL si stanno revisionando alcuni percorsi complessi ambulatoriali che potrebbero avere dignità di essere trasformati in DSA di tipo 2, inoltre sono iniziati gli incontri con il Dipartimento chirurgico al fine di implementare i DSA di tipo 1 prendendo il riferimento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria e gli spunti in area vasta. Sicuramente, nel corso del 2011, come previsto nella delibera regionale, l'AUSL dovrà prevedere un incremento di questa modalità ambulatoriale di presa in carico.

### **La gestione del rischio**

La diffusione delle procedure di gestione del rischio clinico è assicurata da:

- a) una **rete di referenti** per ogni Unità Operativa (rappresentate da un medico e un infermiere, o tecnico, od ostetrica), che è attiva dal 2007;
- b) il **NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico)**, coordinato dal Risk Manager e formato da rappresentanti di ogni Dipartimento (un medico e un infermiere, o tecnico, od ostetrica), che è attiva dal 2008 (cfr. grafico che segue).

#### **FORMAZIONE**

L'attività di formazione e aggiornamento dell'Azienda USL di Ferrara sui temi richiamati **nel 2010** sono stati organizzati i seguenti seminari:

*per tutte le UU.OO. dell'Azienda (ospedaliero e territoriali), compresi i nuovi assunti:*

- 12 seminari su informazione e consenso  
gestione della documentazione

*specificamente dedicati al Dipartimento Salute Mentale*

- 2 seminari su informazione e consenso  
gestione della documentazione

*specificamente dedicati a tutti i referenti per la gestione del rischio delle UU.OO. dell'Azienda*

- 2 seminari (informazione sui risultati raggiunti e aggiornamento).

Nella tabella che segue sono riportate le statistiche sul personale che ha partecipato ai seminari di formazione sulla gestione del rischio.

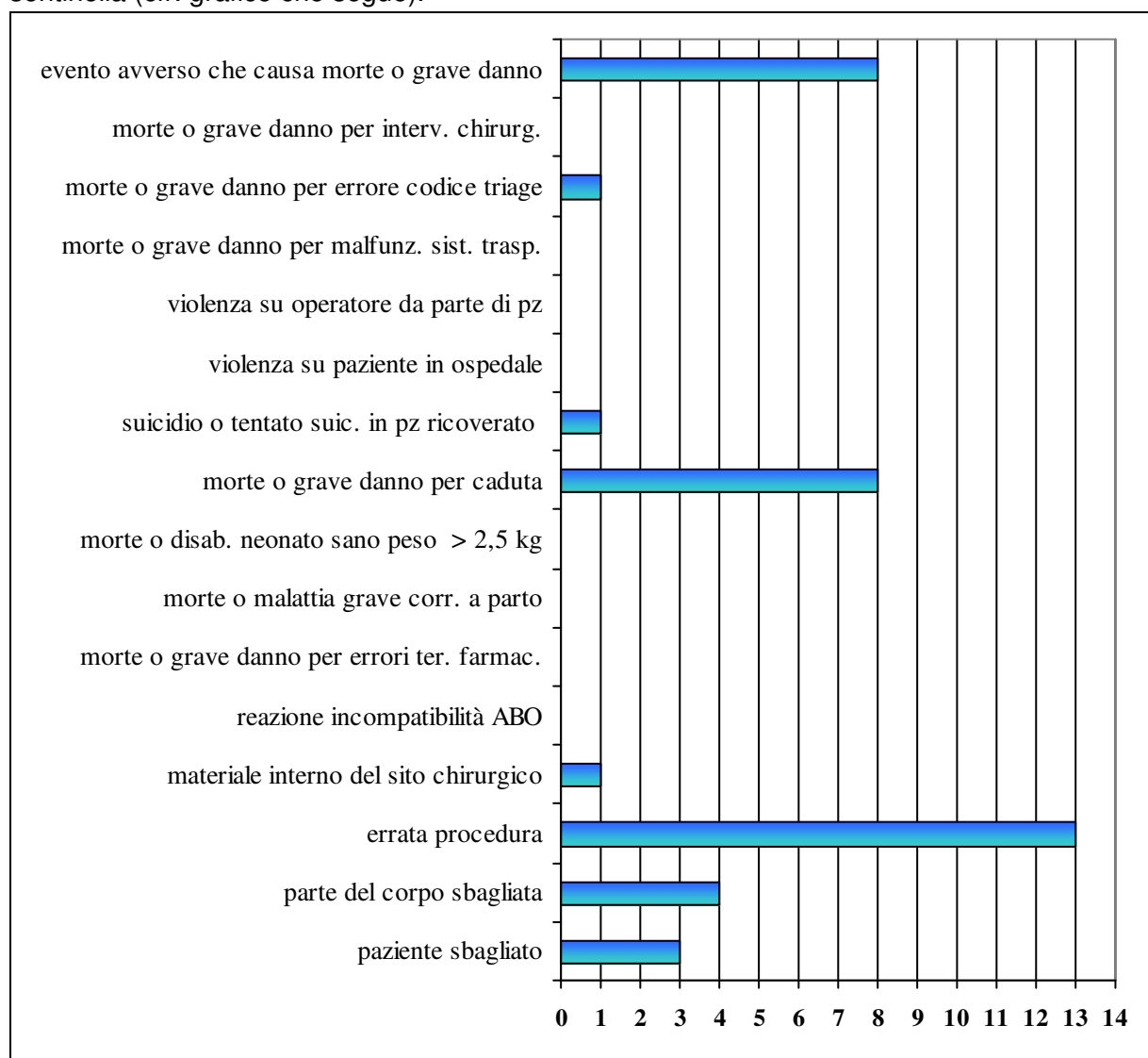
Personale che ha partecipato ai seminari formazione	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Totale
<i>N° dirigenti</i>	182	153	151	486
<i>N° personale comparto</i>	546	411	401	1358
<b>TOTALE</b>	<b>728</b>	<b>564</b>	<b>552</b>	<b>1844</b>

### SISTEMI DI SEGNALAZIONE

I sistemi di segnalazione costituiscono una modalità di raccolta strutturata degli eventi indesiderati e sono necessari per effettuare un'analisi delle criticità, finalizzata a predisporre strategie e azioni di miglioramento tali da evitare o ridurre la possibilità che tali eventi si verifichino nuovamente.

### EVENTI SENTINELLA

E' da sottolineare che, dal momento in cui è stato sottoscritto l'accordo tra Regione Emilia Romagna e Ministero della Salute per il monitoraggio degli eventi sentinella (3.10.2006: verbale trasmesso alle Aziende Sanitarie della Regione il 6.12.2006), fino al 31.12.2010, nell'Azienda USL di Ferrara sono stati segnalati – non solo attraverso il sistema di Incident Reporting – alcuni eventi sentinella (cfr. grafico che segue).





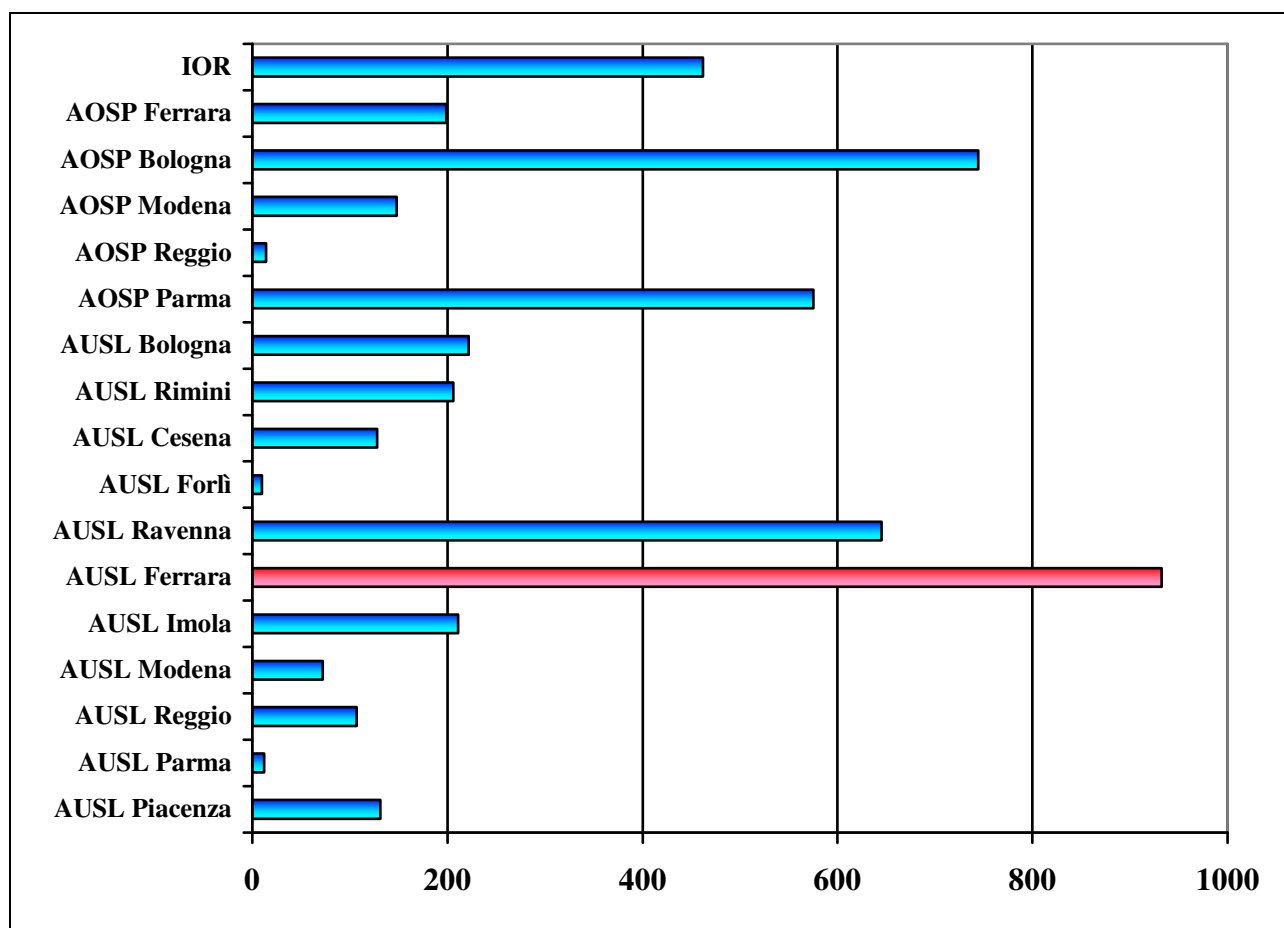
Tuttavia, è necessario sottolineare che quasi tutti gli eventi riportati nel grafico che segue non hanno avuto conseguenze per i pazienti (è infatti da ricordare che si ritengono “eventi sentinella” eventi avversi di particolare gravità, non solo qualora causino morte o gravi danni al paziente, ma anche quando l'accadimento ne sia solo potenzialmente produttivo).

### INCIDENT REPORTING

L'Azienda USL di Ferrara ha aderito alle sperimentazione regionale di segnalazione degli eventi indesiderati (mediante apposito software regionale) che, dall'inizio del 2004 ha interessato le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione (eventi indesiderati verificatisi nelle sale operatorie), mentre dal 2005 è iniziata la sperimentazione nelle UU.OO. di Ostetricia.

Nel 2009 è stata completata la standardizzazione del sistema di segnalazione in tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda, comprese le diagnostiche, nel DSM e nel SERT.

Al dicembre 2009 (ultimo aggiornamento trasmesso) sono pervenute 932 segnalazioni e – nel recente report dell'Agenzia Sanitaria Regionale – l'Azienda USL di Ferrara compare come l'Azienda che ha segnalato il maggior numero di eventi indesiderati (cfr. grafico).



**CONSENSO INFORMATO / GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**

Nel corso del 2006 / 2007 le procedure di informazione e consenso nell'Azienda USL di Ferrara furono inserite come obiettivo di risultato per tutte le UU.OO. di degenza. Nel 2006 / 2007 sono state invece elaborate cartelle cliniche dipartimentali integrate, introdotte nell'uso dal 2008.

Nel 2010, in collaborazione tra le UU.OO. di Medicina Legale, Sistema Informativo e Qualità, è stata allestita – sulla base di indicazioni regionali – la nuova check-list per la verifica delle cartelle cliniche, rappresentata nella tabella che segue.

**CHECK-LIST AUDIT CONTROLLI INTERNI DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

Elementi della Cartella Clinica		D o c. N P	Grado di compilazione			
			1	2	3	4
1	Frontespizio –Foglio di ingresso		0	0	0	0
2	Anamnesi ed Esame obiettivo		0	0	0	0
3	Diario Clinico		0	0	0	0
4	Consulenze		0	0	0	0
5	Foglio di terapia farmacologica		0	0	0	0
6	Referti		0	0	0	0
7	Valutazione preoperatoria		0	0	0	0
8	Anamnesi ed esame obiettivo anestesiologicalo		0	0	0	0
9	Identificazione del paziente e del sito chirurgico		0	0	0	0
10	Referto operatorio		0	0	0	0
11	Consenso informato e relativi fogli informativi		0	0	0	0
12	Foglio di trasferimento		0	0	0	0
13	Documenti relativi a trasfusioni (sangue ed emoderivati, plasma e plasmaderivati)		0	0	0	0
14	Relazione alla dimissione		0	0	0	0
15	SDO		0	0	0	0
16	Documentazione infermieristica		0	0	0	0
17	Chiarezza dei dati		0	0	0	0
18	Appropriatezza dei dati		0	0	0	0
19	Cronologia dei dati		0	0	0	0
20	Decoro Cartella		0	0	0	0
	<b>TOTALE punteggio realizzato</b>		<b>N x 1</b>	<b>N x 2</b>	<b>N x 3</b>	<b>N x 4</b>

## **PROCEDURE AZIENDALI**

Oltre le procedure già esistenti, prodotte da alcuni anni nelle aree dipartimentali, negli ultimi anni, anche mediante il Programma di Gestione del Rischio Clinico, sono state implementate ulteriori procedure, sulla base di:

- criticità emerse dallo studio degli eventi avversi;
- esperienze di Root Cause Analysis;
- parametri di valutazione delle procedure di gestione del rischio, identificati dall'Agenzia Sanitaria Regionale e già utilizzati per una prima verifica di alcune Aziende.

Tra le numerose procedure allestite, approvate e implementate nell'Azienda USL di Ferrara, sono da ricordare, per la notevole rilevanza:

- la procedura di identificazione del paziente, lato e sede;
- la procedura per la prevenzione delle cadute accidentali;
- la procedura per la contenzione dei pazienti;
- la procedura per la prevenzione delle lesioni da elettrobisturi;
- la procedura per la buona gestione del sangue;
- la procedura per la gestione dei farmaci;
- la procedura per la gestione delle soluzioni di potassio e altre soluzioni saline;
- la procedura per la gestione dell'addome acuto;
- la procedura per la gestione delle cartelle cliniche;
- la procedura per l'informazione e l'acquisizione del consenso;
- la procedura per la gestione degli eventi clinici avversi,
- ecc.

## **CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA**

Si riassumono le attività svolte, in collaborazione tra Comitato per le Infezioni in Sanità e NOIS (Nucleo Operativo Infezioni in Sanità).

## **PIANO GENERALE DI GESTIONE DEL RISCHIO INFETTIVO**

L'attività, nei limiti di una scarsa disponibilità di risorse dedicate a tale obiettivo (basti ricordare che a tutto il 2010 era disponibile un solo operatore formato per la rete ospedaliera, segnatamente a 20 ore alla settimana), è da ritenersi abbastanza soddisfacente, pur rendendosi necessaria una maggiore implementazione di alcune procedure.

## **RAPPORTI CON LA REGIONE**

I rapporti con la "Rete Regionale dei Comitati per le Infezioni Sanitarie" vengono mantenuti stretti (incontri a cadenza all'incirca trimestrale) e dovranno essere mantenuti – per quanto attiene le reciproche competenze – da:

- a) Comitato per le Infezioni in Sanità (CIO);
- b) Nucleo Operativo Infezioni in Sanità (NOIS);
- c) Dipartimento di Sanità Pubblica.

## **PROGETTO SICHER**

In merito alla sorveglianza in chirurgia (progetto SICHER) è stato realizzato un apposito sistema informatico per la raccolta dati sulle infezioni della ferita chirurgica. Il sistema informatico inoltre, dispone di una specifica sezione, disponibile ai Direttori di U.O., che effettua in tempo reale le statistiche di reparto. Sono stati coinvolti, nella prima fase di progetto, nell'anno 2009, le UU.OO. di Chirurgia e di Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento.

I reparti di Chirurgia stanno registrando una percentuale di sorveglianza attorno al 90% degli interventi identificati per tale scopo. I reparti di Urologia invece, hanno manifestato una insufficiente compliance al progetto.

#### PROGETTO SITI-ER

In merito alla sorveglianza in terapia intensiva, si registra che le UU.OO. di Terapia Intensiva Aziendali, partecipano già regolarmente al progetto Regionale.

#### AUDIT ENDOSCOPIA

Nel 2010 è stata completata la formazione regionale e condotto l'audit Regionale.

#### GRUPPO STERILIZZAZIONE

Già dal 2009 erano state date indicazioni precise ai coordinatori dei punti di sterilizzazione aziendali sulle modalità di utilizzo dei test relativi al Bowie-dick ed Helix.

#### PROGETTO LAVAGGIO MANI

Nel corso del 2010 la indisponibilità di risorse, non ha permesso l'implementazione di questo importante progetto, per il quale nella **programmazione per l'anno 2011** sono state previste:

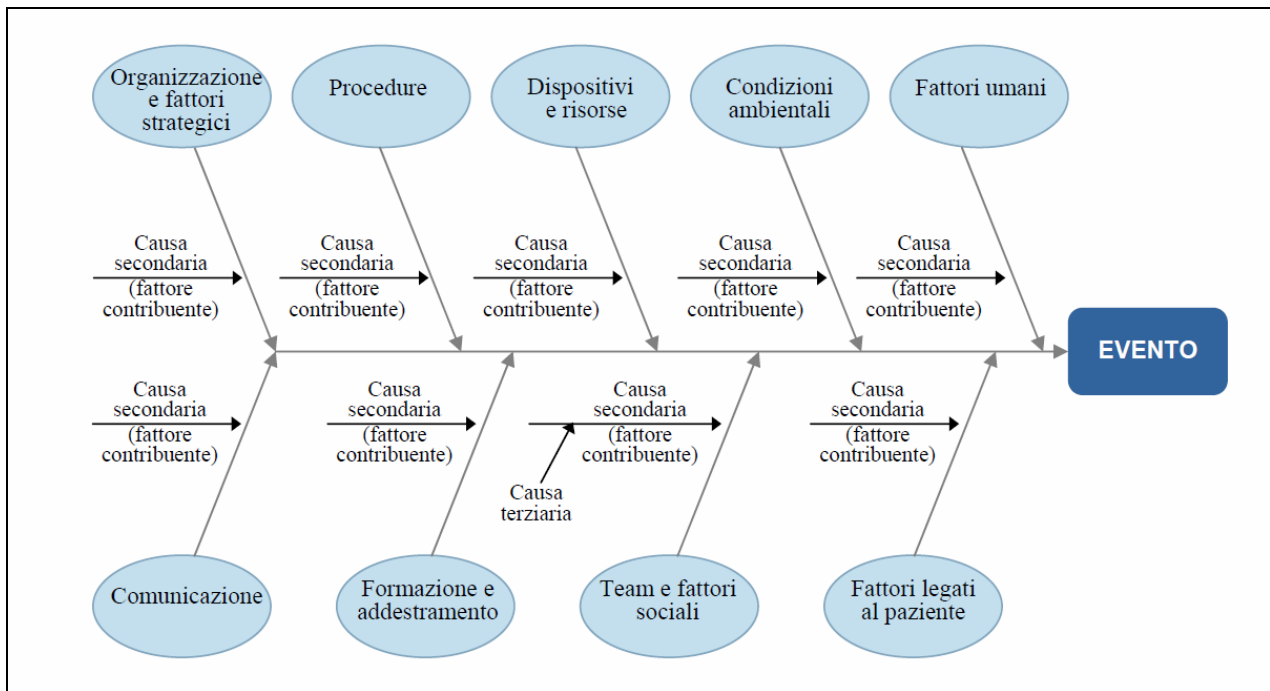
- a) sia, dapprima, la pubblicazione della procedura;
- b) sia, successivamente, l'attuazione della procedura.

#### SISTEMI DI SEGNALAZIONE

L'obiettivo è costituito da un consolidamento dei sistemi di segnalazione, perfezionando una specifica procedura per governarne il processo, finalizzata a innalzare il livello di attenzione dei medici a tale problematica, in quanto ad oggi, i dati di monitoraggio indicano tale criticità.

#### **RCA (ROOT CAUSE ANALYSIS)**

La Root Cause Analysis (RCA) è una tecnica di indagine sugli eventi indesiderati (solitamente su eventi sentinella o su eventi avversi di particolare entità), mediante la quale si ricercano le cause "radice", ovvero – secondo l'approccio metodologico di Reason – le criticità di sistema, su cui si è innestato l'evento (v. schema, sec. Diagramma di Ishikawa).



Nondimeno, attraverso la RCA si possono ipotizzare le azioni di miglioramento.

La RCA viene condotta dal NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), assieme ai responsabili della struttura dove si è realizzato l'evento e ad uno o più esperti della materia trattata.

La RCA nell'Azienda USL di Ferrara è da considerare ormai una procedura consolidata e a tutt'oggi è stata applicata a 29 eventi clinici maggiori, indicati nella tabella che segue.

È anche da sottolineare che, a seguito delle RCA, sono state proposte azioni di miglioramento e procedure aziendali (revisione di precedenti o implementazione di nuove procedure).

	2	2	2	2	2	T
	0	0	0	0	0	o
	0	0	0	0	1	t
	6	7	8	9	0	a
						l
						e
Dip. Chirurgia	0	0	2	1	0	3
Dip. Medicina	1	2	0	4	1	8
Dip. Emergenza	1	1	3	3	1	9
Dip. Diagn. Imm. / Lab.	0	1	1	1	0	3
Dip. Materno-Infantile	0	0	0	1	0	1
Dip. Salute Mentale	0	0	0	0	1	1
Totale	2	4	6	10	3	25

## FMEA / FMECA

La FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) / FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) è una metodologia utilizzata per analizzare le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema. A differenza della RCA, la FMEA/FMECA non sono attuate dopo il verificarsi di un evento avverso, ma quale metodologia di prevenzione.

Il primo passaggio consiste nella scomposizione del processo preso in esame in sottosistemi elementari. A questo punto, nell'analisi dei guasti di ogni sottosistema, occorre elencare tutti i possibili modi di guasto, e per ciascuno:

- elencare tutte le possibili cause;
- elencare tutti i possibili effetti;
- elencare tutti i controlli in essere (a prevenzione o a rilevamento del modo di guasto).

Per tutte le combinazioni di criticità devono essere valutati tre fattori:

- probabilità di accadimento (P);
- gravità dell'effetto (G);
- possibilità di rilevamento da parte dei controlli (R).

L'Indice di Priorità del Rischio è calcolato secondo la seguente:  $RPN = P \times G \times R$ .

A termine dell'analisi FMEA / FMECA, vengono proposte azioni di miglioramento, sulla base della rilevanza dei rischi accertati.

Le procedure FMEA / FMECA sono attualmente in forte implementazione nell'Azienda USL di Ferrara, a testimonianza di procedure di Gestione del Rischio ormai avanzate.

Segnatamente:

- I. 5 procedure sono state eseguite autonomamente in via sperimentale;
- II. nel 2010, in collaborazione con la Società EmeEffe s.r.l. di Milano, sono state portate a termine approfondite esperienze di FMEA/FMECA con sei strutture aziendali, ovvero:
  - *Servizio 118*
  - *Pronto Soccorso Ospedale del Delta*
  - *Radiologia Ospedale del Delta*
  - *Laboratorio Ospedale del Delta*
  - *Ortopedia Ospedale di Argenta*
  - *Medicina Ospedale di Cento*

## MAPPATURA DEI RISCHI

### DATA BASE DEL CONTENZIOSO

L'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna ha organizzato due gruppi di lavoro per lo sviluppo della “**Mappa dei rischi**” e per l'allestimento di un data-base regionale (**Progetto Claims**”), dove inserire tutti i contenziosi delle Aziende Sanitarie.

## Ricerca & Innovazione

### L'innovazione tecnologica e clinico organizzativa

L'azienda ha partecipato con due professionisti a tutte le iniziative dell'ORI ed ha estesamente rendicontato nel Bilancio di Missione tutte le iniziative di innovazione attuate nel corso del 2009.

L'Ufficio Ricerca e Innovazione aziendale ha supportato le macroarticolazioni aziendali nella elaborazione di progetti da proporre al Bando di modernizzazione 2009 e favorito l'ideazione di progetti da proporre in occasione dei bandi ministeriali di ricerca finalizzata e in occasione di bandi UE.

Sul versante progettuale della ricerca e dell'innovazione l'Azienda USL di Ferrara nel corso del 2010 ha avuto l'approvazione e il finanziamento dei seguenti progetti:

#### **Progetti di modernizzazione 2009 come azienda capofila:**

- *“Gestione delle malattie croniche ad alto impatto assistenziale sul territorio secondo il “chronic care model” al fine di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita del paziente e del caregiver”* Progetto biennale;;
- *Nuova Organizzazione Ambulatoriale (NOA) Sperimentare all'interno di un nuovo modello organizzativo di specialistica ambulatoriale gli strumenti del disease management e del governo clinico: accogliere, assistere, organizzare e valutare.* Progetto biennale;

#### **Progetti di modernizzazione 2009 come Unità di Ricerca**

- *“Case Manager Infermieristico nella BPCO” – Azienda capofila Ausl Bologna.* Progetto biennale;

#### **Progetti a finanziamento U.E.:**

- *“Director Executive Agency for Health and Consumers “OB.Surve: Surveillance system - Occurrence of Urinary Incontinence in Women as a consequence of inefficient or inappropriate obstetric care”* in qualità di partner associato – Progetto biennale.

## La Ricerca

L'Ausl ha adottato l'anagrafe aziendale delle attività di ricerca sin dalla sua attivazione e ha partecipato a tutti gli incontri organizzati dall'ASSR su tema; dal mese di novembre è tornato operativo il software regionale, sospeso dagli inizi del 2010 e questo consentirà all'azienda di poter caricare sia gli studi clinici che i progetti di ricerca attivati nell'anno in corso.

E' stata inoltre garantita la presenza alle iniziative di coordinamento del PRIER e la partecipazione ai progetti di ricerca promossi dal PRIER stesso.

Sono state, inoltre, garantite le partecipazioni alle attività dei seguenti registri operanti a livello regionale, garantendo il debito informativo richiesto:

- Registro pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER);
- Registro protesi d'anca (RIPO) e spalla;
- Registro impianti defibrillatori e pacemaker;

- Registro sepsi in terapia intensiva con particolare riferimento al Progetto Laser "Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna",. E' stata inoltre garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni, in particolare di sepsi, in terapia intensiva.
- Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca;

E' obiettivo dell'azienda la costituzione, nel corso del 2011, di un Board Aziendali per la Ricerca ed Innovazione che sostenga il Collegio di Direzione nella individuazione delle aree prioritarie di sperimentazione. Nel corso del 2010 sono state potenziate le iniziative relazionali con i finanziatori esterni (sponsor) al fine di individuare possibili ambiti di collaborazione.

## **L'innovazione sociale**

### **Governance e programmazione**

Negli ultimi anni, in attuazione della DGR 1682/2008, si è dato vita agli strumenti di governance previsti per la realizzazione del "nuovo" welfare regionale.

La presenza di dirigenti e tecnici dell'Azienda USL, sia nell'Ufficio di Supporto alla CTSS che nei tre Uffici di Piano Distrettuali, garantisce il livello d'integrazione necessario al processo di costruzione degli strumenti di programmazione distrettuale degli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari.

Coerentemente con l'Atto di indirizzo e coordinamento della CTSS, l'adozione dei Piani di zona distrettuali per la salute ed il benessere sociale 2009-11 e del Programma attuativo annuale 2010, hanno delineato obiettivi e strategie, dimensioni e caratteristiche dei servizi e degli interventi, individuato percorsi e strumenti tecnici, definito le priorità ed il concorso finanziario dei diversi soggetti istituzionali oltre che indicato gli strumenti di verifica.

Le fasi che hanno portato all'adozione degli strumenti di programmazione hanno avuto la partecipazione ed il concorso dei diversi soggetti del terzo settore e delle OO.SS..

### **Accreditamento dei servizi socio-sanitari**

In ogni distretto, gli operatori dell'AUSL sono attivi negli UdP e nei gruppi di lavoro per il processodell'accREDITAMENTO.

Oltre all'attività svolta a supporto della programmazione distrettuale finalizzata all'accREDITAMENTO, nel corso 2010 la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie ha promosso numerosi momenti di approfondimento delle tematiche relative all'accREDITAMENTO dei servizi socio-sanitari e, in particolare, si sono realizzate simulazioni d'impatto dell'applicazione del nuovo sistema omogeneo di tariffa per le strutture e servizi per anziani e disabili adottato con le DGR 2110/2009 e 219/2010, poi presentate ed analizzate in incontri tecnici AUSL-Comuni-Provincia e con dirigenti regionali. Le stesse sono state oggetto di approfondimenti e confronti con il terzo settore e con le OO.SS. E' in corso un'attività analoga relativa alla DGR 1336/2010 che definisce il sistema di tariffe dei CSR residenziali.

Questi e molti altri dati ed elementi relativi ai servizi sanitari che l'AUSL deve continuare ad assicurare, oltre a quelli relativi alle quote a carico del FRNA che l'AUSL gestisce, sono stati messi a disposizione degli UdP e dei Comuni capofila per il rilascio dell'accREDITAMENTO e la formulazione dei contratti di servizio.

Al 30 settembre, ed al 31 ottobre per i CSR-R, termini per la presentazione delle domande di accREDITAMENTO transitorio, tutte le strutture già convenzionate per anziani (CRA-CD-SAD) e per disabili (CSR diurno e residenziale) hanno



presentato domanda di accreditamento transitorio. Sono in corso le procedure di verifica delle stesse al fine del rilascio dell'accREDITamento transitorio che deve avvenire entro il 31dicembre 2010. Per cui è molto probabile che anche la quasi totalità dei contratti di servizio venga sottoscritta entro tale data. Inoltre, nel mese di ottobre u.s. si sono concluse le procedure per l'accREDITamento provvisorio di due Casa Residenza per Anziani (ex RSA di Codigoro e Portomaggiore prima gestite direttamente dall'AUSL).

### **Sviluppo del sistema informativo sociale e sociosanitario**

Nel corso degli ultimi anni, come da quanto indicato al precedente punto "l'integrazione socio-sanitaria", l'attività dell'AUSL si è sviluppata su due binari: uno volto alla dotazione ed all'attivazione in tutte le realtà distrettuali di omogenee soluzioni informatiche per la gestione delle principali attività socio-sanitarie ed alla messa in rete degli stessi sistemi dell'AUSL con quelli dei Comuni; l'altro indirizzato verso la sperimentazione nel Distretto Centro-Nord del Sistema informativo Socio Sanitario (SISS) finalizzato a promuovere modalità omogenee di raccolta dei dati e promuovere l'utilizzo di indicatori di attività.

I sistemi informativi in area sociale e socio-sanitaria della Provincia presentano la seguente situazione:

DISTRETTO	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO AUSL Gestionale	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO AUSL Flussi informativi	SISTEMA INFORMATIVO SOCIO-SANITARIO AUSL Altro	SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE COMUNI
OVEST	GARSIA: ADI – UVG - ASSEGNI DI CURA anziani e disabili	GARSIA: FAR – SMAC rilevazione attività area anziani		- GARSIA-SOSIA: SAD; - Sportello sociale
CENTRO-NORD	GARSIA: ADI – UVG - ASSEGNI DI CURA anziani e disabili	GARSIA: FAR – SMAC rilevazione attività area anziani	SISS	- GARSIA-SOSIA: SAD; - Sportello sociale
SUD-EST	GARSIA: ADI – UVG - ASSEGNI DI CURA anziani e disabili	GARSIA: FAR – SMAC rilevazione attività area anziani		- GARSIA-SOSIA: SAD; - Sportello sociale (Athena)

La necessità di una scelta definitiva del modello di sistema informativo a rete da implementare ulteriormente in tutte le realtà territoriali diventa essenziale allo sviluppo della stessa anche e soprattutto nella prospettiva del nuovo sistema informativo socio-sanitario regionale recentemente delineato dalla Regione Emilia-Romagna..

### **Sistema degli accessi ai servizi sociali e sociosanitari**

Nel corso degli ultimi anni ed anche per l'anno 2010 l'AUSL di Ferrara ha sottoscritto convenzioni con i 26 Comuni della Provincia in cui vengono definite le linee di indirizzo programmatiche per la gestione dei servizi socio-sanitari integrati e vengono indicate le risorse umane e finanziarie a carico degli Enti.

- La realizzazione e lo sviluppo dei punti unitari d'informazione ed orientamento ai servizi poggia sulla rete degli sportelli sociali dei 26

- comuni e degli sportelli unici distrettuali dell'AUSL. Un ulteriore sviluppo si avrà con la realizzazione della casa della salute di Portomaggiore.
- Nelle convenzioni, nei protocolli e nei regolamenti adottati unitariamente tra comuni ed AUSL di Ferrara (Unità di Valutazione Multidimensionale in area anziani, disabili, gravissime disabilità acquisite, psichiatria; Assegno di cura anziani; Assegno di cura Disabili; Accesso alle strutture protette per anziani; Dimissioni protette; Servizi domiciliari e residenziali per persone con gravissime disabilità acquisite) sono state definite modalità operative e competenze in capo ai diversi soggetti della rete dei servizi socio-sanitari.
  - Negli strumenti suddetti sono previste sia le modalità di costituzione che gli strumenti e le modalità operative delle Unità di Valutazione Multidimensionale delle aree Anziani, Disabili, Gravissime disabilità acquisite e Psichiatria, finalizzate ad una valutazione unitaria e multiprofessionale.
  - Con le stesse modalità di cui al punto precedente, sono stati definiti ruolo, compiti e funzioni del/i Responsabile del caso.
  - In particolare, per l'area anziani e disabili (in itinere), tali modalità sono state assunte come modello operativo codificato nel "gestionale" GARSIA adottato dai servizi dalla fase dell'accesso al Responsabile del caso, dalla valutazione multidimensionale al progetto individuale, dall'erogazione del servizio/prestazione al monitoraggio/verifica. Le altre aree seguono la medesima impostazione.

Nel corso degli ultimi anni l'AUSL di Ferrara ha operato per addivenire nei Distretti a sistemi di accesso uniformi e per il superamento delle grandi differenze esistenti nella contribuzione dell'utenza.

Nel rispetto delle scelte dei territori, si è operato per tendere ad unitarietà di ambito provinciale sia sotto il profilo programmatico che di applicazione delle direttive regionali. I regolamenti unici adottati per assegno di cura anziani (disabili in itinere) e per le gravissime disabilità acquisite, vanno in questa direzione.

In attesa delle indicazioni regionali circa le modalità di contribuzione dell'utenza da recepire nei regolamenti, l'AUSL ha svolto e sta svolgendo un ruolo di supporto conoscitivo finalizzato alla definizione delle linee omogenee distrettuali per la contribuzione dell'utenza da inserire nei contratti di servizio dell'accreditamento.

## **Cittadini, comunità e servizio sanitario**

### **Gestione delle diversità**

- **Adozione degli strumenti di equality assessment aziendali (schede di autovalutazione regionale, check list)** Nel secondo semestre dell'anno in corso è stato costituito il Comitato etico aziendale per il rispetto delle differenze i cui partecipanti sono dedicati per ruolo a diverse tipologie di diversità (genere, generazioni, età, tossicodipendenze, disabilità, devianze, immigrazione, etc.). Il Comitato in prima seduta ha convenuto di dare applicazione aziendale alla scheda di autovalutazione regionale messa a punto dall'Agenzia Socio-sanitaria regionale nell'ambito del progetto di modernizzazione 'Equasanità', prevedendo l'applicazione piena del censimento delle azioni legate alle diversità/differenze, nel primo semestre del 2011.
- **Partecipazione alla messa a punto di strumenti di valutazione delle buone pratiche in relazione alle diversità di genere, cultura, disabilità, età, etc. in un'ottica di ottimizzazione delle risorse e stesura di raccomandazioni regionali** L'Azienda ha risposto alla richiesta dell'Agenzia Socio-sanitaria regionale di indicare operatori

rappresentanti all'interno del progetto di modernizzazione 'Equasanità' (Signani, Sateriale). Ciò ha consentito all'AUSL di Ferrara di partecipare al processo di costruzione di strumenti e raccomandazioni per il rispetto delle diversità. In base all'esperienza dell'AUSL di Ferrara di applicazione di un progetto sulla conciliazione, è stato possibile distinguersi apportando uno specifico contenuto nell'area del diversity management, tema che è stato poi esteso all'intera Area Vasta.

- **Sperimentazione nei profili di comunità di un set minimo di indicatori di diseguaglianze sociali per decisioni eque.** Nel 2010 non è stata prevista la costruzione di un profilo di comunità, né un suo aggiornamento. Su richiesta della Conferenza Socio-Sanitaria Territoriale è stata avviata la costruzione di un profilo di salute degli adolescenti, che si concluderà nel tardo 2011. In esso è prevista l'inclusione di indicatori di diseguaglianze sociali, compatibilmente con la disponibilità di informazioni coerenti per la costruzione degli indicatori stessi.

### **Coinvolgimento e partecipazione dei cittadini**

- Adozione del "Piano Programma Aziendale per l'ascolto e la partecipazione del cittadino"

La "voce" degli utenti all'interno dell'AUSL di Ferrara si esprime attraverso molteplici canali: dalle forme più soggettive e spontanee (reclamo, suggerimento, encomio, ecc.) a quelle collettive e formalizzate, promosse da precisi organismi politici di rappresentanza dei cittadini, da associazioni di tutela e volontariato (convenzioni, segnalazioni, protocolli, incontri, indagini, ecc.).

#### a. La Persona al centro del processo di ascolto e di risk management

L'URP rappresenta a tutti gli effetti il sensore dell'organizzazione rispetto al mondo esterno e in quest'ambito la dimensione dell'ascolto offre importanti potenzialità e risvolti creativi nei confronti dei soggetti, sia esterni che interni all'organizzazione, in quanto consente di instaurare una relazione tra l'Istituzione e le Persone.

Gli attori sono sia i cittadini-utenti che i professionisti, il cui contributo diventa rilevante nel determinare l'avvicinamento o meno alla comprensione dell'evento e la capacità del sistema di utilizzare le opinioni, le segnalazioni, le negatività emerse e di imparare da queste per il miglioramento della pratica sanitaria.

Poiché gli operatori URP spesso si confrontano con le dimensioni del percepito da parte del cittadino, di fatto sono in grado di individuare e segnalare sia le situazioni che hanno implicato la percezione di un danno, sia quelle che sottendono incomprensioni, frustrazioni e disagio nella relazione con il professionista.

Nei casi più rilevanti infatti, la fase di ascolto prelude l'avvio di un percorso di mediazione del conflitto gestito dai mediatori presenti all'URP.

Dal 2005 ad oggi l'AUSL di Ferrara ha in essere un progetto nell'ambito della gestione del contenzioso, in cui l'attività di mediazione viene garantita da due operatori dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico, da un Medico Legale, tutor aziendale, e coordinato dal Direttore del Dipartimento di Medicina Legale.

Nell'anno 2009 i mediatori dell'URP hanno seguito in percorsi di mediazione del conflitto n. 35 casi, che hanno coinvolto 40 cittadini e 3 professionisti interni.

Medicina legale (Commissioni speciali) n. 7: funzionalità organizzativa

Centro di riabilitazione convenzionato n. 7: tempi di attesa fra prenotazione e prestazione

Uffici amministrativi Azienda USL n. 5: percorsi di accesso alle prestazioni

Percorso forniture presidi sanitari n. 4: qualità e modalità organizzative

Assistenza odontoiatrica n. 3: qualità tecnica e modalità organizzative

Assistenza sanitaria di base n. 4: qualità tecnica

Neuropsichiatria infantile n. 2: modalità di attivazione percorso riabilitativo

Sportello Unico distrettuale n. 2: informazioni sui percorsi

Dall'analisi della casistica aziendale effettuata per migliorare le performance organizzative e gestionali è stato possibile produrre esempi che dimostrano come l'inserimento delle segnalazioni di interesse per la gestione del rischio nelle diverse categorie ha ingenerato un percorso di miglioramento per superare le criticità emerse sia a livello soggettivo che a livello oggettivo.

La partecipazione ascolto e tutela dei diritti del cittadino/utente vengono altresì garantiti attraverso il rispetto del diritto all'informazione, di accesso agli atti amministrativi e rispetto della privacy

Nell'anno 2009 l'AUSL di Ferrara ha continuato ad implementare le potenzialità dei luoghi della comunicazione interpersonale on-line, con l'obiettivo della loro concreta fruibilità per tutti. Dal momento che il Web non è solo una base-dati ma un luogo dove si esplica la socialità degli individui, i diritti di accesso e di informazione si coniugano senza discriminazioni col diritto alla crescita sociale delle persone.

La partecipazione attraverso i Comitati Consultivi Misti -CC.CC.MM.-

I CC.CC.MM. dell'AUSL di Ferrara sono tre, uno per ogni Distretto e sono costituiti da rappresentanti di associazioni di volontariato e di tutela dei diritti in ambito socio-sanitario, rappresentanti dell'AUSL, dei sindacati dei pensionati, dei Medici di famiglia e dei Comuni. Si occupano di controlli di qualità dal lato della domanda, di raccolta e analisi dei segnali di disservizio e dei reclami degli utenti, della verifica del grado di coinvolgimento dell'AUSL nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino e della rilevazione della soddisfazione dell'utenza. I componenti dei Comitati partecipano ad attività formative dell'AUSL e promuovono attività di verifica della qualità percepita anche attraverso il monitoraggio di criticità rilevate e segnalate dai cittadini (liste di attesa, umanizzazione e personalizzazione dei servizi, accoglienza e comfort, ecc..). A tali attività seguono accurate analisi rispetto ai problemi emersi, proposte di miglioramento e partecipazione alle azioni per la loro realizzazione.

I CCM dell'Azienda USL di Ferrara, nell'anno 2009, si sono impegnati in attività di supporto, verifica e controllo, consulenza e partecipazione, rispetto alle seguenti tematiche: analisi dei report trimestrali sulle segnalazioni di disservizio dei cittadini, controllo tempi d'attesa, verifica azioni di miglioramento, partecipazione a gruppi di lavoro e commissioni interaziendali (Comitato etico per il buon uso del farmaco, Comitato Ospedale Senza Dolore, Commissione Mista Conciliativa delle aziende sanitarie ferraresi, CCRQ - Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino), partecipazione alla realizzazione della Carta dei Servizi- Guida pratica al cittadino e opuscoli informativi sui percorsi e sulla fruizione dei servizi.

Inoltre si è provveduto alla redazione, stampa e diffusione di un opuscolo informativo rivolto alla cittadinanza relativo alle attività svolte dai CC.CC.MM. aziendali "Il ruolo, le attività, i componenti" - informazioni utili.

- **Obiettivi Qualità percepita**

L'azienda USL di Ferrara ha partecipato al gruppo metodologico dell'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione per l'elaborazione di uno strumento ai fini della rilevazione della qualità percepita delle UU.OO di degenza. Tale strumento, così come previsto dal Protocollo Regionale, verrà somministrato nel 2011 presso l'Ospedale "Mazzolani-Vandini" di Argenta.

Per le indagini di qualità relative alle specialistiche ambulatoriali l'Azienda ha aderito al gruppo regionale per l'elaborazione del questionario che verrà implementato contemporaneamente al percorso dell'Accreditamento Istituzionale del Dipartimento Cure Primarie.

In merito al monitoraggio ed elaborazione di strumenti per la rilevazione della qualità percepita delle utenti del percorso nascita, l'Azienda partecipa al gruppo regionale costituitosi nel secondo semestre 2010, secondo quanto previsto dal DGR n. 533/2008.

- **Empowerment di comunità**

La partecipazione aziendale alla progettazione e sperimentazioni di interventi di in una ottica di partecipazione attiva dei cittadini alle scelte ed miglioramento dei servizi in una ottica di sviluppo di comunità ha visto nel corso del 2010 le seguenti iniziative:

- l'Azienda USL di Ferrara ha aderito al progetto di Empowerment di Comunità dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale.

Le finalità di queste iniziative stanno nella capacità di costruire contesti di dialogo quale presupposto per una efficace erogazione dei servizi, sia a livello di organizzazione (empowerment organizzativo) che di comunità locale (empowerment di comunità).

In questo contesto, l'AUSL di Ferrara ha realizzato molti progetti, di cui i principali hanno partecipato alla XIII conferenza nazionale della rete HPH – Empowerment della persona, nel settembre 2009 per un totale di 8 progetti.

4 progetti per la sezione poster:

1. Area promozione della salute mentale: Navigando si impara: la scuola di vela come mezzo per crescere insieme – SMRIA e Circolo Nautico Lido di Volano;

2. Area Empowerment dei gruppi target: Responsabilizzazione delle popolazioni migranti per la prevenzione dell'anemia drepanocitica – AUSL Ferrara e AOSP Ferrara;

3. Area Empowerment dei gruppi target: L'attività fisica come farmaco per il diabete dell'adulto - AUSL Ferrara;

4. Area Empowerment dei gruppi target: La piscina: un ambiente salutare per una vita sana – Dipartimento di Sanità Pubblica AUSL Ferrara – Igiene Pubblica area Sud Est.

4 Progetti relazionati nelle sessioni parallele:

Area Empowerment, benessere e formazione degli operatori: N.O.A - Nuova Organizzazione Ambulatoriale: un progetto di innovazione/ricerca all'interno dell'AUSL di Ferrara;

Area Empowerment dei gruppi target: il programma di Educazione Terapeutica Strutturata nella Rete Diabetologica dell'AUSL di Ferrara;

Area Empowerment del paziente nel processo assistenziale: Anziani con frattura di femore: un progetto di teleassistenza per migliori esiti e per una migliore qualità della vita a domicilio;

Area promozione della salute mentale: 10 anni di "club integriamoci". Scopi, attività, ed iniziative per la promozione della salute mentale.

Inoltre l'AUSL di Ferrara ha progettato e realizzato un corso-percorso di formazione per il proprio personale che, attraverso l'esplorazione delle problematiche relazionali, organizzative, comunicative o di altro tipo legate al proprio ruolo e percepite come prioritarie, per la creazione di una comunità competente. Con questi presupposti ha preso avvio nel 2010 il corso "Empowerment di comunità", la prima fase di un progetto di sviluppo di una comunità competente composta da dipendenti dell'Azienda USL in grado di conoscere e trasmettere conoscenze, competenze e modelli relazionali sia con i colleghi che con la cittadinanza.

Infine Nel mese di luglio 2010 si è conclusa la prima fase del Progetto regionale "Coltivare l'Innovazione" nel cui ambito l'AUSL di Ferrara ha partecipato con due operatrici Il Progetto ha durata triennale (2010-2012) ed è organizzato dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna in collaborazione con l'Université du Québec a Montréal (Canada), che da oltre un decennio collabora con la Regione per la realizzazione di iniziative formative nell'ambito dell'amministrazione e gestione dei servizi. Il Progetto si caratterizza come un programma di apprendimento/intervento, condotto utilizzando anche strumenti

del web 2.0, finalizzato ad accelerare lo sviluppo di innovazioni nel sistema sociale e sanitario emiliano-romagnolo e, per certi versi, anche nel sistema educativo universitario, con particolare riferimento alla formazione dei nuovi dirigenti e dei professionisti che dovranno supportare tali innovazioni. La realizzazione prevede un ampio coinvolgimento dei partecipanti che, con vari livelli di responsabilità e con funzioni diverse, operano all'interno della Regione, delle Aziende sanitarie, degli Enti locali e dell'Università.

- **Mantenimento in uso e sviluppo degli strumenti e delle metodologie di coinvolgimento ed ascolto dei cittadini**

La produzione dei report trimestrali e annuali sulle segnalazioni sono uno strumento di comunicazione che l'AUSL di Ferrara inserisce fra quelli che valorizzano un approccio di ascolto sistematico e strutturato dell'utenza da parte dell'organizzazione, al fine di garantire un riscontro sulle proprie attività.

L'istituzione del sistema di gestione delle segnalazioni garantisce un'opportunità di crescita all'Azienda aumentando le sue capacità di ascolto, coinvolgimento, correzione dei disservizi e miglioramento qualitativo. Le segnalazioni spontanee dei cittadini costituiscono un'utile fonte di verifica su quanto viene rilevato in modo sistematico dalle indagini sulla qualità percepita e dal monitoraggio costante di controllo dei servizi. Poiché gli URP lavorano con le dimensioni del "percepito" da parte del cittadino, particolare attenzione viene data a quelle segnalazioni in cui vi è la percezione di danno da parte del cittadino conseguente alla lesione della sua integrità psico-fisica ed economica, attivando percorsi di mediazione e miglioramento.

## **Accreditamento**

### **Rinnovo dell'accREDITamento.**

Nel corso del 2010 è stato sia rinnovato che completato l'accREDITamento dei Dipartimenti Materno-Infantile e di Radiologia Clinica Diagnostica e Interventistica (2 livelli dipartimentali, 6 U.O.); tutti i livelli sono stati auditati prima della verifica istituzionale.

Nel 2011 verrà rinnovato l'accREDITamento del DSM e completato il Dipartimento Chirurgico (1 livelli dipartimentali, 11 U.O.)

### **Audit intermedi rispetto alla scadenza dell'accREDITamento:**

Durante il 2010 sono stati condotti audit nel DSM e relative U.O e nel Dipartimento di Emergenza Urgenza

Nel 2011 sono previsti audit nel Dipartimento di Medicina.

Sin dal 2010 particolare attenzione è stata posta alla verifica di conformità degli aspetti contenuti nelle raccomandazioni relative alla gestione del rischio e nella DGRER 1706/09 che tuttavia necessitano di un'ulteriore implementazione nel corso del 2011.

## **Progetti/Servizi ICT**

### **Estensione della sperimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico personale e del Patient Summary**

CUP2000 ha fornito il materiale divulgativo e le istruzioni da distribuire, in una prima fase, al personale dipendente già in possesso della carta CNS, e, a seguire, ai cittadini, per attivare il Fascicolo Sanitario Elettronico.

A Ferrara non sono disponibili i requisiti tecnici (utilizzo della cartella clinica Millewin negli NCP) necessari alla attivazione del patient summary.

Nel corso del 2010 è stata completata l'attivazione dell'Anagrafe Provinciale Centralizzata (APC) e d è iniziata la procedura di integrazione dell'APC con gli applicativi sanitari principali in uso nell'Azienda USL (gestione delle degenze e della specialistica ambulatoriale). Questa attività determina una positiva ricaduta sulla qualità delle informazioni raccolte dall'attività di ricovero e ambulatoriale ed è indispensabile per la programmata e prossima unificazione degli applicativi di impiego clinico utilizzati in tutte le strutture assistenziali della provincia (Gli applicativi sanitari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono già integrati con APC). Si sono così create le basi per la realizzazione di un "dossier sanitario" completo, aggiornato e di generale consultazione. Le informazioni sanitarie, così raccolte, potranno ulteriormente incrementare il Fascicolo Sanitario Elettronico.

### **Estensione della sperimentazione della prescrizione Elettronica (specialistica ambulatoriale e farmaceutica)**

Per tutto il 2010 è stata utilizzata la funzionalità di stampa su ricetta rossa cartacea, ma è stata completata l'analisi e commissionata a CUP2000 la realizzazione di un modulo di prescrizione elettronica integrato con l'Anagrafe Regionale dei Medici Prescrittori (ARMP) e con il servizio di richiesta al SAC dei ricettari elettronici.

La realizzazione del modulo di prescrizione elettronica è ritardata dai continui aggiornamenti normativi e presumibilmente sarà completata per la fine del 2011/inizio 2012

### **Diffusione della prenotazione on-line delle prestazioni sanitarie direttamente da parte del cittadino**

Insieme al Centro Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, la Direzione Amministrativa del CUP ha fornito a CUP2000, l'elenco delle prestazioni prenotabili (codifiche SOLE).

### **Diffusione dell'utilizzo del CUP Integratore per la presa in carico dell'assistito nei percorsi interaziendali con riferimento a prestazioni di particolare complessità o per prestazioni richieste da utenti che risiedono in zone di confine tra un'Azienda e l'altra.**

Insieme al Centro Servizi dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, la Direzione Amministrativa del CUP ha fornito a CUP2000, l'elenco delle prestazioni prenotabili (codifiche SOLE).

## **SOLE**

L'analisi dello stato di realizzazione di SOLE nella provincia ferrarese coinvolge numerosi parametri risultanti dalla convergenza di vari processi, la cui espressione spesso risulta diversificata per ambito territoriale essendo diversi i contributi delle variabili coinvolte così come diverse le esperienze ed i tempi di attivazione delle funzionalità SOLE. Il contributo congiunto delle due Aziende Sanitarie Ferraresi allo sviluppo di un sistema provinciale SOLE, concorre infine a rendere ulteriormente articolata la visione complessiva.

### **SOLE - Attivazione MMG/Pediatri**

Di seguito una tabella riassuntiva con l'attività storicizzata afferente ai MMG/PLS. L'obiettivo regionale a fine 2009 era d'arrivare al 95% dei MMG/PLS convenzionati.

<b>Ferrara</b>	<b>Dic 2008</b>	<b>Dic 2009</b>	<b>Dic 2010</b>
MMG collegati a SOLE	155	262	<b>278</b>
Pediatri collegati SOLE	0	30	<b>36</b>
MMG + Pediatri collegati a SOLE/convenzionati	48%	90%	<b>97%</b>

A Ferrara si è attivato il 97% dei MMG e Pediatri convenzionati. I rimanenti MMG e Pediatri non sono stati attivati per varie ragioni o perché hanno dichiarato di non aderire al progetto SOLE o perché non informatizzati o con cartella clinica non integrabile con SOLE o per impossibilità di collegamento ad internet. I MMG e Pediatri hanno una produzione di prescrizioni SOLE in media con la Regione.

### **SOLE - Prenotazione**

La prenotazione/accettazione in modalità SOLE è ad oggi indispensabile per il ritorno del referto elettronico al MMG/PLS. Il valore percentuale è definito come Prenotazioni in modalità SOLE su Prescrizioni SOLE emesse dai MMG/PLS emesse nello stesso mese. Rappresenta quindi il limite superiore di ritorno informativo al MMG/PLS delle proprie prescrizioni SOLE. E' il collo di bottiglia più forte avuto fino a qui da SOLE. Si nota però che da gennaio 2010, periodo in cui si sono aggiornati i server del CUP e di SOLE, c'è stato un aumento continuo dei volumi di prenotazione fino a portarsi in media regionale. Il target indicato della RER per il 2009 era del 65% ad agosto e del 85% a dicembre.

*1.1 E' opportuno comunque ricordare che a fronte di una quota di prenotazione in linea con la media regionale, la quota di refertazione delle prescrizione refertate è tra le più elevate delle aziende regionali,*

<b>Ferrara</b>	<b>2010</b>
Prescrizioni inviate	1.108.087
Prescrizioni prenotate	476.669
Prescrizioni refertate	374.507
% prescrizioni prenotate/inviate	43,0
% prescrizioni refertate/prenotate	78,6
<b>RER</b>	<b>2010</b>
% prescrizioni prenotate/inviate	46,0
% prescrizioni refertate/prenotate	68,1

Dicembre 2010	Ravenna	Rimini	Parma	Reggio Emilia	Piacenza	Ferrara	Modena	Forlì	Cesena	Bologna	Imola
% prescrizioni prenotate/inviate	37	19	30	38	38	43	54	51	56	61	63
% prescrizioni refertate/prenotate	100	88	58	70	94	79	50	80	79	58	78

*con una quota di referti SOLE per assistito superiore alla media regionale.*

### **Referti SOLE per assistito 2010**

<b>Aziende</b>	<b>Assistiti</b>	<b>Referti SOLE</b>	<b>referti/assistito/anno</b>
Parma	437.308	100.378	0,2
Piacenza	288.011	105.589	0,4
Reggio Emilia	525.297	264.437	0,5
Modena	694.580	366.526	0,5
Bologna	853.319	536.794	0,6
<b>Ferrara</b>	<b>358.966</b>	<b>240.716</b>	<b>0,7</b>
Ravenna	389.508	321.351	0,8
Imola	131.022	142.681	1,1
Forlì	186.748	255.177	1,4
Cesena	205.582	353.138	1,7
Rimini	325.265	746.726	2,3
<b>RER</b>	<b>4.395.606</b>	<b>3.433.513</b>	<b>0,8</b>



## SOLE - Refertazione: Laboratorio, Radiologia e Specialistica

Situazione riferita a	Nr. Referti Lab. (Valore nominale SOLE)	Nr. Referti LAB SOLE (% su Target)		Nr. Referti RAD SOLE (% su Target)		Nr. Referti Spec. (Valore nominale SOLE)	Nr. Referti SPEC SOLE (% su Target)		Nr. Ricoveri (Valore nominale SOLE)	Nr. Notifiche Ricoveri SOLE (% su Target)		Nr. Dimissioni (Valore nominale SOLE)	Nr. Notifiche Dimissioni SOLE (% su Target)		Nr. Lettere Dimissioni SOLE (% su Target)	Nr. Referti PS (Valore nominale SOLE)	Nr. Referti PS SOLE (% su Target)						
		Nr.	%	Nr.	%		Nr.	%		Nr.	%		Nr.	%			Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	
nov-09	14.039	4.908	35%	1.951	34%	23.559	1.995	8%	2.107	1.024	49%	2.107	1.020	48%	2.107	7.118	2.911	41%					
dic-09		3.895	28%	1.694	30%		1.754	7%		962	46%		1.036	49%			744	35%	3.136	44%			
gen-10		4.376	31%	1.691	30%		2.013	9%		1.067	51%		937	44%			778	37%	2.890	41%			
feb-10		5.625	40%	2.215	39%		2.390	10%		1.016	48%		985	47%			660	31%	2.668	37%			
mar-10		6.634	47%	2.832	49%		2.967	13%		1.139	54%		1.098	52%			734	35%	3.320	47%			
apr-10		5.750	41%	2.774	48%		3.165	13%		1.066	51%		1.040	49%			676	32%	3.578	50%			
mag-10		6.710	48%	2.897	51%		3.360	14%		1.090	52%		1.078	51%			681	32%	3.376	47%			
giu-10		6.738	48%	2.507	44%		3.160	13%		1.066	51%		986	47%			681	32%	3.536	50%			
lug-10		6.439	46%	2.675	47%		2.972	13%		1.087	52%		1.097	52%			613	29%	3.930	55%			
ago-10		6.098	43%	2.556	45%		2.304	10%		895	42%		872	41%			458	22%	3.401	48%			
set-10		5.961	42%	2.484	43%		2.690	11%		1.100	52%		1.023	49%			673	32%	3.535	50%			
ott-10		5.961	42%	2.263	40%		2.590	11%		1.141	54%		1.194	57%			768	36%	3.670	52%			
nov-10	5.470	39%	2.508	44%	2.457	10%	1.239	59%	1.239	59%	770	37%	3.251	46%									
dic-10	4.743	34%	2.760	48%	546	2%	1.076	51%	1.258	60%	658	31%	3.154	44%									
gen-11	10.743	5.184	48%	3.643	200%	15.162	6.675	44%	2.259	1.085	48%	1.892	969	51%	1.892	6.396	2.911	46%					
feb-11		6.214	58%	4.262	234%		5.530	36%		1.096	49%		1.066	56%			921	49%	4.025	63%			
mar-11		7.271	68%	5.161	284%		6.888	45%		1.300	58%		1.258	66%			1.074	57%	4.552	71%			
apr-11		6.425	60%	4.894	269%		5.811	38%		1.288	57%		1.298	69%			1.138	60%	4.950	77%			
mag-11		7.774	72%	5.575	306%		6.840	45%		1.338	59%		1.295	68%			1.117	59%	5.070	79%			
giu-11		7.167	67%	5.242	288%		6.539	43%		1.294	57%		1.285	68%			1.137	60%	5.155	81%			
lug-11		6.906	64%	5.374	295%		14.613	96%		1.174	52%		1.234	65%			1.056	56%	5.164	81%			
ago-11		6.006	56%	5.559	305%		17.957	118%		1.205	53%		1.160	61%			1.060	56%	5.497	86%			
set-11																							

Dai numeri sopra riportati si nota come il ritorno informativo del laboratorio sia molto consistente e, come trend di crescita, anche superiore alla media regionale. Bisogna però ricordare che i target regionali erano del 60% ad agosto e 80% a dicembre 2009. Un miglioramento ulteriore dei volumi di laboratorio si è ottenuta dal mese di Dicembre 2010, quando con l'entrata in funzione del nuovo CUP, le farmacie hanno iniziato a prenotare massivamente. È stato superato il precedente limite rappresentato dall'alto numero di fax che arrivavano ai LIS con codice a barre SOLE illeggibile.

La radiologia risente pesantemente della scarsa prenotazione in modalità SOLE.

Anche la specialistica risente sia della scarsa prenotazione in modalità SOLE, che del non completo o corretto utilizzo del software di gestione degli ambulatori (GESI) da parte dei medici specialistici, anche se la recente diffusione di GESI ha aumentato sensibilmente il ritorno informativo dei referti al server SOLE. In Azienda Ospedaliero-Universitaria solo recentemente (fine Dicembre) è diventata operativa la versione di software sanitario (SAP) integrata SOLE. Vengono inviati, al server SOLE, sia i referti formulati in seguito a visite prenotate tramite SOLE, ma anche i referti relativi a visite non prenotate tramite SOLE.

### SOLE - ADT, Lettera di Dimissione e Pronto Soccorso

Gli eventi che nascono in Azienda sono inviati a SOLE solo se per ogni singolo evento viene raccolto il consenso al trattamento dei dati in SOLE e registrato in archivio.

La situazione ferrarese, pur essendo migliore rispetto alla media regionale, non è ancora in linea con gli obiettivi indicati in regione per l'ADT, Lettera Dimissione e PS. Bisogna anche considerare che la Lettera di Dimissione e il referto di Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria non sono ancora integrati SOLE.

La valutazione dei processi attivati e dei valori attesi per entrambe le Aziende aggiornati a fine 2010 può essere così riassunta:

## Azienda AUSL – Azienda Ospedaliero-Universitaria

2010	N°	% valore atteso
media mensile prescrizioni SOLE	92346	130
media mensile prenotazioni SOLE	39698	43
media mensile referti laboratorio SOLE	14387	69
media mensile referti radiologia SOLE	3190	46
media mensile referti specialistica SOLE	2551	11
media mensile notifiche ricoveri SOLE	1385	28
media mensile notifiche dimissioni SOLE	1359	27
media mensile lettere di dimissione SOLE	679	14
Media mensile referti P.S. SOLE	3647	36

Da sottolineare inoltre l'ottimo risultato raggiunto in ambito regionale per quanto riguarda la produzione e l'invio a SOLE delle lettere di dimissione e quindi ai MMG.

### **SOLE - Sviluppi**

Uno degli obiettivi di quest'anno dei progetti regionali inerenti a SOLE è l'attivazione della gestione integrata del consenso a SOLE. Questo strumento permetterebbe di aumentare sensibilmente i ritorni informativi verso i MMG/PLS, infatti ora la prenotazione/accettazione in modalità SOLE serve ad informare il dipartimentale che la prescrizione di partenza è SOLE e quindi il MMG/PLS aveva registrato il consenso al trattamento dei dati al cittadino. Con la nuova gestione, il consenso del cittadino viene registrato in anagrafe degli assistiti ed è quello che fa fede per tutti i tipi di ritorno informativo attivi nelle aziende.

Con la circolare regionale 6 del 2009 la regione Emilia Romagna punta ad uniformare la gestione del consenso al trattamento dei dati in SOLE, sia tra province diverse, sia tra differenti operatori sanitari. L'uniformità di questa nuova informativa fa sì che il consenso acquisito presso l'AUSL o AOSP valga anche per i MMG/PLS e viceversa, collaborando così alla raccolta del nuovo consenso per i cittadini ferraresi.

Inoltre la nuova informativa della privacy centralizza la gestione del consenso (registrazione e consultazione) e questo con ricadute positive per MMG/PLS, Aziende e cittadini:

- Il cittadino vede rispettata sempre la sua volontà di aderire o meno a SOLE
- Il MMG/PLS beneficerà di un completo ritorno informativo dei referti (se elettronici) dei propri assistiti in quanto non dipenderà più dalla prenotazione in modalità SOLE delle proprie impegnative
- Le aziende vedranno semplificata la loro gestione della privacy tramite l'oscuramento della prestazione erogata

Il nuovo consenso prevede che il cittadino possa rilasciare il proprio consenso con livelli di partecipazione alla rete SOLE differenti:

- Livello 1 – consenso alla comunicazione dei dati e documenti tra i professionisti sanitari e le strutture del SSR che l'avranno in cura.
- Livello 2 - consenso alla comunicazione dei dati e documenti esclusivamente tra MMG/PLS/medico specialista richiedente e i professionisti sanitari della struttura del SSR che eroga la prestazione.

Entrambi i livelli di consenso danno la possibilità al MMG/PLS di avere per quell'assistito il ritorno informativo completo del referti, accesso al pronto soccorso, eventi di ricovero/dimissione e lettera di dimissione. Il cittadino può ovviamente anche negare o revocare il consenso a SOLE.

In provincia di Ferrara si è attivata la gestione centralizzata del consenso secondo la circolare regionale n. 6 del 2009 della Regione Emilia-Romagna, dal 15 novembre 2010. I medici di Base hanno la possibilità di aggiornare i dati contenuti nelle cartelle cliniche anche con il nuovo consenso specificato da ciascun paziente. L'adeguamento degli applicativi dipartimentali (LIS, RIS, Specialistica, ADT, Lettera Dimissione) consentirà di incrementare significativamente le performance superando il blocco esercitato dalla insufficiente prenotazione secondo modalità SOLE.

### **SOLE - Altri Obiettivi Regionali:**

- ▶ Comunicazione dei nominativi di tutti i MMG e PLS per il completamento delle attivazioni nella rete SOLE: **Completato**
- ▶ Comunicazione dei componenti dei Nuclei di Cure primarie con SW omogeneo per l'attivazione in rete orizzontale MMG/PLS: **Completato**
- ▶ Comunicazione dei nominativi per cui deve essere attivata la Carta Operatore con firma digitale anche ai fini del processo di refertazione: **Completato**
- ▶ Catalogo regionale SOLE: adeguamento ed allineamento del catalogo aziendale secondo indicazioni regionali e secondo gli eventuali aggiornamenti riguardanti il Catalogo regionale SOLE (Indicatore: % prestazioni del Catalogo aziendale allineate al Catalogo regionale SOLE e gestione delle tabelle di transcodifica in tutti gli applicativi interessati) : **Completato >95%**
- ▶ Individuazione di almeno un tutor aziendale per lo sviluppo di un piano formativo rivolto ai MMG e PLS, in modalità e-learning utilizzando il catalogo dei corsi "SOLE" sulla piattaforma regionale "self" : **Completato**

### **Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa: sistema CUP**

Con delibera della Giunta Regionale n° 748 del 2011 la Regione ha adottato il documento contenente le LINEE GUIDA DEL SISTEMA CUP, elaborato a partire dalle Linee Guida CUP Nazionali (Intesa stato regioni del 10/5/10) ed integrato con indicazioni regionali anche contenute nella circolare 10/07 (*Linee Guida del Sistema CUP*), finalizzato a definire le linee guida di riferimento per la realizzazione e/o l'evoluzione di Sistemi CUP sia di livello aziendale/provinciale, sia di area vasta, sia regionale.

Come previsto anche dalla circolare 10/07 (*Linee Guida Sistema CUP*), è necessario implementare un unico sistema di prenotazione/accettazione che contenga tutta l'offerta e che assorba anche tutte le agende autogestite dalle Unità Operative (sia cartacee che informatizzate), con modalità che garantiscano l'integrazione informativa con i vari sistemi aziendali coinvolti. Deve essere, inoltre, prevista la gestione dell'offerta differenziandola in base al regime di erogazione (SSN, Libera Professione intramoenia), attraverso l'utilizzo di agende dedicate.

In regione Emilia-Romagna è stato realizzato il CUP Integrato che, in un contesto di CUP a valenza regionale, è finalizzato a rendere possibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie tramite i punti d'accesso del Sistema CUP definiti, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda Sanitaria, nel rispetto dell'ambito territoriale di garanzia previsto per ciascuna tipologia di prestazione.

Tra i principali requisiti del SISTEMA CUP si elencano:

**A) gestione agende**

1. l'introduzione delle classi di priorità di accesso nelle agende basato sulla gravità delle condizioni cliniche del paziente in modo da rendere congrui i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche, con la priorità indicata sulla prescrizione;
2. Per ogni prestazione è necessario individuare un'unica modalità di preparazione a livello di CUP provinciale;

**B) modalità di prenotazione e pagamento**

3. un automatismo dei sistemi CUP che, in base alla prestazione richiesta e alla residenza dell'utente, consenta l'individuazione del suo bacino di riferimento (zonale/distrettuale/aziendale) al fine della prenotazione, coerentemente con quanto previsto dal piano aziendale;
4. lo sviluppo di forme alternative di prenotazione, come quella telefonica ed on line
5. l'introduzione del sistema di pagamento on-line
6. Lo sviluppo del cup integratore come sistema di allargamento dell'accesso al sistema cup anche da sistemi cup di altre USL della Regione E/R.

I risultati attesi sono:

1. Aumento della tipologia di prestazioni prenotabili telefonicamente e/o on-line fino al raggiungimento della quota minima del 30%;
2. Rilevazione del bacino di riferimento all'atto della prenotazione per il 100% delle prestazioni oggetto di monitoraggio;
3. Completamento dell'inserimento dell'offerta nel sistema CUP provinciale;
4. Gestione delle classi di priorità nella modulazione dell'offerta;
5. Diffusione dell'uso del sistema di Pagamento on-line del ticket, anche tramite predisposizione di una campagna informativa in accordo e coordinata con il livello regionale;
6. Incremento del numero di agende da rendere disponibili nel sistema CUP Integratore fino al raggiungimento della quota minima pari al 10% del totale delle
7. agende;
8. Avvio delle attività di omogeneizzazione a livello provinciale delle preparazioni per l'accesso all'erogazione della prestazione come da DGR 1532 del 2006.

L'attuale sistema cup dell'Azienda USL Ferrara si caratterizza in merito al punto:

**A) gestione agende:** tutte le agende sono sviluppate prevedendo la distinzione delle 1^ visite dai controlli e la definizione della classi di priorità (B-urgenza differibile , D-programmabile, P programmata); inoltre, di norma, dove previste, le preparazioni per la medesima prestazione sono omogeneizzate a livello provinciale.

L'offerta nel sistema CUP provinciale è molto ampia, pressoché completa, e contiene sia l'area istituzionale - SSN che quella della libera professione per quanto concerne la specialistica ambulatoriale.

**B) modalità di prenotazione e pagamento:** è attivo il bacino di riferimento che tiene conto della residenza dell'assistito e del tipo di prestazione richiesta (distrettuale o provinciale).

Con l'avvio del Cup Unico Provinciale è stato attivato da maggio il pagamento on-line.

E' attiva inoltre da tempo la modalità di prenotazione telefonica, mentre si rimane in attesa di implementare entro l'anno la prenotazione on-line ed il cup integratore.

Le prestazioni prenotabili telefonicamente sono la maggioranza con l'esclusione:  
delle urgenze, degli esami di laboratorio, le prestazioni odontoiatriche, le prestazioni per le quali è richiesta la preparazione.

### **Sistema integrato di gestione delle liste d'attesa per ricoveri ospedalieri (SIGLA)**

L'Azienda U.S.L. di Ferrara ha aderito al Progetto Sigla dall'anno 2007. La finalità è di istituire un sistema di monitoraggio informatizzato dei tempi di attesa per il ricovero ospedaliero mirato all'intervento chirurgico programmato, da utilizzare con immediatezza nel contesto aziendale e poi, in quello regionale.

L'obiettivo specifico è la predisposizione di un registro informatizzato, sostitutivo del registro cartaceo.

L'ambito di azione prioritario è stata l'area chirurgica, nello specifico, le discipline di ortopedia, urologia e chirurgia ed in un secondo momento l'area materno infantile.

Nell'Azienda U.S.L. di Ferrara, la situazione attuale in merito allo stato di attivazione del registro informatizzato è riportata nella **Tabella 1**.

**Tabella 1.**

Ospedale / U.O.	Ortopedia	Chirurgia	Urologia	Ostetricia Ginecologia
Cento	attivo	attivo	attivo	attivo
Lagosanto	attivo	attivo	attivo	In predisposizione
Argenta	attivo	In predisposizione	non dovuto	In predisposizione

Lo strumento utilizzato dagli operatori sanitari è una funzione specifica della procedura informatica di gestione del ricovero ospedaliero, denominata "Gedo Grafico" che sebbene comprenda le caratteristiche previste dall'Accordo Stato Regioni del 11 luglio 2002 ed i nomenclatori basati sulle patologie, in ottemperanza alle linee guida del gruppo regionale, non adempie in maniera corretta ed appropriata ad alcune informazioni previste dal flusso informativo regionale, e non permette poi di estrapolare in automatico i dati del debito informativo.

Un esempio è dato dall'intervento di "liberazione del tunnel carpale" che è oggetto del monitoraggio regionale e del conseguente debito informativo.

In questo caso, l'operatore sanitario nel registro informatizzato deve attribuire impropriamente a questo intervento il regime di day hospital, perché nella procedura informatica non è previsto il regime ambulatoriale.

Il regime di day Hospital, poi, genera un "teorico ricovero" che prontamente deve essere cancellato: queste variabili sono attualmente gestibili solo con l'intervento manuale.

Pertanto, l'invio dei dati prospettici dei tempi di attesa, che costituisce il risultato atteso del Progetto Sigla, non è avvenuto per una problematica che riguarda esclusivamente la "struttura" della procedura informatica Gedo Grafico, attualmente in uso presso l'Azienda U.S.L. di Ferrara.

## **Call center Numero Verde regionale**

Il Numero Verde del Servizio Sanitario Regionale è un servizio di informazione telefonica gratuita sui servizi sanitari e di assistenza, dedicato ai cittadini: comprende un primo livello di risposta da call center ed un secondo livello di risposta riferito agli URP aziendali, per informazioni specifiche o complesse, nonché l'inserimento in Banca Dati di tutte le specifiche prestazioni collegate ad ogni area. Attualmente l'AUSL di Ferrara è perfettamente in linea con l'implementazione della banca dati, disponibile anche sul portale Saluter come consultazione on-line. La nuova versione offre, sia la consultazione on line per prestazioni, che quella per **luogo**, che ha richiesto la ri-classificazione dei servizi esistenti attraverso un lavoro di allineamento aziendale, di verifica sull'aggiornamento dei dati inseriti e sul rispetto delle nuove regole validate e condivise.

Il numero verde aziendale è allineato alle impostazioni della banca dati regionale e gli aggiornamenti pervenuti vengono contestualmente inseriti in banca dati, compatibilmente con i tempi tecnici indispensabili legati alla trasmissione dei dati da parte dei referenti territoriali.

## **Sistema di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (MAPS)**

Come riportato nel Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa del 2010-2012, approvato in Conferenza Stato Regione, tramite l'ufficio agende dello Sportello Unico Aziendale, l'Azienda USL di Ferrara riscontra puntualmente entro le scadenze programmate le richieste della Regione sia per il monitoraggio dei TDA che degli eventi di sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, utilizzando per la trasmissione dei dati il portale MAPS (4 invii trimestrali), messo a disposizione dalla Regione stessa.

Inoltre tramite il sistema CUP, l'ufficio agende dell'Azienda USL di Ferrara recupera i TDA anche delle prestazioni erogate dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara rendendo completa la rilevazione.

## **Portale SISINFO**

Aggiornamento puntuale delle informazioni inerenti i sistemi informativi ed i progetti ICT aziendali sul portale SISINFO.

L'aggiornamento del portale non è stato effettuato nel mese di Dicembre a causa del contingente avvio del nuovo CUP Unico Provinciale che ha assorbito tutte le risorse disponibili. Si prevede l'aggiornamento appena possibile.

## **Distribuzione per conto (DPC)**

Partecipazione al processo di implementazione della gestione informatizzata della DPC in rete con le farmacie del territorio per le Aziende sprovviste di un sistema già consolidato.

E' stato presentato da CUP2000 ai referenti ICT e ai farmacisti di entrambe le Aziende Sanitarie Ferraresi il software di "Distribuzione per Conto" prodotto su indicazione della Regione. Si stanno valutando le eventuali integrazioni con gli applicativi dipartimentali che attualmente vengono utilizzati per prescrivere i piani terapeutici e per gestire l'erogazione farmaceutica.

## **Monitoraggio delle applicazioni di Telemedicina**

Rilevazione dei progetti di telemedicina e inserimento sul Portale dell'Osservatorio nazionale e-care da parte dei referenti aziendali.

Sono stati rilevati e inseriti nel portale regionale dell'osservatorio E-care.

## DOCAREA+ e dematerializzazione dei documenti

- Completamento del processo di formazione;
- Registrazione sull'indice IPA della PEI aziendale (Posta Elettronica Istituzionale) ed eventuale struttura organizzativa di 1° livello;
- Invio delle comunicazioni alla Regione e alle altre aziende sanitarie con documenti elettronici firmati digitalmente e secondo modalità concordate tra gli stessi;
- Partecipazione ad iniziative regionali sperimentali di dematerializzazione dei processi di produzione di documenti clinici e amministrativi.

### Completamento del processo di formazione

La formazione dei Dirigenti e dei dipendenti dell'Azienda USL Ferrara sugli obiettivi promossi dal progetto regionale DocArea+ è stata, nell'anno 2010, particolarmente ricca di appuntamenti e di incontri.

Si evidenzia che gli istituti della firma digitale, della posta elettronica certificata e dell'archiviazione dei documenti informatici sono stati trattati con particolare attenzione organizzando i seguenti eventi:

- giornata di formazione "DocArea+ una vista d'insieme" tenuto il **14/04/2010**.
- giornata di formazione (2 Edizioni) "Aspetti tecnici operativi sull'utilizzo della P.E.C. (Posta Elettronica Certificata) all'interno delle Strutture dell'Azienda USL Ferrara" tenutasi il giorno **9/06/2010**.
- corso di formazione: "I sistemi documentari in ambiente digitale: la riorganizzazione del Servizio Archivistico aziendale" tenutosi il data **23/09, 29/09 e 4/10/2010**
- giornata di formazione (2 Edizioni) "La P.E.C. (Posta Elettronica Certificata): applicazioni pratiche dello strumento operativo" tenutasi il giorno **19/10/2010**.
- giornate di formazione (5 Edizioni) "Funzioni di base dell'applicativo "Gestione segreteria" del Protocollo informatico" tenutesi nei giorni **25/11, 29/11, 1/12/2010**.

Inoltre a cura del M.O. Affari Istituzionali e di Segreteria è stata pensata, redatta e pubblicata (ed è di costante aggiornamento) una pagina sul sito **INTRANET** dell'Azienda USL Ferrara in sezione "Bachecca" voce "Azienda Digitale" ove sono descritti i seguenti istituti:

- dematerializzazione dei documenti;
- il documento informatico
- posta elettronica certificata (PEC) e posta elettronica istituzionale (PEI);
- il sistema IOP (Interoperabilità tra protocolli);
- firma digitale;
- normativa regionale e nazionale di riferimento;

per garantire la massima divulgazione delle informazioni e delle azioni intraprese in materia.

Registrazione sull'indice IPA della PEI aziendale (Posta Elettronica Istituzionale) ed eventuale struttura organizzativa di 1° livello.

L'Indice delle Amministrazioni Pubbliche e delle Aree Organizzative Omogenee (IndicePA o iPA) è stato istituito con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 31 ottobre 2000, recante le regole tecniche per il protocollo informatico nella pubblica amministrazione.

Nell'IndicePA è descritta la struttura organizzativa di ciascuna amministrazione accreditata, con l'articolazione gerarchica delle varie unità o uffici. Per ciascuna unità sono disponibili gli indirizzi delle caselle di Posta Elettronica Certificata (P.E.C.) attive e di eventuali servizi applicativi resi disponibili on-line.

L'IndicePA costituisce, quindi, un punto di riferimento per l'individuazione e l'accesso alle strutture organizzative e ai servizi telematici offerti dalla P.A. centrale e locale.

Nell'IndicePA sono, inoltre, pubblicate tutte le informazioni necessarie per lo scambio di messaggi di posta elettronica attraverso le caselle istituzionali associate ai sistemi di [protocollo informatico](#).

L'Azienda USL Ferrara è presente nell'Indice IPA con l'indicazione dell'indirizzo di posta elettronica istituzionale:

The screenshot shows the website 'Indice delle Pubbliche Amministrazioni' in a Windows Internet Explorer browser. The page displays search results for 'Azienda USL di Ferrara'. The results table includes columns for 'NOME' and 'INFORMAZIONI DISPONIBILI'. The 'INFORMAZIONI DISPONIBILI' column contains icons representing various services: an envelope for email, a calendar for office details, a building for organizational structure, and 'AOO' for homogeneous organizational areas. A legend below the table explains these icons.

NOME	INFORMAZIONI DISPONIBILI
Azienda USL di Ferrara	[Envelope] [Calendar] [Building] [AOO]
<b>AOO</b> Azienda USL di Ferrara	[Envelope] [Calendar] [Building] [AOO]
Azienda USL di Ferrara	[Envelope] [Calendar] [Building] [AOO]

**LEGENDA DELLE ICONE**

- [Envelope] Scrivi alla casella di Posta Elettronica.
- [Envelope] Scrivi alla casella di Posta Elettronica Certificata.
- [Calendar] Riferimenti dell'Amministrazione, Dettaglio Ufficio / AOO.
- [Building] Esplora la struttura organizzativa.
- [AOO] Elenco delle Aree Organizzative Omogenee.
- [Hand] Servizi offerti.

Invio delle comunicazioni alla Regione e alle altre aziende sanitarie con documenti elettronici firmati digitalmente e secondo modalità concordate tra gli stessi.

Con nota della Regione Emilia Romagna prot. 143946 del 28/05/2010 (P.G. 47704 del 1/06/2010) sono state inviate alle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna delle indicazioni operative per la comunicazioni tra la Regione Emilia Romagna e Aziende sanitarie e tra Aziende e altri soggetti pubblici e privati.

La nota (inserita nel sito "Azienda Digitale") costituisce un primo e prezioso vademecum operativo per le Aziende stesse con indicazioni di natura giuridica e tecnica.

Partecipazione ad iniziative regionali sperimentali di dematerializzazione dei processi di produzione di documenti clinici e amministrativi.

La Regione Emilia Romagna ha attivato dei Gruppi di lavoro per affrontare l'argomento: allo stato attuale il progetto regionale denominato PARER (Polo Archivistico Regione Emilia Romagna) permetterà una più efficace e integrata gestione dei documenti e abbatterà i costi per la loro conservazione.

Con la nascita del ParER tutti i documenti digitali prodotti dagli enti pubblici delle PA emiliano-romagnole saranno prodotti e successivamente archiviati tenendo fede a degli standard unici e omogenei nell'intero territorio regionale.



Su questi aspetti vigilerà la Soprintendenza archivistica per l'Emilia-Romagna, chiamata anche a verificare che il processo di conservazione sia conforme alla normativa e ai principi di corretta e ininterrotta custodia.

I servizi offerti tramite PARER riguardano la conservazione digitale, la restituzione per la consultazione o l'esibizione dei documenti a fini di accesso o per scopi storici, la consulenza e il supporto tecnico-archivistico.

I servizi saranno erogati in base ad apposito disciplinare tecnico concordato tra gli enti competenti sia dal punto di vista informatico che archivistico.

## **Sistema informativo regionale e debiti informativi delle aziende**

### **Progetto tessera sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art.50 legge 326/2033 e DPCM 26/03/2008)**

Alla luce di nuove indicazioni derivanti dall'aggiornamento della normativa nazionale, così come specificato nelle circolari sulla gestione del flusso ASA di specialistica ambulatoriale e nelle circolari sulle ricette, nel 2010 va a regime il progetto Tessera Sanitaria - collegamento in rete dei medici prescrittori e trasmissione del prescritto.

La regione si è impegnata con il Ministero dell'Economia e Finanze - MEF a trasmettere il prescritto. E' obiettivo delle Aziende trasmettere alla regione l'80% del prescritto entro giugno 2011.

Si sottolinea che il progetto Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa ai sensi dell'art. 50/2003 rientra tra gli adempimenti previsti ai fini dell'accesso a quote del FSN.

Come previsto dall'obiettivo aziendale fissato per il Giugno 2011, gli applicativi di gestione delle cartelle cliniche dei medici di base trasmettono al server SOLE le prescrizioni (diagnostiche e farmaceutiche). Il sistema Sole le trasmette al MEF.

La trasmissione delle prescrizioni degli specialisti ambulatoriali è legato alla operatività del modulo di prescrizione elettronica, prevista a partire dalla fine del 2011.

### **Attività a supporto del Progetto tessera sanitaria**

- Anagrafe degli assistiti

Garantire l'allineamento dell' Anagrafe aziendale con quella regionale, e con l'Anagrafe del Sistema TS.

- Anagrafe dei medici prescrittori

E' obiettivo delle Aziende comunicare tempestivamente l'assegnazione ricettario-medico.

Viene garantito un buon allineamento con il sistema TS rispetto alla tessera TEAM e alla NAAR (nuova anagrafe assistiti regionale) con disallineamenti minimi ed in linea con la media regionale.

Il controllo delle anomalie legate alle movimentazione anagrafiche e/o di scelta/revoca del medico è aggiornato a settembre 2009. Il ritardo è dovuto ai carichi di lavoro degli uffici, per i quali è necessario procedere ad una riorganizzazione rispetto alle priorità dei compiti d'ufficio.

L'azienda USL di Ferrara disponendo già di un applicativo per la gestione dei ricettari/medici prescrittori, ha scelto l'opzione di aggiornare in tempo reale la propria banca dati dei medici prescrittori al momento della consegna del ricettario al medico; successivamente entro l'8 del mese successivo elabora ed invia alla RER un file mensile di riepilogo dei medici prescrittori che dei ricettari consegnati nel mese precedente.

L'altra opzione, non perseguita dall'AUSL, consisteva di caricare direttamente nel portale TS i dati dei ricettari consegnati ai medici prescrittori e quindi in un secondo momento aggiornare (non in tempo reale) la banca dati cup. E' stata perseguita la prima opzione per l'evidente ragione di disporre di una banca dati aggiornata in tempo reale sul nostra sistema, senza appesantire la rete per gli scambi con la RER.

## **Assistenza Farmaceutica**

AFT- Farmaceutica Convenzionata e AFO- Farmaceutica Ospedaliera(usi interni + Erogazione Diretta): per entrambi i flussi vengono rispettate le tempistiche ed i modi di trasmissione individuati dalla RER . I dati vengono rilevati al 100%.

FED : il confronto Flusso AFO Erogazione Diretta e FED- flusso Erogazione Diretta, nominale per assistito, presenta ancora discordanze relativamente a :

- Utilizzo non corrispondente di flag/classificazione AFO/FED,

Nonostante continue revisioni della classificazione, anche dovute a variazioni delle disposizioni

del Servizio Informativo RER, i due flussi non risultano ancora allineati nei termini di univoca classificazione delle modalità erogative , sono in corso pertanto ulteriori modifiche.

- Mancata alimentazione del Flusso relativamente alle erogazioni effettuate direttamente dagli ambulatori/ Unità operative , attualmente solo il SERT alimenta il flusso.

IL CED aziendale sta valutando la conversione dei flussi attualmente presenti di CSM e Centro Antidiabetico nel FED.

## **Dispositivi Medici (DM)**

Il Servizio sta operando per permettere la rilevazione del Flusso secondo il Decreto Ministeriale 11 Giugno 2010 “ Istituzione del flusso informativo per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati del Servizio Sanitario Nazionale” ( G.U. Serie Generale n.175 del 29/7/2010). Presso la Regione Emilia-Romagna è stato attivato il flusso informativo dei dispositivi medici in base alle specifiche tecniche del Decreto Ministeriale. La prima trasmissione del Flusso DM dovrà essere effettuata entro il 23 gennaio 2011, relativamente al quarto trimestre 2010.

Per l'intero Anno 2011 il flusso sarà sperimentale, diventando definitivo dal 2012.

Prioritario per la sua attivazione è completare:

- Revisione della codifica e classificazione secondo CND e per numero di Repertorio dei dispositivi medici gestiti: attualmente 87% dei prodotti gestiti dalla Farmacia è classificato per CND e il 68% ha anche il numero di Repertorio. Su tale versante opera anche la Direzione Economale per i DM di propria pertinenza (strumentario chirurgico, protesi...)
- Inserimento dati Contrattuali (attività effettuata dalla Direzione Economale)

## **Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate**

Le Aziende sanitarie devono garantire l'aggiornamento dell'anagrafe regionale.

- L'aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie pubbliche e private è attuato anche per il corrente anno in regime di orario di servizio dalla Segreteria della Commissione Provinciale di Esperti di cui alla L.R. 34/98, insediata nell'A.U.S.L. di Ferrara presso il Dipartimento di Sanità Pubblica con sede in via F. Beretta, 7 a Ferrara. Detto aggiornamento consiste nella registrazione nell'anagrafe regionale dell'atto autorizzatorio delle strutture sanitarie in seguito al rilascio dello stesso da parte delle Amministrazioni Comunali di competenza; il suddetto atto viene poi allegato al fascicolo agli atti della segreteria della Commissione.

**Indicatore:** Registrazione entro 15 gg. su supporto informatico dei dati afferenti l'anagrafe delle strutture sanitarie provenienti dalle Amministrazioni Comunali di competenza. Valore atteso: 95%.

Durante il 2010 sono pervenute 40 autorizzazioni da parte delle Amministrazioni Comunali di competenza. Tutte sono state registrate nei tempi previsti.

Strutture pubbliche e private inserite in anagrafe, entro 15 gg. = nr. 40;

Registrazione, entro 15 gg, del 95% delle strutture sanitarie = nr. 38;

Percentuale di strutture inserite = 100%.

### **Il sistema informativo dei consultori**

Attualmente il sistema informativo dei consultori non è stato attivato. Viene inviato annualmente un report alla Regione, relativo al nostro debito informativo.

### **Sanità Pubblica**

Il DSP partecipa al sistema informativo delle malattie infettive, attualmente in uso nella RER.

Il sistema – MIF – , in uso da oltre un decennio e periodicamente aggiornato, si integra con i sistemi di sorveglianza specifici per malattie particolari (TB, legionellosi, meningiti, ecc.) e trasmette in automatico i dati alla Direzione della Sanità Pubblica Regionale.

### **Il sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso**

#### **Flussi dati PS**

*Come già visto nel capitolo del Dipartimento Emergenza Urgenza*, in applicazione del DM 17/12/2008 “Istituzione del sistema per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito della assistenza sanitaria in emergenza/urgenza” e della circolare regionale 30/7/2009 n. 11, dal 1 gennaio 2010 vengono inviati i dati dei flussi di attività dei 6 PS/PPI con regolarità e cadenza mensile su portale della RER appositamente allestito e sul quale il nostro servizio ICT è abilitato ad inserire i record.

- Identificazione della struttura erogatrice
- Dati relativi all’accesso ed alla dimissione
- Identificazione dell’assistito
- Dati relativi alla diagnosi ed alle prestazioni erogate
- Dati relativi alla valorizzazione economica dell’accesso

Gli errori o gli scarti dei record inviati sono esigui e ininfluenti sul volume complessivo.

Per i dati riguardati la rete dell’ emergenza territoriale-118 la Centrale Operativa di Bologna rappresenta già da tempo la sede di raccolta dei dati di tutte le Centrali Operative della Regione ed è stata quindi incaricata dalla stessa circolare 11 di inviare mensilmente i flussi della intera regione.

### **Mobilità sanitaria interregionale e internazionale**

L’Azienda ha messo in campo le azioni in ottemperanza agli accordi interregionali sulla mobilità

### **Integrazione socio sanitaria**

Attivato il sistema informativo dell’assistenza residenziale per anziani.

Le Aziende sono chiamate a garantire lo sviluppo della rilevazione per la parte di propria responsabilità. (20.10 deli 1544 pag. 80)

### **Adempimenti (Patto per la Salute 3.12.2009)**

Sono in atto processi di miglioramento per garantire gli adempimenti previsti dalla normativa regionale del Patto per la salute 3/12/2009 e precisamente:

- Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha adottato, fin dalla sua costituzione, un modello di gestione qualità per processi che si è concretizzato nel 2008 con la certificazione ISO 9001-2008, mantenuta nell’ultima triennio.

Il Dipartimento, in coerenza con il mandato ricevuto dalle due Aziende, ha creato un contesto facilitante per il miglioramento delle attività relative al percorso di promozione e monitoraggio della salute e sicurezza dei lavoratori attraverso:

- L'elaborazione di procedure, istruzioni operative e altri documenti
- L'attività di formazione
- La gestione del processo di Valutazione dei Rischi
- La gestione della Sorveglianza Sanitaria
- La gestione dell'infortunio
- La gestione dei dispositivi di protezione individuale
- La gestione del processo relativo al rischio incendio ed esecuzione delle prove di evacuazione
- La gestione della sicurezza negli appalti di lavori, forniture e servizi.

#### *Elaborazione di procedure, istruzioni operative e altri documenti*

Le attività del Dipartimento e quelle delle strutture organizzative considerate critiche sono state documentate attraverso procedure, istruzioni e documenti scritti che insieme al Manuale Qualità, compongono il Sistema Qualità del Dipartimento.

A partire dal 2008, sono state redatte procedure a valenza interaziendale, allo scopo di uniformare le modalità di gestione dei processi, controllati dal Dipartimento, di entrambe le aziende.

La documentazione è presente sul sito intranet dell'Azienda Usl e sul sito intranet dell'Azienda Ospedaliera.

#### *Attività Formativa*

L'attività formativa del Dipartimento, governata da una specifica procedura a valenza interaziendale, P-014-INTER, doc. Nr. 1524 – vers. 2 del 03/09/2010 “Pianificazione ed Integrazione nel Sistema di Gestione delle Attività di Informazione, Addestramento e Formazione dei Lavoratori in Azienda” è rivolta ai lavoratori delle due Aziende ed è orientata allo sviluppo di una cultura della sicurezza fra gli operatori sanitari e all'adozione di competenze cognitive, operative e comportamentali relative alla salute e sicurezza nell'ambiente di lavoro.

I corsi effettuati sono stati:

Anno 2010: Corsi rivolti ai lavoratori dell'Azienda Usl N° 8

Corsi rivolti ai lavoratori dell'Azienda Osped. Universitaria Sant'Anna: N°5

Oltre alla formazione dei lavoratori di entrambe le Aziende, il Dipartimento ha provveduto a sostenere e sviluppare le competenze professionali dei propri collaboratori attraverso iniziative formative e/o di aggiornamento.

#### *La gestione del processo di Valutazione dei Rischi*

Il Dipartimento, per conto del datore di lavoro, elabora il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) attraverso una valutazione globale e documentata di tutti i rischi presenti nell'ambiente lavorativo.

Nel corso del 2008, 2009 e 2010 sono stati aggiornati i DVR di tutte le strutture ospedaliere dell'Azienda Usl e l'ultimo aggiornamento del DVR dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Anna è del 2010.

Inoltre a partire dal 2010, il Dipartimento ha pianificato le attività per elaborare il DVR del nuovo ospedale di Cona ed ha avviato la fase di acquisizione delle informazioni necessarie per la valutazione dei rischi.

#### *La gestione della sorveglianza sanitaria*

Tale processo è gestito dal M.O. Sorveglianza Sanitaria dell'Azienda Usl e dalla U.O. di Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna ed è descritto da una specifica procedura interaziendale, P-016-INTER, doc. Nr. 1537, vers. 2 "Sorveglianza Sanitaria dei lavoratori esposti a rischi presenti nell'ambito lavorativo" e prevede il controllo dei lavoratori esposti a rischi lavorativi mediante visite preventive, periodiche.

L'attività di sorveglianza sanitaria è stata:

M.O. Medicina del Lavoro e Rischio Infettivo Azienda Usl:

Anno 2010: visite periodiche effettuate: n° 835  
visite preventive effettuate: n° 440  
visite a richiesta del lavoratore: n° 122

Il M.O. Medicina del Lavoro e Rischio Infettivo ha rinnovato negli anni 2008, 2009 e 2010 le convenzioni con il Comune di Ferrara, Teatro Comunale e Ministero dei Trasporti (Motorizzazione Civile di Ferrara) relative alle attività di sorveglianza sanitaria.

U.O. Medicina del Lavoro Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna

Anno 2010: visite periodiche effettuate: n° 1039  
visite preventive effettuate: n° 276  
visite a richiesta del lavoratore: n° 58

L'U.O. di Medicina del Lavoro effettua anche le vaccinazioni:

Anno 2010: vaccinazioni Antiepatite B: n° 67  
vaccinazioni Antitetaniche: n° 201  
vaccinazioni Antinfluenzale: n° 359

#### *La gestione dell'infortunio*

Il Dipartimento ha attivato nel corso del 2008 un progetto di miglioramento a valenza biennale con lo scopo di affrontare una delle maggiori criticità relative agli infortuni da movimentazione manuale carichi e pazienti presso l'Azienda Usl. I dettagli del progetto sono riportati in allegato. I risultati sono stati più che soddisfacenti in quanto il numero degli infortuni si è ridotto del 60%.

Visti i risultati, tale iniziativa sarà estesa anche all'Azienda Ospedaliera attraverso un progetto cofinanziato dall'Inail, per un valore di 90 mila euro della durata di tre anni.

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

E' stata elaborata e pubblicata una specifica procedura, a valenza interaziendale, "Gestione degli infortuni professionali" doc. Nr. 1518 – versione 3 del 03/09/2010, con le relative schede di indagine in allegato: "Allegato 1 Scheda di indagine aziendale per l'infortunio accidentale"; "Allegato 2 Scheda di

indagine per infortunio biologico”; “Allegato 3 Scheda di indagine per infortunio MMC/P”.

Azienda Usl:

- ⤴ Infortuni Biologici Tot. Inf. Anno 2010 = 84 N° indagini effettuate Anno 2010 = 83
- ⤴ Infortuni Movimentazione Manuale dei Carichi/Pazienti Tot. Inf. Anno 2010 = 32 N° indagini effettuate Anno 2010 = 24
- ⤴ Infortuni Accidentali Tot. Inf. Anno 2010 = 97 N° indagini effettuate Anno 2010 = 29 (Seconda Procedura).

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Anna:

- ⤴ Infortuni Biologici: Tot. Inf. Anno 2010= 130 N° Indagini effettuate=129
- ⤴ Infortuni MMC/P: Tot. Inf. 2010=62 N° Indagini effettuate=48
- ⤴ Infortuni Accidentali: Tot. Inf.=96 N° Indagini effettuate=31 (Come previsto dalla Procedura)

#### *La gestione dei dispositivi di protezione individuale*

Il Dipartimento gestisce tale processo attraverso una specifica procedura, a valenza interaziendale, P-017-INTER, doc. Nr. 1516 – versione 2 del 03/09/2010 “Gestione dei dispositivi di protezione individuale”.

Gli audit effettuati con specifiche check list, sono stati:

Azienda Usl: Anno 2010: attività non pianificata

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Anna: Anno 2010: n° 34

Dal 2010 è possibile segnalare al Dipartimento, attraverso uno specifico modulo, eventuali anomalie, reclami relativi ai DPI.

#### *La gestione del processo relativo al rischio incendio ed esecuzione delle prove di evacuazione*

Tale processo ha lo scopo di governare il processo relativo alle prove di evacuazione con particolare attenzione alla verifica dei requisiti organizzativi/strutturali/normativi della struttura.

Un obiettivo del 2010 del Dipartimento è stato quello di creare le condizioni per il personale Coordinatore, dell’Azienda Usl, di condurre le prove di emergenza in autonomia.

Tale processo è governato da una procedura interaziendale, doc. Nr. 3082 – versione 1 del 23/03/2011, “Valutazione del Rischio Incendio” e da una istruzione operativa interaziendale, doc. Nr. 3083 – versione 1 del 24/03/2011 “Esercitazioni Antincendio”.

L’attività svolta:

Azienda Usl: Anno 2010: esercitazioni in emergenza a supporto delle UU.OO. effettuate: n° 92

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant’Anna: Anno 2010: esercitazioni in emergenza effettuate: n° 52

#### *La gestione della sicurezza negli appalti di lavori, forniture e servizi.*

Tale processo è governato attraverso due procedure a valenza interaziendale:

- Informazione sui rischi da trasmettere alle ditte appaltatrici di lavori/servizi, compreso l’eventuale DUVRI, art. 26 D.Lgs. 81/08.

L'attività effettuata che consiste nell'individuare i rischi interferenti derivanti da attività svolte da lavoratori dipendenti di aziende o imprese esterne che svolgono il loro lavoro all'interno delle due Aziende e di elaborare il Documento di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI) è stata:

Azienda Usi: Anno 2010: DUVRI prodotti = 33

Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna: Anno 2010: DUVRI prodotti = n° 87

La figura del Coordinamento della Sicurezza nei Cantieri in fase di Esecuzione è stata attivata all'interno del Dipartimento, a partire dal 2011. Tale processo è governato da una specifica procedura interaziendale, doc. Nr. 3159 vers. 1 del 09/05/2011 "Coordinamento della Sicurezza nei Cantieri in fase di Esecuzione" ed è finalizzato a garantire la presenza di una figura istituzionale all'interno dell'organizzazione aziendale che riesca ad assicurare la sicurezza nei cantieri di lavoro sia all'interno dell'Azienda Usi che all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna.

➤ L'Azienda USL e l'Azienda ospedaliero universitaria hanno prodotto a febbraio 2010 il nuovo piano sulla specialistica ambulatoriale (DGR 1035) sviluppando i capitoli sull'appropriatezza prescrittiva, sull'accesso inappropriato al PS, sulla distinzione della tipologia di prestazioni, sulla pianificazione della produzione, garantendo l'avvio di percorsi di garanzia con prestazioni aggiuntive nelle principali branche critiche, inoltre a dicembre 2010 ha avviato il nuovo CUP unico provinciale.

In agosto 2010 ha prodotto per la Regione il piano di produzione della specialistica ambulatoriale, rimodulando l'offerta di prestazioni specialistiche soggette a monitoraggio".

L'Azienda ha rispettato le indicazioni contenute nel Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa, come precedentemente descritto al capitolo dell'Area Ospedaliera.

➤ Anche per l'anno 2010, per il quale sono disponibili i dati ufficiali è confermato il trend di avvicinamento del tasso standardizzato provinciale a quello regionale (179,9 AUSL di Ferrara e 173,10 RER) già evidenziatosi peraltro nel corso del 2009 (179,9 AUSL di Ferrara e 175,0 RER).

La differenza tra i due tassi risulta pertanto ormai stabilizzata su livelli poco significativi e peraltro stabili.

➤ Gli Accordi di fornitura in atto sia con le strutture pubbliche che con le private accreditate provinciali sono comprensivi di uno specifico capitolo riguardante il controllo di appropriatezza delle prestazioni erogate.

Tale attività risulta applicata anche ai sensi del DGR 1171/2009 (controlli sanitari istituzionali) e la DGR 1890/2010 (soglie di ammissibilità DRG inappropriati).

Gli esiti dei controlli risultano peraltro raccolti in uno specifico database.

➤ Per quanto riguarda le procedure di accreditamento, il governo dell'inappropriatezza della specialistica ambulatoriale, la riorganizzazione delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di laboratorio, il governo delle liste d'attesa.

➤ La riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, l'attività di controllo delle cartelle cliniche, l'implementazione dei percorsi PDTA, e l'ammodernamento tecnologico dell'edilizia sanitaria sono monitorate mediante documenti/relazioni istituzionali periodicamente inviati alla RER.

- Sono garantiti i livelli di monitoraggio per gli indicatori di assistenza ospedaliera e extraospedaliera.
- Anche per l'anno 2010 l'Azienda ha prodotto il Piano Formativo che prevede l'aggiornamento del personale sanitario.

### **Qualità dei dati contabili, Modalità di rendicontazione e valutazione dei risultati.**

#### **Bilancio aggregato delle Aziende sanitarie regionali e Adeguamento dei principali strumenti contabili**

L'Azienda USL di Ferrara, nel corso del 2010, utilizzava gli schemi di bilancio di cui al Regolamento regionale n. 1/2009 ed il Piano dei conti regionale di cui alla DGR n. 413/2009. A seguito dell'adozione della Delibera Regionale 517/2011 con la quale venivano aggiornati sia il Piano dei Conti che le linee guida di contabilità, l'Azienda Usl di Ferrara ha provveduto all'adeguamento dei propri strumenti contabili, in particolare, tenendo conto di queste ultime disposizioni nella redazione del Bilancio d'esercizio 2010. L'istruttoria tecnico contabile sul Bilancio d'esercizio 2010 condotta dal Servizio Programmazione Economico finanziaria della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna non ha segnalato la necessità di produrre elementi integrativi dal parte dell'Azienda USL, evidenziando una sola raccomandazione inerente l'utilizzo del conto patrimoniale "Immobilizzazione immateriali in corso ed acconti" con riferimento ai beni immateriali acquisiti nell'esercizio e non ancora entrati in produzione alla data di chiusura del Bilancio.

#### **Verifica delle procedure amministrativo - contabili**

Con riferimento all'obiettivo di verifica delle procedure amministrativo contabili, l'Azienda USL di Ferrara ha trasmesso ai competenti uffici Regionali, con nota prot. N. 40136/2011, i prospetti compilati e le relazioni richieste così come indicato nel Decreto del Ministero della Salute del 18/1/2011 in merito alla valutazione straordinaria delle procedure amministrativo contabili.

#### **Formazione in materia di amministrazione e controllo**

In merito ai due corsi in materia di Amministrazione e controllo organizzati dalla Regione in collaborazione con l'Alma Mater Studiorum di Bologna nel periodo tra il 2010 e 2011, l'Azienda USL di Ferrara ha garantito la partecipazione di quattro funzionari appartenenti ai servizi amministrativi.

#### **Rendicontazione e valutazione dei risultati**

Ai sensi dell'art. 6 della L.R. 29/2004, l'Azienda USL di Ferrara ha predisposto ed inviato ai competenti organi di controllo i documenti di rendicontazione dell'esercizio 2010 Bilancio di esercizio e Bilancio di Missione redatti secondo le disposizioni normative e le indicazioni contenute nelle linee guida regionali. Gli stessi documenti contengono gli esiti dell'attività istituzionale e i risultati della gestione economico finanziaria.

#### Il Rispetto dell'equilibrio di Bilancio

L'Azienda USL di Ferrara, per il 2010 realizza un risultato economico corrispondente ad una perdita pari a 6.159.249 euro. Tale importo, corrisponde all'obiettivo economico finanziario, definito in base ai contenuti della deliberazione della Giunta Regionale n.536 del 18 Aprile 2011 "provvedimenti in ordine alla spesa sanitaria regionale per l'anno 2010 e per la predisposizione dei bilanci d'esercizio delle aziende sanitarie" che, tra l'altro, contiene le seguenti specificazioni:



- a seguito della verifica straordinaria di cui al punto 11) del dispositivo della delibera di programmazione n. 234/2010 si sono evidenziate, eccedenze di spesa, puntualmente verificate in sede di incontri tra la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e la Direzioni aziendale;
- la quota a garanzia dell'equilibrio economico finanziario, di cui alla DGR 234/2010, viene definita a favore dell'Azienda USL di Ferrara, nella misura di 24.600.000 euro;
- deve essere garantito l'equilibrio di bilancio nella modalità definita a livello nazionale per la verifica degli equilibri regionali (risultato di esercizio pari o inferiore alle quote di ammortamento di tutti i beni a utilità ripetuta al 31/12/2010).

Sinteticamente lo schema seguente riassume le modalità di calcolo adottate per l'Azienda USL di Ferrara nel definire l'equilibrio economico finanziario:

Ammortamenti anno 2010	9.178.796,68
Quote di ammortamento sterilizzate di beni finanziati con contributi e donazioni	- 3.019.547,63
<b>Equilibrio economico finanziario obiettivo 2010</b>	<b>6.159.249,05</b>

**Risultato economico realizzato 2010      6.159.249,05**