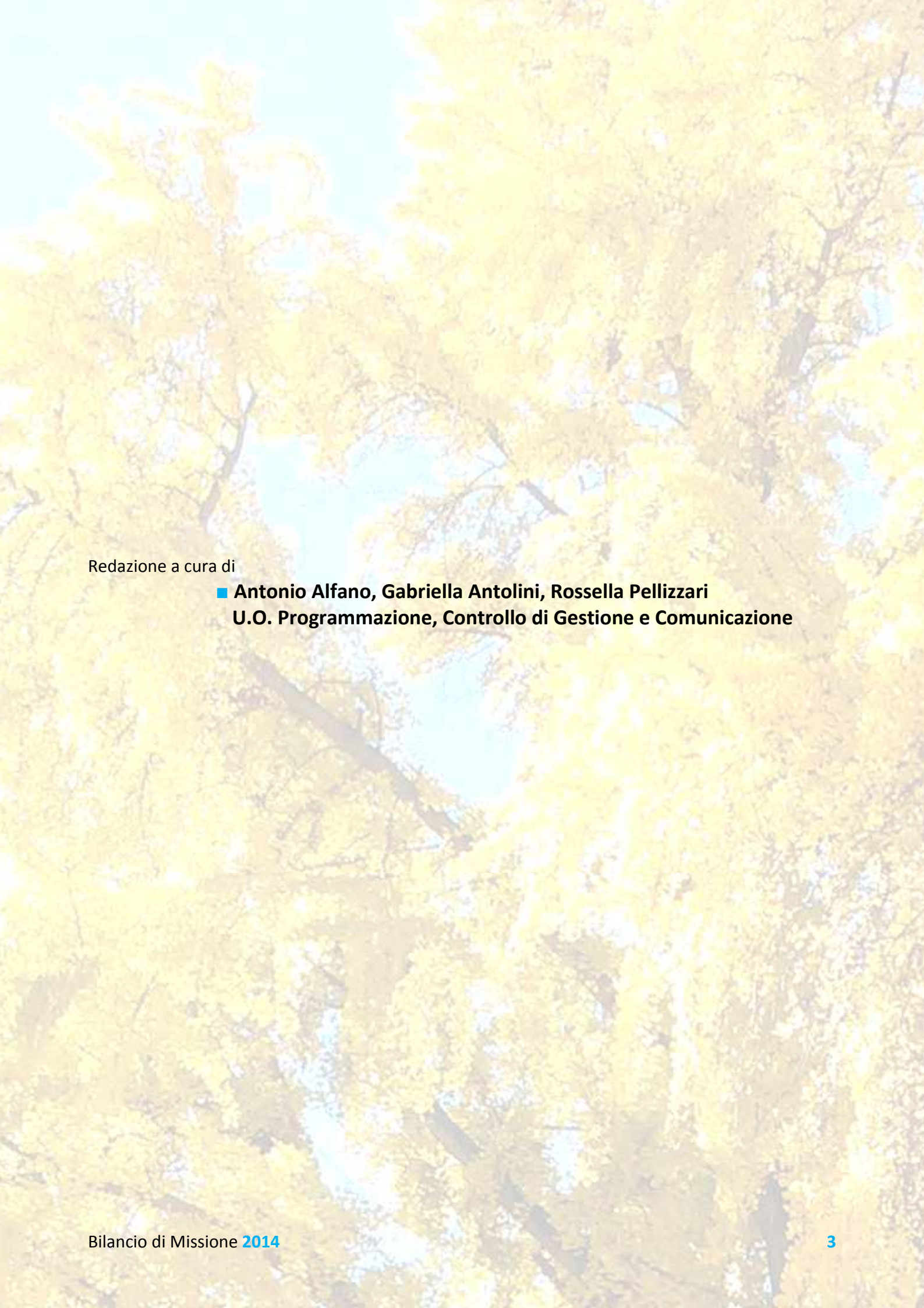


BILANCIO DI MISSIONE 2014



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

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara</p>		<p>1 Il contesto di riferimento</p>
<p>BILANCIO</p>		<p>2 Il profilo aziendale</p>
<p>DI</p>		<p>3 Obiettivi istituzionali e strategie aziendali</p>
<p>MISSIONE</p>		<p>4 Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza</p>
<p>2014</p>		<p>5 Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione</p>
		<p>6 Ricerca e innovazione</p>
		<p>7 Progetto per le integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara</p>




Redazione a cura di

■ **Antonio Alfano, Gabriella Antolini, Rossella Pellizzari**
U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e Comunicazione

Indice

Introduzione		7
Capitolo I	Il contesto di riferimento	
	Distribuzione territoriale della popolazione	9
	Composizione per età e sesso	10
	Popolazione anziana	11
	Variatione della popolazione: la decrescita demografica ferrarese	12
	Gli stranieri residenti	13
	Ambiente: aria pulita	13
	Esposizione della popolazione a materiale particolare	13
	Condizioni socio-economiche nei dati del censimento 2011	15
	Caratteristiche del mercato del lavoro e tenore di vita	15
	Reddito medio pro-capite	16
	Popolazione socialmente fragile: detenuti	17
	Osservazioni epidemiologiche	17
	Mortalità	18
	Morbosità	20
	Sicurezza	21
	Infortuni sul lavoro	21
	Incidenti stradali	21
	Incidenti domestici	22
Capitolo II	Il profilo aziendale	
	Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	24
	Sostenibilità economica	24
	Sostenibilità finanziaria	30
	Sostenibilità patrimoniale	31
	Valori di Mobilità Attiva e Passiva - Infra ed Extra RER	36
	Impatto sul contesto territoriale	53
	Stato occupazionale	53
	La Gestione ambientale nell'Azienda USL di Ferrara	54
	Livelli essenziali di assistenza	61
	Gli impieghi delle risorse economiche	61
	Le strutture di offerta dei Distretti	66
	Il Dipartimento Sanità Pubblica	71
	Assistenza distrettuale	95
	Il Fondo regionale per la Non Autosufficienza	97
	Assistenza residenziale e semi-residenziale	97
	Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani	97
	Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili	99
	Gravissime disabilità acquisite	100
	Dimissione dagli hospice	101
	Assistenza odontoiatrica in utenti non vulnerabili	102
	Le "cure domiciliari"	102
	Servizi consultoriali	105
	Pediatria di Comunità	109
	Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	116
	Assistenza integrativa e protesica	144
	Assistenza Farmaceutica Provinciale	145
	Assistenza Specialistica	154
	Assistenza Ospedaliera	163
	L'Area ospedaliera	169

	L'Emergenza	171
	Piano sangue: raccolta e consumi	173
	Livelli essenziali di assistenza - Qualità dell'Assistenza	174
	Distribuzione per tipologia di segnalazione dagli URP aziendali e per oggetto della segnalazione	185
Capitolo III	Obiettivi istituzionali e strategie aziendali	
	Programmazione strategica e centralità della persona. Riorganizzazione e governance aziendale	187
	Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione anno 2014 seconda classificata l'Azienda Usl di Ferrara	202
	Workshop aziendale il cambiamento tra vincoli e sostenibilità	203
	Sicurezza delle cure	204
	Risultati e attività del Piano Programma anno 2014	205
	Area rischio infettivo	212
	Gestione del contenzioso	214
Capitolo IV	Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione	
	Carta d'identità del personale	216
	Capacità lavorativa ed invecchiamento	220
	Gestione della sicurezza e degli infortuni	224
	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: linee generali	227
	Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: Organismo di Valutazione Aziendale e percorso aziendale 2014	233
	Benessere organizzativo	239
	Formazione	243
	Formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS)	254
Capitolo V	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	
	Le attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico distrettuali	258
	La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi	272
	La comunicazione istituzionale attraverso i media: il rapporto con tv e carta stampata	272
Capitolo VI	Ricerca e Innovazione	
	Progetti a cofinanziamento regionale	284
	Progetti a cofinanziati dall'Unione Europea	285
	Altre attività	288
Capitolo VII	Progetto per le integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara	291



Questa pubblicazione è stata realizzata dall'Azienda USL di Ferrara.

Progetto grafico e impaginazione: U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e Comunicazione.

Le fotografie sono state in parte realizzate da Rossella Pellizzari e in parte rappresentano le immagini tratte dalla manifestazione collegata all'attività dell'Azienda Usl: "Il 118 scende in piazza".

Marketing e diffusione: Ufficio Stampa Azienda USL Ferrara.

Chiuso nel mese di settembre 2015. Stampa: Azienda Usl di Ferrara. La riproduzione di questo documento è vietata. Tutti i diritti riservati.

Introduzione

La realizzazione dell'edizione 2014 del Bilancio di Missione, si inserisce in un contesto significativo per l'Azienda USL di Ferrara, sia in termini di programmazione, che di organizzazione, come ampiamente descritto nel Capitolo 3. Seguendo le indicazioni previste dal "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016", la programmazione aziendale per il 2014, ha previsto la realizzazione di un assetto organizzativo sostenibile, con progressivo avvicinamento al costo pro-capite medio regionale e attento ai bisogni dei cittadini ferraresi.

Privilegiata l'organizzazione basata su una rete reale che pratichi il modello di un punto centrale ad alta complessità (Hub) e di punti di prossimità (Spoke), in grado di erogare al meglio l'assistenza di primo livello, e di realizzare il progressivo riassetto dell'offerta sanitaria provinciale.

Dopo la vittoria nel 2013 dell'Oscar di Bilancio (Premio Nazionale sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica con il patrocinio della Conferenza delle Regioni e delle province Autonome – Unione Province italiane, Anci – Associazione Nazionale Comuni italiani e Fiaso – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) nel settore della Sanità Pubblica, l'Azienda USL di Ferrara, anche nel 2014, si aggiudica un'ottima posizione, classificandosi seconda tra i tre finalisti in gara. Le motivazioni che hanno determinato questo importante traguardo che inorgoglisce la Direzione, sono state così riportate:

"La documentazione presentata, di ottima qualità, espone infatti con chiarezza – anche sotto il profilo grafico – tutti i principali elementi costituiti dal Bilancio d'esercizio. La Relazione sulla Gestione è ampia e articolata ed approfondisce in modo significativo diversi aspetti rilevanti della gestione economico – aziendale. Il Bilancio Sociale soddisfa le principali attese su contenuto, forma e ricadute sul territorio dell'attività svolta".

Il Bilancio di Missione 2014 ha affrontato, nel Capitolo 7, il tema delle integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara. In particolare nel 2014 la Delibera Regionale di Programmazione n. 217, rende evidente uno stato di avanzamento del programma di integrazione dei servizi di supporto affermando che già da alcuni anni è in corso un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, risorse umane e finanziarie. Sono stati incentivati lo sviluppo di forme di integrazione a livello provinciale e di Area Vasta relativamente sia agli aspetti sanitari/produttivi, sia ai cosiddetti "Servizi di supporto" nell'esigenza di migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi.

Viene altresì ribadita la necessità di procedere nel processo di integrazione di funzioni tra Aziende a livello provinciale e/o di Area Vasta relativamente, sia agli aspetti sanitari/produttivi sia ai servizi di supporto, indicando tra gli elementi da prendere in considerazione per la copertura dei posti vacanti "le possibilità di integrazione su scala sovraaziendale".

In continuità con gli anni precedenti, vengono affrontati analiticamente i consueti temi riguardanti territorio e popolazione, ambiente, condizioni socio-economiche, osservazioni epidemiologiche, sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale, assistenza distrettuale e ospedaliera, condizioni di lavoro, comunicazione, ricerca e innovazione, sicurezza delle cure, con indicatori forniti dalla Regione, integrati e rivisitati sulla realtà aziendale.

Anche per quest'anno l'edizione del Bilancio di Missione è stata realizzata con la fattiva collaborazione ed il contributo dei professionisti dell'azienda e in una forma editoriale dinamica ed agile, prevedendo una pubblicazione con Cd e download dal sito aziendale, direttamente dalla home page o all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente/Bilanci/Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio".



1. Il contesto di riferimento

Il contesto di riferimento

Distribuzione territoriale della popolazione

La popolazione residente nell'Azienda USL di Ferrara al 1° gennaio 2014 ammonta a 355.334 abitanti, in calo (-0.78%) rispetto all'anno precedente.

Totale residenti per Aziende USL di residenza - Emilia-Romagna - 1-1-2014

Aziende USL di residenza	2011	2012	2013	2014
FERRARA	359.994	359.686	358.116	355.334
TOTALE REGIONALE	4.432.439	4.459.246	4.471.104	4.452.782

La popolazione è distribuita con discreta disomogeneità nei tre Distretti; Centro-Nord: circa 177.045 abitanti, Sud-Est circa 101.990 abitanti, Ovest circa 79.081 abitanti.

La densità abitativa è molto variabile: da 554,6 abitanti/kmq (Cento) a 28 abitanti/kmq (Jolanda di Savoia).

Il distretto Sud-Est con 76,1 abitanti per chilometro quadrato ha una densità paragonabile alle aree di montagna. La bassa densità abitativa media (135 abitanti/Kmq rispetto ai 201,3 della Regione Emilia Romagna) è un parametro importante per i costi in sanità, che se non corretti, rischiano di mostrare una relazione inversa automatica.

Densità abitativa (ab/km quadrato) per Distretto (1/1/2014)

	Centro Nord	% su ASL	Distretto Sud Est	% su ASL	Distretto Ovest	% su ASL	Azienda USL	% su Regione	Emilia-Romagna
Abitanti	175.213		101.278		78.843		355.334		4.452.782
Superficie(kmq)	887,85	33,7	1.330,56	50,6	413,41	15,7	2.631,82	11,9	22.123
Densità(ab/kmq)	197,3	-	76,1	-	190,7	-	135,0	-	201,3

Densità abitativa per comune (2014) dati istat

Comuni	Popolazione residente	Superficie (kmq)	Densità (ab/kmq)
Argenta	22.229	311,05	71,5
Berra	5.021	68,65	73,1
Bondeno	14.872	175,19	84,9
Cento	35.935	64,8	554,6
Codigoro	12.232	169,85	72,0
Comacchio	22.741	283,81	80,1
Copparo	16.889	157,04	107,5
Ferrara	133.423	404,36	330,0
Fiscaglia	9.409	115,72	81,3
Formignana	2.829	22,36	126,5
Jolanda Di Savoia	3.025	108,03	28,0
Lagosanto	4.969	34,26	145,0
Masi Torello	2.350	22,95	102,4
Mesola	7.075	84,28	83,9
Mirabello	3.346	16,11	207,7
Ostellato	6.401	173,73	36,8
Poggio Renatico	9.898	79,8	124,0
Portomaggiore	12.163	126,44	96,2
Ro	3.341	43,06	77,6
Sant'Agostino	7.036	35,21	199,8
Vigarano Mainarda	7.696	42,3	181,9
Voghiera	3.822	40,58	94,2
Tresigallo	4.539	20,82	218,0
Goro	3.860	31,42	122,9
Totale	355.101	2.631,82	134,9

Composizione per età e sesso

La composizione per età di una popolazione è il determinante più importante delle condizioni di salute, della conseguente domanda espressa di servizi sanitari e dei costi sanitari risultanti. Per questo la conoscenza della struttura per età della popolazione consente di prevedere con una buona approssimazione l'entità della spesa sanitaria. L'età media dei residenti (48,1 anni, fonte: Istat) è maggiore di quasi 3 anni rispetto all'età media in regione (pari a 45,4 anni). Questa caratteristica è dovuta alla concomitante presenza nella provincia di Ferrara di un'alta percentuale di over 65 (26,8%), tra le più alte in Italia, e di una bassissima percentuale di under 15 (11,2%), la più bassa in Italia. La composizione delle famiglie ferraresi evidenzia una dimensione media pari a 2,17 componenti, sostanzialmente in linea con quella regionale pari (2,22 componenti).

Il distretto Ovest, rispetto agli altri distretti, presenta la percentuale più alta di popolazione inferiore ai 40 anni (39,7% rispetto al 33,3% del Centro Nord e al 34,9% del Sud Est) e di conseguenza anche il più basso indice di vecchiaia (165,4 individui con 65 anni o più ogni 100 individui in età 0-14 anni).

Struttura per età nei 3 distretti sanitari (1.1.2014). Dati ISTAT.

	0-14	15-39	40-64	>65	Totale	0-14	15-39	40-64	>65	I.V.
	Valori assoluti					(% (di riga))				(%)
Sud-Est	10.798	24.167	38.670	27.444	101.079	10,7	23,9	38,3	27,2	254,2
Centro-Nord	18.049	40.242	67.567	49.381	175.239	10,3	23,0	38,6	28,2	273,6
Ovest	10.884	20.436	29.242	18.221	78.783	13,8	25,9	37,1	23,1	167,4
Provincia	39.731	84.845	135.479	95.046	355.101	11,2	23,9	38,2	26,8	239,2

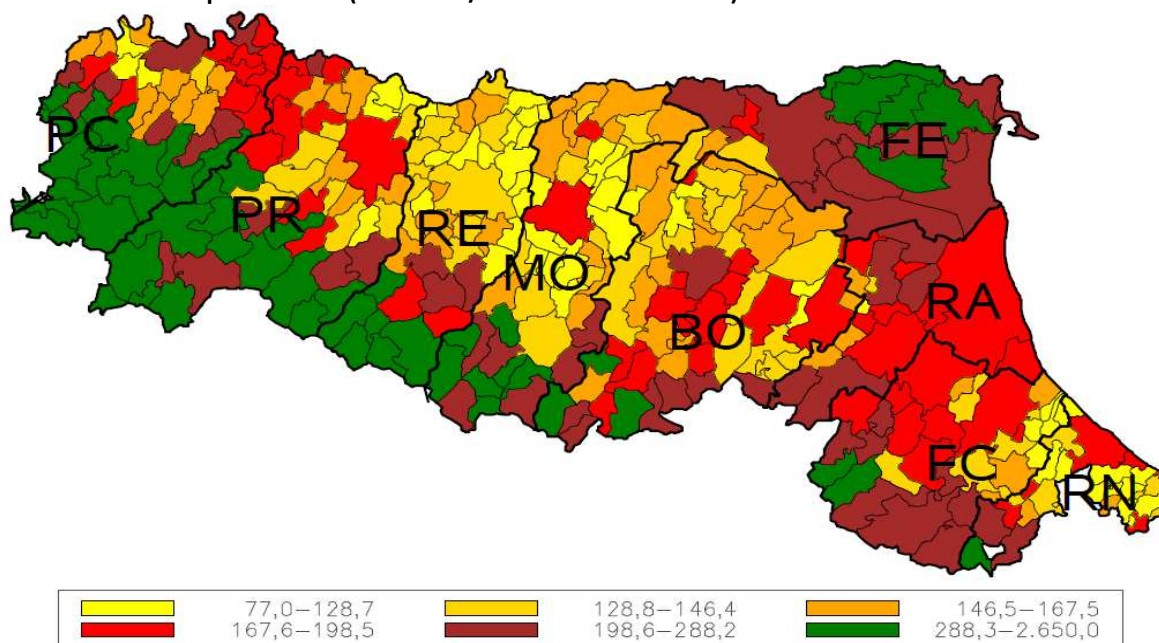
In generale, l'indice di vecchiaia (valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi) rimane elevato in tutta la Regione (171,5%) sebbene l'indice più alto si registra nella Provincia di Ferrara (239,2%).

Indice di invecchiamento della popolazione. Anno 2014

	Età >= 65	Età >= 75	Età >= 85
FERRARA	26,77	14	4,08
TOTALE REGIONALE	23,18	12,17	3,77

*L'indice fornisce indicazioni sulla quota di over 65/over75/over 85 sul totale della popolazione.

Indice di vecchiaia per Comune (n. anziani / 100 bambini < 15 anni) nel 2014



Fonte: Regione Emilia-Romagna

L'indice di vecchiaia è molto elevato nel ferrarese (solo parte del distretto Ovest ha valori allineati alla media regionale) e sull'alto Appennino, riflettendo il progressivo spopolamento del territorio e la permanenza della sola componente anziana.

Popolazione anziana

Il bisogno di mantenere gli anziani in salute, di migliorarne lo stato di benessere psico-fisico, di facilitare il loro accesso a servizi che possono rallentare l'insorgenza di malattie è un bisogno di tutta la collettività e sulla risposta che viene data a tale bisogno si misura la civiltà e il benessere dell'intera società.

Favorire un invecchiamento sano significa, da un lato, promuovere la salute lungo tutto l'arco della vita in modo da prevenire i problemi di salute e le disabilità fin dalla più giovane età, e dall'altro, combattere le disparità, a livello di salute, derivanti da fattori sociali, economici e ambientali. L'Unione europea ha proclamato il 2012 "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", con l'obiettivo di valorizzare il contributo degli anziani alla società e favorire un invecchiamento sano e attivo per avere di più - e non certo di meno - dalla vita quando si va su con gli anni, sia sul lavoro, che a casa, che all'interno della propria comunità locale. I vantaggi non sono soltanto individuali, ma riguardano la società nel suo complesso.

La popolazione anziana consuma più del 50% delle risorse del servizio sanitario e oltre il 45% di quelle del servizio sociale. Le proiezioni della Commissione Europea indicano che se le persone vivono più a lungo mantenendosi in buona salute, l'aumento della spesa sanitaria dovuto all'invecchiamento dovrebbe dimezzarsi (Comitato di politica economica e Commissione europea (DG ECFIN) 2006, Economia europea, Rapporto speciale n. 1/2006).

Distribuzione delle classi di età anziane a Ferrara (1.1.2014)

		Pop. Tot.	Età >= 65		Età >= 75		Età >= 85	
			N	Ind1	N	Ind2	N	Ind3
FERRARA	OVEST	78.843	18.282	23,19	9.488	12,03	2.901	3,68
	CENTRO-NORD	175.213	49.359	28,17	25.988	14,83	7.646	4,36
	SUD-EST	101.278	27.465	27,12	14.274	14,09	3.955	3,91
	TOTALE AZIENDALE	355.334	95.106	26,77	49.750	14	14.502	4,08
TOTALE REGIONALE		4.452.782	1.032.128	23,18	541.762	12,17	167.683	3,77

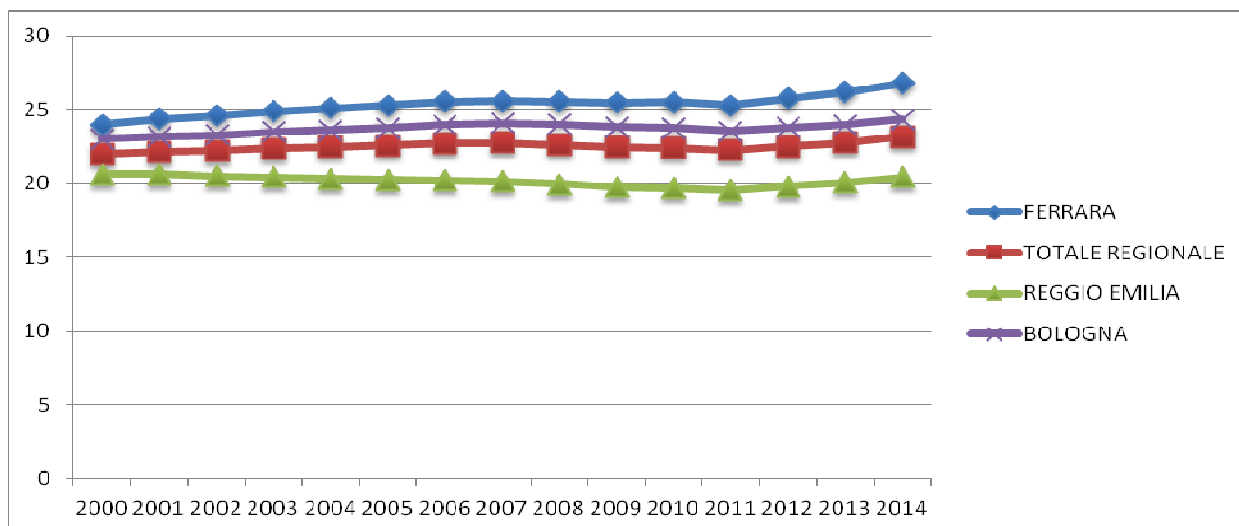
L'allungarsi della durata della vita fa sì che la popolazione anziana si vada sempre più differenziando, tanto da poter distinguere i «giovani anziani» (vicini alla soglia dei 65 anni) dai «grandi anziani» (ultra80enni). La speranza di vita alla nascita per i maschi è di circa 79 anni, mentre per le femmine di quasi 84 anni.

La popolazione ultra sessantacinquenne residente a Ferrara nel 2014 risulta pari a 95.106 persone su una popolazione di 355.334 abitanti (26,77, in regione il 23,18%) e rappresenta la percentuale maggiore rispetto al valore medio regionale.

I ferraresi ultra75enni sono pari a 49.750 persone (il 14% dei residenti; in regione sono l'12,17%) rappresentando ancora una volta una percentuale maggiore a livello regionale.

Le persone con più di 85 anni possono essere considerate come un gruppo di popolazione interamente bisognoso di assistenza: si tratta di 14.502 persone pari al 4,08% dei residenti (in regione: 3,77%).

Una stima della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità.



Variazione della popolazione: la decrescita demografica ferrarese

Rispetto alle variazioni tra gli anni precedenti, tra il 2013 e il 2014, si è registrata una variazione assoluta di popolazione regionale di -18.322, con una diminuzione da parte di tutte le province. Il decremento maggiore lo fa registrare la provincia di Modena (-3.656), seguita dalla Romagna (-3.446), Parma (-2.966) e Ferrara (-2.782).

In termini percentuali, dal 2001 al 2014, rispetto ad una crescita della popolazione regionale del +11,25%, la provincia di Ferrara presenta un valore molto inferiore: +1,91%. Anche il tasso grezzo di natalità è nettamente al di sotto della media regionale (Anno 2013: RER 8,63‰, FE=6,83‰).

La percentuale di nati vivi (anno 2013) per provincia di residenza della madre e cittadinanza della madre mostra, per la provincia di Ferrara, una percentuale leggermente inferiore a quella regionale (FE=26,1% RER=30,9%) di nati vivi da madre di cittadinanza straniera.

Nati per Azienda di evento e Cittadinanza sintetica madre

Azienda di evento	Cittadinanza madre				TOTALE	
	ITALIANA		STRANIERA			
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
109-FERRARA	627	67,6	300	32,4	927	100,0
TOTALE	26.184	69,1	11.716	30,9	37.900	100,0

Nati (vivi) per Azienda di residenza della madre e cittadinanza sintetica madre

Residenza della madre: Azienda USL	Cittadinanza madre				TOTALE	
	ITALIANA		STRANIERA			
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
109-FERRARA	1.633	73,9	576	26,1	2.209	100,0
TOTALE	26.184	69,1	11.716	30,9	37.900	100,0

Gli stranieri residenti

Il progressivo radicamento dei cittadini stranieri comporta ricadute rilevanti in termini di integrazione. Le politiche di governo dei territori non possono prescindere dalle caratterizzazioni determinate dalla distribuzione e concentrazione delle diverse comunità nazionali e dai conseguenti riflessi sull'accesso della popolazione straniera al sistema del welfare locale. La Regione Emilia-Romagna è caratterizzata da flussi migratori tra i più alti a livello nazionale: sono 536.022 gli stranieri residenti nel territorio regionale e rappresentano il 12,0% dei residenti, distribuiti abbastanza equamente per sesso (12,3 femmine e 11,7 maschi). La provincia di Ferrara si è distinta nel corso degli anni per una presenza più ridotta di stranieri rispetto alla regione: nel 2013 sono residenti 29.694 stranieri pari all' 8,4% del totale dei residenti, con una prevalenza di femmine (9% rispetto al 7,7% dei maschi).

Quota di stranieri per Distretto Azienda USL di Ferrara (1.1.2013)

Distretti sanitari di residenza	0-14 anni	15-29	30-44	45-59	>=60	TOTALE	% su pop. Residente
Distretto SUD-EST	1.497	1.638	2.518	1.449	345	7.447	7,4
Distretto CENTRO-NORD	2.496	3.210	4.740	2.965	958	14.369	8,2
Distretto OVEST	1.850	1.660	2.692	1.278	398	7.878	10,0
AUSL Ferrara	5.843	6.508	9.950	5.692	1.701	29.694	8,4
TOTALE	108.273	117.175	184.028	98.125	28.421	536.022	12,0

Il capoluogo, secondo i dati ISTAT, conta il maggior numero di stranieri residenti (12.155), mentre il comune di Argenta con 2.326 stranieri residenti presenta la più elevata percentuale di stranieri rispetto al totale della popolazione (8%).

L'analisi degli stranieri residenti in provincia per cittadinanza evidenzia una netta prevalenza di soggetti provenienti da altri Paesi Europei non inclusi nell'UE a 15 (50,5% Ferrara, 47% dato regionale). Gli stranieri con cittadinanza dell'Africa Settentrionale rappresentano il 18,8% (19,1% valore regionale).

Ambiente: aria pulita

In tutta la pianura padana l'inquinamento atmosferico rimane un problema critico (per l'effetto sommatorio dato dall'altissimo numero di fonti inquinanti presenti e dalle condizioni meteorologiche che ostacolano la dispersione degli inquinanti) e il traguardo di un livello accettabile della qualità dell'aria è purtroppo ancora lontano dall'essere raggiunto.

L'esposizione all'inquinamento atmosferico provoca danni alla salute sia in modo acuto (dopo esposizioni, anche di breve durata, a alte concentrazioni di inquinanti quali si verificano nei giorni con maggiore inquinamento) sia in modo cronico. Il danno è, nella maggior parte dei casi, subdolo e poco evidente: l'apparato respiratorio, ad esempio, si sviluppa in maniera inadeguata nei bambini piccoli esposti all'inquinamento, che diventano in tal modo più suscettibili a malattie del polmone anche da adulti, oltre a provocare asma. Ferrara come tutti i capoluoghi di provincia dell'Emilia-Romagna (le zone più inquinate da PM10 sono le aree urbane per l'ammassamento di numerosissime fonti fisse –riscaldamento e industrie- e mobili –traffico-) presenta problemi di qualità dell'aria per un numero elevato di giornate l'anno, sebbene si registri negli ultimi anni una certa tendenza al miglioramento.

Esposizione della popolazione a materiale particolare

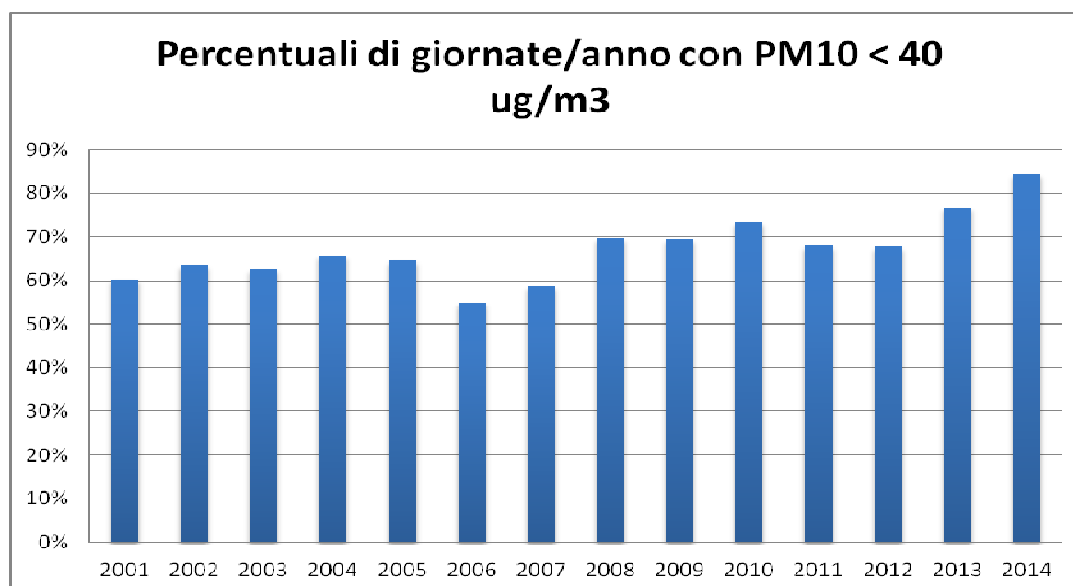
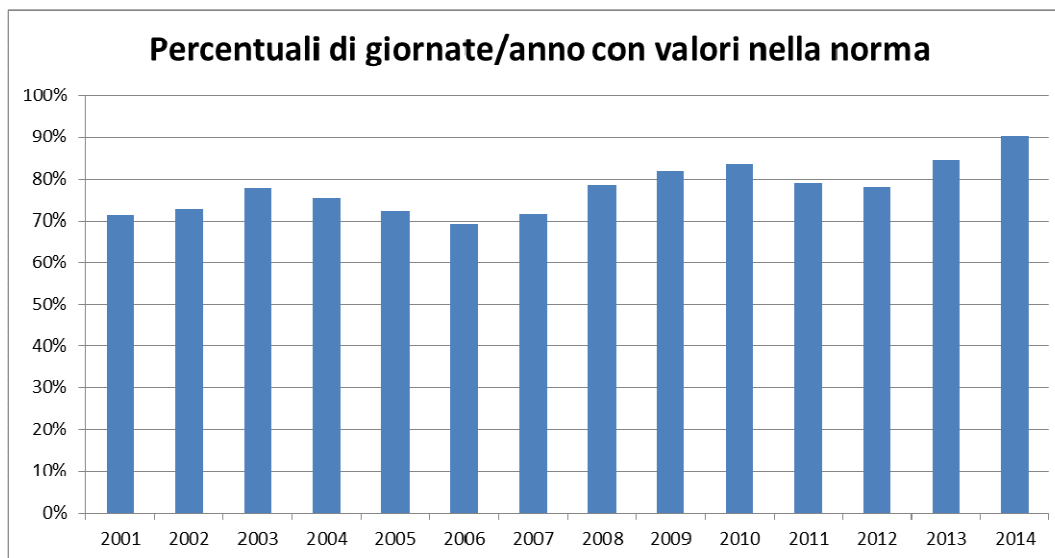
L'esposizione al PM10 provoca un ampio ventaglio di danni alla salute, da disturbi respiratori lievi a un aumento dei ricoveri per malattie respiratorie e cardiache e della mortalità; qualunque concentrazione è considerata dannosa per la salute.

– Superamenti del “valore limite di 24 ore per la protezione della salute umana” di PM10 (50µg/mc)

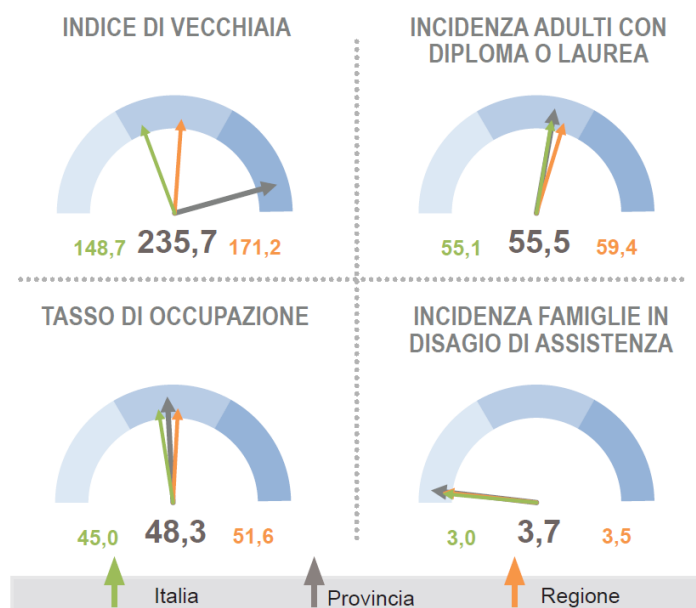
(valore guida giornaliero OMS: PM10 = 50µg/m³)

La limitazione del numero di superamenti consentiti in un anno tenta di circoscrivere l'entità degli effetti acuti, ma è soprattutto uno strumento che mira a garantire un'esposizione della popolazione “accettabile”

sul lungo periodo. A Ferrara il numero dei superamenti del valore limite giornaliero (fissato in 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) per tutte le centraline evidenzia una situazione in lieve miglioramento. Per il 90% delle giornate/anno sono stati mantenuti valori < 50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (84% valori < 40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Il numero dei superamenti del limite giornaliero rappresenta un elemento di criticità comune a tutto il territorio regionale i cui dati indicano che le criticità maggiori emergono dagli episodi acuti d'inquinamento da PM10 su base giornaliera, che sono strettamente legati, oltre che alle pressioni antropiche sull'ambiente, anche alla particolare situazione meteorologica del bacino padano.



Condizioni socio-economiche nei dati del censimento 2011



Alla data del Censimento 2011 si rileva un miglioramento e il livello di istruzione della provincia si allinea alla media nazionale.

Caratteristiche del mercato del lavoro e tenore di vita

Nel 2013 il tasso di occupazione nella fascia d'età lavorativa (15-64 anni) per la provincia di Ferrara è pari a 63,3% al di sotto del dato regionale (66,3%).

Il tasso di disoccupazione 15-74 anni della provincia, pari a 13,3% è decisamente al di sopra del dato regionale (8,5%).

Anno 2014			
Popolazione con 15 anni e oltre			
	Tassi di attività	Tassi di occupazione	Tassi di disoccupazione
RER	54,63	50,09	8,31
FE	52,44	45,45	13,34

Popolazione 15-64 anni	
Tassi di attività	Tassi di occupazione
72,43	66,26
73,19	63,29

Per il 2014 la distribuzione degli occupati per settore evidenzia una distribuzione simile a quella Regionale anche se con un maggior "peso" dei Servizi.

Anno 2014				
	Sesso	Agricoltura Silvicoltura e Pesca	Totale Industria	Totale Servizi
Regione	maschi	43	464	558
	femmine	22	159	666
	totale	65	623	1223
FE	totale	7	42	92

La tabella successiva riporta il numero di atti di avviamento di tipo interinale/somministrazione stipulati in Regione con sede di lavoro la provincia di Ferrara e di competenza amministrativa regionale (55,4% a femmine e 44,6% a maschi):

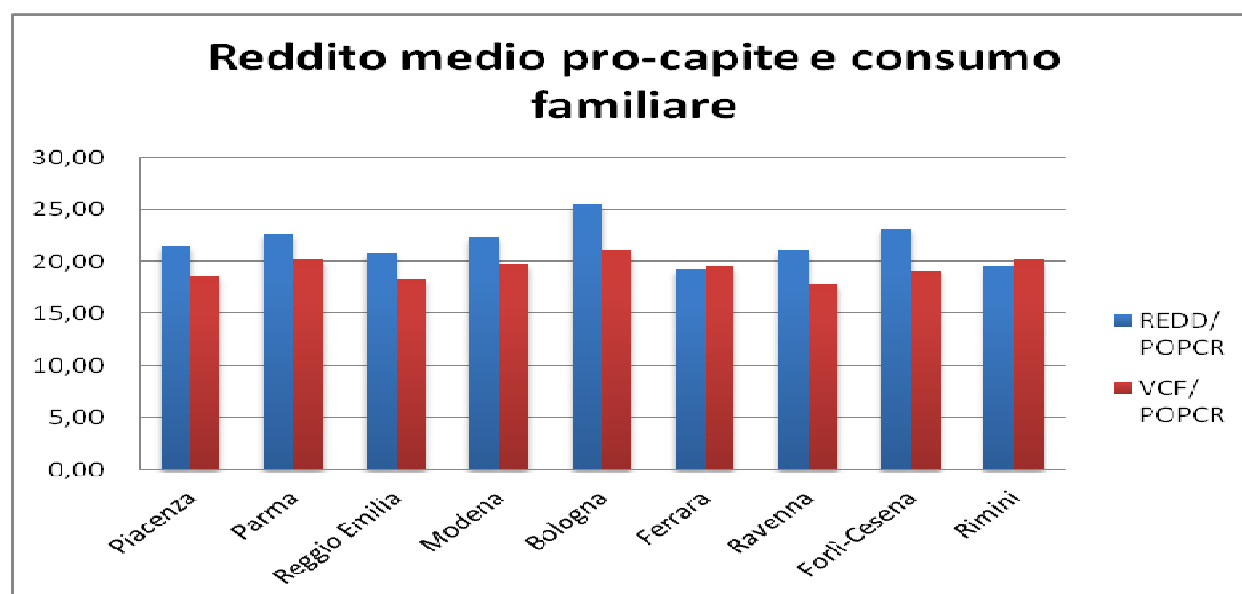
Provincia	2013		
	Totale	F	M
Ferrara	5.505	3.049	2.456
%	100%	55,4%	44,6%
TOTALE	116.581	58.784	57.797
%	100%	50,4%	49,6%

I lavoratori non comunitari per la provincia di Ferrara in tendenza con il dato della Regione Emilia-Romagna, sono lievemente prevalenti i maschi (50,6%) rispetto alle femmine (49,4%).

Provincia	Anno 2013		
	Maschi	Femmine	Totale
Ferrara	4.573	4.460	9033
%	50,6%	49,4%	100%
Emilia-Romagna	116.379	75.981	192.360
%	60,5%	39,5%	100%

Reddito medio pro-capite

Ferrara è preceduta in classifica da tutte le altre province emiliane per quanto riguarda il reddito medio pro-capite, infatti gli abitanti della provincia possono godere di un reddito pro-capite che è di circa 19.260 euro. I consumi fanno registrare 19.490 euro pro-capite.



REDD: reddito disponibile delle famiglie.

VCF: spesa per consumi finali delle famiglie

POPCR: popolazione residente a metà anno

Fonte: PROMETEIA - Scenari per le economie locali

Popolazione socialmente fragile: detenuti

Istituto	Tipo istituto	Capienza regolamentare (*)	Detenuti presenti		
			totale	donne	di cui stranieri
PIACENZA "SAN LAZZARO"	CC	399	329	13	222
PARMA -	CC	160	195		106
PARMA -	CR	303	343		44
REGGIO NELL'EMILIA -	CC	174	149	5	79
REGGIO NELL'EMILIA -	OPG	132	146		35
MODENA -	CC	373	347	21	204
CASTELFRANCO EMILIA -	CR	168	102		15
BOLOGNA -	CC	492	676	60	361
FERRARA -	CC	252	295		128
RAVENNA -	CC	59	81		38
FORLI' -	CC	144	111	18	55
RIMINI -	CC	139	110		60
TOTALE		2.795	2.884	117	1.347

(*) I posti sono calcolati sulla base del criterio di 9 mq per singolo detenuto + 5 mq per gli altri, lo stesso per cui in Italia viene concessa l'abitabilità alle abitazioni, più favorevole rispetto ai 7 mq + 4 stabiliti dal CPT.

Nella provincia di Ferrara è presente una Casa Circondariale con sezione reclusi che presenta una capienza regolamentare pari a 252 detenuti. Il numero dei detenuti presenti, nonostante sia decisamente al di sopra del dato di capienza (295 pari ad un rapporto di 1,17 detenuti presenti ogni posto regolamentare). Il dato della provincia di Ferrara è comunque in linea con il rapporto regionale per l'anno 2014, che è pari a 1,03 detenuti presenti ogni posto regolamentare.

Osservazioni epidemiologiche

Monitoraggio dei determinanti delle malattie croniche: risultati del sistema di Sorveglianza PASSI (dati raccolti con il sistema di sorveglianza PASSI nel periodo 2012-2014)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma: "I dati sui fattori di rischio per le malattie cronicodegenerative sono cruciali per predire il futuro carico di malattia nella popolazione e per identificare i possibili interventi per ridurlo".

Le malattie croniche sono nella maggior parte dei casi prevenibili: molti dei fattori di rischio associati a queste malattie possono essere modificati. Azioni finalizzate alla prevenzione delle malattie croniche richiedono però la conoscenza della situazione epidemiologica locale. Il sistema di sorveglianza PASSI consente di conoscere la situazione ferrarese per quanto riguarda i fattori di rischio per le malattie croniche.

Con l'espressione "stili di vita", nell'ambito della salute, si intendono quei comportamenti abituali delle persone con influenze positive o negative sulla salute e sulla qualità di vita del singolo e della collettività. Va sottolineato che, insieme alle abitudini di vita, sono importanti altri aspetti della vita delle persone, come le condizioni complessive nelle quali si vive: ambientali, fisiche, psicologiche, economiche, culturali, relazionali.

Stili di vita

Nell'Azienda USL di Ferrara i residenti nella fascia d'età 18-69 anni sono circa 237.000 (66,7% della popolazione complessiva); sulla base dei dati PASSI, si stima che fra queste 237.000 persone:

- solo il 40,8% degli adulti pratici un buon livello di attività fisica, mentre il 16,9% (corrispondente ad una stima di circa 40.050 persone) rimane inattivo,
- il 47,3% presenta un eccesso di peso (circa 112.100 persone stimate) e sono pochi coloro che riferiscono consumi di frutta e verdura adeguati alle indicazioni scientifiche,
- poco più di un quarto fuma sigarette (25,3% pari a circa 59.960 persone), con una significativa

maggior diffusione nelle classi di età più giovani.

Attività fisica

La sedentarietà è associata alla perdita del 3% di anni di vita in buona salute.

Il 40,8% degli intervistati ha uno stile di vita attivo e pratica l'attività fisica raccomandata, mentre il 42,4% pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato; infine, il 16,9% è completamente sedentario. La scarsa attività fisica degli adulti probabilmente condiziona anche i comportamenti delle età più giovani.

Situazione nutrizionale

Il sovrappeso è associato alla perdita dell'8% di anni di vita in buona salute.

Nell'Azienda USL di Ferrara:

- il 2% delle persone intervistate risulta sottopeso,
- il 50,7% normopeso,
- il 31,9% sovrappeso (circa 75.600 persone),
- il 15,3% obeso (circa 36.260 persone).

Abitudine al fumo

Il tabagismo è associato alla perdita del 18% di anni di vita in buona salute.

Il 50,8% degli intervistati nell'Azienda USL di Ferrara ha riferito di non fumare, il 25,3% di essere fumatore e il 23,9% di essere un ex fumatore. I valori regionali (rispettivamente 49,6%; 28,4%; 22,05%) si discostano soltanto per quanto riguarda la quota di fumatori, che è di circa tre punti percentuali più alta.

L'abitudine al fumo appare più frequente negli uomini (29,5% contro il 21,3% nelle donne) e nella classe di età 18-34 anni (31,2%). La media regionale in quest'ultima classe di età è pari al 32,8%.

In media vengono fumate 12,95 sigarette al giorno. Il 28,5% dei fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.

Consumo di Alcol

Il consumo inappropriato di bevande alcoliche costituisce un "veleno sociale", in quanto fonte di violenze in ambito domestico ed extra-domestico.

Inoltre il consumo di alcol con modalità a rischio è associato alla perdita del 6% di anni di vita in buona salute.

Il 21,5% degli intervistati può essere considerato un consumatore di alcol a rischio (26,6% uomini e 16,6% donne); in particolare:

- l'8,3% è classificabile come bevitore "binge" (secondo le definizioni riportate sopra) (uomini: 12,8%; donne: 3,9%) (13,3% degli intervistati nella classe di età 18-34 anni),
- il 9,3% può essere considerato un forte bevitore quotidiano (consuma più di 2 unità/giorno se uomo o più di 1 unità/giorno se donna),
- il 7,5% beve fuori pasto.

Mortalità

Da quando sono disponibili statistiche di mortalità locali, Ferrara ha registrato una mortalità generale più alta della media regionale, più evidente nei maschi.

Nel 2013 la provincia di Ferrara ha registrato il tasso di mortalità standardizzato totale più alto in Regione Emilia Romagna (959,11 per 100.000 abitanti, rispetto a 906,47 dell'Emilia-Romagna).

Gli anni di vita potenzialmente persi (PYLL) (calcolati sul triennio 2011-2013) sono stati 10,47 per le femmine (RER=10,82) e 11,87 nei maschi (RER=12,21).

Per quanto riguarda la mortalità generale dell'Area vasta Emilia centro, l'Azienda USL di Ferrara presenta il tasso più elevato (982 x 100.000 abitanti), segue l'AUSL di Bologna (901 x 100.000 abitanti) e infine l'Azienda USL di Imola presenta il tasso più basso (875 x 100.000 abitanti).

Il tasso più elevato tra i distretti sanitari si registra nel distretto Sud-est della provincia di Ferrara (988 x 100.000 abitanti).

Nella popolazione generale, le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte, seguita dai tumori: insieme questi due gruppi di cause sono responsabili del 66% circa dei decessi. Nella graduatoria dei grandi gruppi di cause di morte, seguono poi le malattie dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente e le morti da trauma.

Grandi gruppi di cause di morte: mortalità proporzionale (%) e tassi grezzi; provincia di Ferrara e regione Emilia-Romagna, 2013

	Femmine	Ferrara (%)	Emilia-Romagna (%)	Tasso grezzo (X 100.000)	Maschi	Ferrara (%)	Emilia-Romagna (%)	Tasso grezzo (X 100.000)
1	Malattie cardiovascolari	43,9	41,3	521,0	Tumori	36,8	35,5	439,5
2	Tumori	25,7	27,5	305,5	Malattie cardiovascolari	34,2	34,7	407,7
3	Malattie app.respiratorio	5,7	7,4	67,3	Malattie app.respiratorio	7,3	8,5	86,6
4	Malattie sist.nervoso	4,9	4,0	57,6	Traumatismi	5,7	4,9	67,8
5	Traumatismi	4,0	3,2	47,9	Malattie app. digerente	3,8	3,6	45,4
6	Disturbi psichici	3,9	5,6	45,8	Malattie sist.endocrino	3,6	3,4	45,5
7	Malattie sist.endocrino	3,8	3,7	51,8	Malattie sist.nervoso	3,3	3,6	39,5
8	Malattie infettive	3,6	3,5	42,6	Malattie infettive	2,6	2,6	33,2
9	Malattie app. digerente	3,5	3,8	41,4	Disturbi psichici	1,7	2,9	20,0
	Tutte le cause	100,0	100	1180,9	Tutte le cause	100,0	100	1185,2

Prima causa di morte: malattie del sistema circolatorio

Le malattie cardiocircolatorie sono la prima causa di morte in tutti i paesi dell'UE (ad eccezione della Francia) e nel nostro la mortalità per questa causa è tra le più basse d'Europa.

Nell'anno 2013 le malattie del sistema circolatorio sono state la prima causa di morte a Ferrara con 1659 decessi. Lievemente in calo rispetto ai 1817 decessi del 2012. Il tasso standardizzato di mortalità, calcolato sui deceduti residenti con metodo diretto, a Ferrara risulta pari a 959 a fronte di un dato regionale pari al 906.

Seconda causa di morte: tumori

I tumori rappresentano, in Italia e in Europa, la seconda causa di morte.

Per l'anno 2013, con 1.313 deceduti, il tasso standardizzato di mortalità per tumore è stato a Ferrara pari al 294 per 100.000 abitanti a fronte di 286 per 100.000 (14.183 decessi) in Regione Emilia Romagna.

Tumore del polmone

La diversa diffusione dei fattori di rischio, in particolar modo del fumo di tabacco spiega la mortalità differente per sessi: su 280 morti, 200 hanno riguardato il sesso maschile.

Ferrara presenta ancora il tasso di mortalità più alto della regione fra gli uomini (90 contro 76 per 100.000); i tassi fra le donne sono abbastanza simili in tutta la regione (Ferrara: 35 per 100.000; Emilia-Romagna: 38 per 100.000).

I tumori bersaglio della prevenzione mediante i programmi organizzati di screening oncologici

Tumore del colon – retto

Con 133 deceduti e un tasso pari a 29 per 100.000, Ferrara presenta tra le più alte mortalità, in regione, per questo tumore (tasso regionale: 23 per 100.000).

Tumore della mammella femminile

La mortalità per tumore della mammella è distribuita abbastanza omogeneamente tra le Aziende della regione (88 decedute nel 2013 a Ferrara con un tasso standardizzato di 39 per 100.000 contro un tasso pari a 37 come valore medio regionale).

Tumore della cervice uterina

Imola e Cesena hanno registrato, tra i residenti, nel 2013 un solo decesso per questa malattia. Nel 2013 sono stati registrati a Ferrara 3 decessi (tasso: 1 per 100.000).

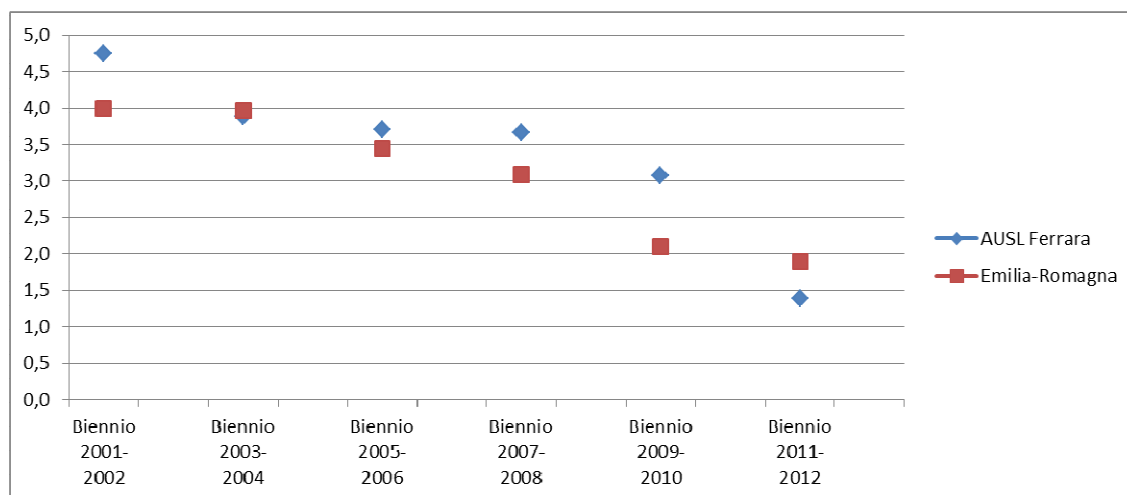
Morbosità

Per l'anno 2012 il tasso standardizzato di mortalità per malattie infettive per la provincia di Ferrara è stato pari a 29,49 per 100.000 abitanti a fronte del 28,07 per 100.000 della Regione Emilia Romagna.

AIDS

L'incidenza di AIDS è notevolmente diminuita in questi anni (da 4,8 casi per 100.000 abitanti nel 2001-2002 a 1,4 casi nel biennio 2011-12), soprattutto per effetto della disponibilità di farmaci efficaci a ritardare l'insorgenza della malattia nelle persone infette, ma è ben lontana dalla scomparsa.

Negli ultimi anni si verificano a Ferrara da 22 a 10 nuovi casi di AIDS ogni anno (incidenza in linea con il valore regionale), mentre il tasso di prevalenza è nettamente al di sotto del dato regionale (33,8 per 100.000 mila abitanti rispetto a 40,0 dato RER).



Il rischio di contrarre il virus non deve, però, essere sottovalutato: una proporzione molto alta dei nuovi casi di infezione da HIV è dovuta alla trasmissione per contatto sessuale.

Le mutate caratteristiche epidemiologiche della diffusione dell'infezione (trasmissione eterosessuale, spostamento dell'infezione verso l'età adulta e matura, crescente incidenza nelle donne, aumento della proporzione di stranieri, lunga sopravvivenza con aumento delle problematiche connesse alla cronicità) insieme alla mutata percezione del rischio – collegata al miglioramento delle possibilità terapeutiche – richiedono un aggiornamento delle strategie di comunicazione e l'integrazione con altre campagne per favorire l'orientamento verso comportamenti sicuri.

Tubercolosi

Nel biennio 2012-2013 a Ferrara sono stati notificati 35 casi di tubercolosi polmonare (tasso medio annuale

di incidenza: 4,9 per 100.000 abitanti). In Emilia-Romagna sono stati notificati complessivamente 592 casi di tubercolosi, con un'incidenza pari a 6,6 per 100.000 abitanti.

Sicurezza

Questo paragrafo tratta di infortuni sul lavoro e incidenti stradali.

Infortuni sul lavoro

La tendenza in Regione è quella di un trend in decremento dal 2000 al **2013** del tasso standardizzato di infortuni sul lavoro, pur mantenendosi ad un livello superiore al tasso (grezzo) nazionale. La provincia di Ferrara presenta, anch'essa, un trend in decremento, passando **dal 5,0 del 2001 al 3,0 del 2013**.

Infortuni sul lavoro: Tassi standardizzati province RE-R, per anno

Province	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*
Fe	5,0	5,6	5,3	5,2	5,1	5,0	4,9	4,4	4,1	3,9	3,7	3,4	3,0
RE-R	5,3	5,2	5,0	4,9	4,9	4,8	4,6	4,2	3,8	3,8	3,7	3,4	3,1
ITALIA (tasso grezzo)	3,8	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	2,9	2,7	2,7	2,5	2,2	2,1

*Fonte: Banca Dati Inail; elaborazioni OReLL.

Incidenti stradali

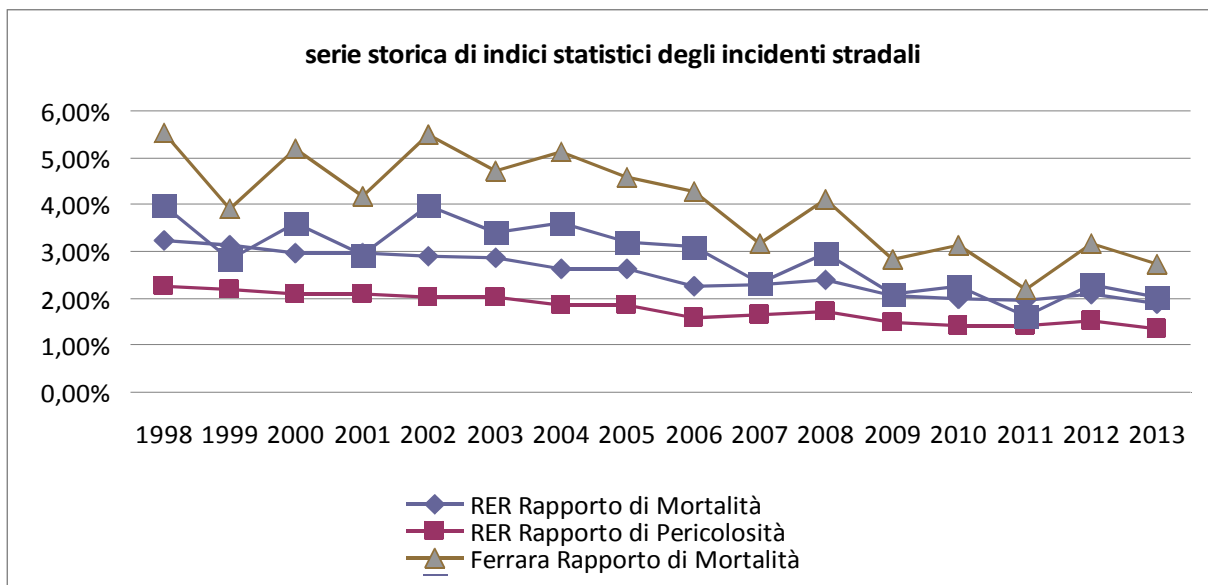
L'uso dell'automobile come principale mezzo di trasporto e gli elevati volumi di traffico stradale comportano l'esposizione a un complesso intreccio di fattori di rischio tra i quali i traumi da sinistro del traffico costituiscono solo l'elemento tragicamente più rilevante per l'alto numero di vittime.

Il termine stesso di "Incidente stradale" può contribuire a una percezione distorta delle tragedie della strada, che non sono eventi accidentali, ma in gran parte prevenibili, come dimostrano le conoscenze su cause e rimedi efficaci per prevenirle e ridurne gli effetti; significativo a questo proposito lo slogan scelto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Road safety is no accident".

Serie storica dei dati ISTAT-ACI dell'incidentalità stradale a Ferrara

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale incidenti	1.661	1.723	1.716	1.633	1.680	1.566	1.490	1.541	1.481	1.383	1.406	1.424	1.262	1.281
Totale morti	86	72	94	77	86	72	64	49	61	39	44	31	40	35
Totale feriti	2.296	2.371	2.266	2.177	2.291	2.174	1.994	2.061	1.991	1.824	1.893	1.902	1.693	1.705
Rapporto di Mortalità	5%	4%	5%	5%	5%	5%	4%	3%	4%	3%	3%	2%	3%	3%
Rapporto di Lesività	138%	138%	132%	133%	136%	139%	134%	134%	134%	132%	135%	134%	134%	133%
Rapporto di Pericolosità	4%	3%	4%	3%	4%	3%	3%	2%	3%	2%	2%	2%	2%	2%

Il miglioramento conseguito a Ferrara è ben illustrato dal grafico successivo, nel quale si coglie l'allineamento del rapporto di mortalità (numero di morti ogni 100 incidenti) tra la provincia di Ferrara e la media regionale negli ultimi anni.



Alcol e guida a Ferrara (dati PASSI 2012-2014)

L' 8,9% dei consumatori di alcol intervistati da PASSI ha riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol e il 3,7% degli intervistati da PASSI ha riferito di aver viaggiato come passeggero in un mezzo guidato da persona che era sotto l'effetto dell'alcol.

Uso delle cinture (dati PASSI 2012-2014)

Il 89,9% degli intervistati da PASSI ha dichiarato di usare la cintura di sicurezza quando guida l'auto oppure viaggia sui sedili anteriori, mentre solo il 30,6% dichiara di allacciare la cintura quando viaggia sui sedili posteriori.

Il 98,4% dei ferraresi che utilizzano moto o scooter riferisce di usare il casco.

Incidenti domestici (dati PASSI 2012-2014)

Il 89,5% dei ferraresi intervistati da PASSI ha dichiarato di percepire come assente/basso il rischio di infortuni a seguito di incidenti domestici, mentre solo il 10,5% percepisce un rischio alto/molto alto.

Infine, il 2,9% degli intervistati ha riferito un infortunio domestico nei 12 mesi precedenti all'intervista, per il quale sono ricorsi alle cure del medico di famiglia, del Pronto Soccorso o dell'Ospedale.

Capitolo realizzato da Aldo De Togni
Integrazioni dati a cura di Gabriella Antolini e Rossella Pellizzari



2. Il profilo

Aziendale

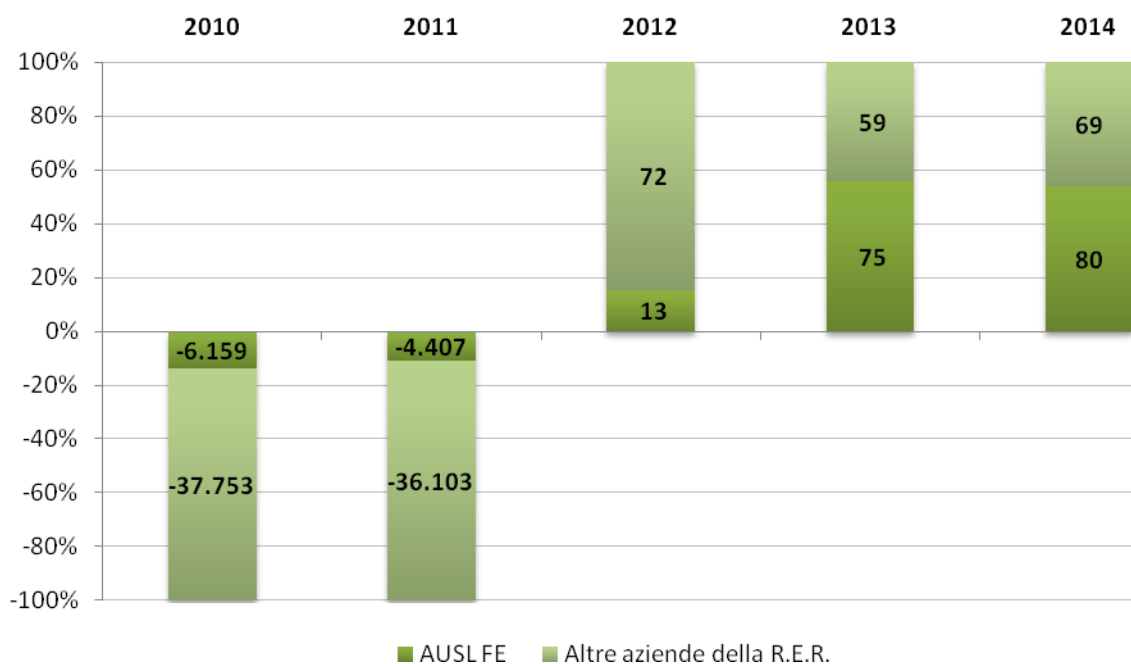
Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

La sostenibilità economica viene misurata tramite un *panel* di indicatori volti ad interpretare le cause che hanno determinato il risultato di esercizio. Tali indicatori sono inoltre utili a valutare il grado di assorbimento delle risorse disponibili da parte dei principali fattori produttivi e ad esaminare la composizione dei costi.

Risultato Netto di Esercizio. Il risultato netto misura l'incremento o il decremento del valore del patrimonio aziendale apportato dalla gestione economica annuale.

Di seguito una rappresentazione dei risultati netti dell'azienda USL di Ferrara e delle altre aziende sanitarie della RER con azienda ospedaliera dal 2010 al 2014.



Fonte dati: Regione Emilia-Romagna. Importi in Migliaia di Euro

	2010	2011	2012	2013	2014
AUSL FE	€ -6.159	€ -4.407	€ 13	€ 75	€ 80
Altre aziende con Az. Osp.	€ -37.753	€ -36.103	€ 72	€ 59	€ 69
Totale	€ -43.912	€ -40.510	€ 85	€ 134	€ 149

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna. Importi in Migliaia di Euro

Obiettivo economico 2014. Secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 217/2014, della quale si richiamano sinteticamente i contenuti, l'obiettivo economico per l'anno 2014 era rappresentato:

- dall'equilibrio economico-finanziario in sede di formulazione del Bilancio Economico preventivo e delle rendicontazioni trimestrali, corrispondente ad una perdita non superiore al valore degli ammortamenti non sterilizzati ante 2009;
- dal pareggio del Bilancio d'esercizio, determinato secondo le regole civilistiche, in sede di consuntivazione.

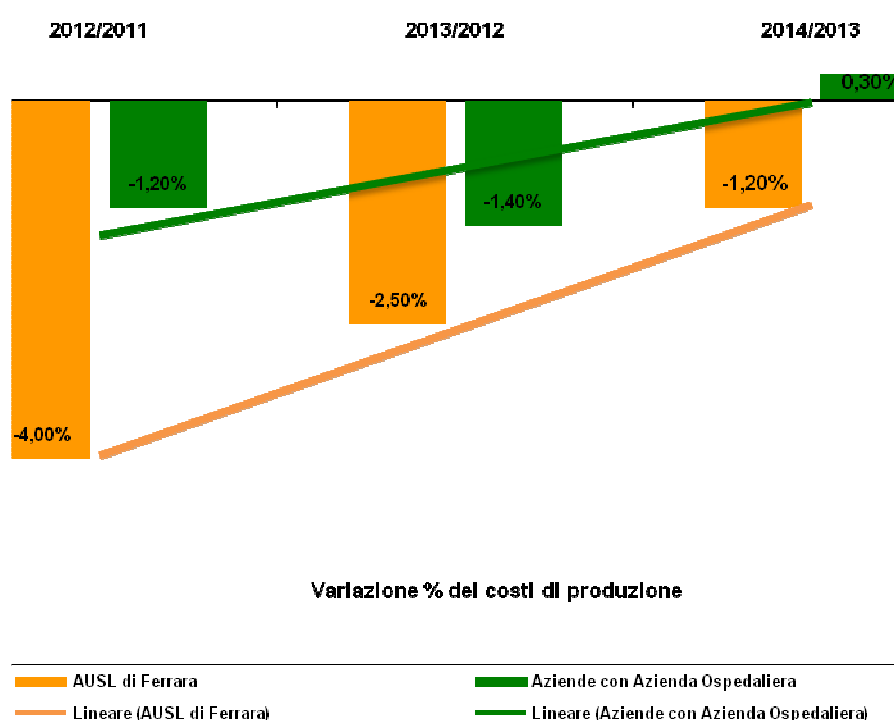
La gestione 2014 dell'Azienda USL di Ferrara, in sede di consuntivo, raggiunge l'obiettivo e chiude con un utile di esercizio di 80.460 euro.

La quota di finanziamento regionale, comprensiva del contributo al sostegno del processo di riorganizzazione provinciale assegnata con DGR 217/2014 e al netto della quota disabili del Fondo Sanitario Regionale da trasferire

al FRNA, nonché del finanziamento vincolato alle Aziende Ospedaliere, si è mantenuta costante tra il 2013 ed il 2014. La Regione, nell'ambito delle Delibere di Giunta Regionale n. 1735 del 3/11/2014 e n. 2008 del 22/12/2014, ha finanziato gli ulteriori fabbisogni emersi dalle Aziende Sanitarie in sede di verifica infrannuale. Rispetto al complessivo livello Regionale finanziato l'Azienda USL di Ferrara ha assorbito appena lo 0,8% della propria quota capitaria (la percentuale più bassa tra le Aziende Regionali) contro un livello medio di assorbimento del 1,7%.

Il risultato raggiunto nel 2014 da conto di una condizione che, sviluppando e potenziando percorsi di sicurezza, garanzia e qualità per i pazienti, consolida l'equilibrio economico a livello strutturale. Il percorso virtuoso avviato dal 2010, con il conseguimento del pareggio economico già nel 2012 e confermato nel 2013 e nel 2014, è stato fondamentale per raggiungere la sostenibilità economica, senza rinunciare agli obiettivi di qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie. Nel 2014 si è rafforzato il modello gestionale finalizzato alla programmazione di azioni sinergiche con la locale Azienda Ospedaliera nella produzione e dell'offerta di servizi in una logica provinciale.

Andamento dei Costi di Produzione. L'andamento dell'aggregato economico dei costi di produzione evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara sin dal 2011 un trend in decremento.



Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

La linea di tendenza evidenzia un calo maggiore rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali con Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento. Per l'Azienda USL di Ferrara il decremento tendenzialmente più rilevante si riscontra nei seguenti aggregati:

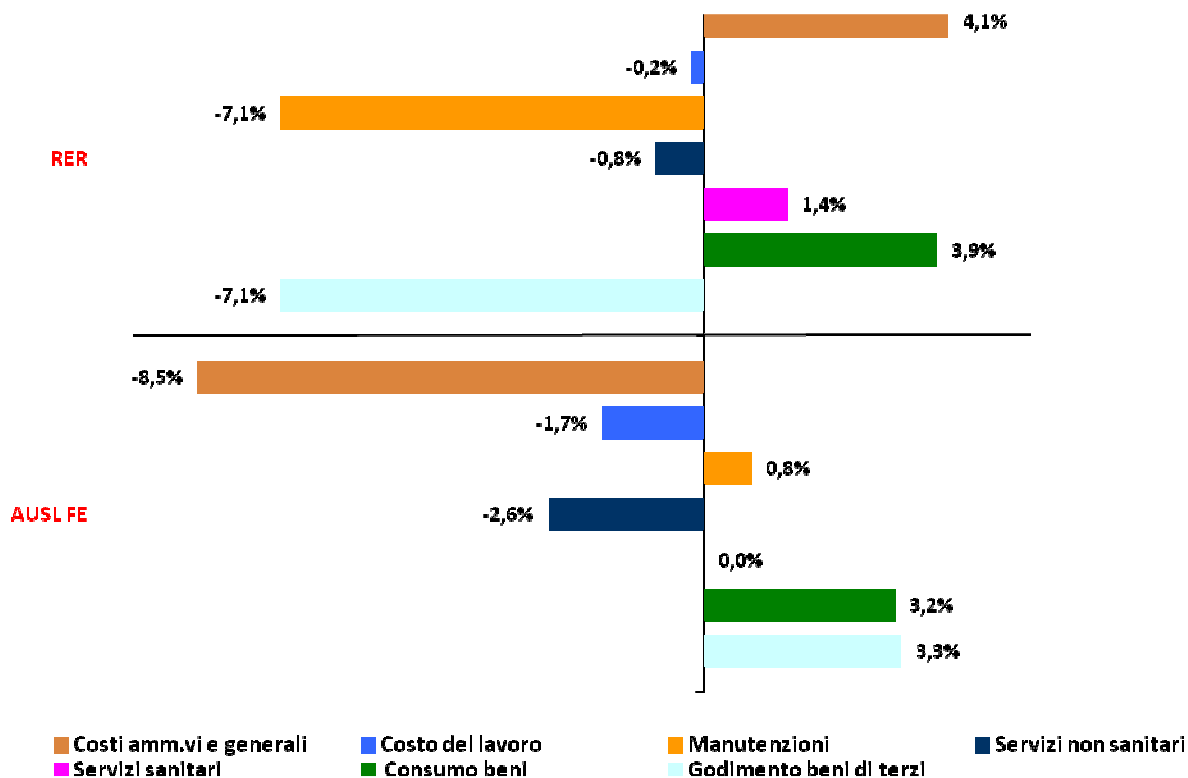
- **Servizi Non Sanitari** – 2,6%. Il decremento si concentra prevalentemente nel servizio di riscaldamento, grazie all'importante razionalizzazione dei costi ottenuta con il nuovo contratto intercenter. Si conferma anche nel 2014 il trend in decremento dei servizi di ristorazione e lavanderia per il proseguimento del piano organizzativo della rete ospedaliera. Si sono inoltre registrati importanti risparmi sulla telefonia, grazie all'adesione in AVEC. E' inoltre continuata la rinegoziazione del costo unitario delle forniture di beni e servizi, come disposto dal dettato normativo della "spending review". Ulteriori risparmi sono imputabili all'acqua per la chiusura di alcune sedi e all'energia elettrica quale conseguenza del calo dei consumi registrato durante il periodo estivo per effetto del minor uso dei condizionatori.

- Costi Amm.vi e Generali -8,5%. Il decremento è stato determinato dal calo dei costi per lavoro autonomo e consulenze non sanitarie, le spese postali, le imposte e tasse non sul reddito (ex tasi) e per i contributi ad az. Pubbliche (contributi per lotta alla zanzara tigre).
- Costo del lavoro -1,7%. Nell'ambito di un contesto economico e normativo che ha previsto una drastica riduzione della spesa per le risorse umane, l'azienda ha concretizzato le azioni previste dal Piano di sostenibilità 2013-2016, finalizzate a contribuire alla salvaguardia dei livelli di assistenza ed alla sostenibilità economica di sistema in sintonia con gli adeguamenti conseguenti alla ridefinizione del complessivo fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, mantenendo lo stretto controllo delle condizioni di efficienza e appropriatezza.

Gli aggregati che hanno registrato un trend incrementale sono:

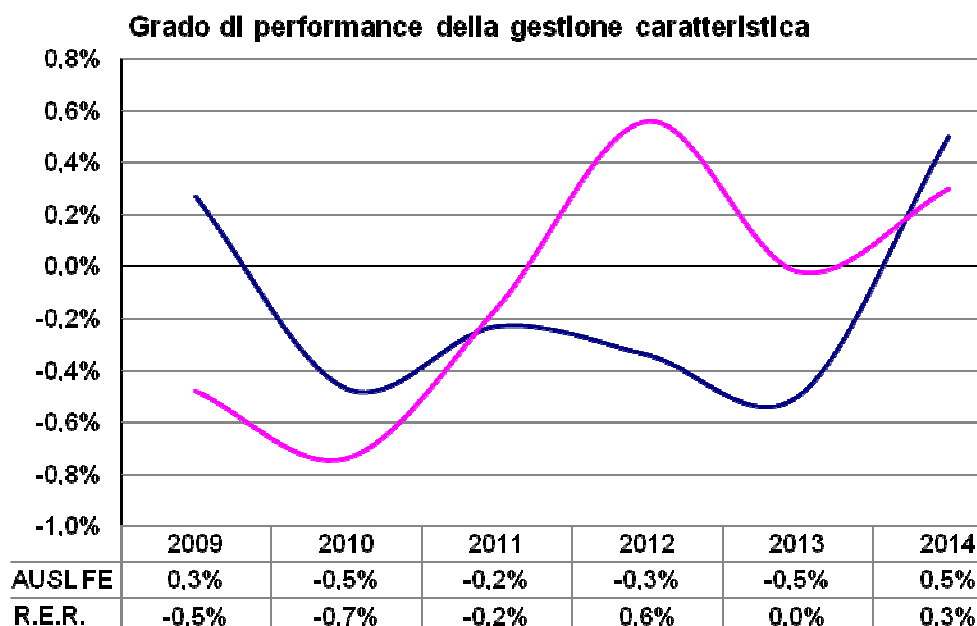
- a) Beni di consumo, + 3,2%. L'incremento è imputabile al maggior di consumo di farmaci causato da una serie di situazioni contingenti quali: l'aumento dell'erogazione diretta di farmaci per malattie rare (mucopolisaccaridosi, malattia di Fabry) e per la cura del Diabete (insulina) erogati presso l'Azienda Ospedaliera; farmaci in distribuzione per conto (sangue ed emopoietici, sistema cardiovascolare, sistema nervoso); farmaci ospedalieri (antineoplastici e immunomodulatori orali in erogazione diretta). All'interno di tale aggregato si è inoltre registrato un trend in decremento per il consumo dei dispositivi medici, confermando un indice di spesa per dimesso nettamente inferiore alla media Regionale
- b) Godimento Beni di Terzi +3,2%. L'aggregato comprende, come da classificazione regionale, noleggi, affitti passivi e services. Proprio quest'ultima voce è incrementata a seguito del services per nutrizione enterale e del service TAO, ora gestito con il medesimo software informatico nell'ambito del Laboratorio Unico Provinciale. All'interno dell'aggregato si rileva una diminuzione nei fitti passivi per la chiusura di alcune sedi e nel noleggio attrezzature sanitarie per la contrattazione dei contratti con i fornitori.
- c) Manutenzioni +0,8%. Incrementano soprattutto le manutenzioni software per il potenziamento informatico di alcuni servizi sanitari (area anziani e ADI) e per l'attivazione di Lepida.

Il grafico di seguito esposto rappresenta i diversi andamenti, raffrontando l'azienda USL di Ferrara e le aziende sanitarie della RER con Azienda Ospedaliera.



Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

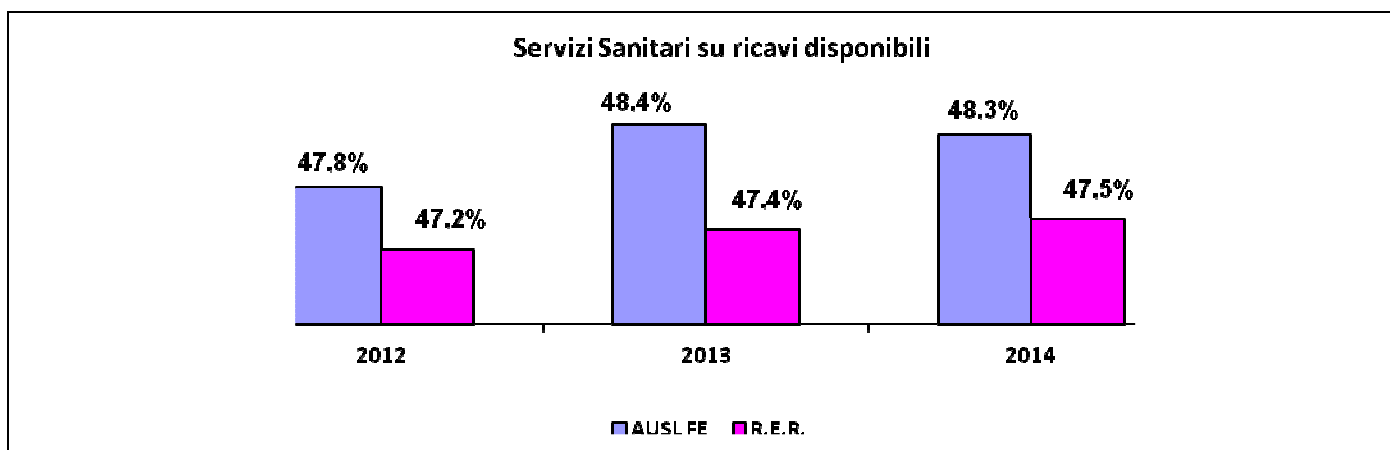
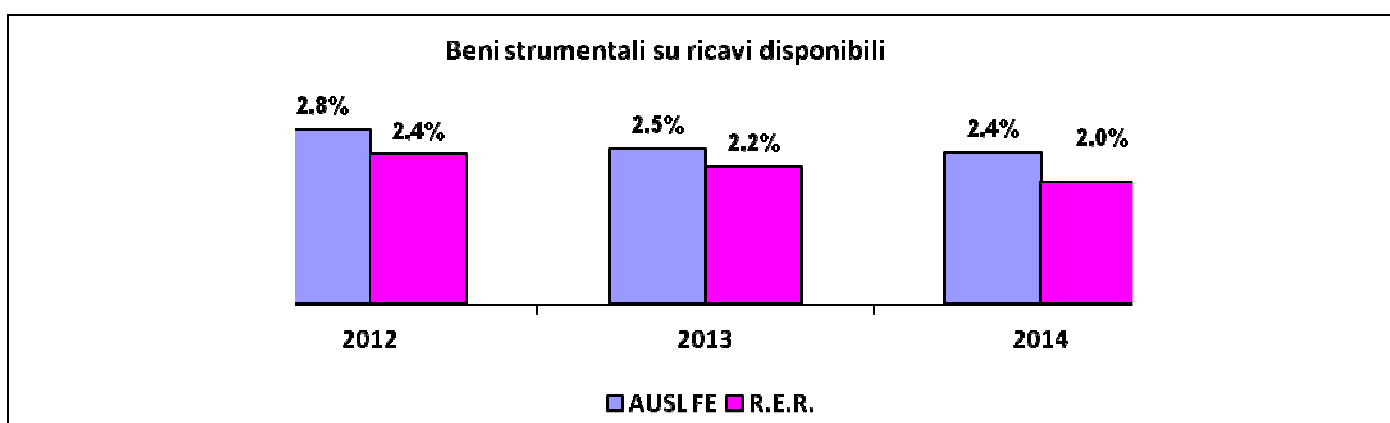
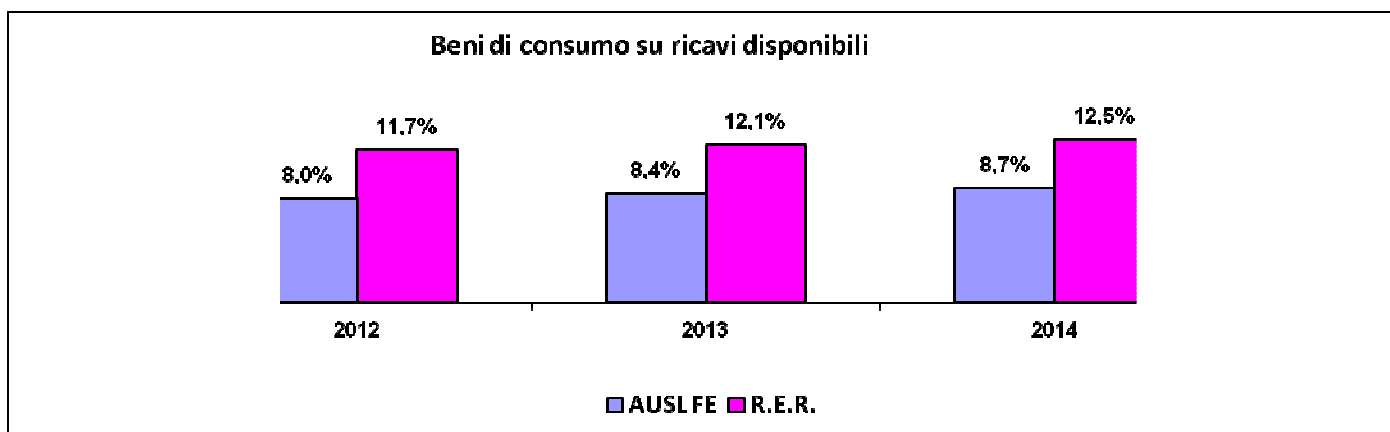
Grado di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili, ovvero il rapporto tra il risultato della gestione ordinaria (al netto delle sopravvenienze, degli oneri finanziari e delle tasse) e il valore della produzione al netto della mobilità passiva. Esprime il grado di copertura dei costi con i ricavi della gestione caratteristica, ovvero le operazioni che riguardano l'attività tipica dell'azienda.

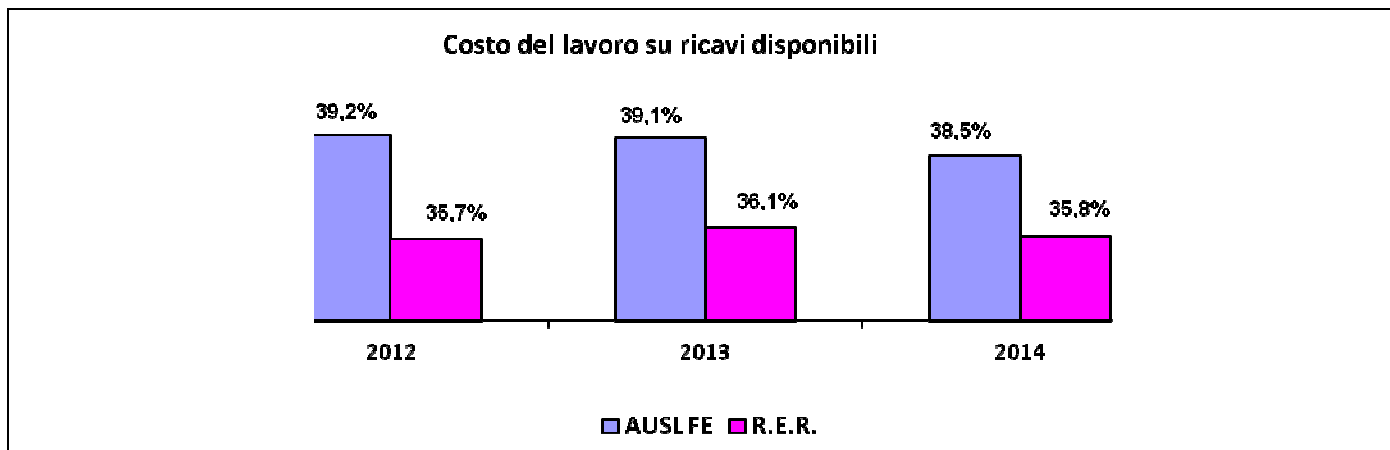


Fonte dati: Regione Emilia-Romagna.

Il periodo 2010-2013 è stato caratterizzato da un risultato della gestione caratteristica negativo, a cui si è contrapposta una forte componente di proventi straordinari che ha consentito il raggiungimento del pareggio di bilancio. Il 2014 vede un cambio di tendenza, con il risultato della gestione caratteristica positivo e con un valore dell'indicatore più alto rispetto alla media regionale.

Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili. Il rapporto tra i diversi aggregati di costo e i ricavi disponibili misura il grado di assorbimento per fattori direttamente impiegati nel processo produttivo. Nel caso dell'Azienda USL di Ferrara gli aggregati che incidono di più rispetto alla media regionale sono il Costo del Lavoro e i Servizi Sanitari.

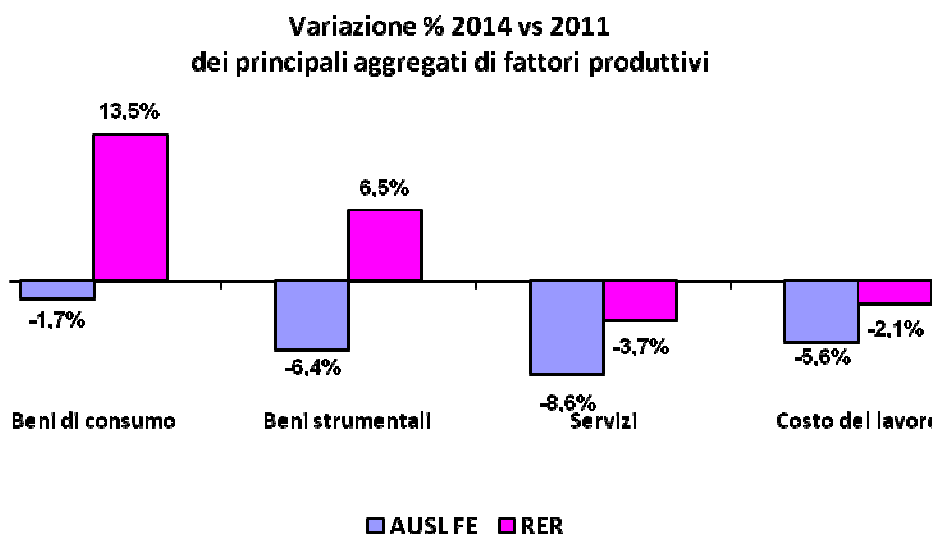




Il trend gestionale dell'ultimo triennio (2014 vs 2011) da conto dello sforzo compiuto verso una maggiore efficienza nell'utilizzo di tali fattori produttivi:

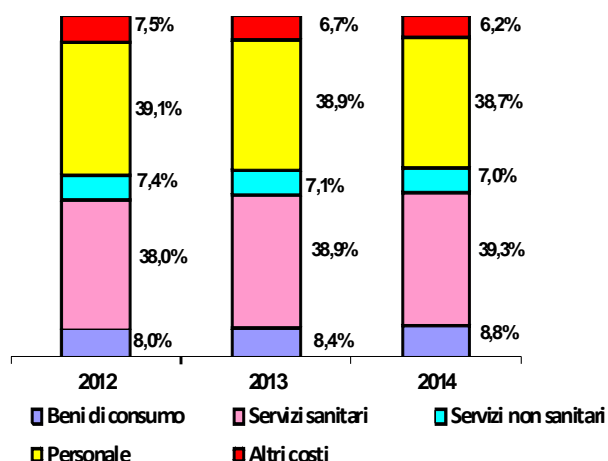
- il costo del lavoro ha registrato una riduzione percentuale del -5,6% contro una media regionale del -2,1%;
- il costo dei servizi si riduce del -8,6% contro una media del -3,7%.
- I beni di consumo rimangono in decremento del -1,7% a fronte di una media del +13,5%. Tale variazione in riduzione non si evidenzia nettamente nel relativo indicatore (rapporto percentuale sui ricavi disponibili) a causa della maggiore riduzione di quest'ultimi (-6,8%) rispetto alla variazione dei fattori produttivi.

Di seguito un grafico riassuntivo di questo trend.

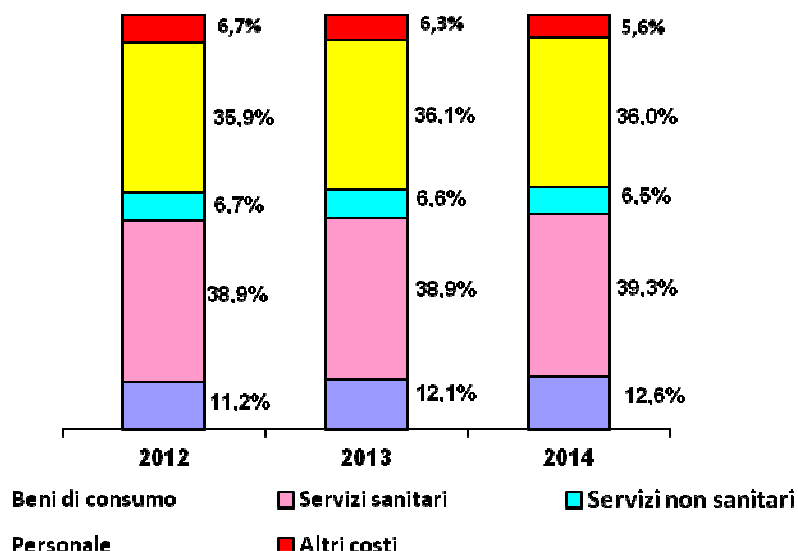


La composizione percentuale dei costi di esercizio dell'azienda rimane praticamente invariata rispetto gli anni scorsi e viene di seguito rappresentata da una serie di grafici a istogramma.

Composizione % dei costi d'esercizio - AUSL FE



Composizione % dei costi d'esercizio - R.E.R.

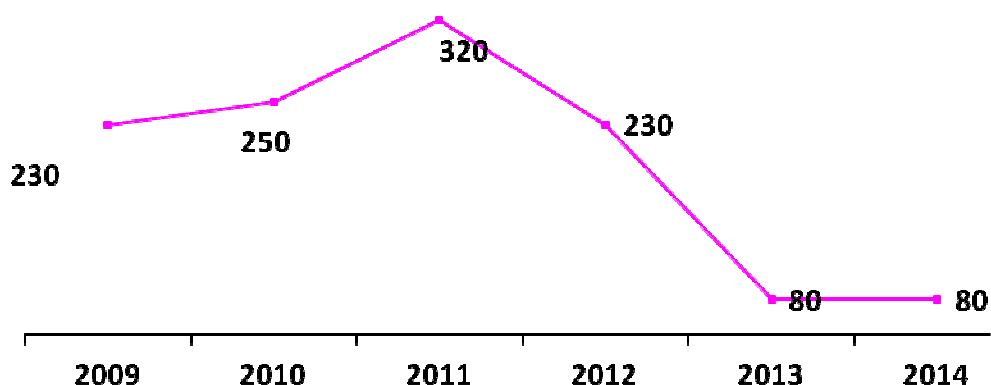


Il valore regionale si riferisce alle Aziende Sanitarie territoriali che hanno Aziende Ospedaliere nel territorio di riferimento

Sostenibilità finanziaria

Si vuole qui rappresentare in forma sintetica la situazione finanziaria dell'Azienda USL di Ferrara. La sostenibilità finanziaria è una componente fondamentale dell'equilibrio complessivo dell'azienda. Uno degli strumenti utili allo scopo è la durata media della esposizione debitoria verso i fornitori dell'azienda. Di seguito la rappresentazione della durate dei debiti dal 2009 al 2014.

**Durata dei debiti: tempi di pagamento dei debiti con fornitori
(l'indicatore migliora se diminuisce di valore)**



Sostenibilità patrimoniale

La sostenibilità patrimoniale indica come l'azienda si rapporta ai vincoli di tipo patrimoniale, fondamentali per il suo agire istituzionale. L'analisi si effettua esaminando due dimensioni:

- la struttura degli investimenti e dei finanziamenti aziendali;
- le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento ai tassi di rinnovamento degli investimenti, al grado di obsolescenza degli stessi, alle forme innovative di investimento.

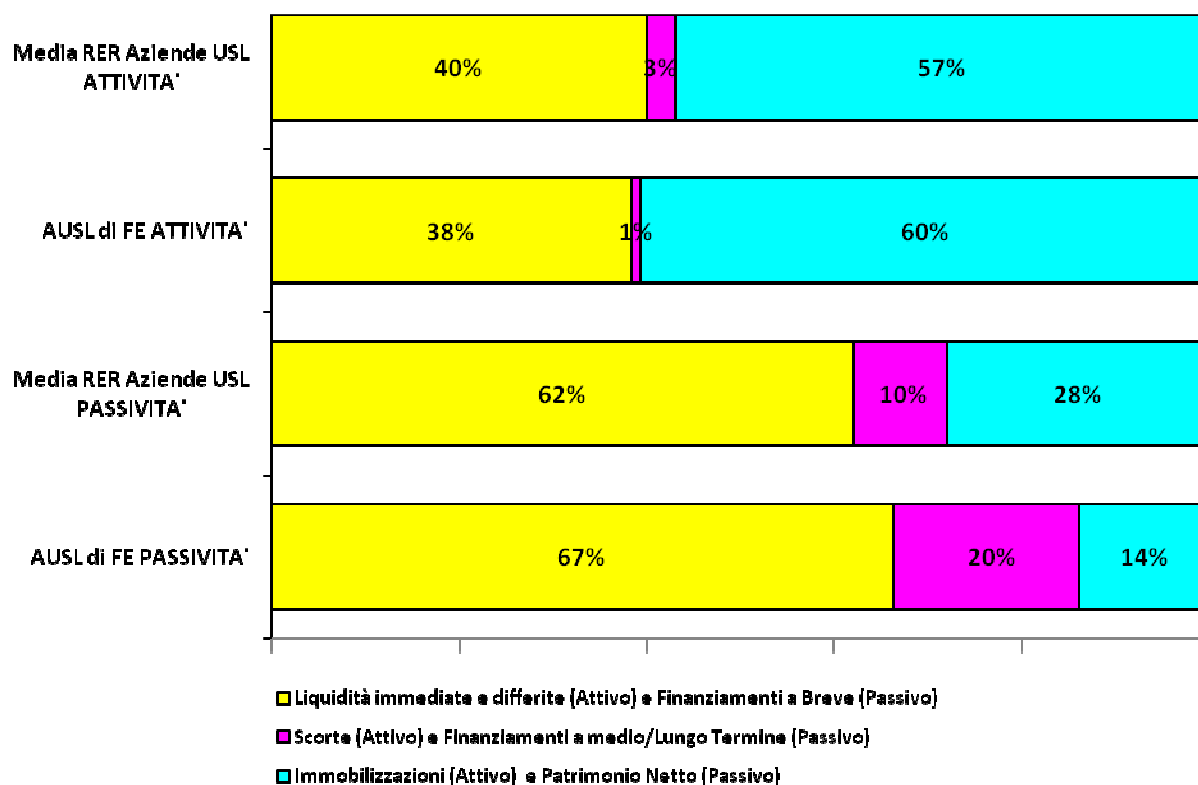
Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria

In quest'analisi si pongono in relazione l'attivo ed il passivo patrimoniale in termini di liquidità finanziaria, ossia classificano le diverse componenti (attive e passive) in rapporto a quanto mediamente impiegheranno nel trasformarsi in denaro disponibile o in denaro da rimborsare.

Le tabelle di seguito esposte mettono a confronto i dati dell'Azienda USL di Ferrara con l'ipotetico Stato Patrimoniale consolidato, ottenibile dall'insieme delle Aziende USL nel cui territorio insiste l'Azienda Ospedaliera.

UFE			
2014			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	38%	67%	Finanziamenti a breve
Scorte	1%	20%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	60%	14%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

RER			
2014			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	40%	62%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	57%	28%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



La Media delle Aziende USL fa riferimento alle Aziende Usl con Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento

Sul fronte attivo le liquidità immediate o differite passano dal 32% del 2013 al 40% del 2014; tale variazione si è determinata per effetto dell'aumento della liquidità immediata da parte del Tesoriere.

Rispetto alla media regionale si riscontra, dal lato attivo una maggior propensione alle immobilizzazioni (57%), mentre, dal lato passivo una maggior propensione ai debiti a breve termine (60%).

Il passivo dell'Azienda USL di Ferrara, nel 2014, è composto per il 67% da debiti a breve termine che nel 2013 rappresentavano, invece, il 75% del totale. Tale trend decrementale era già iniziato nel 2013 come effetto del piano pagamenti ai fornitori scaturito dal ricorso all'anticipazione di liquidità straordinaria regionale.

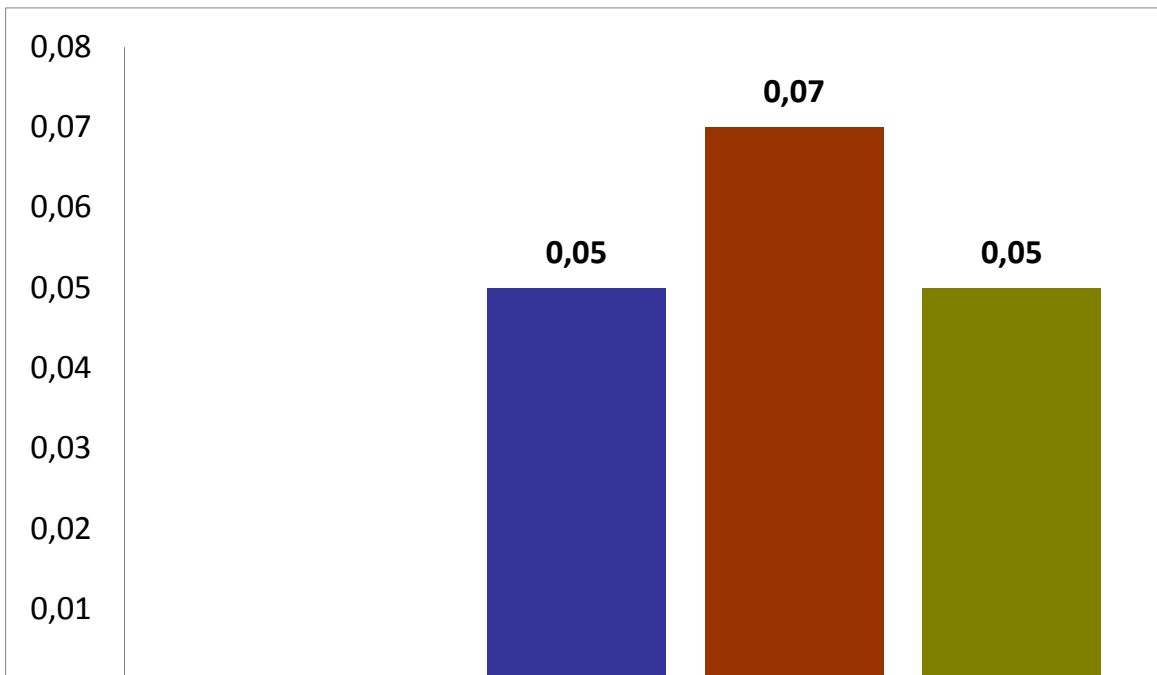
Nuovi investimenti, propensione ai nuovi investimenti e tasso di obsolescenza.

Nelle due tabelle seguenti si evidenzia la propensione ai nuovi investimenti e il tasso di obsolescenza.

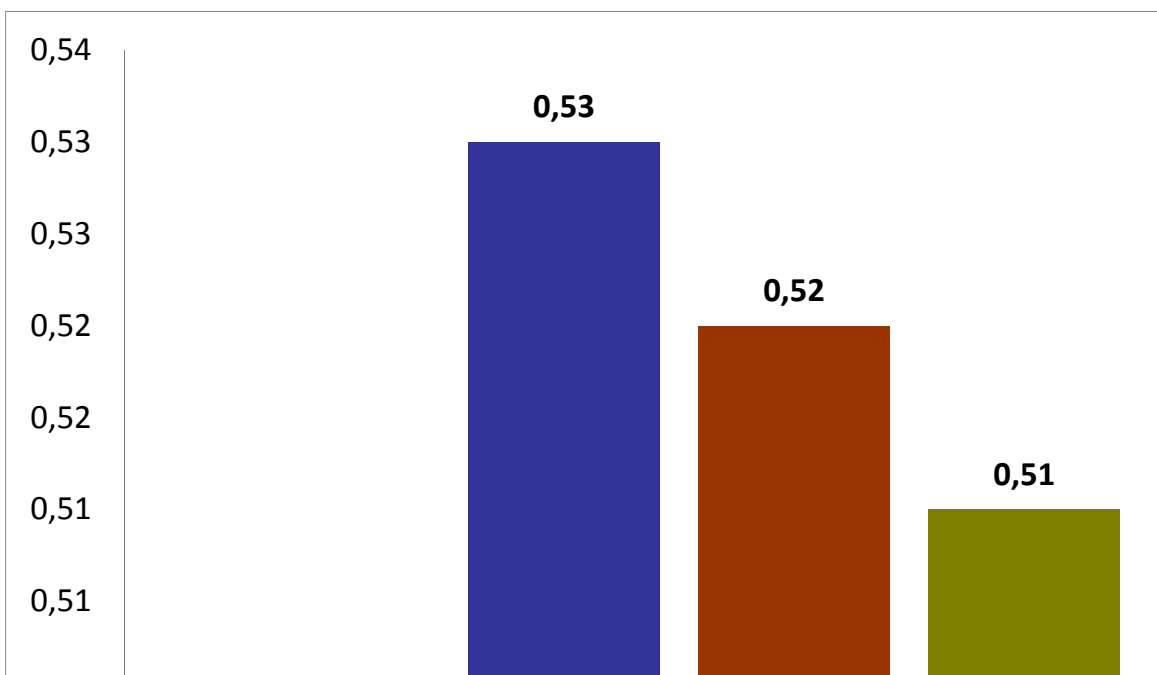
PROPENSIONE VERSO NUOVI INVESTIMENTI	2012	2013	2014	2012 (a) / (b)	2013 (a) / (b)	2014 (a) / (b)
Nuovi investimenti (a)	6.507.496	9.642.572	7.763.046	0,05	0,07	0,05
Valore immobilizzazioni (b)	143.721.222	144.885.000	144.209.309			

Tasso di Obsolescenza	2012	2013	2014	2012 (a) / (b)	2013 (a) / (b)	2014 (a) / (b)
Valore residuo delle immobilizzazioni (a)	143.721.222	144.885.000	144.209.309	0,53	0,52	0,51
Totale investimenti lordi (b)	273.489.723	276.103.710	284.614.821			

Gli indicatori risultanti dalle tabelle sopra sono sinteticamente descritti nel grafico che segue.



Il rapporto tra i nuovi investimenti e il valore del patrimonio immobiliare indica la propensione dell'Azienda ad effettuare nuovi investimenti. Dopo un'inversione di trend nel 2013, che aveva portato l'indice allo 0,07%, il 2014 riporta il valore dell'indice ai livelli del 2012 (0,05%).



Il tasso di obsolescenza misura il grado di vetustà delle Immobilizzazioni (più è piccolo maggiore è il grado di obsolescenza) e per l'Azienda USL di Ferrara si evidenzia un trend decrescente nel triennio considerato.

Consolidato 2014

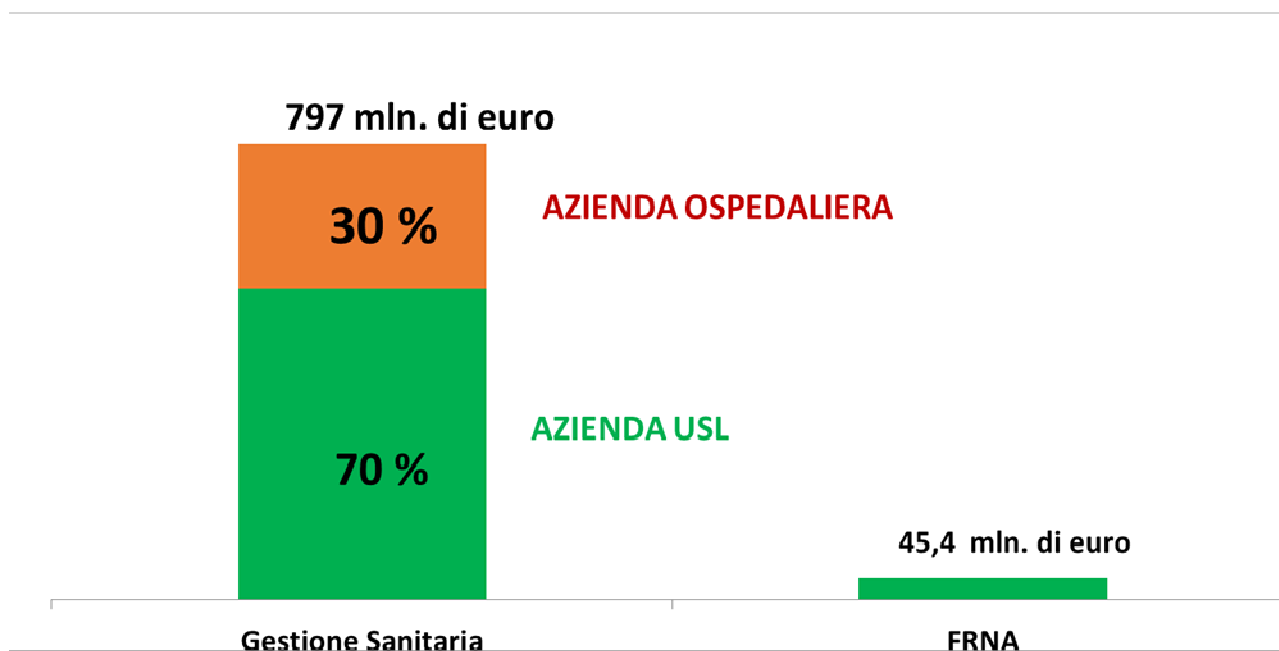
La necessità di condurre un'analisi economica secondo un modello di consolidato provinciale è richiesta sicuramente quale supporto al processo di integrazione organizzativa tra le due Aziende già cominciato con la costruzione dei Dipartimenti Interaziendali amministrativi, poi proseguito con i più recenti servizi unici interaziendali e delle reti cliniche provinciali e che vedrà il suo completamento con la stesura e successiva applicazione dell'Atto Aziendale Unico per le due Aziende Provinciali

CONTO ECONOMICO CONSOLIDATO PROVINCIALE

Il conto economico consolidato provinciale, costruito secondo la tecnica contabile di elisione delle poste di ricavo e costo reciprocamente compensative, evidenzia un volume economico complessivo destinato esclusivamente alla gestione sanitaria pari a 797 mln. di euro, di cui il 70% a carico dell'Azienda USL e il restante 30% a carico dell'Azienda Ospedaliera.

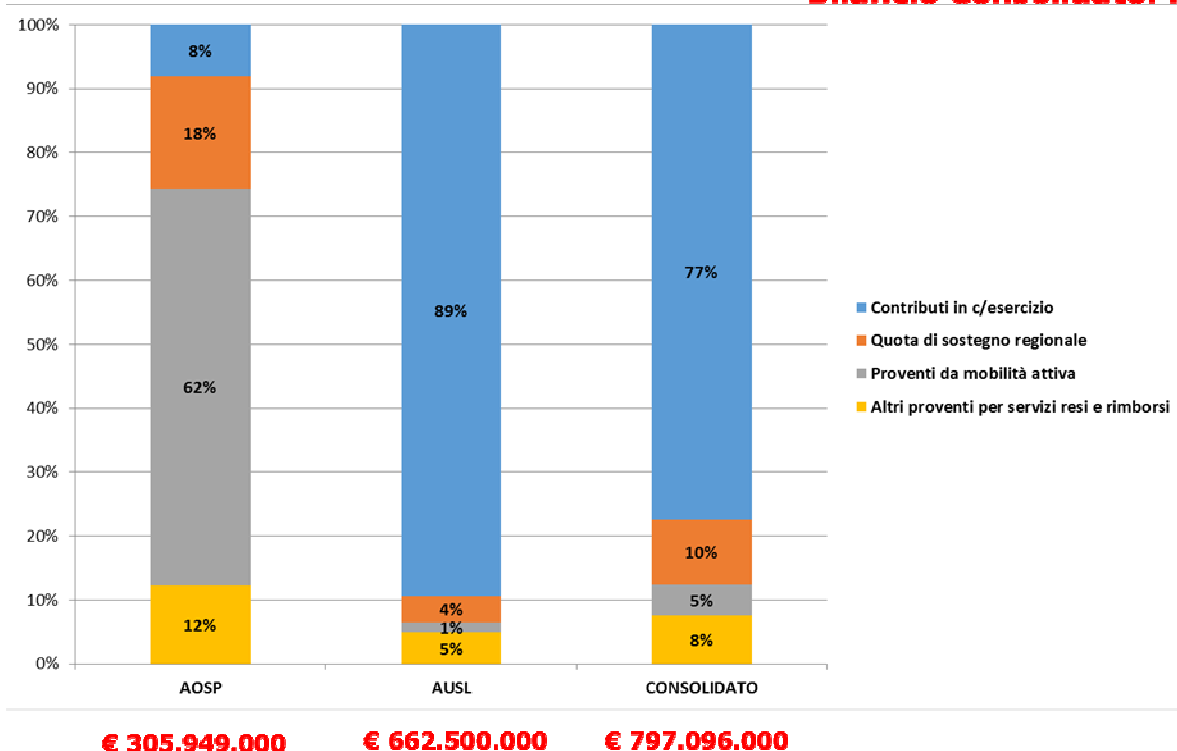
A questa cifra si aggiungono i 45 mln. destinati alla gestione del Fondo Regionale per la non Autosufficienza iscritti nel bilancio dell'Azienda AUSL

CE CONSOLIDATO PROVINCIALE



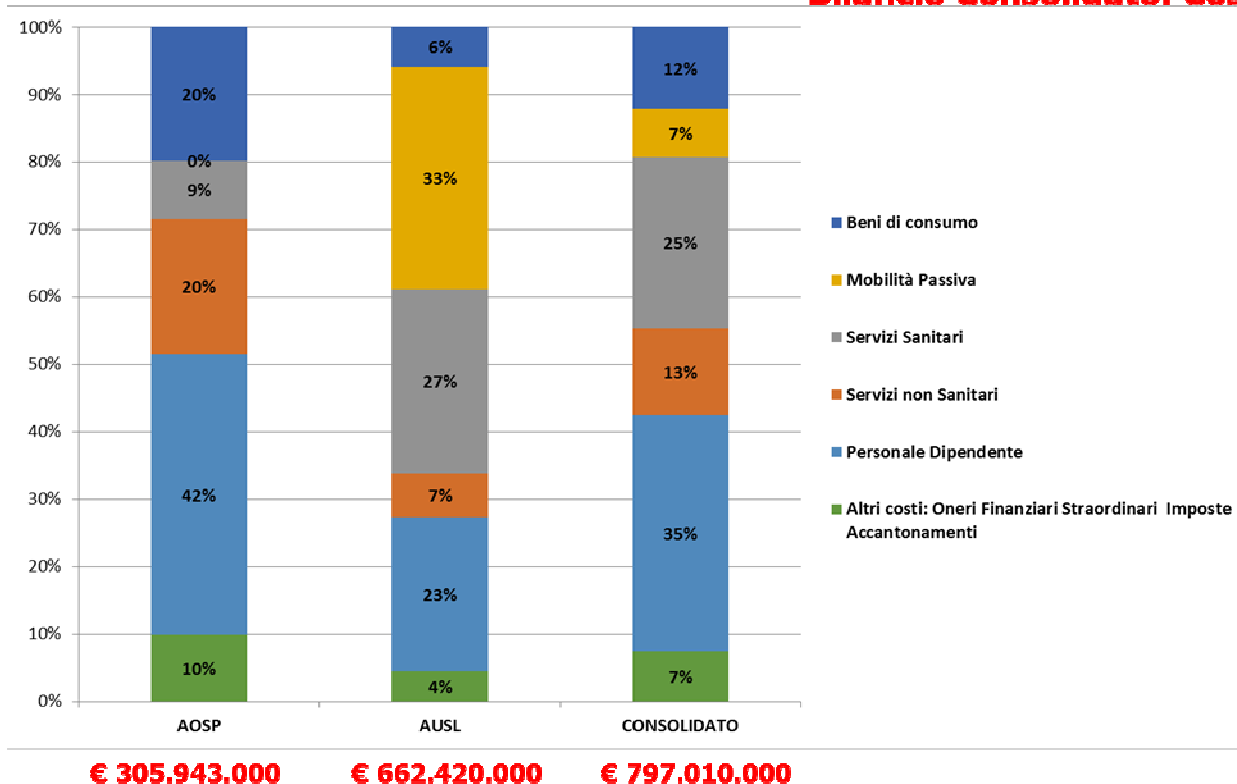
Analizzando separatamente la componente Ricavi da quella dei costi, sempre utilizzando la tecnica di elisione delle poste compensative che porta in particolare a non considerare i ricavi dell'Azienda Ospedaliera per mobilità infraprovinciale, il bilancio consolidato evidenzia una composizione per il 77% rappresentata da contributi d'esercizio regionali e per un ulteriore 10% dalla quota di sostegno al processo di riorganizzazione che rappresentano una componente fissa e non legata ai volumi produttivi.

Bilancio Consolidato: Ricavi



Dal lato costi, con la stessa metodologia di aggregazione, il consolidato evidenzia una composizione prevalentemente costituita da Personale e Servizi Sanitari (tra cui medici convenzionati) per un 60% complessivo. Da ciò risulta evidente la consistenza della componente di gestione della risorsa umana nel governo dei servizi sanitari

Bilancio Consolidato: Costi



Valori di Mobilità Attiva e Passiva - Infra ed Extra RER

DATI ECONOMICI MOBILITA' SANITARIA

Dato di interesse per quanto attiene la sostenibilità economica è la verifica della capacità di Ferrara di attrarre utenza in rapporto alla quantità di utenti in mobilità. Il rapporto tra il valore della mobilità in entrata, considerata su tutte le strutture provinciali, e quello di uscita, è nettamente negativo a causa del forte deficit della mobilità verso (e da) aziende della Regione Emilia Romagna e, in diretta conseguenza della posizione di confine della Provincia di Ferrara, verso la regione Veneto.

Non sono da sottovalutare, nelle motivazioni relative all'incremento della mobilità passiva infra ed extra RER, gli effetti di trascinarsi dell'evento sismico del maggio 2012 che ha provocato l'inagibilità di diverse strutture sanitarie e ha indotto parte della cittadinanza a rivolgersi a strutture fuori dell'area provinciale e/o regionale con conseguente presa in carico per la continuità delle cure.

Le tabelle seguenti evidenziano i rapporti economici compensativi che l'intero sistema provinciale (Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliera S. Anna e privati) determina nei confronti delle strutture sanitarie regionali ed extra-regionali per i diversi settori di mobilità.

Anno 2011	Passiva Infra RER	Attiva Infra RER	Attiva Infra RER-AOSP	Saldo
Degenze	27.156.156	7.712.856	7.807.527	-11.635.773
Specialistica	4.511.118	2.653.170	1.875.759	17.810
Farmaceutica	1.214.200	1.060.481		-153.719
Distribuzione Diretta	2.137.776	80.305	1.801.293	-256.179
Medicina di Base	319.661	160.256		-159.405
	35.338.911	11.667.067	11.484.579	-12.187.266

Anno 2012	Passiva Infra RER	Attiva Infra RER	Attiva Infra RER-AOSP	Saldo
Degenze	28.571.542	6.620.405	6.657.006	-15.294.131
Specialistica	4.937.327	2.427.810	2.012.994	-496.523
Farmaceutica	1.031.600	1.034.889		3.289
Distribuzione Diretta	1.967.634	161.777	1.559.444	-246.413
Medicina di Base	359.478	188.086		-171.392
	36.867.581	10.432.967	10.229.445	-16.205.169

Anno 2013	Passiva Infra RER	Attiva Infra RER	Attiva Infra RER-AOSP	Saldo
Degenze	29.647.373	6.105.488	6.974.642	-16.567.243
Specialistica	5.390.777	1.810.466	2.041.970	-1.538.341
Farmaceutica	1.100.213	1.097.378	-	-2.835
Distribuzione Diretta	2.161.945	151.153	1.635.785	-375.007
Medicina di Base	376.332	188.261	-	-188.070
	38.676.641	9.352.746	10.652.398	-18.671.497

Mobilità sanitaria extraregionale

Anno 2011	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER-AOSP	Saldo
Degenze	18.024.723	5.159.668	17.934.684	5.069.629
Specialistica	8.517.074	738.415	3.351.745	-4.426.914
Farmaceutica	320.665	469.379		148.714
Distribuzione Diretta	1.413.641	92.276	1.788.085	466.720
Medicina di Base	85.658	199.845		114.187
Trasporti	169.260	254.925		85.665
Termale	534.645			-534.645
	29.065.666	6.914.508	23.074.514	923.355

Anno 2012	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER-AOSP	Saldo
Degenze	20.341.439	3.376.883	15.216.272	-1.748.284
Specialistica	9.357.731	707.999	3.052.352	-5.597.380
Farmaceutica	333.340	405.238		71.898
Distribuzione Diretta	1.667.946	101.651	1.594.985	28.690
Medicina di Base	104.176	162.784		58.608
Trasporti	199.585	217.575		17.990
Termale	483.936			-483.936
	32.488.154	4.972.130	19.863.609	-7.652.415

Anno 2013	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER-AOSP	Saldo
Degenze	22.982.628	2.982.948	13.734.679	-6.265.001
Specialistica	10.308.204	616.411	2.671.698	-7.020.095
Farmaceutica	317.287	407.243	-	89.956
Distribuzione Diretta	1.567.228	109.393	1.705.054	247.219
Medicina di Base	108.127	199.602	-	91.475
Trasporti	264.120	231.525	-	-32.595
Termale	466.533	-	-	-466.533
	36.014.127	4.547.122	18.111.432	-13.355.573

Note:

Degenze: Valori riferiti a ricoveri effettuati nelle strutture pubbliche e private comprensivi della psichiatria residenziale

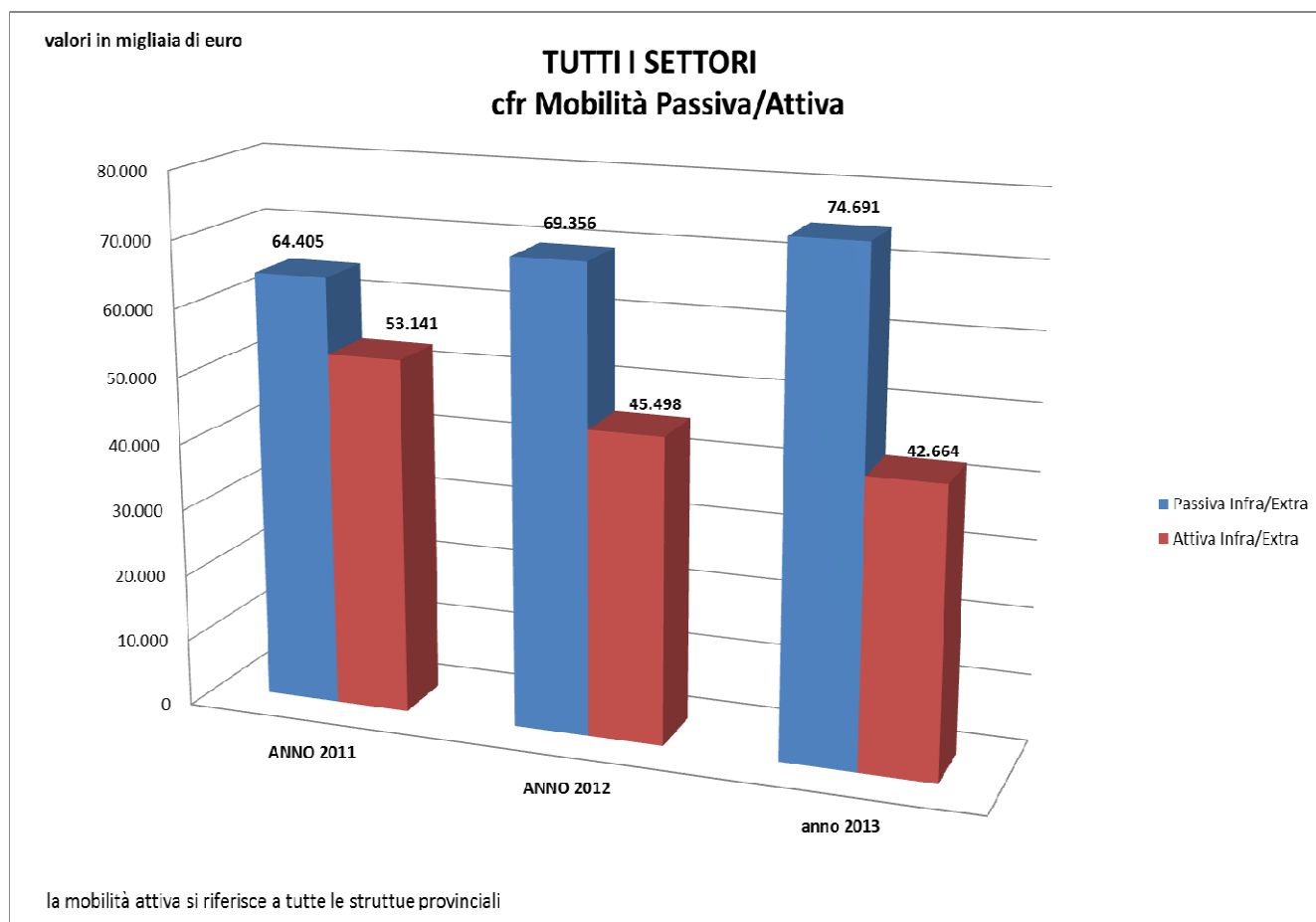
Specialistica: Valori riferiti a prestazioni erogate da strutture pubbliche e private

I valori riferiti alla Passiva Extra RER anno 2013 non comprendono gli importi da stornare per "contestazioni/controdeduzioni accolte", e per "sconti" e "penalità" derivanti dagli accordi con altre regioni ad oggi ancora non definite a livello regionale.

Le tabelle seguenti mostrano graficamente l'andamento della situazione economica riferita al complesso della mobilità attiva e passiva dell'ultimo triennio 2011-2013.

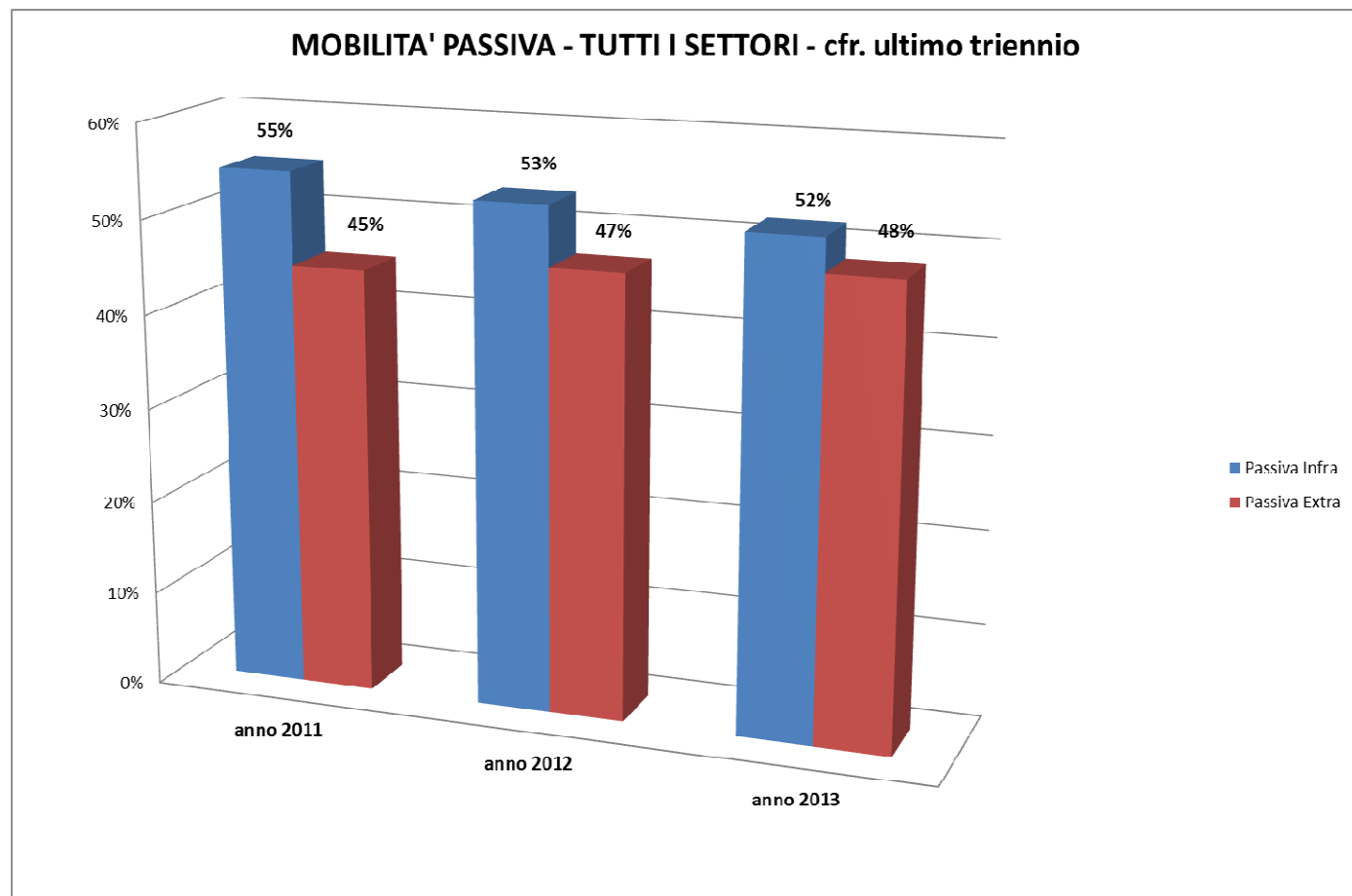
Tab. 1 – Importi economici complessivi di mobilità Passiva e Attiva (strutture provinciali)

Si evidenzia un aumento nel triennio della mobilità passiva del 16,0% ed una contrazione della mobilità attiva del 19,7% - valori comunque non definitivi non essendo ancora consolidato per la mobilità extraregionale il processo di contestazioni/controdeduzioni accolte, né le ricadute economiche in termini di penalità/sconti, relative all'applicazione degli accordi tra regioni.



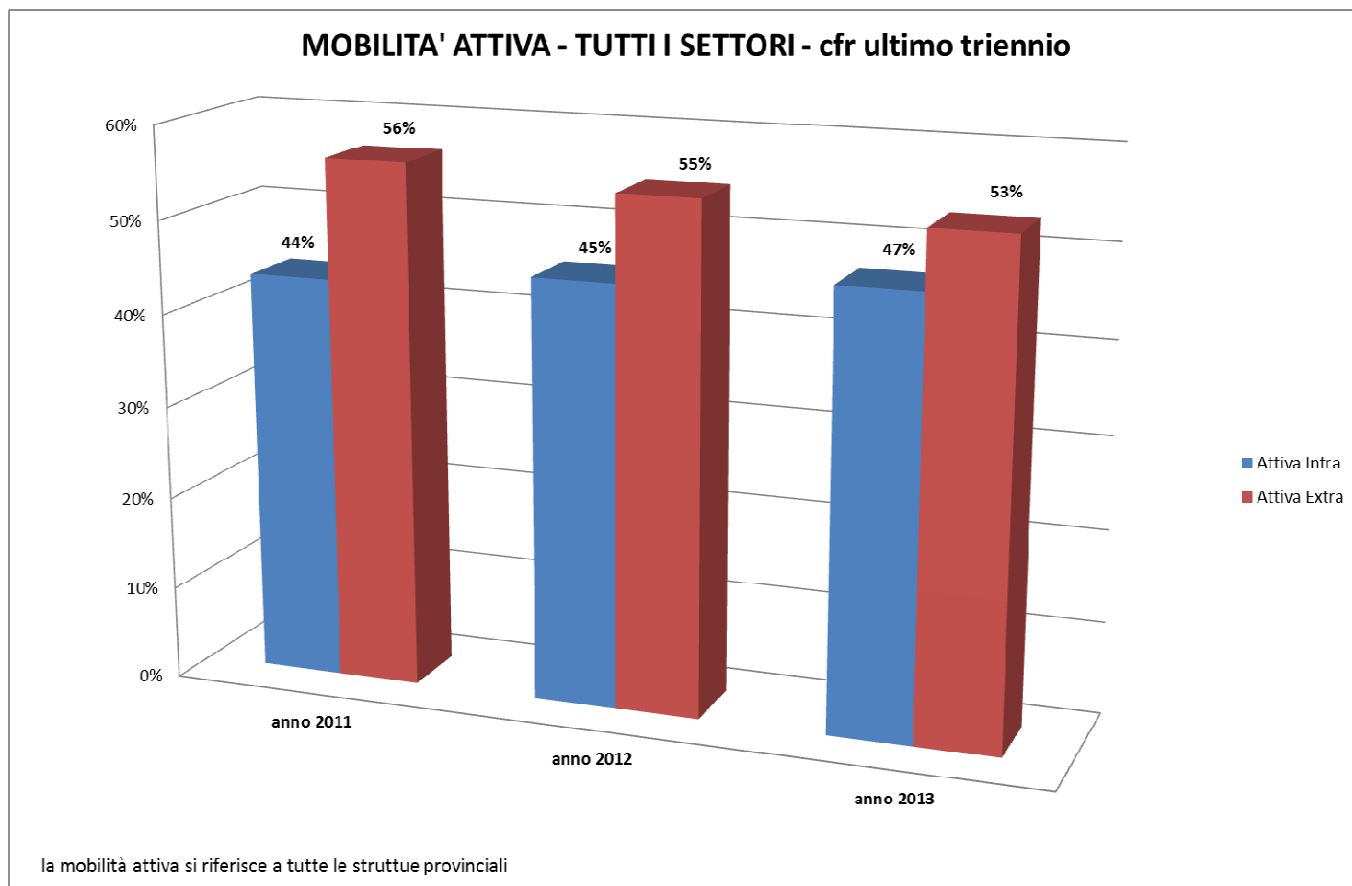
Tab.2 – Distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Passiva

La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Passiva evidenzia una variazione del rapporto tra la Mobilità Passiva Infra ed Extra regionale, nel triennio, nell'ordine del 3% con una contrazione della mobilità all'interno della regione e corrispondente incremento della mobilità verso altre regioni.



Tab 3 – Distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Attiva Infra ed Extra regionale.

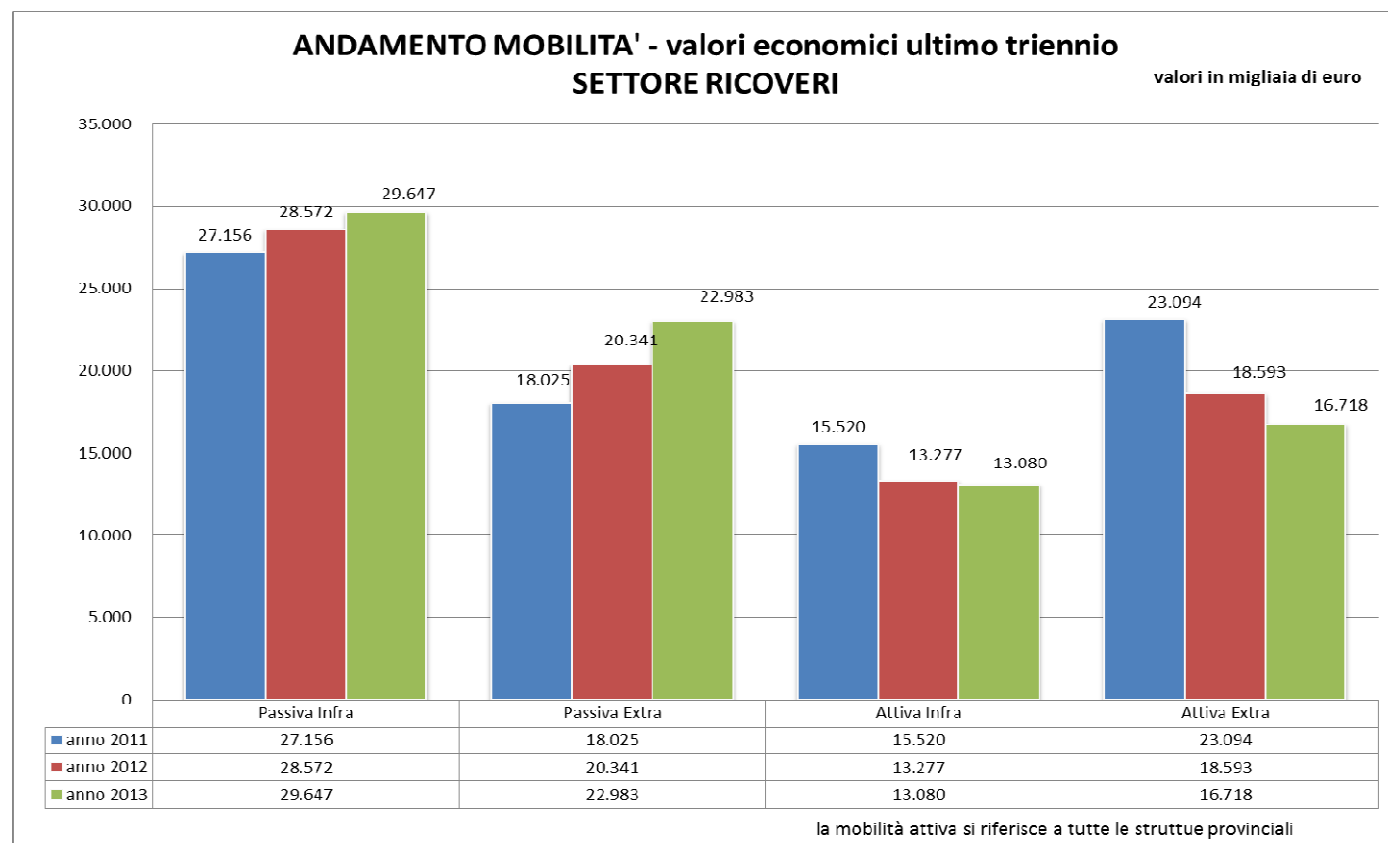
La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Attiva Infra ed Extra regionale mostra un andamento relativamente costante nel triennio con un incremento della mobilità attiva all'interno della regione nell'ordine del 3% e corrispondente decremento nella capacità di attrazione da altre regioni



Settore Ricoveri:

Tab. 4 – Andamento della mobilità passiva/attiva per il triennio 2011-2013

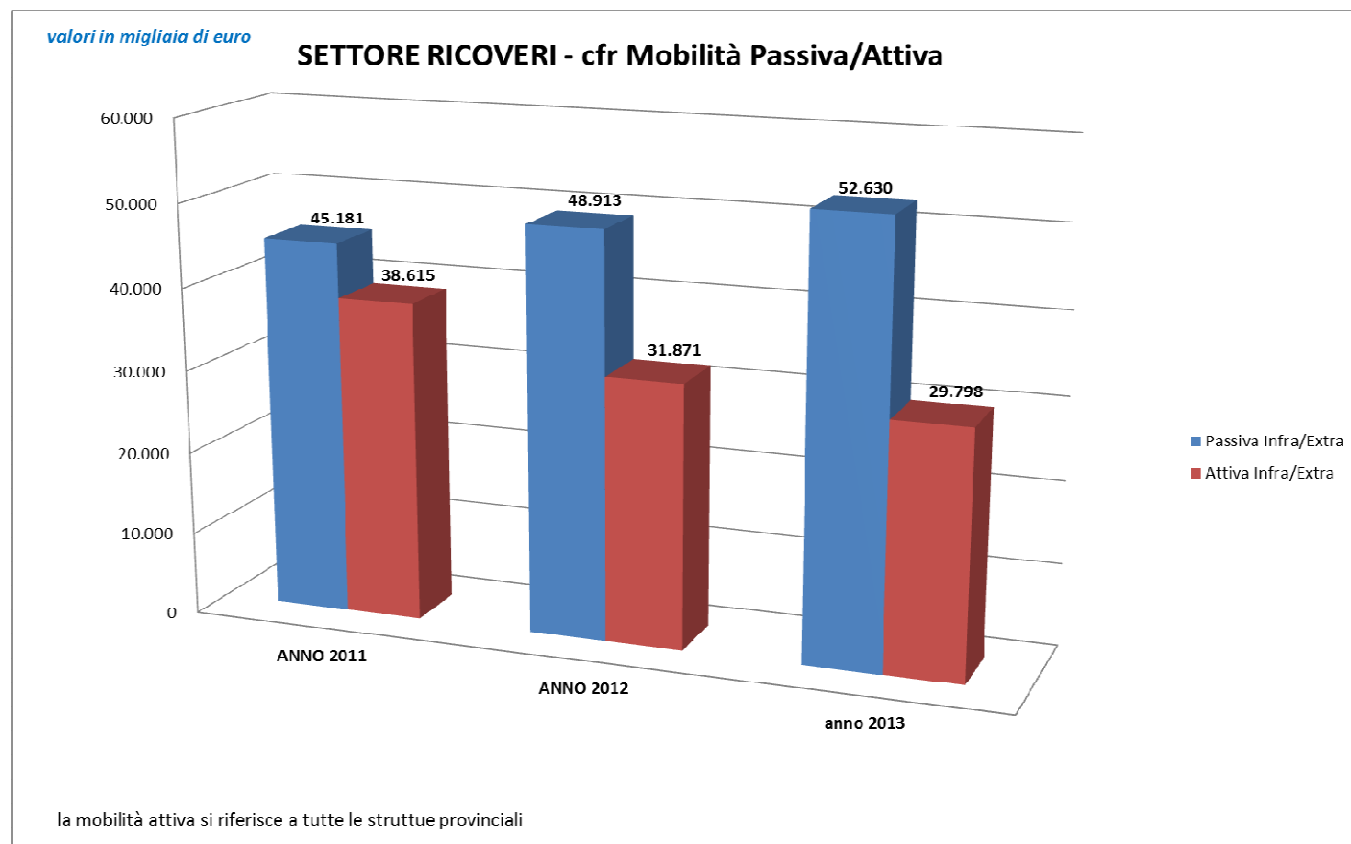
L'andamento della mobilità passiva/attiva per il triennio 2011-2013 mostra, per il settore ricoveri, l'incremento economico della mobilità passiva, sia verso aziende all'interno della regione (+9%) che verso aziende di altra regione (+28%). Decremento sulla mobilità attiva sia infra (-16%) che extra (-28%)



Tab. 5 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore degenze cresce nel triennio del 16,4%.

Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 22,8%.

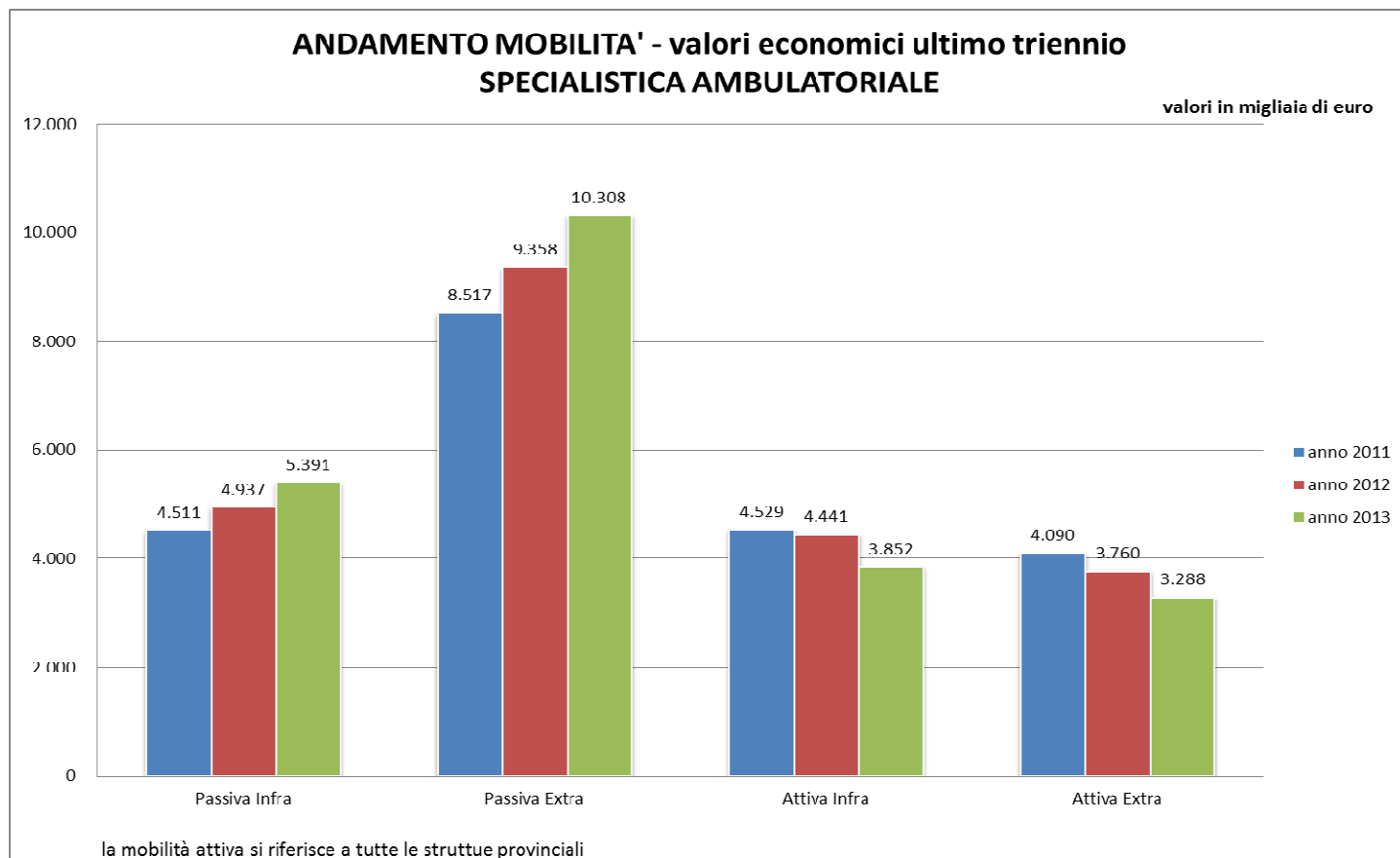


Settore Specialistica:

Tab. 6 – L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013

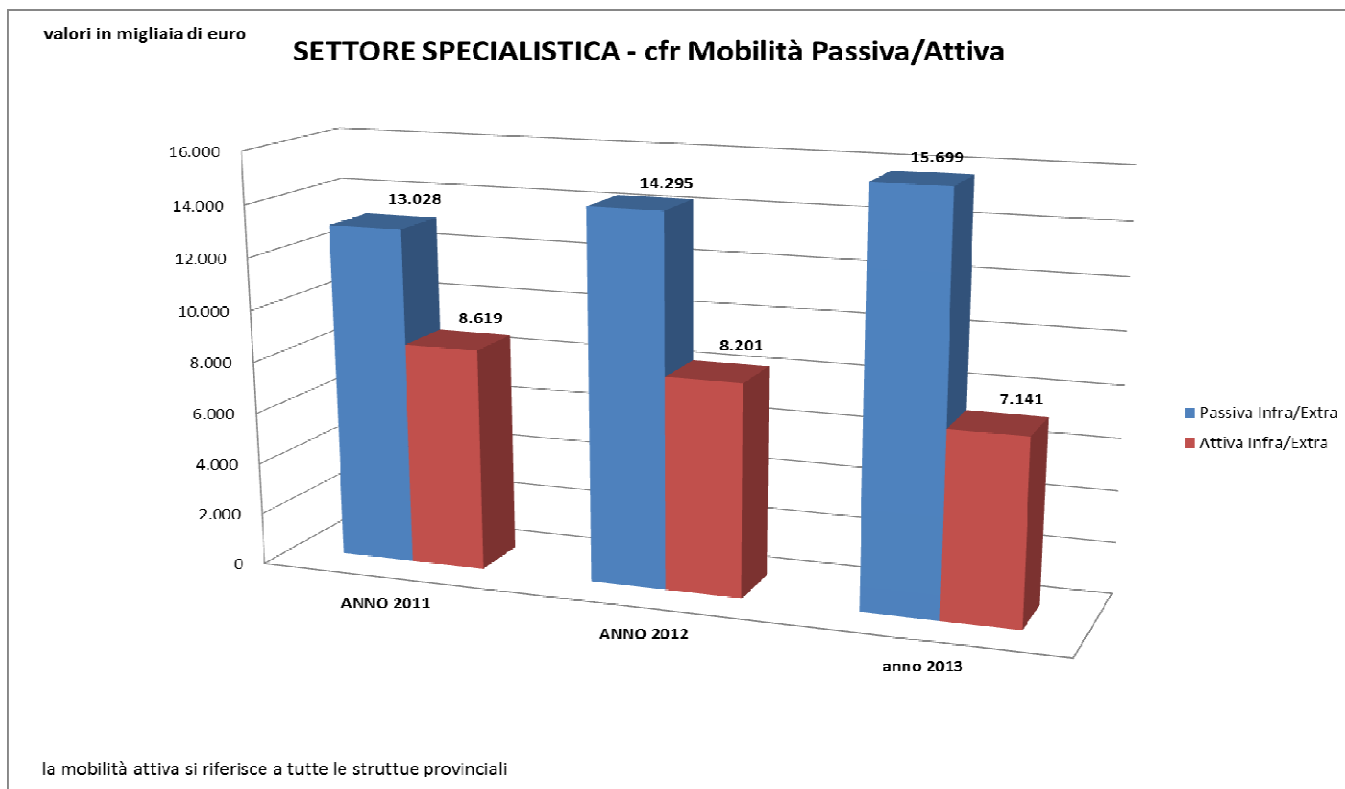
L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 vede un costante aumento della mobilità passiva sia infra che extra regionale nell'ordine del +9/+ 10% annuo.

Per la mobilità attiva che vedeva negli anni precedenti una sostanziale tenuta nella capacità di attrazione, per l'anno 2013 registra un decremento sia rispetto ai residenti di altre province della regione Emilia-Romagna (-15%), sia rispetto ai residenti di altre regioni dove il decremento è superiore al 19%.



Tab. 7 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore specialistica cresce nel triennio del 20%. Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 17%

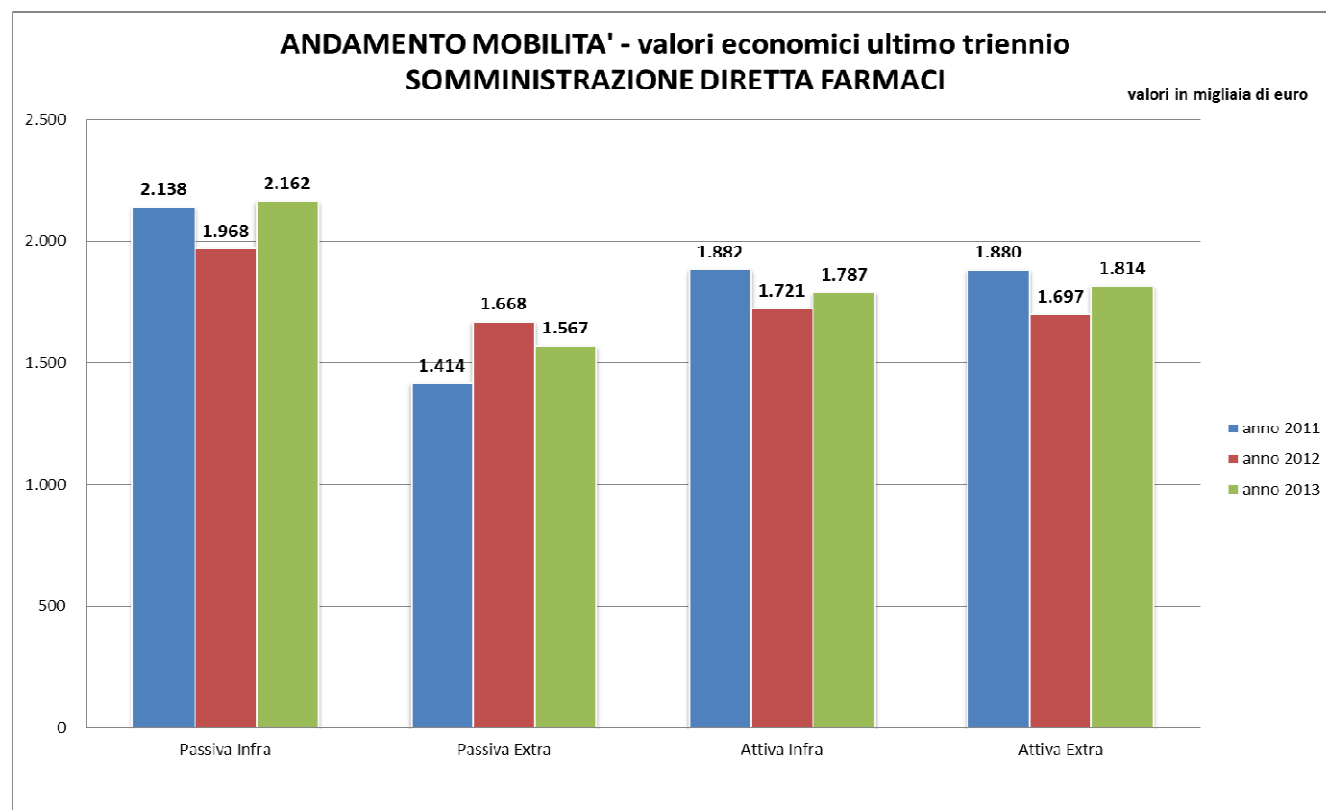


Settore Somministrazione Diretta Farmaci:

Tab. 8 – Andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013

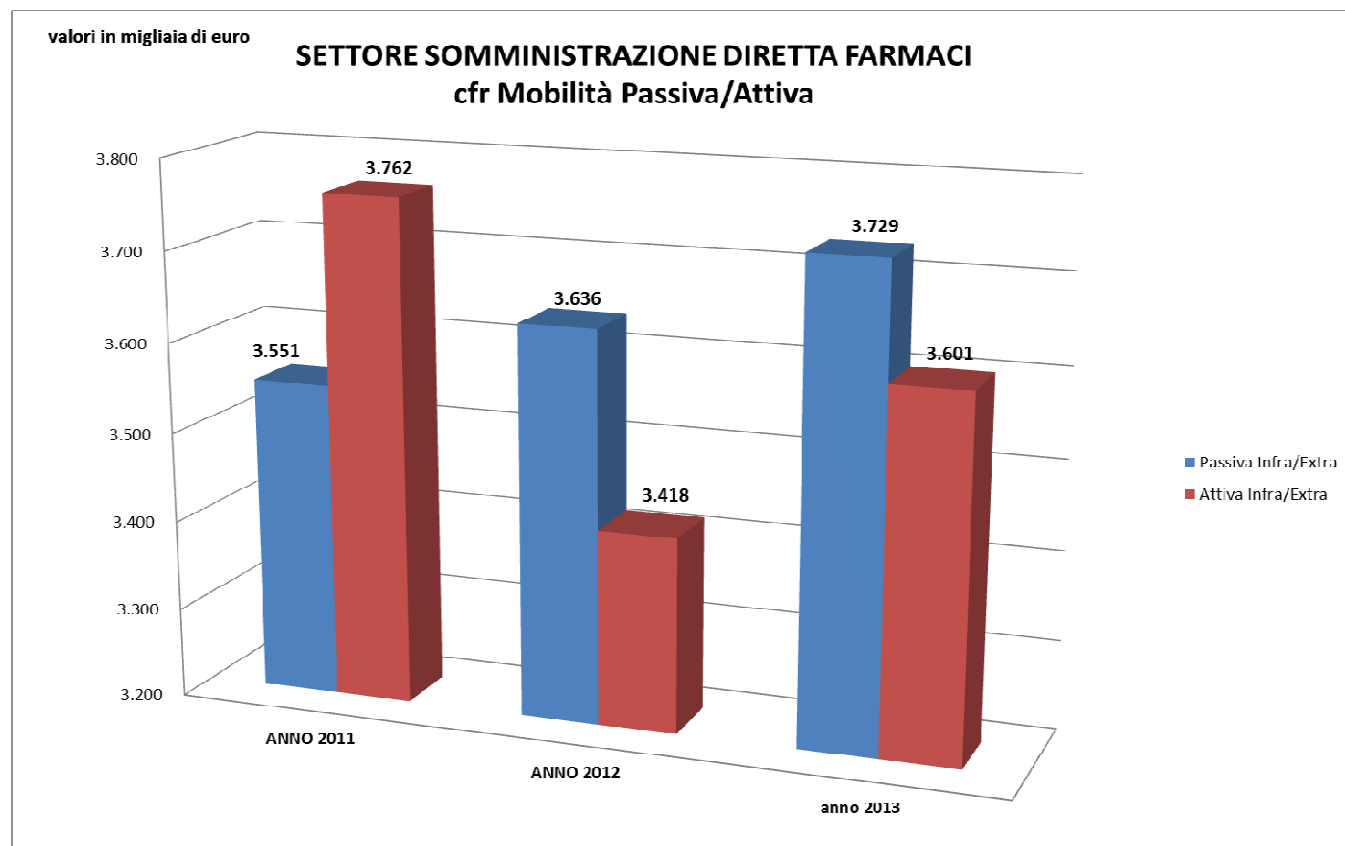
L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 – vede i valori della mobilità passiva infra regionale riportarsi ai valori dell'anno 2011. La mobilità passiva extra regionale, pur in incremento rispetto al triennio (+10,8) risulta comunque in calo del 6% sull'anno precedente.

La mobilità attiva sia infra che extra regionale, pur incrementando rispetto all'anno precedente, risulta in diminuzione nel triennio rispettivamente del -5% e -3,5%.



Tab. 9 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore somministrazione diretta farmaci cresce nel triennio del 5% e vede una diminuzione sulla mobilità attiva di ca. il 4%.

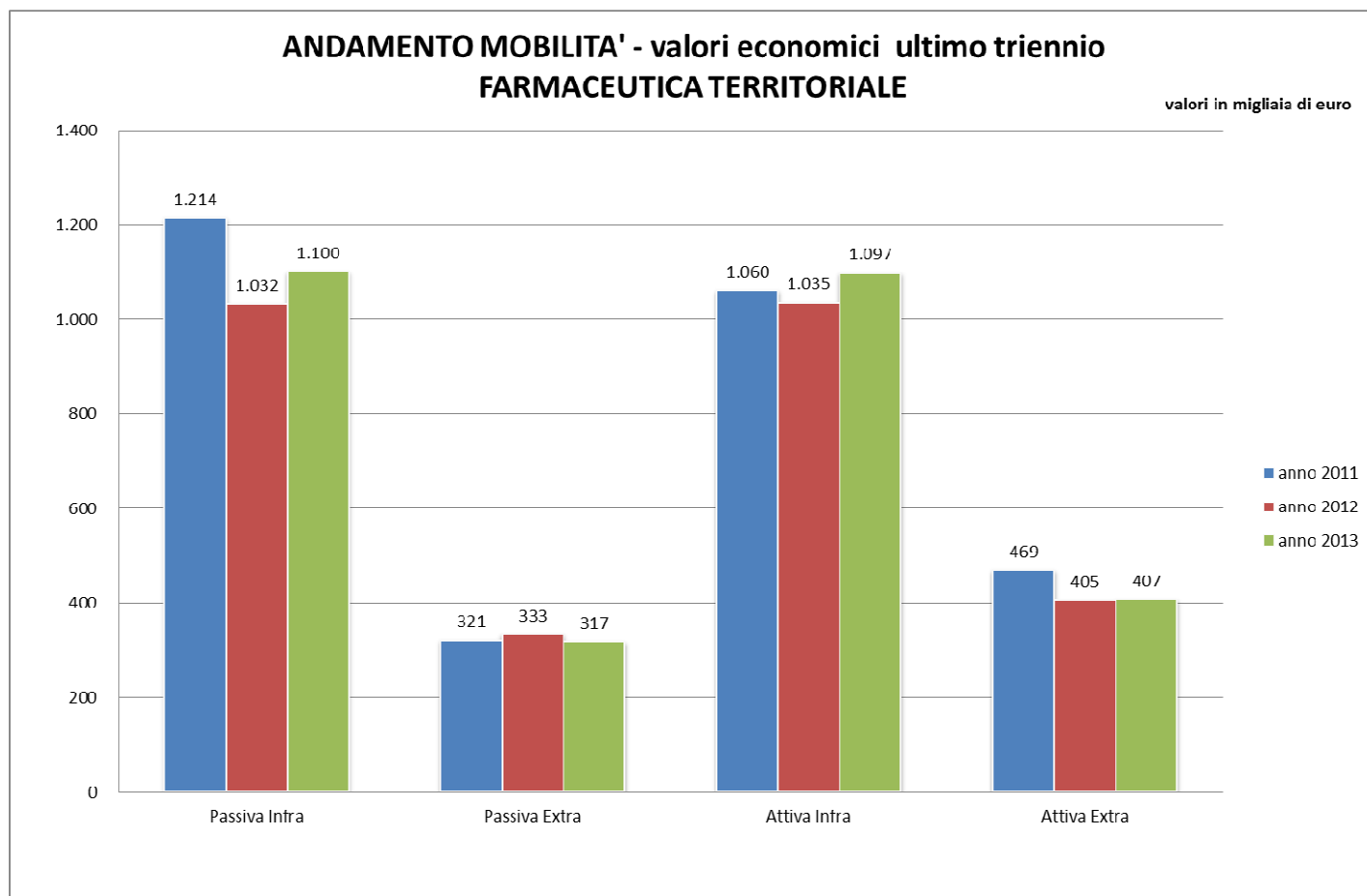


Settore Farmaceutica Territoriale:

Tab. 10 – Andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 –

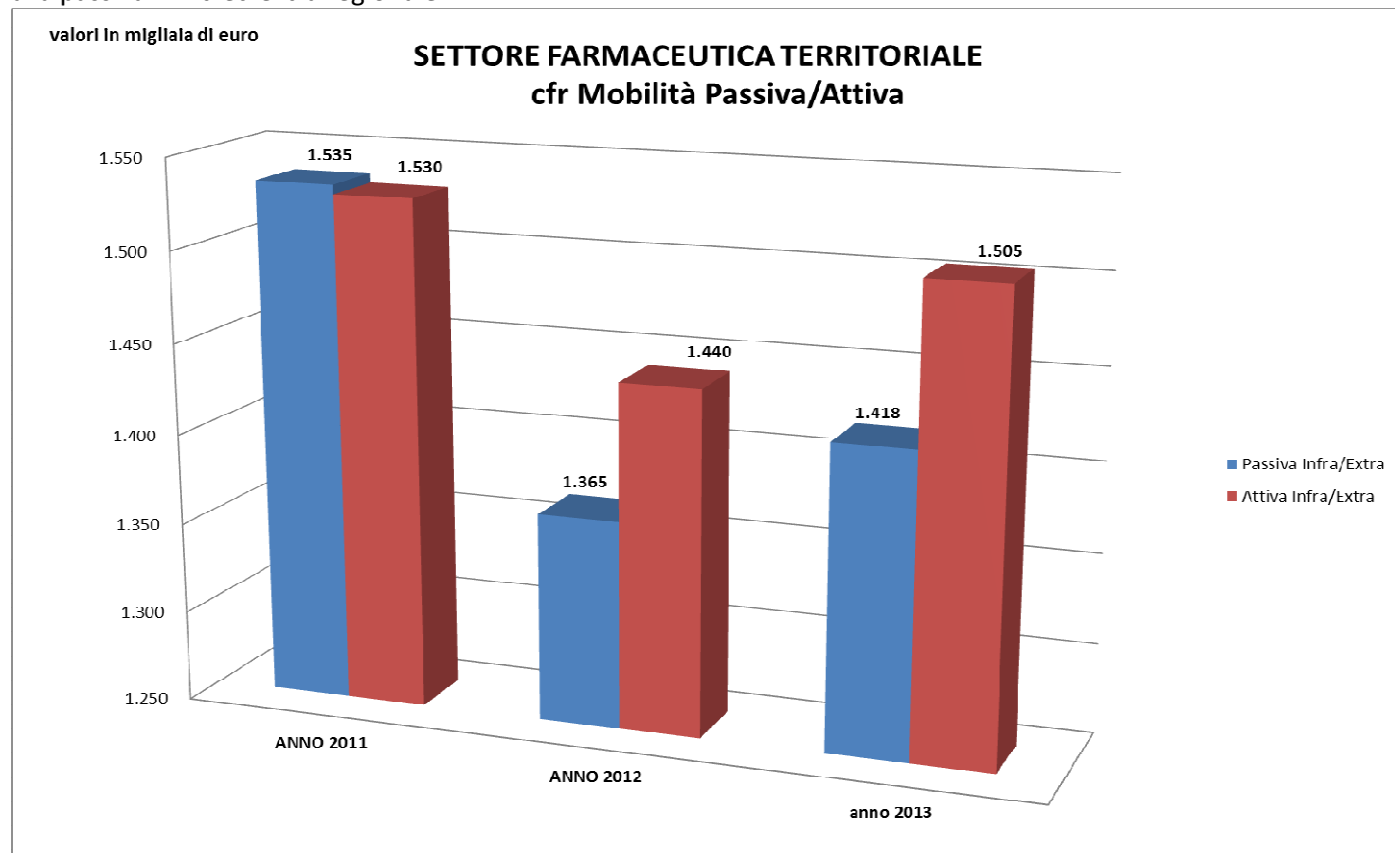
L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2011-2013 – vede una diminuzione dei valori economici di mobilità passiva infra regionale con -9,4% nel triennio e valori sostanzialmente costanti nella passiva extra regionale.

I valori economici della mobilità attiva indicano un incremento del 3,5% nella mobilità all'interno della regione, contrariamente alla mobilità extra regionale dove i valori risultano costanti.



Tab. 11 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 –

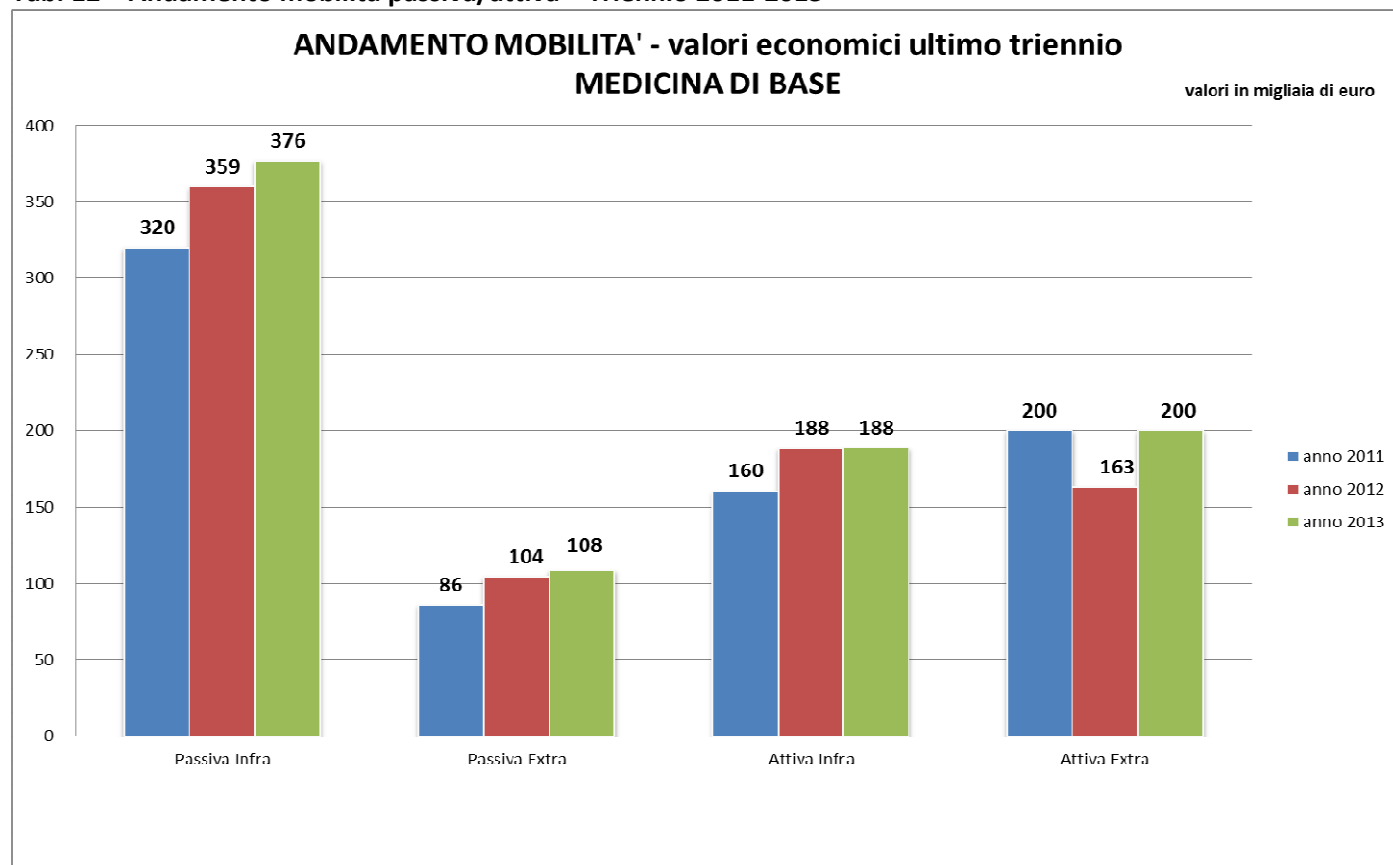
Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013 – pur nel decremento complessivo dei valori economici del settore della farmaceutica territoriale, risulta un saldo positivo della mobilità attiva 2013 rispetto alla passiva infra ed extra regionale



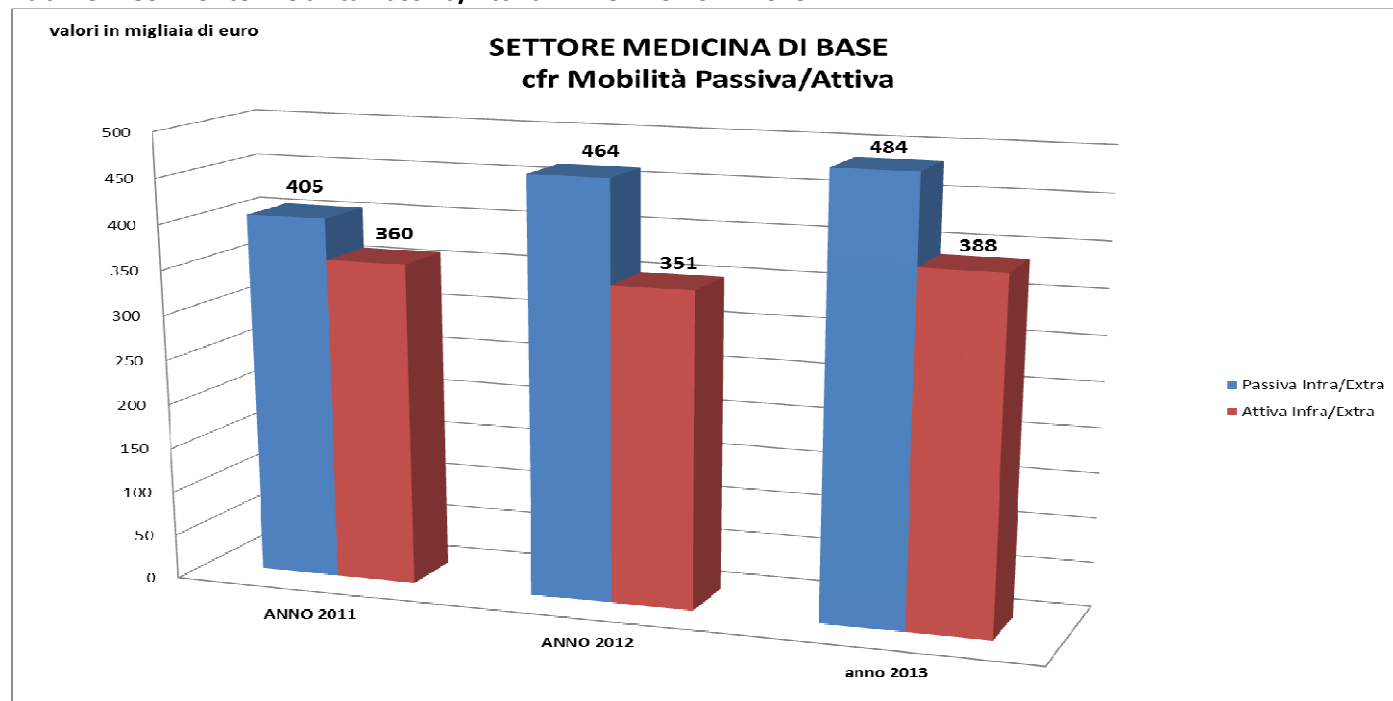
Si riportano inoltre i valori economici dei residui settori di mobilità sanitaria relativi alla Medicina di Base ed ai Trasporti in Ambulanza/Elisoccorso.

Settore Medicina di Base:

Tab. 12 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2011-2013

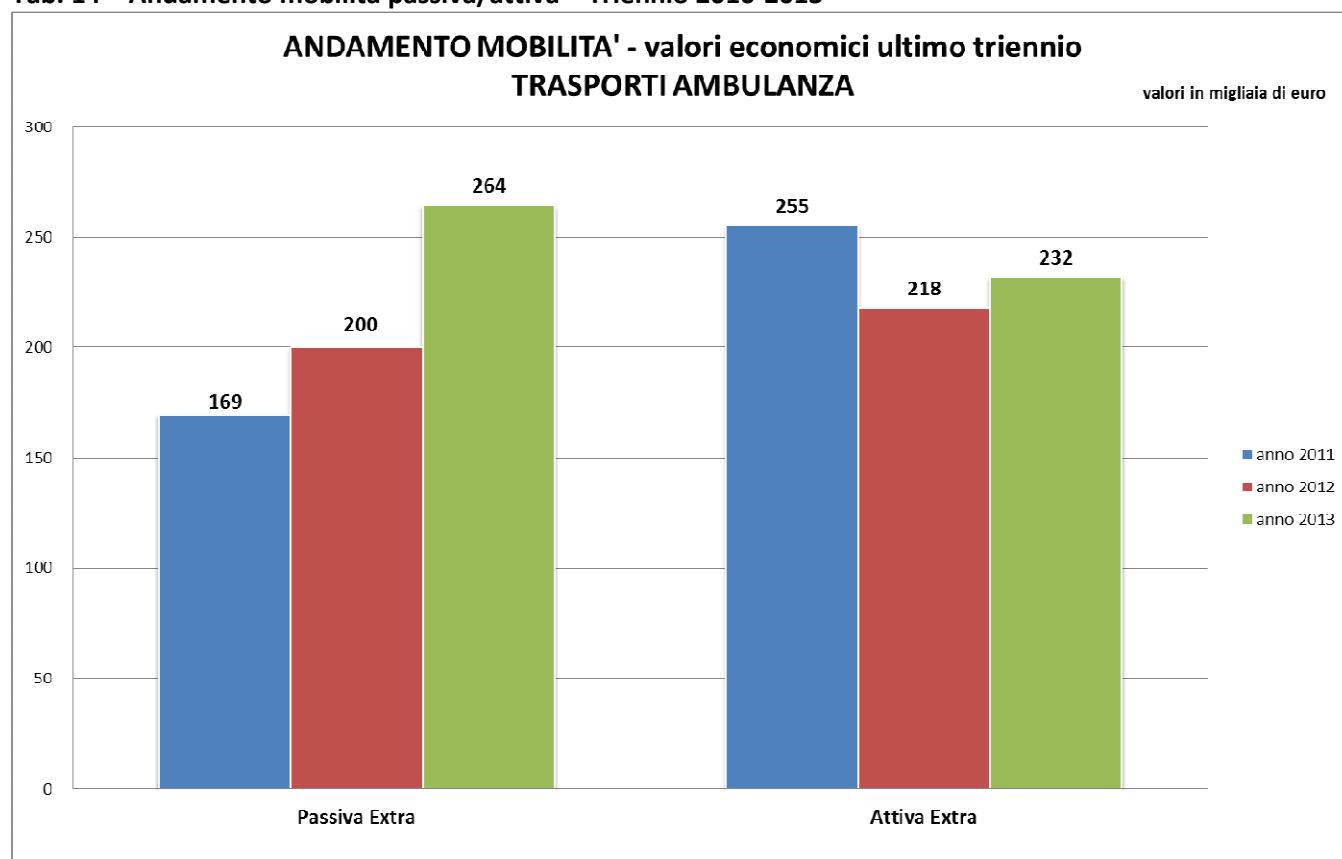


Tab. 13 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2011-2013

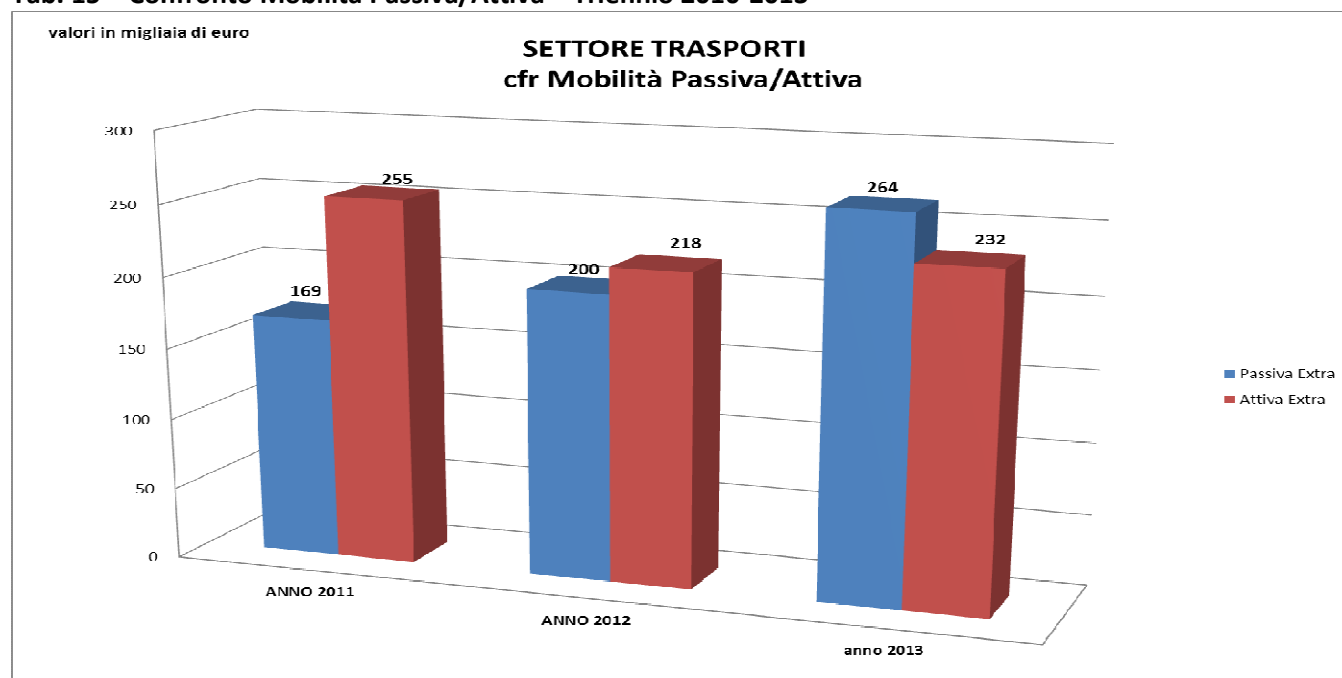


Settore Trasporti

Tab. 14 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2010-2013



Tab. 15 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2013



Azienda Ospedaliera Universitaria S. ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci - ANNI 2010-2013

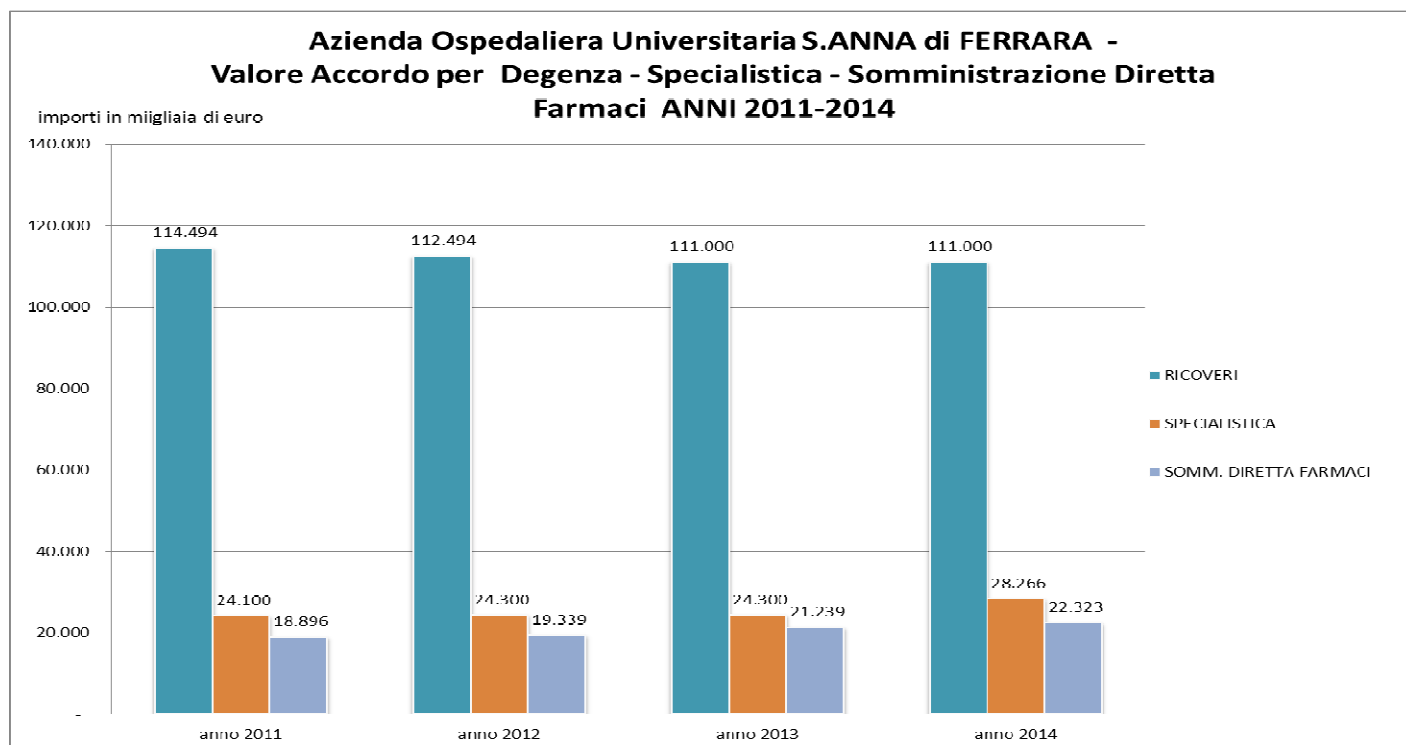
La sanità ferrarese deve far fronte a un contesto operativo condizionato da vincoli finanziari e da diminuzioni delle risorse, a causa dei recenti provvedimenti nazionali di contenimento e razionalizzazione della spesa (non ultima la spending review).

Alla luce di tali vincoli le due aziende sanitarie hanno concordato negli anni accordi di fornitura che pur nell'ottica del riconoscimento delle funzioni HUB e di eccellenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna, con l'adozione di nuove strategie che non comportassero riduzione dei livelli assistenziali, fossero comunque rivolte ad un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

La tabella che segue indica il valore degli accordi di fornitura stipulati nel corso degli ultimi anni, relativamente al settore ricoveri, specialistica e somministrazione diretta farmaci.

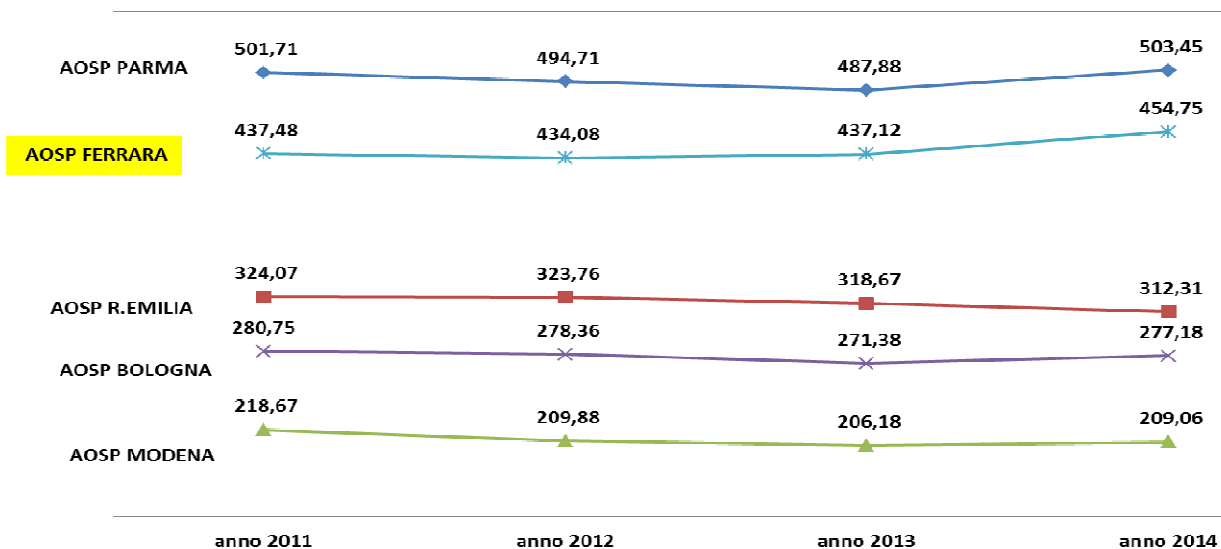
Azienda Ospedaliera Universitaria S.ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci ANNI 2011-2014				
	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014
RICOVERI	114.494	112.494	111.000	111.000
SPECIALISTICA	24.100	24.300	24.300	28.266
SOMM. DIRETTA FARMACI	18.896	19.339	21.239	22.323
TOTALE AOSPFE	157.490	156.133	156.539	161.589

Dall'anno 2014 il valore dell'accordo per il settore specialistica è incrementato in quanto ricomprende tutta quell'attività ambulatoriale precedentemente non compresa nell'accordo di fornitura ma regolata da numerosi distinti "accordi a latere".



L'indicatore teorico economico mostra il consumo teorico per residente delle risorse economiche messe a disposizione nell'accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera (ricoveri+degenze) comprensiva anche della somministrazione diretta di farmaci.

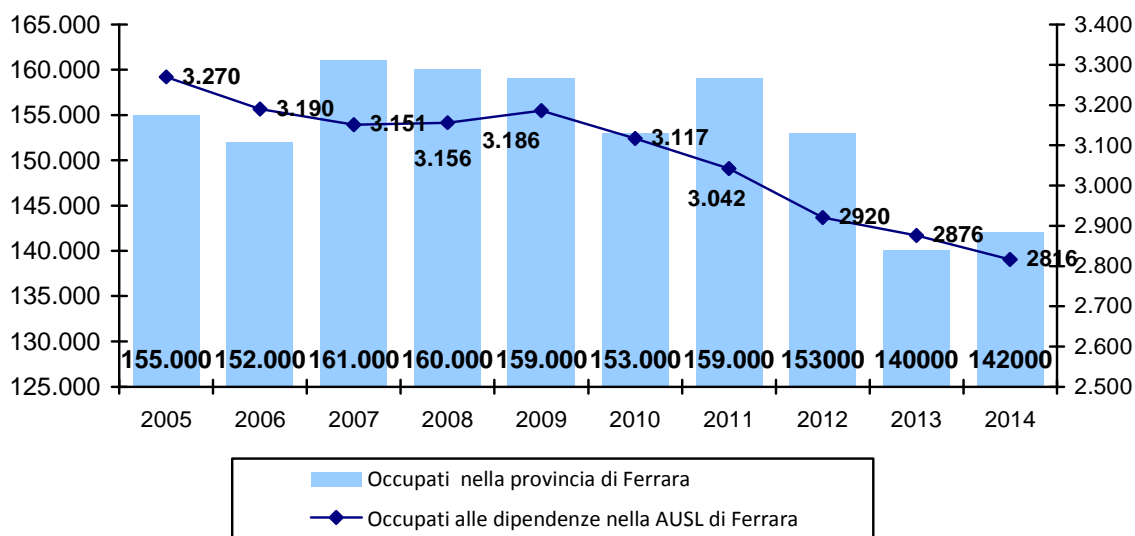
TREND 2011-2014 per AOSP - Indicatore Economico Teorico
 (accordo Ricoveri+Specialistica + SomministrazioneFarmaci/residenti)



dall'anno 2014 nell'Accordo AOSPFE per la specialistica, sono ricomprese attività per "ex accordi a latere"

Impatto sul contesto territoriale

Stato occupazionale



Fonte: elaborazione ufficio statistico della Provincia di Ferrara

Il grafico sopra riporta un confronto tra il numero degli occupati nel territorio provinciale e gli occupati (a tempo indeterminato e a tempo determinato) alle dipendenze dell'Azienda USL di Ferrara. Questi ultimi mostrano una diminuzione nel tempo dal 2005 al 2014 (-13,9%) con un andamento più marcato dal 2009 al 2014. In linea anche con il dato provinciale, che in particolare dal 2011 al 2013 registra un calo dell'occupazione totale del 12% con un valore in ripresa nel 2014 (+1,4%) attestandosi ad un valore di 142.000 occupati.

La Gestione ambientale nell'Azienda USL di Ferrara

Linea di progetto "SENSIBILIZZAZIONE ALLO SVILUPPO SOSTENIBILE"

All'interno della intranet aziendale è stata attivata una sezione dedicata al sistema gestione ambientale nella quale il gruppo aziendale fornisce a tutti i dipendenti informazioni utili su: gestione rifiuti, mobilità e ambiente.

Qui è possibile consultare sia i documenti amministrativi che le guide ed i vademecum utili per assumere comportamenti corretti per la salvaguardia dell'ambiente.

E' stato creato un indirizzo alias ambiente@ausl.fe.it collegato a tutte le mail dei componenti del gruppo SGA, al quale tutti i dipendenti possono far riferimento per richiesta di chiarimenti su procedure di smaltimento rifiuti o su altri argomenti inerenti la mission del gruppo.

Linea di progetto "GESTIONE AMBIENTALE"

La Gestione ambientale è ormai da anni una priorità per l'Azienda USL di Ferrara, che ha investito risorse e personale per monitorare e gestire il processo della gestione dei rifiuti, risparmio delle risorse energetiche e mobilità.

L'Azienda USL di Ferrara, con delibera del Direttore Generale n. 171 del 30.4.2008 ad oggetto: "Costituzione del Sistema di Gestione Ambientale Aziendale", ha nominato un gruppo permanente i cui componenti, appartenenti alle varie articolazioni aziendali, hanno il compito di occuparsi della gestione ambientale al fine di ridurre al minimo gli impatti negativi del sistema sanitario sull'ambiente in termine di produzione di rifiuti, utilizzo di risorse naturali (es. energia, acqua), emissione di sostanze inquinanti (es: per il riscaldamento, per i trasporti), mobilità sostenibile.

La Delibera n. 148 del 19 Maggio 2014 (*Oggetto: Sistema di gestione Ambientale*

Aziendale – Sostituzione Componenti Gruppo di Coordinamento) ha previsto i seguenti componenti:

Presidio Unico Ospedaliero - COORDINATORE DEL GRUPPO PERMANENTE: per gli aspetti igienico-sanitari di tutela dei pazienti e dei visitatori in ambito ospedaliero e in considerazione del fatto che la maggior parte dei rifiuti sanitari sono prodotti negli stabilimenti ospedalieri;

Dipartimento Attività Tecniche e Patrimoniali: per gli aspetti impiantistici ed edilizi, nonché per le tematiche ambientali connesse all'acquisto e all'utilizzo delle apparecchiature, ad attività di vigilanza in tutti i presidi aziendali e supporto alla gestione della rete integrata con ex municipalizzate per la raccolta dei rifiuti urbani;

Dipartimento Attività Tecniche e Patrimoniali: O.T. Videoterminalista- del Dip.to Attività Tecnico-Patrimoniali e Tecnologiche, per adempiere alle necessità di natura amministrativa ed informatica

Dipartimento di Sanità Pubblica : per l'integrazione dei controlli sugli aspetti di igiene e sicurezza del lavoro svolti dallo stesso Dipartimento con quelli svolti dal gruppo permanente sull'organizzazione per la gestione dei rifiuti;

Dipartimento Interaziendale Acquisti, Contratti e Logistica Economale: per gli aspetti contrattualistici e per l'acquisto di materiale economale, nonché per le tematiche ambientali connesse all'acquisto e all'utilizzo delle apparecchiature;

Direzione Infermieristica e Tecnica: per gli impatti sull'organizzazione dei servizi assistenziali;

Ufficio Stampa e della Comunicazione: al fine di far conoscere, promuovere e rendere visibili, all'interno e all'esterno dell'Azienda, le attività che il gruppo Sistema Gestione Ambientale svolge, anche alla luce degli eventi, delle iniziative e dei progetti che il gruppo stesso, congiuntamente con la Regione Emilia-Romagna, è periodicamente impegnato a realizzare.

Finalità e obiettivi del Gruppo di lavoro Sistema gestione Ambientale

- Individuare nell'ambito aziendale eventuali criticità
- Individuare funzioni e responsabilità per le soluzioni delle sopradette criticità
- Definire un sistema di controlli integrati fra le varie macro articolazioni aziendali
- Definire i risultati attesi e gli opportuni indicatori
- Proporre azioni di miglioramento continuo e di revisione periodica del sistema
- Definire proposte strategiche inerenti a:
 - Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori
 - Verifica di efficacia dell'applicazione delle procedure aziendali

- Verifica quali-quantitativa della gestione dei rifiuti prodotti e dei costi di gestione sostenuti; dell'utilizzo di risorse naturali e relativi costi sostenuti, del controllo delle emissioni inquinanti e relative azioni intraprese
- Revisione periodica del Sistema di gestione Ambientale

Come negli anni precedenti, anche nel 2014 il Gruppo Sistema Gestione Ambientale ha continuato a sostenere l'Azienda USL nel perseguimento degli obiettivi inseriti all'interno delle Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, in linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

In particolare sono stati organizzati i corsi formativi "La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti" e "La gestione dei rifiuti sanitari".

Il Corso formativo "**La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti**" si rivolgeva agli operatori addetti alla tenuta del registro e aveva come obiettivo quello di fornire gli strumenti necessari affinché la tenuta della documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti avvenga secondo le modalità indicate nella normativa vigente.

Tale Corso, di n. 4 edizioni (svoltosi fra il 18 e il 27 Marzo 2014), ha visto la partecipazione complessiva di n. 48 dipendenti (su n. 60 potenziali) e ha trattato i seguenti argomenti:

- Adempimenti amministrativi di una struttura sanitaria nell'ambito della gestione dei rifiuti
- Aspetti normativi
- La documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti: registro di carico e scarico, formulario di identificazione rifiuto, modello unico di dichiarazione ambientale (MUD)
- Casi pratici di compilazione

Il Corso formativo "**La gestione dei rifiuti sanitari**" si rivolgeva a tutti i dipendenti e aveva come obiettivo quello di diffondere la nuova Procedura "La gestione dei rifiuti". Tale Corso, di n. 8 edizioni (svoltosi fra il 9 e il 22 Ottobre 2014), ha visto la partecipazione complessiva di n. 307 dipendenti (quindi oltre il 10% dei dipendenti) e ha trattato i seguenti argomenti:

- La corretta gestione dei rifiuti come previsto dalle normative vigenti e dalla procedura aziendale
- Differenziare, raccogliere e imballare in maniera corretta le varie tipologie di rifiuto prodotte all'interno delle unità operative nel rispetto dei criteri di sicurezza

Linea di progetto "RIFIUTI SANITARI"

Si descrive di seguito cosa è stato fatto nel corso del 2014 da parte del Gruppo di lavoro "Sistema Gestione Ambientale" in tema di gestione rifiuti.

- **Programma AEM CUP 2000**

Si è provveduto all'inserimento, nel Programma AEM CUP 2000, dei dati identificativi di tutti i rifiuti prodotti dall'AUSL.

- **Procedura Gestione Rifiuti**

E' stata rivista la Procedura del 2006 ed è stata realizzata una nuova versione della Procedura "La gestione dei rifiuti" coinvolgendo tutte le Macrostrutture coinvolte nella gestione dei rifiuti, i gestori dei rifiuti urbani e la Ditta deputata alla gestione dei rifiuti speciali.

- **Aspiraliquidi**

Prosegue l'uso delle macchine aspira liquidi (concesse dalla Ditta Team Ambiente in comodato d'uso gratuito) da parte delle UU.OO. di Chirurgia/Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento con riduzione dei costi delle sacche di svuotamento e della produzione dei rifiuti infettivi.

- **Accordi raccolta differenziata**

E' stato rinnovato l'accordo con Area e quello con SOELIA.

- **Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania**

Continua la collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e la ONG Nexus Emilia-Romagna al *“Progetto per la gestione dei rifiuti ospedalieri nei governatorati del sud della Cisgiordania”* già avviata nel 2011, nell’ambito del programma *Palestinian Municipal Support Programm* della Cooperazione Italiana.






Si descrive l'andamento della produzione di rifiuti sanitari secondo lo schema:







N°	CER	Descrizione	Quantità (Kg)						Costi IVA inclusa (€)					
			2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009	2010	2011	2012	2013	2014
									858.617	802.216	753.316	688.093	661.847	561.805
1	18.01.03* 18.02.02*	Rifiuti pericolosi a rischio infettivo	379.627	353.953	273.615	265.279	231.843	234.972						
2	180108 180109*	Rifiuti pericolosi che richiedono particolari modalità di gestione (farmaci)	4.557	4.319	3.729	4.147	4.984	3.455						
3	Tutti i CER di rifiuti pericolosi non compresi nelle righe precedenti	Altri rifiuti pericolosi	6.963	7.723	3.078	4.017	4.781	6.649						
4	190814 200304 200306	Fanghi	39.850	54.800	39.770	49.140	30.400	Non noto		60.292	48.679	52.841	35.087	16.000
5	150101 150102 150103 150104 150107 160604 160605 170202 170203 170403 170405 200101 200102 200108 200125 200140 200201	Rifiuti non pericolosi avviati a recupero e raccolte differenziate	2.477	81.370	66.810	76.120	78.559	9.690 ¹						
6	Tutti i CER di rifiuti non pericolosi non compresi alle righe precedenti	Altri rifiuti speciali non pericolosi	60.595	64.603	36.716	41.171	61.290	57.512						

1. Il dato non comprende la produzione dei rifiuti in vetro (CER 150107) la cui gestione nel 2014 è passata al gestore del servizio pubblico di raccolta.

Si descrivono, in particolare le raccolte differenziate avviate (vedi riga 5 della precedente tabella), secondo lo schema riportato nella seguente tabella:

Codice colore

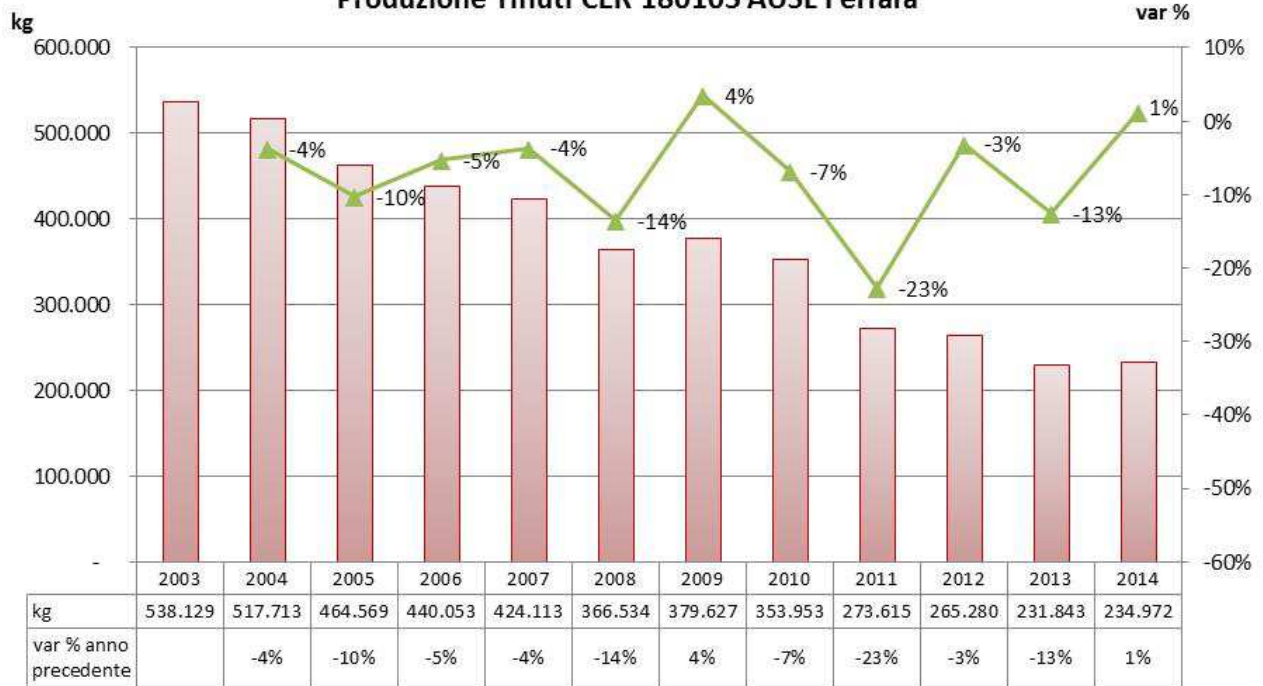
	Prodotto, ma non raccolto in modo differenziato
	Raccolto in parte dell'Azienda (specificare nelle note) e gestito come rifiuto urbano
	Raccolto in tutta l'Azienda e gestito come rifiuto urbano
	Raccolto come rifiuto speciale (specificare CER nelle note)
	Esternalizzato

Frazione rifiuto	Kg e codice colore*	Note
Rifiuti da cucine e mense e altri rifiuti alimentari		
Vetro bianco		
Vetro colorato/misto		
Carta/cartone		
Plastica		
Metalli		
Legno		
Materiali ingombranti		
Rifiuti di giardinaggio e manutenzione aree verdi		
Oli e grassi commestibili		Non prodotto
Pile		
Rifiuto sterilizzato		Non prodotto
Altro (specificare)		

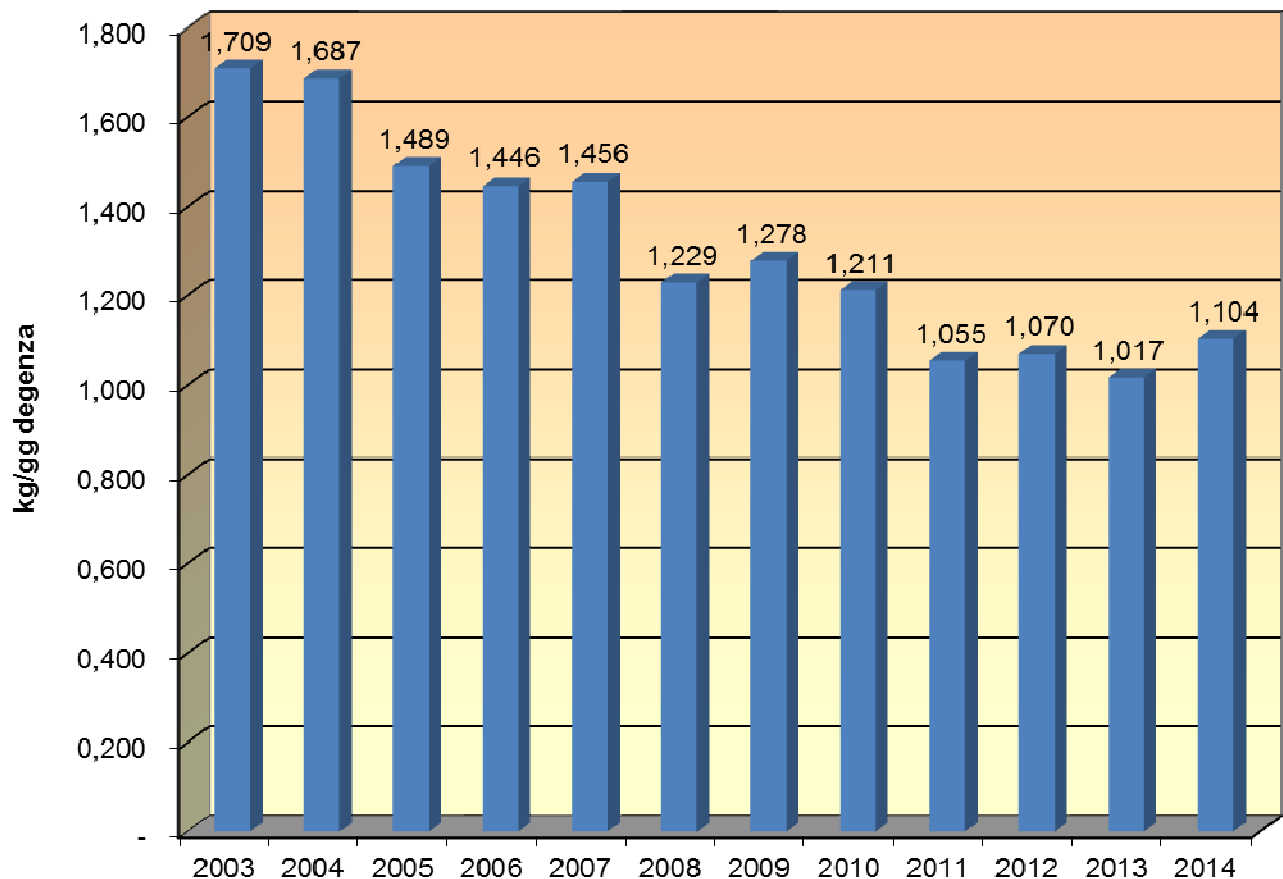
Si analizza di seguito l'andamento dell'indicatore di produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo

Anno	Posti letto	Giornate di degenza (DO+DH)	Kg 18.01.03*	Kg/GD	Kg/PLg	Variaz. Kg/GD
2009	751	297.088	379.627	1,278	1,38	
2010	753	292.177	353.953	1,211	1,29	- 0,07
2011	753	259.384	273.615	1,055	1,00	- 0,16
2012	721	247.883	265.279	1,070	1,01	+ 0,02
2013	600	227.971	231.843	1,017	1,06	- 0,05
2014	518	212.843	234.972	1,104	1,24	+ 0,09
Media				1,123	1,163	
Mediana				1,087	1,151	

Produzione rifiuti CER 180103 AUSL Ferrara



Produzione specifica rifiuti CER 180103 AUSL Ferrara



Linea di Progetto “MOBILITA’ SOSTENIBILE”

Si è collaborato con la Regione per la predisposizione di tabelle per la rilevazione del parco auto aziendale. Si è provveduto all’inserimento, nel Programma AEM CUP 2000, dei dati identificativi di ciascuna auto (targa, anno di immatricolazione, classificazione, tipologia, sede, dipartimento di assegnazione, marca, modello, cilindrata, alimentazione, titolo di possesso e potenza motore) e dei dati relativi all’utilizzo nel corso dell’anno 2014 (km percorsi nell’anno della rilevazione e km totali di ogni veicolo, consumo di carburante di ogni veicolo - importo e quantità – diviso per tipologia di carburante, ambito prevalente di spostamento, costi di gestione di tipo amministrativo quali assicurazione e tasse automobilistiche, descrizione del contratto di manutenzione e relativo costo, costi di acquisto e modalità).

La rilevazione svolta dal settore automezzi gestito dal Dipartimento Tecnico è strumento del programma di gestione della flotta aziendale, che prevede il graduale rinnovo del parco auto con l’acquisizione di automezzi ecocompatibili.

La gestione della flotta aziendale è parte del progetto più complessivo di risparmio energetico nel quale l’Azienda è fortemente impegnata e consente processi di razionalizzazione dei mezzi sottoutilizzati, nonché di dismissione degli automezzi obsoleti.

E’ stato attivato il sistema di geolocalizzazione del parco automezzi aziendale, “Nuvola “, abbinandolo ad un applicativo gestionale per il controllo manutentivo ed amministrativo delle auto, secondo accordi con le OO.SS. e nel rispetto delle norme sulla privacy. Tale sistema consente di verificare sia il consumo sia le attività manutentive delle auto (di proprietà e a noleggio), fornendo la reportistica dei dati di utilizzo per ciascuna auto e quindi sostenendo l’aggiornamento della programmazione periodica del rinnovo del parco auto aziendale con dati reali nell’ottica di una migliore e più sostenibile mobilità dei servizi utilizzatori .

Nel Dicembre 2014 è partita la campagna di sensibilizzazione e informazione dei dipendenti sulla rilevazione degli spostamenti casa-lavoro e la compilazione del questionario da parte dei dipendenti con supporto alla compilazione da parte dei Mobility Manager.

Linea di Progetto “RISPARMIO ENERGETICO”

Nell’anno 2014 è stato aggiudicato da parte di Intercent-ER l’appalto relativo al nuovo multiservizio per l’Azienda USL di Ferrara che sarà valido per i prossimi nove anni.

All’interno dell’offerta è stato presentato un elenco di progetti finalizzati al risparmio energetico (impianti solari termici, impianti di cogenerazione, installazione inverter su UTA, sostituzione gruppi refrigeratori, ecc.).

Livelli Essenziali di Assistenza

Gli impieghi delle risorse economiche

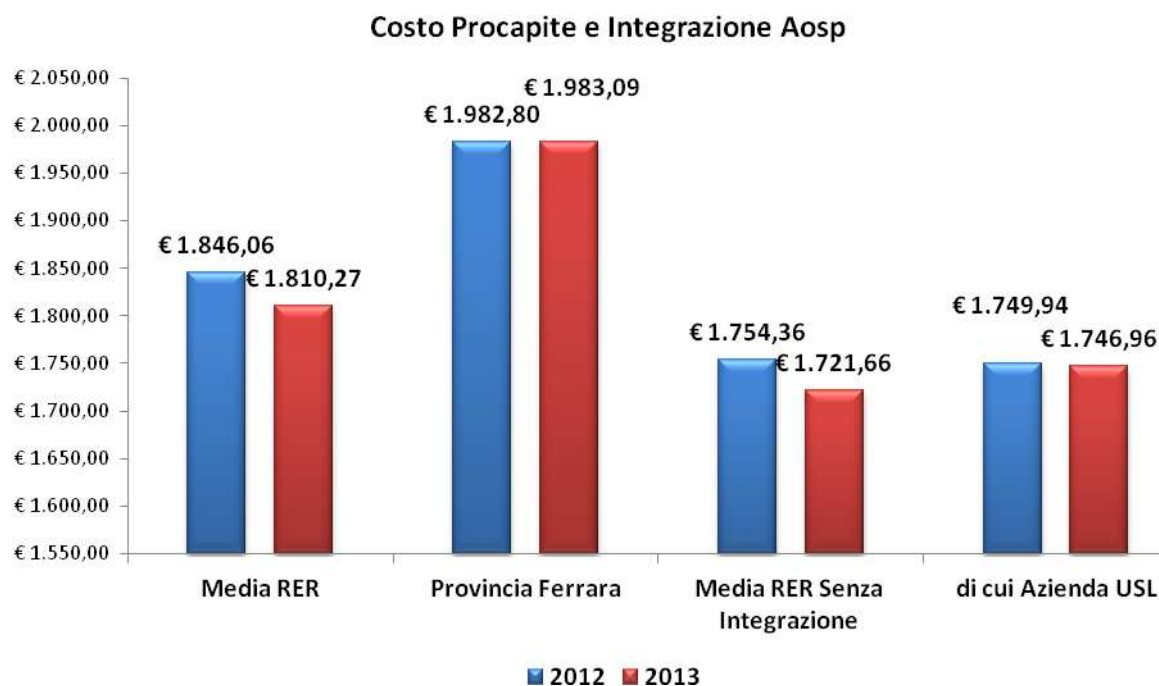
Costo pro-capite ponderato

Per motivi legati alle tempistiche di elaborazione dei dati delle Aziende e della Regione i valori del costo procapite sono sempre relativi all'anno precedente rispetto a quello di riferimento per il bilancio di missione. Il costo pro-capite evidenzia il rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento, ovvero quante risorse vengono impiegate per garantire l'assistenza nel territorio di ciascuna provincia, tenuto conto sia dell'Azienda Sanitaria Territoriale che dell'Azienda Ospedaliera.

Ponderando la popolazione di riferimento, sulla base della composizione per età, è possibile mettere a confronto tale indicatore tra le diverse provincie della Regione, rilevando le situazioni ove quest'ultimo assume valori al di sopra della media regionale.

Il costo medio pro capite sostenuto dalle Provincie per garantire i livelli di assistenza presenta differenze fra i diversi contesti provinciali. A livello regionale tutte le Province hanno un costo pro-capite inferiore alla media regionale tranne Ferrara, Bologna e Imola.

Tali maggiori costi per Livelli di Assistenza trovano prevalentemente motivazione in ragioni di carattere epidemiologico, ma in parte sono conseguenti ad una dotazione più capillare e/o ridondante dei servizi alla popolazione rispetto alla media regionale, ad aree di inappropriata e a differenze nei costi di produzione dei servizi e delle prestazioni erogati all'utenza.



La spesa procapite della provincia di Ferrara nel 2013 è pari a 1.983,09 euro (+0,36% rispetto al 2012) contro una media regionale di 1.810,27 (-1,92% rispetto al 2012). Tale risultato è l'effetto:

- di una diminuzione della popolazione di 0,24%;
- di una diminuzione dei costi aziendali per i propri residenti di 2,432 milioni di euro pari a 0,36%;
- dell'aumento della quota di integrazione delle Aziende ospedaliere e di trauma center/grandi ustionati di 0,763 milioni di euro pari 0,85%.

L'aumento della quota di integrazione delle aziende ospedaliere (differenza tra costi di produzione e valore economico dell'accordo stipulato con le aziende USL) si è registrato a partire dal biennio 2012-2013, a seguito della crescita dei costi connessi all'apertura del Nuovo Ospedale di Cona, determinatisi a partire

dal secondo semestre 2012, i cui effetti si sono trascinati anche nel corso del 2013. I costi di funzionamento di un nuovo Ospedale non sono paragonabili a quelli di una "struttura consolidata". Ne è prova il fatto che il costo procapite per la sola Azienda USL, senza considerare i maggiori costi strutturali per il nuovo ospedale, calcolato in base alla produzione resa, risulta essere pari a 1.746,96 euro. Tale valore è in riduzione rispetto al medesimo calcolato per il 2012 (-0,17%). Va inoltre rilevato che la popolazione pesata di riferimento ha subito un'ulteriore diminuzione (-911 persone), unica provincia della Regione, penalizzando pertanto il calcolo di questo indicatore.

La tabella seguente mette a confronto i valori provinciali con i valori complessivi regionali, in particolare ordinando i dati in rapporto all'entità della variazione rispetto alla media RER.

		2012			2013			2013 vs 2012		
		costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	Costo procapite (€)	%
Integrazione costi da AOSP *	Fe	89.233	383.217	232,85	90.272	382.306	236,12	1.039	3,27	1,41%
	RER	408.918	4.459.246	91,70	396.169	4.471.104	88,61	-12.749	-3,09	-3,37%
SALUTE MENTALE	Fe	26.853	383.217	70,07	27.124,00	382.306	70,95	271	0,88	1,25%
	RER	304.326	4.459.246	68,25	301.393,00	4.471.104	67,41	-2.933	-0,84	-1,23%
PREVENZIONE	Fe	23.270	383.217	60,72	22.951	382.306	60,03	-319	-0,69	-1,14%
	RER	253.037	4.459.246	56,74	244.983	4.471.104	54,79	-8.054	-1,95	-3,44%
EMERGENZA EXTRA OSP.	Fe	15.362	383.217	40,09	17.603	382.306	46,04	2.241	5,96	14,86%
	RER	153.165	4.459.246	34,35	155.476	4.471.104	34,77	2.311	0,43	1,24%
Degenza e specialistica senza integrazione costi delle AOSP	Fe	376.104	383.217	981,44	371.425	382.306	971,54	-4.679	-9,90	-1,01%
	RER	4.353.762	4.459.246	976,34	4.244.568	4.471.104	949,33	-109.194	-27,01	-2,77%
DISTRETTO altro	Fe	229.019	383.217	597,62	228.771	382.306	598,40	-248	0,78	0,13%
	RER	2.758.823	4.459.246	618,67	2.751.316	4.471.104	615,35	-7.507	-3,32	-0,54%
TOTALE COSTO PROCAPITE	Fe	759.841	383.217	1.982,80	758.146	382.306	1.983,09	-1.695	0,29	0,01%
	RER	8.232.031	4.459.246	1.846,06	8.093.905	4.471.104	1.810,27	-138.126	-35,79	-1,94%
TOTALE senza integrazione costi da AOSP	Fe	670.608	383.217	1.749,94	667.874	382.306	1.746,96	-2.734	-2,98	-0,17%
	RER	7.823.113	4.459.246	1.754,36	7.697.736	4.471.104	1.721,66	-125.377	-32,69	-1,86%

* l'integrazione costi da AOSP è rappresentato dalla differenza tra costi di produzione delle Aziende Ospedaliere e valore economico dell'accordo stipulato con le AUSL

La situazione del 2013, limitatamente alla parte riferibile alla sola Azienda Territoriale senza l'integrazione a carico dell'Azienda Ospedaliera, vede livelli di costo procapite ancora lievemente al di sopra dei valori medi regionali per le seguenti aree assistenziali:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Distretto per :Farmaceutica, Salute Mentale Adulti e Neuropsichiatria, Emergenza Extraospedaliera e Ass.za Ai Disabili
- Degenza e specialistica

In queste aree saranno sviluppate le azioni 2014-2015 previste dal piano di sostenibilità.

Le ragioni sottostanti ai maggiori livelli di costo sono riconducibili molto sinteticamente ai seguenti motivi:

- I livelli di costo dell'assistenza sanitaria collettiva sono più alti della media regionale per le aree dell'igiene pubblica e la tutela della salute negli ambienti di lavoro, mentre sono al di sotto della media per ciò che attiene l'assistenza veterinaria. La diminuzione dei costi di livello (-1.37% rispetto il 2012) non sono purtroppo stati sufficienti a diminuire il gap rispetto alla media regionale.
- L'assistenza farmaceutica convenzionata presenta anche per il 2013 livelli di costo al di sopra della media regionale, principalmente per effetto dell'alto numero di ricette pro capite.
- I costi della salute mentale sono al di sopra del livello medio regionale per ciò che attiene il settore adulti e la neuropsichiatria infantile mentre sono al di sotto del livello medio nell'area delle Dipendenze patologiche. Per entrambe le aree sopra media il costo fattore umano è particolarmente consistente: da ciò ne consegue che le strategie di approccio al problema sono da indirizzare verso le revisioni organizzative delle sedi di erogazione (riducendole anche nel numero) e l'integrazione delle professionalità, evitando così inutili duplicazioni. Il 2013 ha visto una riduzione dei costi per l'area della Salute Mentale (-2,13%) parzialmente vanificata dalla riduzione della popolazione target (-

1,36%) e un incremento dei costi per l'area della Neuropsichiatria (+12,79%) a cui è corrisposta un aumento della popolazione target (+0,43%).

- L'area dell'emergenza extraospedaliera è più alta della media RER, ma la valutazione complessiva del servizio di emergenza territoriale con il pronto soccorso, rileva una riduzione dei costi, grazie alla intensa attività di riorganizzazione che ha interessato quest'area.
- Gli alti livelli di costo per la degenza e specialistica risentono della capillarizzazione delle strutture di offerta e dalla forte componente della mobilità passiva extra regionale, che penalizza questo livello assistenziale. La Provincia Ferrarese, da sempre, si è caratterizzata per la numerosità delle strutture ospedaliere rispetto alla quale, da tempo, è stata impostata ed attuata una programmazione volta alla loro riduzione o conversione. Va detto che il 2013 risente da un lato del trascinarsi del trasferimento dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo edificio a Cona con conseguenti pesanti ricadute economiche in termini di costi di avviamento e dall'altro del calo della popolazione target.

Coerentemente con quanto sopra il Piano di Sostenibilità 2014-2015 continua nelle azioni iniziate già nel corso del 2013, ovvero:

- Nelle aree della Salute Mentale e della Sanità Pubblica si sta procedendo alla riorganizzazione e accorpamento delle sedi fisiche. L'organizzazione della Sanità Pubblica in particolare, viene sempre di più integrata nell'ambito di percorsi condivisi con il Dipartimento di Cure Primarie realizzando, in tal modo, economie nell'utilizzo delle professionalità
- Nelle aree della Degenza e Specialistica trovano riscontro i piani di riconversione dei Posti letto Ospedalieri in Posti letto Distrettuali di tipologia post-acuzie ad indirizzo riabilitativo estensivo (strutture OSCO). Sul fronte dell'assistenza specialistica l'Azienda ha elaborato un Piano Provinciale interaziendale che, unitamente alla riduzione dei tempi di attesa, consentirà di evitare duplicazioni nell'offerta.
- Il governo della spesa farmaceutica si è caratterizzato per un approccio di tipo interaziendale al problema degli elevati costi definendo una serie di obiettivi al perseguimento dei quali sono impegnati sia Medici del Territorio, sia Medici dell'Azienda Ospedaliera. Una delle leve più strategicamente rilevanti all'ottenimento della riduzione nei consumi è quella di agire sui fenomeni induttori di alti livelli di prescrizione, in particolare nelle aree caratterizzate da farmaci ad alto livello di costo unitario, nell'incremento al ricorso dei farmaci generici e alla rivalutazione delle terapie croniche (impiegando il prontuario regionale).

Area della degenza ospedaliera. Il costo pro-capite pesato dell'Area Ospedaliera è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini residenti e la popolazione della provincia ponderata in base all'età.

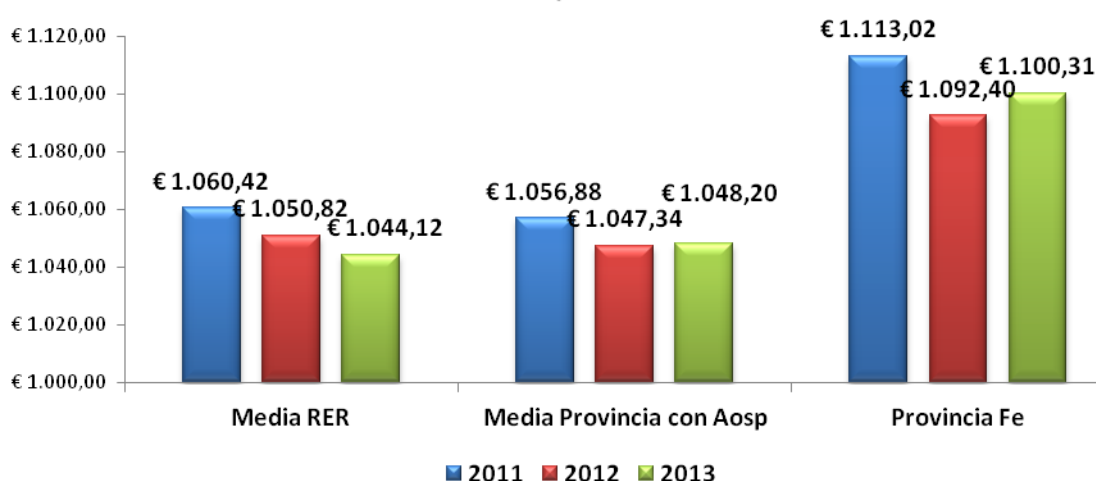
Costo Procapite - Degenza



La provincia di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2013 un importo pari a 324.536.000 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al primo posto in termini di risorse pro capite consumate. Il costo pro-capite ponderato è rimasto, nel tempo, al di sopra dei valori medi regionali. Come già più sopra spiegato, l'alto costo dell'assistenza ospedaliera è sicuramente determinato dalla numerosità delle strutture ospedaliere provinciali, dall'assoluta consistenza del fenomeno legato alla mobilità passiva e dal trascinarsi delle pesanti ricadute economiche derivanti dal trasloco dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo nosocomio di Cona, per gli alti costi di avviamento della struttura.

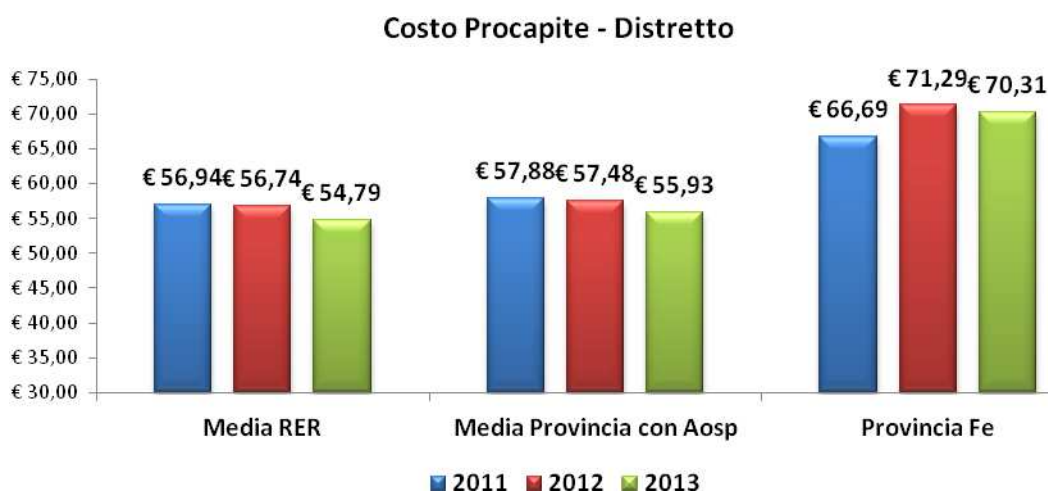
Area Distrettuale. Il costo pro-capite pesato dell'Area Distrettuale territoriale è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere delle provincie per garantire l'assistenza territoriale ai propri residenti e la popolazione ponderata sulla base dell'età.

Costo Procapite - Distretto



Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2013 ha consumato risorse per complessivi 416.527.000 euro. Il costo procapite è aumentato del +0,72% rispetto al 2012 contro un dato RER pari a -0,64%. Risultano al di sopra della media regionale le seguenti aree: Farmaceutica, Specialistica e Salute Mentale. Si rimanda a quanto sopra descritto per ciò che riguarda le principali ragioni degli scostamenti.

Area della Sanità Pubblica. Il costo pro-capite pesato dell'Area della Sanità Pubblica è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti Aziende Sanitarie delle provincie per svolgere le funzioni di sanità pubblica e la popolazione pesata



Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2013 ha consumato risorse per complessivi 22.951.000 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite. Come già anticipato il costo procapite di questo livello è calato del -1,37%, ma il gap con le altre aziende rimane alto.

Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti.

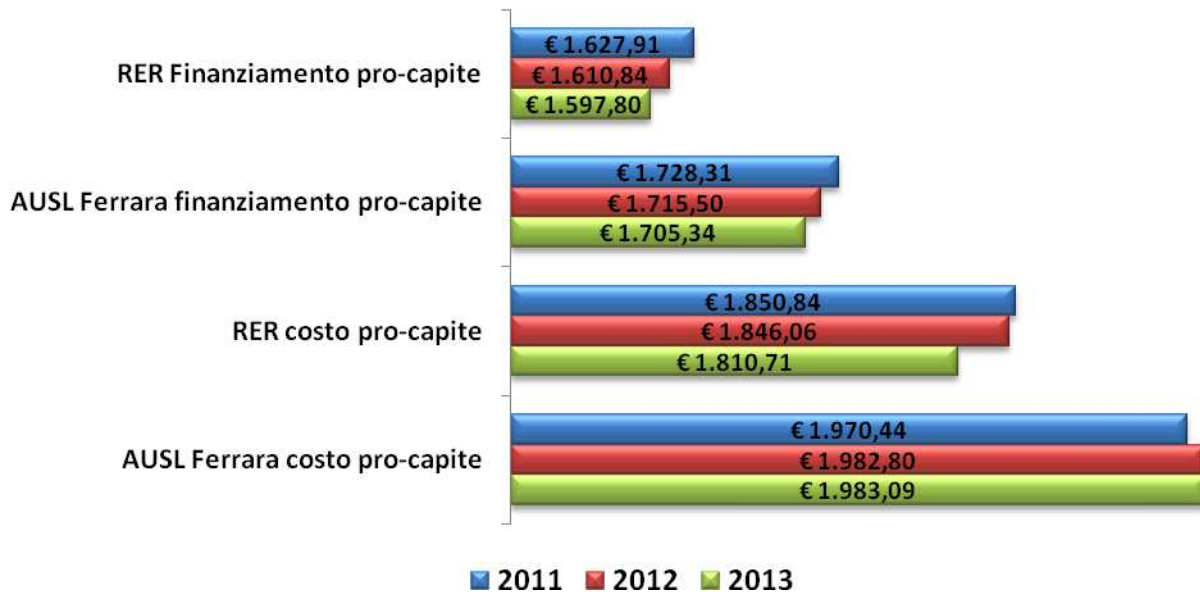
La ripartizione annuale del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie avviene sulla base di criteri che tengono principalmente conto della composizione per età della popolazione di riferimento; per questo motivo, essendo la provincia di Ferrara caratterizzata da un elevato indice di vecchiaia, il valore del finanziamento pro capite assegnato è il più alto tra le provincie emiliano - romagnole. Si nota che a livello complessivo provinciale, nel 2013, si assiste all'incremento del costo procapite e al contemporaneo decremento del finanziamento.

Di seguito una tabella che mette a confronto il finanziamento con il costo procapite dal 2011 al 2013.

	AUSL di Ferrara costo pro-capite	RER costo pro-capite	AUSL di Ferrara finanziamento pro-capite	RER Finanziamento pro-capite
Pro capite 2011	1.970,44	1.850,84	1.728,31	1.627,91
Pro capite 2012	1.982,80	1.846,06	1.715,50	1.610,84
Pro capite 2013	1.983,09	1.810,71	1.705,34	1.597,80

Valori in Euro.

Finanziamento Vs Costo Procapite 2011-2013



Le strutture di offerta dei Distretti

Il grafico successivo mostra i comuni compresi nell'ambito territoriale del Distretto, indicando le strutture sanitarie presenti sul territorio distrettuale:

- **i Presidi Ospedalieri;**
- **gli Ospedali di Comunità;**
- **le Case della Salute;**
- **i Servizi Territoriali**, quali i Consultori pediatrico e familiare, i Nuclei di Cure Primarie, i Poliambulatori, i Servizi per le Dipendenze Patologiche, i Servizi Assistenziali Socio-Sanitari Integrati (S.A.S.S.I.), i Centri Diurni per Anziani (C.D.), i Centri di Salute Mentale (C.S.M.), i Gruppi Appartamento della Salute Mentale, i Centri Diurni della Salute Mentale;
- **le altre residenze sanitarie**, quali le Residenze Sanitarie Assistenziali (R.S.A.), le Case Protette (C.P.), le Residenze Sanitarie Psichiatriche, gli Hospice.

BONDENO

Punto prelievi sangue
Salute donna
1 C.R.A./R.S.A.
1 Centro Diurno Anziani
Centri Handicap
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo Mista (MMG e PLS)
1 Medicina in Rete Matildea
1 Servizio di continuità Assistenziale
1 Pediatria di Comunità
1 Poliambulatorio, Sportello Unico

VIGARANO MAINARDA

Punto prelievi sangue
1 C.R.A.
1 Associazione Medici di Rete

MIRABELLO

Punto prelievi sangue

CENTO

Ospedale S. Annunziata
Poliambulatorio, Sportello Unico
Salute Donna
Salute Anziani
ADI
Pediatria di Comunità
1 C.P. Convenzionata
1 C.D. Convenzionato
Ambulatori Serv. psich. territoriale
Serv. psich. territoriale. Semiresidenze
Centri Handicap
Servizio Anziani e Handicap Adulti
Dipendenze Patologiche
U.O. Igiene Pubblica
U.O. Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro
Med. Legale e Amb. Invalidi
Igiene Alimenti e Nutrizione
U.O. Attività Veterinarie
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo
1 C.R.A (Casa residenza Anziani)

SANT'AGOSTINO

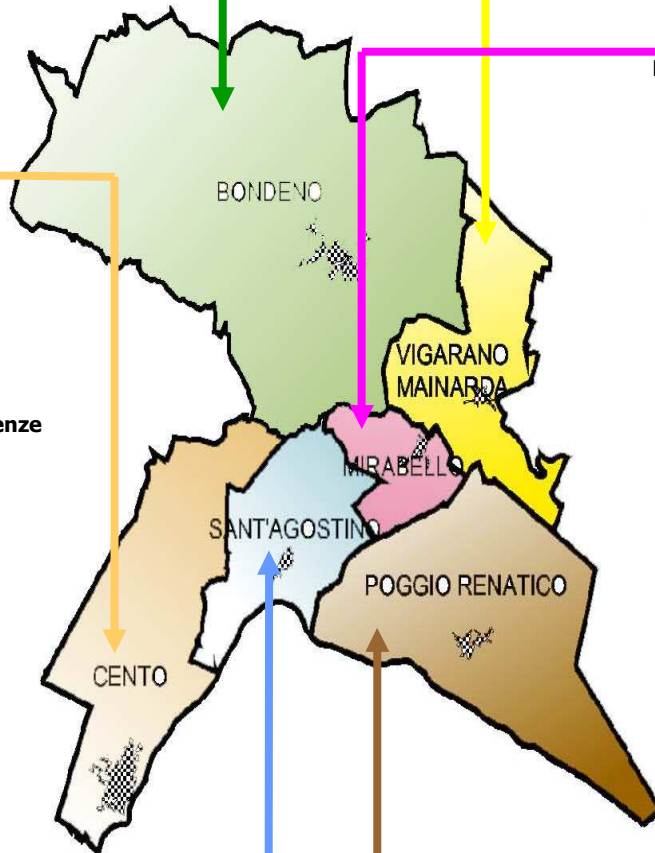
1 C.R.A.
Punto prelievi sangue

POGGIORENATICO

Punto prelievi sangue
1 C.R.A.
Servizio di continuità Assistenziale

Nuclei di Cure Primarie:

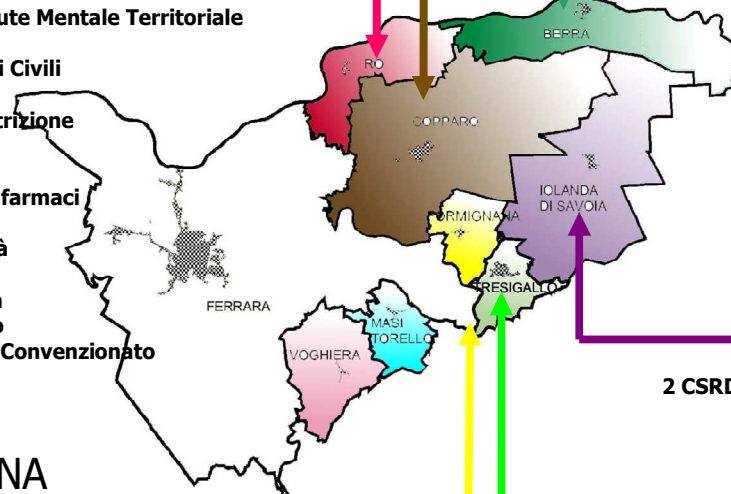
1. Cento
2. Bondeno
3. Poggio Renatico



COPPARO

Casa della Salute "Terre e Fiumi"

- Sportello Unico
- Punto Prelievi
- Ambulatorio NCP
- Ambulatorio Infermieristico NCP
- PUA
- ADI
- Poliambulatorio Specialistico
- PDA
- Radiologia
- Riabilitazione
- Salute Donna
- Pediatria di Comunità
- Pediatria di Gruppo
- UONPIA
- Ambulatorio Salute Mentale Territoriale
- CD Salute Mentale Territoriale
- G. Appartamento Salute Mentale Territoriale
- SER.T.
- Commissione Invalidi Civili
- Igiene Pubblica
- Igiene Alimenti e Nutrizione
- Medicina del Lavoro
- Servizio Veterinario
- Distribuzione diretta farmaci
- Ospedale di Comunità
- 1 CRA Convenzionata
- 1 CDA Convenzionato
- 1 CSRD Residenziale Convenzionato



BERRA

- Punto Prelievi
- Medicina di Gruppo

RO

- Punto Prelievi
- Medicina di Gruppo

IOLANDA DI SAVOIA

- Punto Prelievi
- 2 CSRD diurno Convenzionato

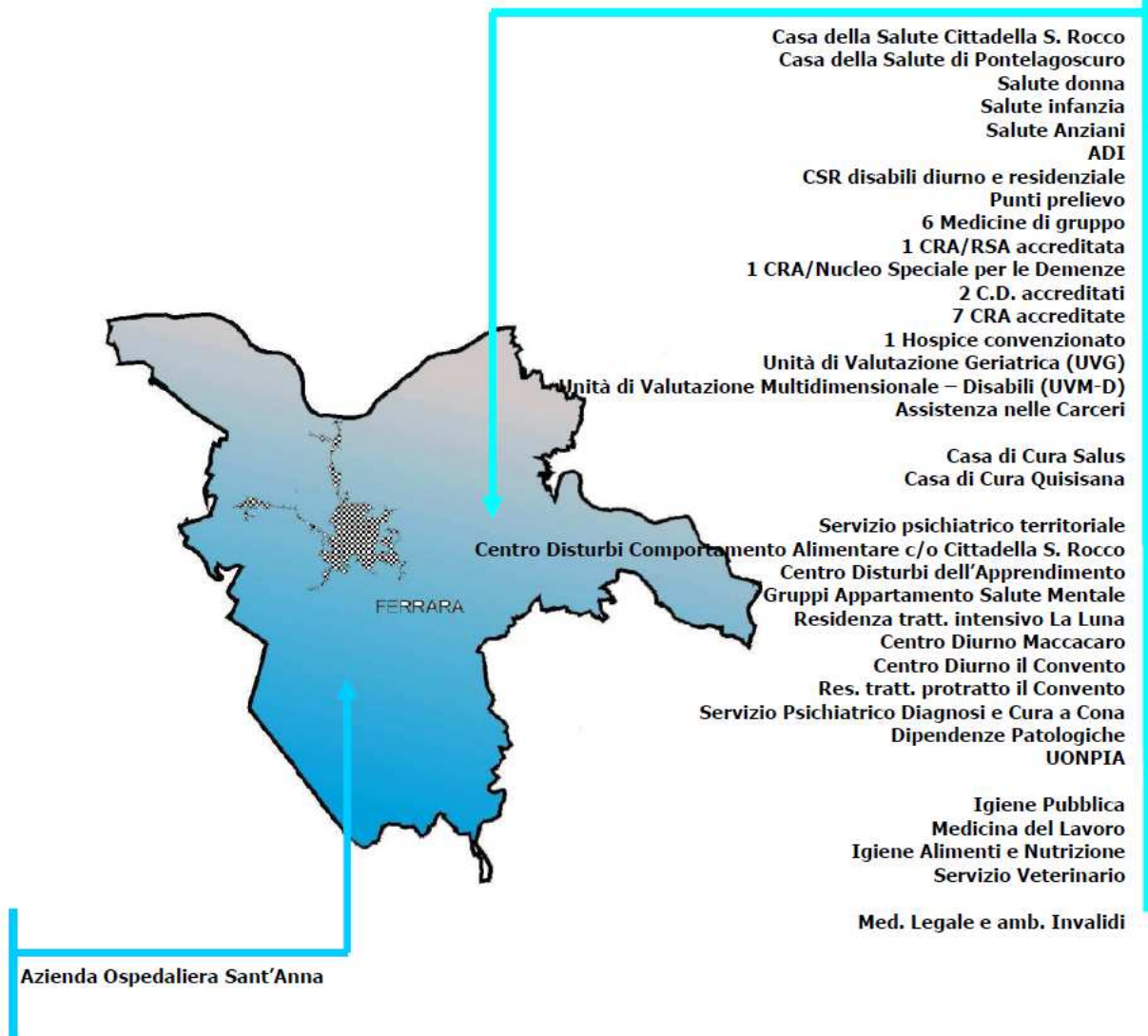
FORMIGNANA

- G. Appartamento Salute mentale

TRESIGALLO

- Sportello Unico
- Punto Prelievi
- 1 CRA Convenzionata
- 1 CDA Convenzionato

FERRARA



FISCAGLIA

Località Massa Fiscaglia

1 C. P.

FISCAGLIA

Località Migliaro

1 C. P.

FISCAGLIA

Località Migliarino

Sportello Unico
Igiene Pubblica
Igiene Alimenti e Nutrizione

Servizio Veterinario

Gruppo appartamento Salute Mentale
Punto Prelievi

OSTELLATO

Sportello Unico
Medicina di gruppo e Punto Prelievi
e 1 C. P. con 6 posti per gravi cerebrali

PORTOMAGGIORE

CASA DELLA SALUTE
Medicina di gruppo
Riabilitazione DH
Diagnostica per immagini
Sportello Unico
Poliambulatorio e CAD
Punto prelievi sangue
Salute Donna
Pediatría di Comunità

ADI
SMRIA
Assistenza Anziani
Disabili Adulti
2 C. P.
1 R.S.A.
Ambulatorio Serv. Psich. territoriale
C.D. psichiatrico "De Salvia"
Serv. Psich. Territoriale semiresidenziale
Res. Psichiatrica "Basaglia"
Gruppi appartamento
Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Igiene Alimenti e Nutrizione

COMACCHIO

STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE

Ospedale di Comunità "S. Camillo"
Medicina di Gruppo
Sportello Unico
Poliambulatorio
Punto prelievi sangue
Salute Donna
Pediatría di Comunità
SMRIE
1 C.P.

Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Med. Legale e amb. Invalidi

Bilancio di Missione 2014

Nuclei di Cure Primarie:

- Portomaggiore, Ostellato,
- Argenta
- Codigoro, Lagosanto, Fiscaglia,
- Mesola, Goro
- Comacchio

CODIGORO

Hospice territoriale
Sportello Unico
Salute Donna
Pediatría di Comunità
SMRIE
ADI
Assistenza Anziani
Disabili Adulti
1 C.P. convenzionata
1 C.D. convenzionato
1 R.S.A.
Centri Handicap
Ambulatorio Serv. Psichiatrico territoriale
Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
CAD
Punto Prelievi Sangue

MESOLA

Sportello Unico
Punto prelievi sangue
Salute Donna
Pediatría di Comunità
1 C. P.
Centro fisiologico riabilitativo

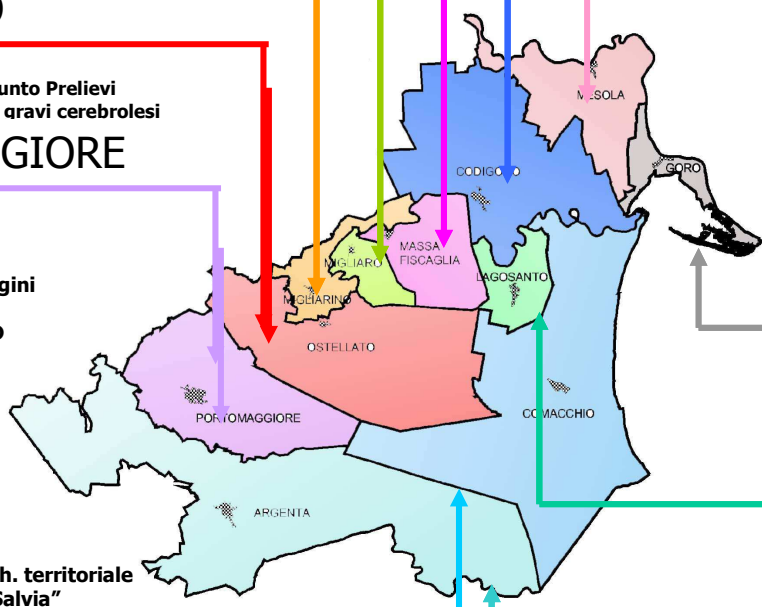
GORO

LAGOSANTO

Ospedale del Delta
Sportello Unico
Poliambulatorio
Servizio psichiatrico Osp. Del Delta
Medicina di Gruppo

ARGENTA

Ospedale "Mazzolani-Vandini"
Sportello Unico
Poliambulatorio
Punto prelievi sangue
Salute Donna
2 C. P.
1 C.D.
Ambulatorio Serv. Psich. territoriale
Gruppo appartamento Salute Mentale
Centri Handicap
Medicina di Gruppo



Il Dipartimento Sanità Pubblica

Prevenzione e tutela della salute

Screening oncologici

Per combattere i tumori esistono due strategie principali: prevenirne la comparsa, adottando uno stile di vita sano (prevenzione primaria), oppure diagnosticare la malattia il più precocemente possibile, prima che si manifesti a livello clinico (prevenzione secondaria). Un test di screening è un esame che consente di individuare in fase iniziale una certa malattia, nello specifico un tumore, in persone asintomatiche. Il cancro della cervice uterina, della mammella e del colon retto sono tre dei principali tumori che colpiscono la popolazione italiana. La loro storia naturale, però, può essere modificata dagli screening. In alcuni casi lo screening riesce a evitare l'insorgenza del tumore, in altri può salvare la vita. Quando questo non è possibile, la diagnosi precoce consente comunque di effettuare interventi poco invasivi e non distruttivi. Gli screening oncologici sono dunque un complesso investimento per la salute, che ha come risultato una riduzione della mortalità. Per raggiungere questo obiettivo, però, si devono mettere in atto dei processi che migliorino le capacità organizzative dei sistemi sanitari, la tecnologia e le conoscenze.

Screening dei tumori della cervice uterina

Coinvolge le donne nella fascia di età 25-64 anni. Dal 1° ottobre 2014 è iniziato il 7° round triennale organizzativo. Nell'anno 2014, 31.658 donne residenti e domiciliate sono state invitate tramite lettera con appuntamento personalizzato ad eseguire il test di screening (pap test) mentre la percentuale di risposta allo screening è stata del 65%. Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con una lettera di sollecito a distanza di sei mesi dal primo invito (invio al 100% delle non rispondenti). Le nuove tecniche per la citodiagnostica (strato sottile, lettura assistita, sonda HPV-DNA) garantiscono una migliore predittività del test di primo livello. Un nuovo programma informatico per la gestione dello screening è stato avviato nel dicembre 2010 per garantire un miglior servizio alle donne.

Screening dei tumori della mammella

Nell'anno 2014 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne, residenti e domiciliate dai 45 ai 74 anni, tramite lettera di invito personalizzato e, secondo le modalità procedurali, il richiamo tramite lettera di sollecito alle non rispondenti (invio al 100% delle non rispondenti). Nell'anno 2013 sono state invitate 46.496 donne, con un'estensione all'invito del 99,4% (99,2% per le 45-49, 96,5% per le 50-69 e 112,7% per le 70-74) con una percentuale di risposta allo screening superiore al 72% (del 73,8% per le 45-49, del 72% per le 50-69enni, e del 71,1% per le 70-74).

Nell'anno 2012, nell'ambito del programma di screening del tumore della mammella, è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare rispondente alla richiesta del Progetto Regionale. Dal 01/06/2012 al 31/12/2014 sono state valutate per il rischio eredo-familiare, con uno strumento di primo livello, 101.648 donne; di queste 403 hanno risposto e 161 sono state inviate al centro hub.

Screening dei tumori del colon retto

Il 21 marzo 2015 è iniziato il 6° round biennale, che terminerà nel marzo 2017. La popolazione target è composta da circa 55.000 donne e uomini, pari alla somma di residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni. Le persone interessate sono invitate mediante lettera. La distribuzione del kit per il test di primo livello (ricerca del sangue occulto nelle feci) è affidata alle Farmacie. La riconsegna del test avviene in 23 "punti" di raccolta, elencati nella lettera di invito. Nel 2013 sono state invitate 48.823 persone (un'estensione agli inviti del 96%). La percentuale di risposta allo screening è del 49,1%.

Qualità degli screening

Gli screening di sanità pubblica devono garantire il massimo livello di qualità in tutte le fasi e in ogni coinvolgimento di un cittadino. Tutti i programmi di screening aderiscono alle iniziative di controllo di qualità

messe a punto a livello regionale. Durante il 2013 sono stati fatti più incontri con il personale delle due aziende coinvolte per esaminare e migliorare i diversi aspetti del percorso di screening.

Nell'anno 2012 è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella femminile.

Indicatori di attività - Anni 2009 – 2013

	Screening del collo dell'utero (età 25-64 anni)							
	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FERRARA	96,3	99,4	110,2	120,1	65,8	64,2	62,8	56,7
TOT REGIONE	101,2	106,4	114,1	113,2	61,9	60,0	58,4	56,9

	Screening della mammella (età 50-69anni)									
	% avanzamento del programma*					% adesione all'invito**				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
FERRARA	96,5	101,6	100,6	112,3	96,5	77,9	76,7	74,1	74,5	70
TOT REGIONE	102,6	90,4	116,3	106,4	?	73,2	72,9	68	73,7	?

* % persone invitate / persone da invitare nell'anno;

** % persone esaminate / persone invitate nell'anno.

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più donne rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - Indicatori di attività - Anno 2011-2013

Aziende USL	% avanzamento del programma*						% adesione all'invito**					
	fascia 45-49 anni			fascia 70-74 anni			fascia 45-49 anni			fascia 70-74 anni		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
FERRARA	100,0	99,7	99,2	103,8	102,7	112,7	66,3	75,0	69,1	68,8	69,8	69,5
TOT REGIONE	76,8	86,3	?	102,3	106,9	?	70,7	71,1	?	65,3	65,3	?

Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto - Indicatori di attività - Anni 2005 – 2013

Aziende USL	% avanzamento del programma*										% adesione all'invito**								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
FERRARA	80,0	100,8	105,0	102,7	83,2	115,1	90,8	104,8	88,2	35,5	54,7	47,6	56,9	44,7	55,3	45,3	54,7	48,8	
TOT REGIONE	61,4	124,1	92,8	101,0	90,4	102,6	99,9	106,6	?	46,2	48,4	47,6	53,7	51,9	53,1	49,4	53,2	?	

* % persone invitate / persone da invitare nell'anno;

** % persone esaminate / persone invitate.

N.B. La % di avanzamento del programma può essere superiore al 100% nel caso in cui siano state chiamate più persone rispetto alla popolazione target annuale; ciò può essere dovuto o alla diversa gestione delle chiamate o al recupero di ritardi progressi.

Programmi di vaccinazione

Copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'infanzia.

L'attività vaccinale per i minori 0-17 aa. viene svolta presso:

- gli ambulatori della Pediatria di Comunità sia per quanto riguarda le vaccinazioni obbligatorie che per quelle raccomandate, compresa la vaccinazione antiepatite A e antinfluenzale nei soggetti a rischio,
- gli ambulatori del Dipartimento della Sanità Pubblica, per quanto riguarda la vaccinazione antirabbica ed i vaccini destinati ai "bambini viaggiatori",
- negli ambulatori in integrazione, attivi dal 2012, nei quali si svolge attività vaccinale rivolta sia agli adulti che a soggetti in età pediatrica
- il DSP, oltre al DCP (PdC, MMG e PLS) effettuano le vaccinazioni antinfluenzali

Vaccinazioni previste dal calendario vaccinale per l'infanzia e fortemente raccomandate:

Per tutte le vaccinazioni previste al 24° mese di vita sono stati ampiamente superati gli obiettivi del 95%; infatti la copertura vaccinale per DT, polio, epatite B, è superiore al 97%.

E' garantita la vaccinazione dei bambini a maggior rischio e la registrazione dei dati per l'elaborazione delle coperture vaccinali regionali al fine di evitare sacche di suscettibilità.

Sono state implementate iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione di rosolia congenita e morbillo specie nelle donne in età fertile non vaccinate e nei giovani che non hanno ricevuto la 2° dose di MMR.

Indicatori	Valore atteso regionale 31.12.2011	Valore osservato regionale 31.12.2011	Valore atteso locale 31.12.2011	Valore osservato locale 31.12.2011	Valore atteso regionale 31.12.2012	Valore atteso locale 31.12.2012	Valore al 31/12/2011	Valore al 31/12/2014
Coperture contro polio, difto-tetano, epatite B al 24° mese	≥ 95%	96,2%	≥ 95%	97,5 %	≥ 95%	>95%	97%	97%
Coperture al 24° mese per le vaccinazioni contro:								
- Pneumococco	≥ 95%	94,1 %	≥ 95%	95,6 %	≥ 95%	>95%	> 95%	> 95%
- Meningococco tipo C		92,5 %		95,3 %		>95%	94,5%	95
Copertura per la vaccinazione contro il morbillo al 24° mese	94%	93%	94%	95,7 %	Nell'80% pop. ≥ 95%; nel restante 20% pop. >90%	>95% >90%	94%	94,9

Copertura per vaccinazione anti Hib al 24° mese: 96,8

Copertura vaccinazione antimeningococco a 16 anni: 82,2

Vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV)

	Coorti di nascita											
	1997		1998		1999		2000		2001		2002	
	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)	% vaccinati i con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (copertur e vaccinali)
Azienda USL FE 31/12/2013	85,9	84	84,1	82,6	85,8	84,1	87,3	85,1	81,3	70,8	82,9	70,9
Regione E-Romagna	78,4	75,6	79,2	76	76,2	72,9	77,3	73,4	74,3	50,7		

Per quanto riguarda la campagna di vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), l'Azienda USL di Ferrara ha reso applicativa la delibera regionale 236/08 adottando e applicando una propria delibera che prevede:

- acquisto del vaccino antipapilloma virus,
- formazione del personale coinvolto,
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti (maschi e femmine) oltre il compimento del 18° anno, su richiesta e con pagamento di ticket.
- Avvio, dall'autunno del 2014, di un programma per incentivare la vaccinazione nelle donne non vaccinate attraverso lettere personali a donne fino ai 25 anni e un'informativa contenuta negli inviti allo screening per l'effettuazione del pap test.

Le vaccinazioni sono eseguite presso gli ambulatori della Pediatria di Comunità per le ragazze fino ai 17 anni di età. La Campagna ha preso avvio nel maggio 2008 con la spedizione degli inviti alle nate nel 1997: sono state dedicate sedute mattutine e pomeridiane, nel Distretto Centro Nord per le seconde-terze organizzate prevalentemente in sedute vaccinali a gestione autonoma da parte degli operatori non medici, nel rispetto del calendario vaccinale, prevedendo il tempo per il counselling, la compilazione della scheda di idoneità, l'informazione sulle reazioni avverse e la registrazione, la compilazione, quando previsto, delle schede ADR ministeriali (schede per la segnalazione delle reazioni avverse).

Le vaccinazioni sono eseguite, per la fascia dai 18 ai 45 anni presso gli ambulatori del DSP e, per tutte le fasce di età, negli ambulatori gestiti in autonomia ed in integrazione.

Campagna antinfluenzale 2014/15

La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2014/15 è stata effettuata secondo le indicazioni delle Circolari Nazionale e Regionale .

- ai MMG sono stati forniti, oltre alle dosi di vaccino richieste, gli elenchi degli assistiti, divisi per tipologia (anziani, cronici), relazione sull'utilizzo dei vaccini e indicazioni per l'utilizzo del portale Sole, modulistica per raccolta dati e segnalazione di eventuali reazioni avverse.

E' stata realizzata, inoltre, una campagna di comunicazione specifica per enti e associazioni interessate, e una rivolta alla popolazione generale. E' continuata, altresì, la sorveglianza delle reazioni avverse alla vaccinazione.

Quest'anno la campagna vaccinale, condizionata dalle notizie riguardanti il ritiro di alcuni vaccini a inizio stagione per presunti effetti avversi gravi, ha mostrato un andamento ancor meno soddisfacente rispetto agli

anni precedenti. Sono state somministrate circa 81.000 vaccinazioni in meno rispetto allo scorso anno (663.000 dosi rispetto a circa 744.000) con una diminuzione regionale pari all'11%.

Gli indici di copertura vaccinale - diminuiti negli ultimi tempi, a livello nazionale e regionale, ma in ripresa nella passata Campagna, sono nuovamente scesi.

Gli indici di copertura vaccinale negli over sessantacinquenni sono fra i più bassi registrati negli ultimi 10 anni, nonostante l'Azienda USL di Ferrara abbia realizzato uno dei migliori risultati regionali.

La copertura regionale rilevata a fine campagna nei soggetti con età superiore a 65 anni è pari al 50,6%, con un calo rilevante rispetto alla già bassa copertura del 55,8% rilevata nell'anno precedente. Si ricorda che nella stagione 2006-2007 la copertura raggiunta era pari al 74,4% della popolazione over 65enne.

Anche tra gli operatori sanitari si registra un notevole calo delle coperture vaccinali.

AUsl	Copertura vaccinale (%) popolazione di età >=65 anni	Copertura vaccinale (%) tra gli operatori sanitari
Piacenza	51,5	11,6
Parma	42,4	10,5
Reggio Emilia	54,4	13,1
Modena	53,0	14,4
Bologna	50,5	14,3
Imola	52,2	13,0
Ferrara	54,0	17,0
Ravenna	50,3	12,4
Forlì	50,2	14,1
Cesena	51,2	12,7
Rimini	45,2	11,6
Emilia-Romagna	50,6	13,4

Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

L'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come obiettivo la tutela della salute dei lavoratori in ambito lavorativo e lo persegue utilizzando strumenti normativi e informativi, verificando all'interno delle aziende del territorio l'attuazione dei contenuti legislativi in materia di sicurezza e di riduzione e /o eliminazione dei rischi per la salute dei lavoratori addetti. Nell'ambito della più vasta opera di prevenzione assiste e informa i lavoratori ed i datori di lavoro sulla corretta applicazione delle leggi a tutela dell'integrità fisica dei soggetti che operano nelle realtà produttive.

Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Anno 2013

AUSL	UNITÀ LOCALI				
	esistenti fonte ISTAT	PAT totali 2012 fonte INAIL (*)	PAT 2009 fonte INAIL (**)	controllate	prescrizioni
FE	29.420	22.914	14.297	1.527	264
TOTALE	389.231	337.359	209.956	21.595	2.504

PAT Totali 2012 (): Posizioni Assicurative Territoriali totali, di Industria e Servizi estratte dall'archivio INAIL (Nuovi Flussi Informativi aggiornati a dicembre 2013)*

*PAT 2009 (**): Posizioni Assicurative Territoriali di Industria e Servizi estratte dall'archivio Nuovi Flussi Informativi INAIL 2012. Il totale delle PAT comprende quelle residenti attive al 31/12/2009, con almeno un dipendente (o addetto speciale) oppure almeno due artigiani*

Percentuale di aziende controllate sulle esistenti

	Anno 2014		
AUSL	Confronto con i dati fonte ISTAT	Confronto con le PAT 2013 Totali fonte INAIL	Confronto con le PAT 2013 almeno 1 dip. e almeno 2 artig. fonte INAIL
FE	5,2	6,7	10,7
TOTALE RER	5,5	6,4	10,3

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate. Anni 2011-2014

AUSL	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014
FE	15,9	15,1	17,3	16,8
TOTALE RER	15,0	12,7	11,6	11,5

Il perdurare della crisi economica ha avuto come effetto, negli ultimi anni, la progressiva riduzione delle aziende attive nel nostro territorio con un evidente decremento delle aziende assicurate Inail, unico dato che, verificato annualmente, ci permette di avere una situazione aggiornata delle attività produttive esistenti nella Provincia di Ferrara. In particolare la crisi economica nella nostra Provincia ha colpito più duramente alcuni settori quali l'edilizia e le costruzioni in genere, l'industria, in particolare quella metalmeccanica ed il commercio risparmiando in parte l'agricoltura ed il manifatturiero di qualità.

Dall'analisi dei dati forniti dall'INAIL sull'andamento infortunistico dal 2008 al 2012, si evidenzia per la Provincia di Ferrara una progressiva riduzione del numero degli infortuni denunciati, con una variazione in diminuzione pari al -21,8%, la riduzione più alta fra tutte le provincie della Regione e rispetto ad un dato regionale pari al -14,9% . Nel 2012, ultimo dato INAIL disponibile, diminuiscono nel complesso rispetto al 2011 con un -10,7% anche gli infortuni così detti in itinere, che avvengono lungo il percorso per raggiungere o per tornare dal luogo di lavoro o comunque sulle strade durante il lavoro. Un lieve incremento nel 2012 rispetto al 2011 si è registrato negli infortuni mortali, 9 casi nel 2012 rispetto agli 8 casi registrati nel 2011, evidenziando una particolare propensione agli infortuni gravi nel settore agricoltura . Per quanto riguarda le malattie professionali dall'anno 2008 all'anno 2012, nella Provincia di Ferrara, si è registrato un progressivo aumento di quelle denunciate all'INAIL, più 22,6% dal 2008 al 2012, come del resto è avvenuto in quasi tutte le realtà provinciali della Regione, attestandosi attorno al valore di 250 l'anno. Tale fenomeno in aumento è in parte, probabilmente, dovuto ad una maggiore attenzione dei medici rispetto a questo problema, anche come risultato delle iniziative di sensibilizzazione messe in atto dall'Unità Operativa e in parte ad una revisione della tabella delle tecnopatie che ha agevolato il loro riconoscimento.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dall'U.O.PSAL, nel 2014, n. 1.435 Unità Locali, risultando questa attività pressoché invariata rispetto all'anno 2013.

L'obiettivo da raggiungere, imposto dalla RER, pari al 9% delle aziende da controllare, è dato dalla frazione al cui denominatore è posto il numero di posizioni assicurative territoriali INAIL (PAT INAIL) con almeno un lavoratore dipendente, che per Ferrara nel 2013 risulta essere pari a 14.297 e al numeratore dal numero di aziende controllate pari a 1.466. Applicando la formula sopra descritta si ottiene un 10,7 % di aziende controllate rispetto alle PAT INAIL con almeno un dipendente.

L'obiettivo del 9% delle aziende da controllare imposto dalla RER per il 2014 è stato raggiunto e superato (10,7% Unità Locali Controllate). Dall'analisi dei dati di attività, riferita all'anno 2014, si evidenzia l'aumento delle aziende sanzionate rispetto al totale delle aziende ispezionate negli ultimi anni, dato praticamente invariato rispetto al 2013. Questo dato certamente impone una riflessione in merito all'applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro in quanto dimostra il perdurare di una situazione di elevata

inadempienza che giustifica una costante attenzione in termini di vigilanza e controllo sull'attuazione della prevenzione dei danni alla salute all'interno delle attività produttive.

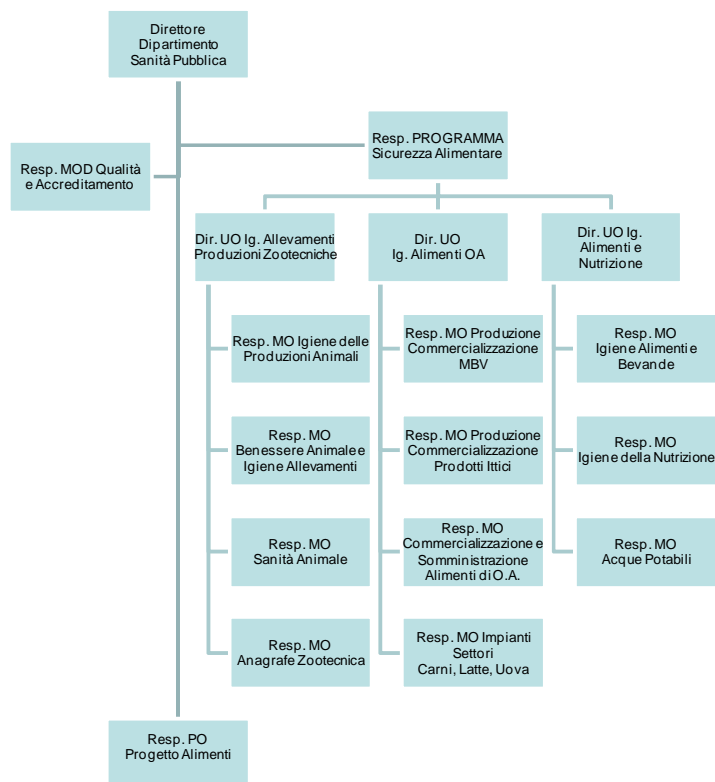
Sanità Pubblica Veterinaria

Nell'anno 2014 l'Unità Operativa Attività Veterinarie (UOAV), che si occupa di tutti gli aspetti della sanità pubblica Veterinaria operando per la Sicurezza Alimentare e per la tutela del benessere degli animali, ha dato continuità ai macro-obiettivi sorveglianza sulle malattie trasmissibili degli animali e gestione delle emergenze epidemiche, sorveglianza sull'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti in allevamento e presso gli stabilimenti del settore, ivi compresa la gestione delle allerta riguardanti alimenti e mangimi, controllo della popolazione canina e felina.

Sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare riconosce la piena responsabilità dell'Operatore del Settore Alimentare (OSA) sul processo produttivo e sul prodotto/alimenti che ne esita e quella dell'Autorità Competente, l'Azienda USL, sul controllo ufficiale di parte terza circa la correttezza dei processi produttivi. Il sistema è, quindi, un sistema integrato che si basa sui principi dell'analisi del rischio, della rintracciabilità degli animali e degli alimenti ai fini della gestione delle emergenze.

Con Delibera aziendale n. 363 del 14/12/2012 è stato istituito il "Programma Sicurezza Alimentare", quale struttura di Coordinamento del Personale delle Unità Operative Attività Veterinarie e Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Sanità Pubblica che costituiscono L'Autorità Competente, con un proprio organigramma:



Il Programma valorizza le competenze delle diverse figure professionali, ne favorisce l'integrazione operativa e persegue, come importante finalità, la chiarezza degli atti emessi e la semplicità del linguaggio.

Per realizzare il proprio mandato, il Programma definisce procedure, protocolli, istruzioni operative che precisano obiettivi, responsabilità, ruoli delle figure professionali, piani annuali di attività con indicatori e verifiche.

Tra le diverse attività realizzate dal Programma per il 2014, si riportano i risultati del Piano di ispezioni congiunte tra Personale, veterinario, medico o tecnico della prevenzione, effettuate presso gli Operatori del settore alimentare, che ha dato i seguenti risultati:

REPORT ISPEZIONI CONGIUNTE UO ATTIVITA' VETERINARIE - UO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE - ANNO 2014																							
COMPARTO	Ferrara				Copparo				Codigoro				Portomaggiore				Cento				AUSL		
	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	Attività esistenzi	n. controlli progr.	n. controlli eseguiti	Attività controllate	N. Controlli programmati	n. controlli eseguiti	Attività controllate
GRANDE DISTRIBUZIONE (GDO)	50	5	7	6	14	3	4	3	25	5	4	4	13	3	3	2	26	5	5	5	21	23	20
RISTORAZIONE COLLETTIVA > 250 PASTI	8	8	12	9	2	2	2	2	2	2	1	1	3	3	7	5	3	3	5	3	18	27	20
RISTORAZIONE PUBBLICA	289	22	24	20	45	4	5	3	311	20	23	18	89	7	11	9	100	10	15	11	63	78	61
ROSTICCERIE	36	10	10	8	11	3	2	2	41	10	7	7	8	2	4	4	21	3	9	4	28	32	25
VICINATO	416	7	6	5	92	8	6	6	265	10	7	6	99	9	13	11	239	6	14	11	40	46	39
DEPOSITI	54	3	2	1	5	0	1	0	11	0	0	0	12	0	0	0	10	0	0	0	3	3	1
DEPOSITI CEREALI	8	1	3	2	7	1	1	1	11	0	0	0	12	1	1	1	10	1	1	1	4	6	3
TRASFORMAZIONI	3	3	3	2	0	0	0	0	3	0	0	0	3	2	6	2	7	1	2	1	6	11	5
FIERE FESTIVAL SAGRE	ND	3	5	4	ND	3	2	2	ND	3	6	5	ND	3	9	3	ND	3	4	3	15	26	17
TOTALE	864	62	72	57	176	24	23	19	669	50	48	41	239	30	54	37	416	32	55	39	198	252	191

Il numero di ispezioni effettuate, n. 252 su n. 198 programmate a livello provinciale, in aumento rispetto agli anni precedenti, costituisce una minima parte dei controlli complessivi per la Sicurezza alimentare effettuati nell'anno, ma presenta il valore aggiunto dell'interdisciplinarietà del controllo.

Gli obiettivi principali perseguiti dall'**Unità Operativa Attività Veterinarie** nel corso del 2014 sono riportati di seguito, con particolare riguardo a quelli fissati dalla Regione.

Sanità animale

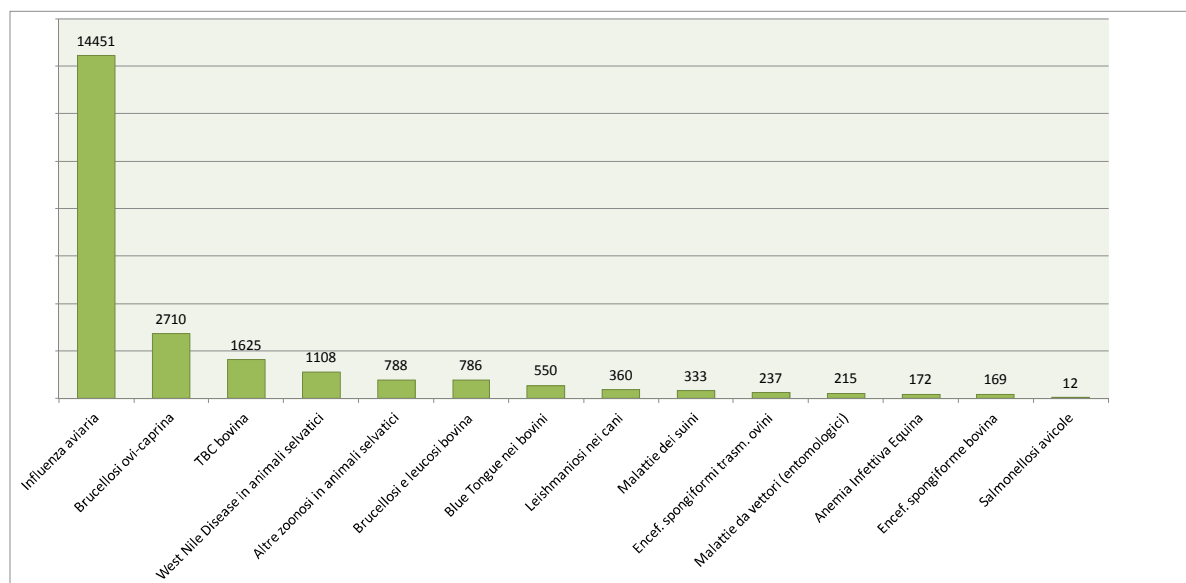
Anagrafe zootecnica

L'obiettivo riguarda l'attuazione di controlli dell'anagrafe su almeno il 3% degli allevamenti bovini e ovicaprini, l'1% degli allevamenti suini e il 5% degli allevamenti di equidi registrati nella Banca Dati Nazionale (BDN) dell'Anagrafe zootecnica. I controlli sono effettuati secondo istruzioni operative codificate e vengono registrati, con i relativi esiti, in BDN.

Sono stati effettuati n. 55 controlli presso allevamenti bovini, ovicaprini, suinicoli ed equini sui n. 47 controlli programmati, pari al 117%.

Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali

Si tratta dei controlli programmati all'interno di piani di sorveglianza relativi alle malattie infettive di interesse di sanità pubblica veterinaria o effettuati a seguito di emergenze, come l'influenza aviaria. L'attività complessiva svolta è riportata nel seguente grafico:



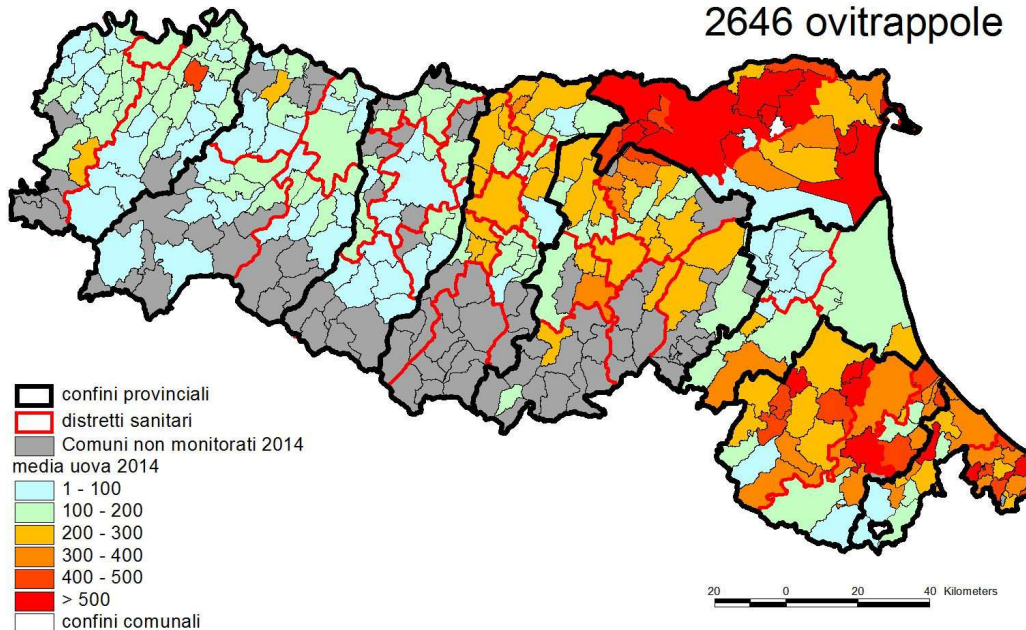
Si evidenziano:

- la intensificazione nel primo trimestre 2014 dell'attività di sorveglianza per l'influenza aviaria come conseguenza di un focolaio da virus H5N2 a bassa patogenicità verificatosi in Regione a dicembre 2013, ed un ulteriore picco di attività a fine 2014 causato da un'epidemia da virus H5N8 ad alta patogenicità in diversi Paesi europei con un focolaio anche nel vicino Comune di Porto Viro (RO);
- il mantenimento durante l'estate di un elevato livello di attività di sorveglianza per la West Nile Disease, che ha precocemente evidenziato positività anche nel 2014, sia in zanzare che in volatili (a Ferrara dal 5 agosto al 16 settembre);
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la leishmaniosi zoonotica viscerale, con l'esame sierologico di 360 cani nei 5 canili della Provincia (1 nuovo positivo, 0,28% di incidenza), e 48 esami su pool di insetti catturati presso i canili, dove non è stata evidenziata la presenza del flebotomo vettore;
- la costante attività di base nel controllo di vecchie zoonosi quali la tubercolosi bovina-bufalina, la brucellosi bovina, bufalina ed ovi-caprina, la BSE, le salmonellosi avicole.

Sorveglianza entomologica e lotta alla zanzara tigre: anche nel 2014 non vi sono stati casi autoctoni delle due principali malattie trasmesse da questa zanzara nel nostro paese, dopo l'epidemia di Chikungunya in Romagna nel 2007 e l'allarme per l'epidemia di Dengue nell'isola di Madeira nel 2012. Nell'ambito del "Piano regionale per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue" si sono coordinate le attività di sorveglianza entomologica e di lotta all'insetto vettore svolte dai Comuni. Nella mappa, estrapolata dal sito regionale, è riportata la diffusione della zanzara tigre risultante dall'attività di monitoraggio 2014 (a Ferrara n. 247 ovitrappole per 10 turni di raccolta): risulta evidente la criticità del livello di infestazione della Provincia, come risulta da una azione di monitoraggio esercitata trasparentemente e con efficienza.

2014

2646 ovitrappole



Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Tra i piani di sorveglianza, il Piano Nazionale Residui (PNR) ha la finalità di monitorare la presenza di sostanze nocive o potenzialmente pericolose per l'uomo e gli animali e di verificare l'uso di sostanze illecite. Sono stati eseguiti nel 2014 tutti i n. 103 campioni programmati su diverse matrici e prodotti di origine animale, prelevati presso gli allevamenti (sangue, urina, latte, uova), impianti di lavorazione (miele e stabilimenti di ovoprodotti) e presso i macelli, con riscontri analitici tutti regolari:

Sono stati effettuati inoltre n. 22 campionamenti previsti dal "Sistema regionale di sorveglianza per la prevenzione della presenza di aflatossine nel latte", tutti regolari. In un campione è stato evidenziato un tenore di contaminante prossimo al valore soglia; si è quindi prescritto all'Azienda interessata di intensificare, in regime di autocontrollo, la sorveglianza sia sul mangime che sul latte prodotto.

Per ciò che concerne il latte prodotto in azienda, sono stati segnalati dalle Ditte Prime Acquirenti del latte superamenti dei valori massimi in regime di autocontrollo in n. 2 aziende; a tali segnalazioni hanno fatto seguito indagini epidemiologiche, prescrizioni per la variazione dell'approvvigionamento del mais o del mangime nella razione alimentare degli animali ed esecuzione di un campione ufficiale di latte per la conferma del ripristino della conformità del prodotto.

I campionamenti previsti dal Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA) negli alimenti per animali, consentono di valutare il livello igienico sanitario dei mangimi utilizzati presso gli allevamenti di specie destinate alla produzione di alimenti o a quelle che vivono abitualmente a contatto con l'uomo (pet) e forniscono elementi di valutazione sull'adeguatezza delle buone pratiche in uso presso i mangimifici: gli esiti irregolari possono determinare l'adozione, in caso di allerta, di provvedimenti di sequestro e ritiro dei prodotti. Sono stati eseguiti tutti i n. 118 campioni di mangime programmati presso gli Operatori della filiera mangimistica, con esito conforme:

Per quanto concerne le Allerta mangimistiche, delle n. 4 notifiche pervenute da altri Enti, preme evidenziare la cospicua attività svolta a seguito del riscontro di contaminazione da Diossine e Diossine - PCB-DL in mais di origine ucraina con effettuazione di controlli sull'intera filiera mangimistica, a causa del fatto che la materia prima contaminata, al momento dell'attivazione dell'allerta, era stata già commercializzata a livello nazionale, utilizzata presso numerosi mangimifici e somministrata ad animali di specie diverse. I controlli svolti e i provvedimenti conseguenti (sequestri, campioni, vincoli sanitari) hanno quindi riguardato un allevamento suinicolo, il macello avicolo, un deposito di materie prime zootecniche, tre punti vendita di commercio mangimi.

Nell'ambito del Piano alimenti, sono stati effettuati controlli presso i 12 distributori di latte crudo, con esecuzione di n. 24 campioni per ricerca germi patogeni (Salmonella, E. Coli O157, S. aureus, L.monocytogenes, Campylobacter), sostanze inibenti, parametri igienico sanitari (cellule somatiche/ml. e tenore di germi a 30°C/ ml.). Ai campioni programmati sono seguiti n. 5 campioni extra piano per verifica del tenore di germi a 30°C e del tenore di cellule somatiche per riscontro o per segnalazione di altra ASL di irregolarità. Una di queste non conformità è esitata in un provvedimento di sospensione temporanea di vendita diretta del latte.

L'attività svolta nell'ambito dei piani di campionamento del settore Igiene degli allevamenti è sintetizzata di seguito:

Piani Sorveglianza	n. campioni programmati	n. campioni eseguiti	%	Standard %	n. campioni irregolari
Piano Nazionale Residui (PNR)	103	103	100	95	0
Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	118	118	100	95	0
Piano Micotossine (aflatossine)	20	22	110	95	0
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici di latte crudo)	28	29	103	95	3

Nell'ambito della produzione del latte nella fase primaria, il piano integrato di controllo che si avvale sia dei controlli ispettivi presso le aziende, sia del Sistema AGRINET-ER cui confluiscono gli esiti delle analisi svolte in autocontrollo dalle ditte cui il latte vaccino viene conferito, ha consentito di accertare in tempo reale l'insorgere di problemi presso gli allevamenti, attraverso il monitoraggio dei parametri igienico sanitari del latte.

Per le 37 aziende con produzione di latte vaccino e bufalino e le 10 aziende con produzione di latte ovino, nel corso del 2014 sono state notificate e gestite n. 17 comunicazioni di non conformità per il parametro "Tenore di cellule somatiche", n. 8 per il parametro "Tenore di germi a 30°C", n. 1 segnalazione di non conformità per entrambi i criteri. Le non conformità hanno riguardato n. 19 aziende.

Sono state inoltre gestite segnalazioni pervenute dalle Ditte Prime Acquirenti del prodotto riguardanti: una segnalazione di non conformità per il criterio relativo al tenore di germi in latte ovino e due segnalazioni per la presenza di sostanze inibenti in latte vaccino in due diverse aziende.

Il mancato ripristino della conformità dei criteri igienico-sanitari, ha comportato l'assunzione di avvio di procedimenti di sospensione temporanea dell'immissione in commercio del latte in n. 10 casi relativi a n. 7 aziende. In un caso la sospensione è stata effettivamente disposta per un periodo di mesi due.

Nel settore dei Sottoprodotti di Origine Animale nell'anno 2014 è stata svolta una corposa attività autorizzativa ai fini del rilascio di riconoscimenti e registrazioni a nuovi Operatori del Settore e di rilascio di pareri alla provincia di Ferrara, nell'ambito dei procedimenti delle autorizzazioni ambientali rilasciate alle aziende che gestiscono impianti di biogas o compostaggio e che utilizzano biomasse di origine animale (sottoprodotti di origine animali o derivati).

Sono state gestite nell'anno 2014 n. 12 pratiche relative ad altrettante imprese del settore per riconoscimenti /registrazioni ai sensi del Regolamento (CE) 1069/2009 e sono stati rilasciati n. 7 pareri per l'utilizzo di S.O.A. in impianti di biogas che non hanno poi attivato la procedura di riconoscimento.

Benessere animale

La sorveglianza sul rispetto delle norme in materia di benessere e protezione degli animali da reddito, svolta in base al Piano Nazionale Benessere Animale e altri obiettivi regionali, ha impegnato gli operatori dell'Area Veterinaria nei diversi ambiti: allevamento, trasporto di animali e impianti di macellazione.

Controlli eseguiti in allevamento:

	n. controlli programmati	n. controlli effettuati	%	allevamenti con irregolarità	%
Bovini > 50 capi	65	67	103	13	19
Suini > 40 capi o 6 scrofe	12	14	117	5	36
Ovicapri > 50 capi	29	27	93	2	7
Equini ingrasso > 10 capi	4	10	250	7	70
Galline ovaiole	5	5	100	0	0
Altri avicoli > 250 capi	20	19	95	1	5
Conigli	3	2	67	0	0
Animali pelliccia	1	1	100	0	0
Pesci	2	2	100	0	0
Selvaggina	1	1	100	0	0
Totali	142	149	105	28	19

Sono stati eseguiti n. 149 controlli sui n. 142 programmati, pari al 105%. In 2 allevamenti ovicapri sono emerse non conformità maggiori sui requisiti degli edifici e locali di stabulazione e sull'alimentazione, abbeveraggio e altre sostanze. Nell'allevamento avicolo è emersa una non conformità maggiore sull'alimentazione, abbeveraggio e altre sostanze, a cui è seguita la chiusura dell'allevamento.

Controlli effettuati durante il trasporto di animali:

Numero di controlli	N. dei mezzi di trasporto ispezionati	Numero di animali controllati					
		Bovini	Suini	Ovi-capri	Equidi	Avicoli e Conigli	Pesci
Durante il trasporto stradale	78	779	3900	1896	18	112659	1500
Al luogo di arrivo	36	-	-	-	20	126781	-
Controlli documentali	117	27	15	5	18	51	1

Le irregolarità rilevate al luogo di arrivo degli animali hanno riguardato 4 partite di volatili. Le irregolarità rilevate nei controlli sulla strada hanno riguardato 3 automezzi che trasportavano bovini, ovi-capri o equidi. Si sono rilevate anche 5 irregolarità documentali, su 117 controlli eseguiti. I provvedimenti adottati sono stati 1 sanzione amministrativa e 2 segnalazioni.

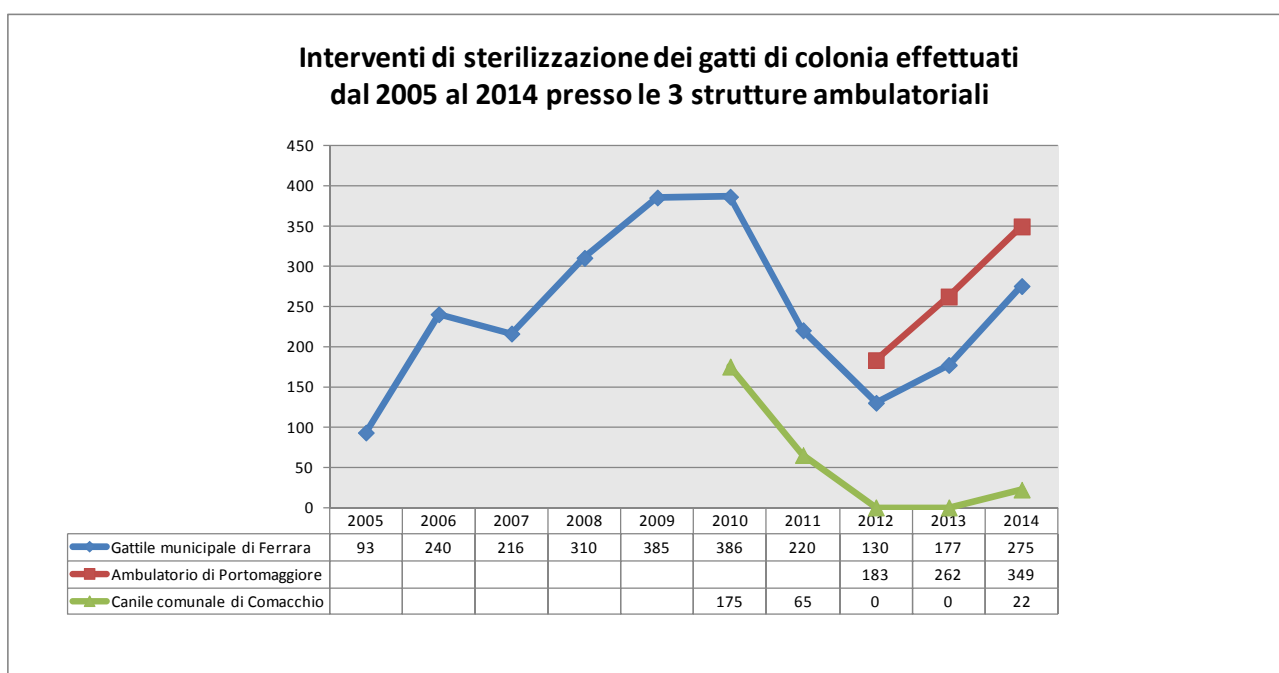
Igiene urbana veterinaria

L'attività è svolta per la prevenzione delle problematiche di convivenza uomo animale in ambito urbano e riguarda il controllo della popolazione canina e felina, la tutela del benessere degli animali da compagnia, la prevenzione delle zoonosi, la prevenzione delle morsicature provocate dai cani, ivi compresi i soggetti con aggressività non controllata, e gli interventi di sterilizzazione dei gatti delle colonie feline. Il numero di interventi eseguiti per Igiene Urbana veterinaria nel 2013 è riassunto nella tabella seguente:

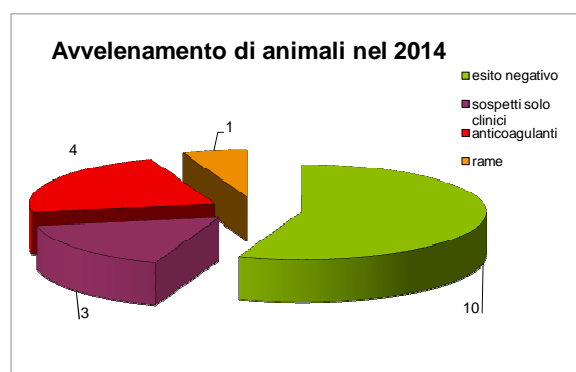
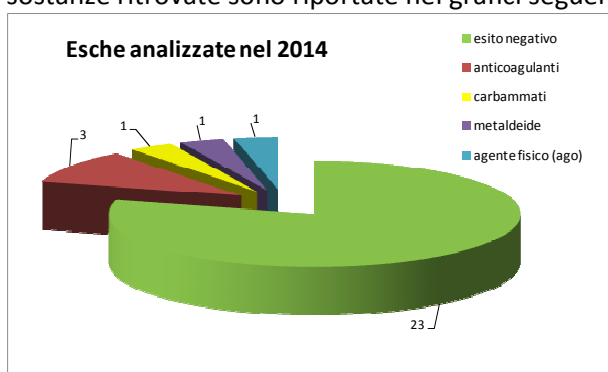
	Impianti di cura di animali d'affezione	Canili, gattili, colonie feline	Esposti di privati cittadini	Cani che hanno morso o segnalati per aggressività	Interventi di sterilizzazione di gatti di colonia	Passaporti e certificazioni rilasciate per cani, gatti o furetti	Rivendite, toelettature, pensioni e allevamenti di animali d'affezione
--	---	---------------------------------	------------------------------	---	---	--	--

N. di controlli / prestazioni	53	202	216	244	624	439	48
-------------------------------	----	-----	-----	-----	-----	-----	----

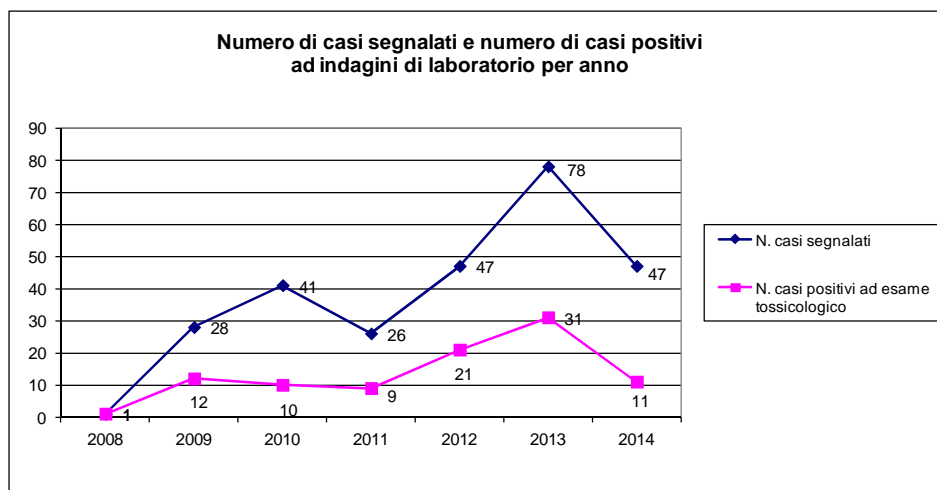
Nell'ambito delle attività rivolte agli animali d'affezione, dal 2005 l'Unità Operativa ha attivato, presso l'ambulatorio veterinario del Gattile municipale di Ferrara, la sterilizzazione chirurgica dei gatti delle colonie feline censite presso i Comuni, affidata ai Veterinari dell'AUSL. L'attività, che si svolge in stretta collaborazione con i Comuni, le Associazioni animaliste e i cittadini Referenti di colonia, è stata poi attivata anche presso l'ambulatorio presente presso il Canile di Comacchio e, dal 2012, all'ambulatorio ad hoc realizzato dal Comune di Portomaggiore. Dal 2005 al 2014 sono stati operati complessivamente n. 3488 gatti e il numero degli interventi è in crescita, come rappresentato nel grafico che segue: nel 2014 sono stati operati n. 646 gatti delle colonie feline di Ferrara, Argenta, Portomaggiore, Ostellato, Migliarino rispetto ai 439 dell'anno precedente, pari ad un incremento del 47%:



Per ciò che riguarda il piano di controllo degli avvelenamenti degli animali in applicazione della DGR n. 469/2009, sono state gestite nel 2014 n. 47 segnalazioni di casi sospetti tra esche, carcasse di animali deceduti e sospetti clinici: 6 esche e 5 carcasse di animali sono risultate positive all'esame tossicologico. Le sostanze ritrovate sono riportate nei grafici seguenti:



Per ciò che riguarda il trend del fenomeno dalla pubblicazione della Ordinanza Ministeriale 18/12/2008 "Norme sul divieto di utilizzo e di detenzione di esche o di bocconi avvelenati", al 2014, nel seguente grafico sono riportati i dati relativi alla provincia di Ferrara:



Igiene Alimenti di Origine Animale

Presso gli stabilimenti riconosciuti per la produzione, deposito o lavorazione di alimenti di origine animale, i controlli, eseguiti secondo frequenze calcolate in base alla categoria di rischio di ogni impianto punteggiata secondo un sistema oggettivo di valutazione e proceduralizzati secondo le check-list regionali, hanno previsto verifiche strutturali e gestionali degli impianti, nonché l'esecuzione di campionamenti di prodotti o alimenti finiti presso le sedi di attività degli operatori: macelli, mercati ittici, impianti di deposito, sezionamento, lavorazione di carne o prodotti ittici, centri di depurazione e/o spedizione di molluschi, stabilimenti di trasformazione di prodotti a base di latte, centri di imballaggio uova, ecc., come riportato in tabella:

	Strutture esistenti	Strutture controllate	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Impianti riconosciuti	76	76	2015	206	16	206	0	9

Le irregolarità più frequentemente riscontrate presso tali impianti hanno riguardato il prodotto finito, la sua rintracciabilità ed il piano HACCP.

Altre aziende di produzione, trasporto, distribuzione, somministrazione di alimenti di origine animale: i controlli eseguiti presso le strutture registrate, quali macellerie, pescherie, laboratori produzione miele, agriturismi, mercati, mense, ristoranti, automezzi trasporto alimenti, ecc. sono sintetizzati nella seguente tabella:

	Strutture esistenti	Strutture controllate	%	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Altre strutture	1943	718	37	945	643	36	643	2	9

In questo settore sono aumentate le prescrizioni impartite e le sanzioni; mentre le irregolarità più frequentemente riscontrate hanno riguardato l'idoneità di strutture ed attrezzature, la formazione ed il piano HACCP.

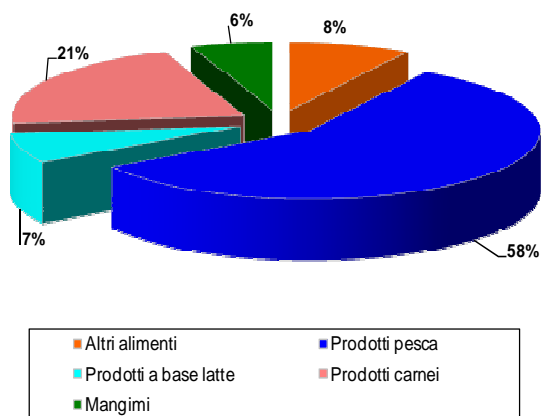
Sistema di allerta alimenti e mangimi:

L'attivazione del sistema di allerta è prevista per gli alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute umana e animale, per i quali è richiesto un intervento immediato per escludere l'alimento dal circuito distributivo e dalla disponibilità del consumatore. Nella gestione dell'allerta, secondo procedura dipartimentale, si garantisce l'attivazione dell'UO entro 24 dalla segnalazione. L'intervento consiste

nell'individuazione di alimenti pericolosi e nella verifica che l'Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione.

Nel 2014 sono state gestite complessivamente n. 71 emergenze tra allerta e notifiche di informazione per attenzione, di cui n. 62 provenienti da altri Enti e n. 9 attivate dall'Unità Operativa.

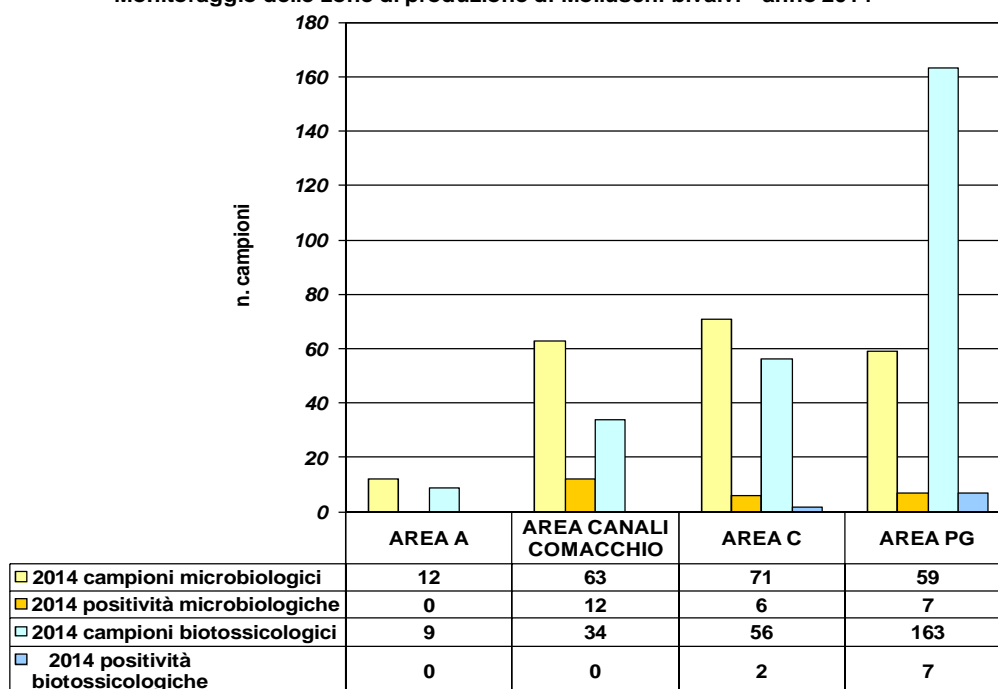
Le matrici interessate sono rappresentate in grafico:



Monitoraggio zone di produzione molluschi bivalvi: l'attività di sorveglianza sanitaria delle zone di produzione di Molluschi Bivalvi, svolta ai sensi del Reg. 854/2004/CE e di provvedimenti regionali applicativi, riguarda le seguenti aree di produzione:

- **Area PG**, zona di allevamento dei mitili in mare aperto, e **Area A**, fascia costiera di litorale marino di raccolta di Chamelea gallina, ove è consentita la raccolta per l'immediata commercializzazione per il consumo umano diretto
- **Area Canali di Comacchio** e **Area C**, Sacca di Goro, dove si allevano e raccolgono vongole veraci, con obbligo di depurazione dei molluschi raccolti prima della commercializzazione.

Monitoraggio delle zone di produzione di Molluschi bivalvi - anno 2014



Dai risultati del monitoraggio si traggono valutazioni sul rischio microbiologico e biotossicologico delle diverse zone di produzione che, in taluni casi, impongono l'adozione di provvedimenti restrittivi, di chiusura delle zone di raccolta. Nel 2014 sono stati adottati n. 27 provvedimenti di chiusura temporanea di zone di produzione e n. 7 provvedimenti di obbligo di depurazione a seguito delle non conformità microbiologiche o biotossicologiche riportate in tabella.

Sistema di Gestione della Qualità

L'Unità Operativa è impegnata per garantire la qualità delle prestazioni erogate mediante:

- programmazione del lavoro dettagliata in ogni settore di attività, con frequenza dei controlli stabilita in base al "rischio" delle strutture
- qualifica degli Operatori addetti al controllo come "Auditor per la Sicurezza alimentare"
- utilizzo di procedure e istruzioni operative per l'esecuzione dei controlli
- verifiche (follow-up) entro tempi certi sulla risoluzione delle irregolarità riscontrate nei controlli ufficiali
- registrazione su base informatica di ogni controllo svolto e delle non conformità riscontrate. La registrazione dell'esito di ogni controllo permette di costruire le informazioni utili a programmare la frequenza dei controlli per l'anno successivo presso ogni singolo Produttore di alimenti (minimo, standard e rinforzato), in funzione della valutazione dei rischi
- verifica della qualità delle prestazioni mediante un programma di supervisioni e audit interni
- la verifica dei risultati e riesame, ai fini della programmazione
- gestione di un complesso sistema informativo nel quale vengono registrate i dati di attività, coi presigli esiti del controllo ufficiale, al fine di poter descrivere circa la situazione di conformità dei diversi settori produttivi oggetto di controllo.

La supervisione introdotta in attuazione di specifico obiettivo regionale e aziendale è strumento del governo clinico e consiste nell'effettuazione di ispezioni in compresenza sul campo del Veterinario supervisionato e del Veterinario supervisore, con discussione delle risultanze del controllo ufficiale eseguito. La supervisione ha la finalità di verificare, su mandato della Direzione dell'Unità Operativa, l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, ottenendo elementi per indirizzare la pianificazione della formazione e di altri strumenti tesi al miglioramento, promuovendo altresì la socializzazione delle migliori conoscenze disponibili. I risultati delle 33 supervisioni effettuate nel 2014 hanno dimostrato l'adeguatezza del controllo ufficiale per tutti i settori verificati: controlli di anagrafe bovina, biosicurezza allevamenti, farmacovigilanza, visita di cani morsicatori, controlli di stabilimenti del settore ittico e di strutture registrate per la produzione di alimenti di origine animale.

Risultati dell'indagine di gradimento sul rilascio del passaporto per cani, gatti e furetti condotta sui cittadini della provincia di Ferrara

Mandato normativo

Il D.Lgs. n. 33 del 14.03.2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA.", dispone, tra l'altro, che ai fini della piena accessibilità delle informazioni pubblicate dalle Pubbliche Amministrazioni vi siano anche i risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati. Anche altre norme riguardanti modelli di funzionamento/ accreditamento dei Servizi dei Dipartimenti di Sanità Pubblica delle Aziende USL e dei Servizi della Sicurezza Alimentare prevedono che vi siano le modalità e gli strumenti di ascolto degli utenti.

Tra i procedimenti dell'Unità Attività Veterinarie, dal 2004 vi è anche il rilascio di passaporti europei per cani gatti e furetti. Questo documento, previsto da specifici Regolamenti dell'UE, è indispensabile per questi animali per poter viaggiare, accompagnati dal proprietario, attraverso gli Stati dell'Unione Europea o per recarsi nei Paesi Terzi.




Il progetto

Nel corso del 2014 la Direzione dell'UO ha deciso di intraprendere un'indagine di gradimento sulle prestazioni erogate, formulando un apposito progetto di miglioramento "Implementazione di strumenti di ascolto degli utenti" su questo procedimento in quanto è una prestazione su richiesta dell'utente, è frequente e sembrava interessante valutare diverse dimensioni della qualità (accessibilità, tempestività, trasparenza, qualità della struttura, qualità relazionale, efficacia).

Le risorse messe in campo per questo progetto, senza costi aggiuntivi, sono state di ordine strumentale, con la predisposizione di un questionario di gradimento, materiale, con la predisposizione di cassette di raccolta appositamente identificate, presenti e disponibili nei 5 Uffici territoriali e umane, cioè il Personale veterinario

sensibilizzato e Personale incaricato dell'elaborazione dati (amministrativo per il data-entry e il Resp. MOD Qualità e Accredimento per l'elaborazione dei dati).

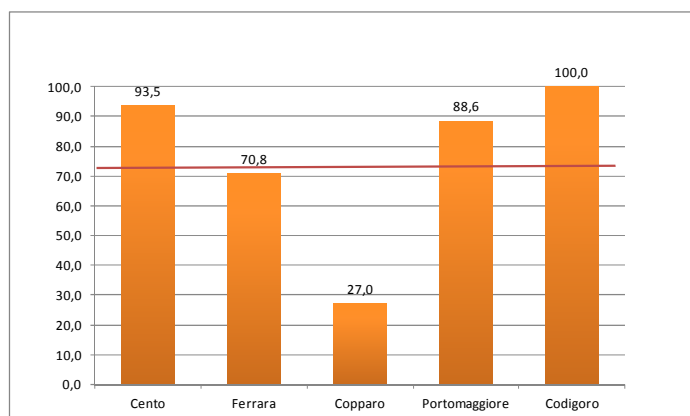
Il questionario prodotto è accompagnato da una spiegazione circa il motivo dell'indagine e da brevi e istruzioni per la sua compilazione. Il questionario, valutato anche dall'Ufficio Qualità aziendale, si compone di 11 domande la cui sequenza segue l'ordine di erogazione della prestazione e contiene anche elementi utili per caratterizzare il fruitore del servizio e uno spazio per le osservazioni e suggerimenti. Per la graduazione del livello di gradimento si è fatto riferimento agli emoticon, tratti dall'iniziativa "Mettiamoci la faccia" del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione. I questionari vengono somministrati nel momento di contatto con il servizio, quando il cittadino si reca fisicamente presso l'Unità Veterinaria per il rilascio del passaporto.

QUESTIONARIO di RILEVAZIONE della SODDISFAZIONE	
UFFICIO VETERINARIO DI _____	
INDICI IL SUO GRADIMENTO RISPETTO AI SEGUENTI PUNTI:	 gradimento alto  gradimento medio  gradimento basso
1. Le modalità di prenotazione sono state agevoli?	
2. Le informazioni telefoniche date al momento della prenotazione erano chiare e complete?	
3. I tempi di attesa per accedere alla prestazione erano adeguati alle sue necessità?	
4. L'orario proposto per l'appuntamento era comodo per lei? Si è tenuto conto delle sue eventuali necessità?	
5. Le modalità di pagamento della prestazione sono risultate comode?	
6. L'ufficio è facilmente raggiungibile?	
7. Ha individuato facilmente l'Operatore a cui rivolgersi?	
8. Gli ambienti sono puliti e confortevoli?	
9. Gli Operatori sono stati cortesi e disponibili?	
10. Gli Operatori le sono sembrati competenti e professionali?	
11. Gradimento complessivo del servizio ricevuto	
PROFILO UTENTE	
SESSO: Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	COMUNE RESIDENZA: _____
ETÀ: <input type="checkbox"/> <20 <input type="checkbox"/> 21-35 <input type="checkbox"/> 36-50 <input type="checkbox"/> 51-65 <input type="checkbox"/> >65	NAZIONALITÀ: _____
PROFESSIONE:	OSSERVAZIONI E/O SUGGERIMENTI:
Casalinga <input type="checkbox"/>	_____
Disoccupato <input type="checkbox"/>	_____
Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>	_____
Lavoratore dipendente <input type="checkbox"/>	_____
Pensionato <input type="checkbox"/>	_____
Studente <input type="checkbox"/>	_____
Altro <input type="checkbox"/>	_____

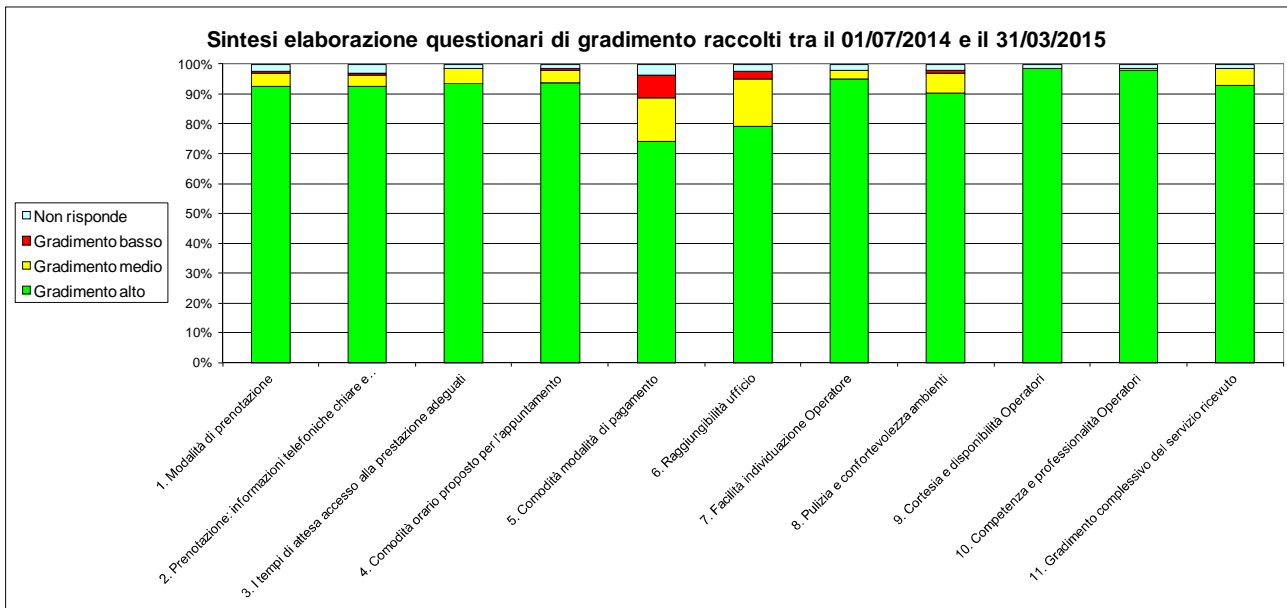
I risultati

Nel periodo 01/07/2014 e 31/03/2015 sono stati somministrati complessivamente n. 198 questionari presso i 5 Uffici territoriali, con percentuali di copertura molto

buone presso gli Uffici di Migliarino, Cento e Portomaggiore, discreta presso l'Ufficio di Ferrara e scarsa a Copparo. La media è del 73,1%:



Per quanto riguarda i risultati emersi dall'elaborazione dei questionari emerge un quadro di pieno gradimento complessivo della prestazione da parte del 93% dei proprietari di animali (11° item):



9 criteri su 11 hanno dato luogo ad un gradimento molto elevato, superiore al 90%. Sono risultati meno performanti, e comunque con gradimento superiore al 70%, due criteri legati ad aspetti logistici: comodità del pagamento e raggiungibilità della sede, particolarmente critici presso l'ex-ufficio posto in pieno centro di Ferrara, oggi dismesso. La rilevazione è tuttora in corso.

Unità Operativa Igiene degli alimenti e Nutrizione (UO IAN)

Nel corso del 2014 l'UOIAN ha mantenuto in essere i sotto riportati obiettivi strategici

Implementazione e manutenzione del Sistema di Gestione della Qualità

L'Unità Operativa è impegnata per garantire la qualità delle prestazioni erogate mediante:

- ✓ programmazione dettagliata dell'attività di controllo ufficiale (verifiche, ispezioni, audit, campioni) presso le attività di produzione primaria, lavorazione, deposito, somministrazione, vendita e trasporto di alimenti, con frequenza dei controlli stabilita in base al "rischio" delle strutture
- ✓ qualifica degli Operatori addetti al controllo ufficiale
- ✓ utilizzo di procedure, istruzioni operative e modulistica per l'esecuzione dei controlli
- ✓ verifica della qualità delle prestazioni mediante un programma di supervisioni e audit interni
- ✓ verifica dei risultati, ai fini del riesame e della successiva riprogrammazione
- ✓ implementazione del database AVELCO a mezzo della registrazione delle NOTIFICHE, ALLERTA, RICHIESTE, CERTIFICAZIONI EFFETTUATE nonché degli esiti dei CONTROLLI UFFICIALI condotti.

La supervisione, prevista n attuazione di specifico obiettivo regionale e aziendale fin dal 2013 ha riguardato i seguenti campi:

- ✓ campionamento;
- ✓ controllo ufficiale in agricoltura;
- ✓ controllo ufficiale presso le attività che producono senza glutine per la vendita e per la somministrazione diretta al consumatore finale;
- ✓ controllo ufficiale presso le attività di deposito e vendita fitosanitari;
- ✓ verifica dei piani di autocontrollo.

Sono state effettuate n. 29 supervisioni, le cui risultanze sono state elaborate e illustrate durante una giornata di FORMAZIONE nel corso della quale sono state condivise azioni di miglioramento per l'anno 2015.

Registrazione delle attività notificate

L'UO IAN ha l'obbligo di mantenere aggiornata la Banca Dati in dotazione al DSP delle attività di produzione, preparazione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande.

Nel corso del 2014 sono state gestite 1891 notifiche al fine della registrazione. Le SCIA registrate sono 854/1891 (45%); le NOTIFICHE NUOVE ATTIVITA' 246 (13%) mentre le VOLTURE/SUBENTRI/MODIFICHE 791 (42%).

Controllo Ufficiale

Nel corso del 2014 è stato garantito il controllo ufficiale ai sensi del Regolamento CE 882/04

- ✓ sulla produzione, preparazione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto e deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, compresi i prodotti dietetici, gli alimenti per la prima infanzia e le acque minerali ;
- ✓ sulle imprese alimentari che producono e/o somministrano alimenti non confezionati preparati con prodotti privi di glutine destinati direttamente al consumatore finale;
- ✓ sul deposito, commercio, vendita e utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari.

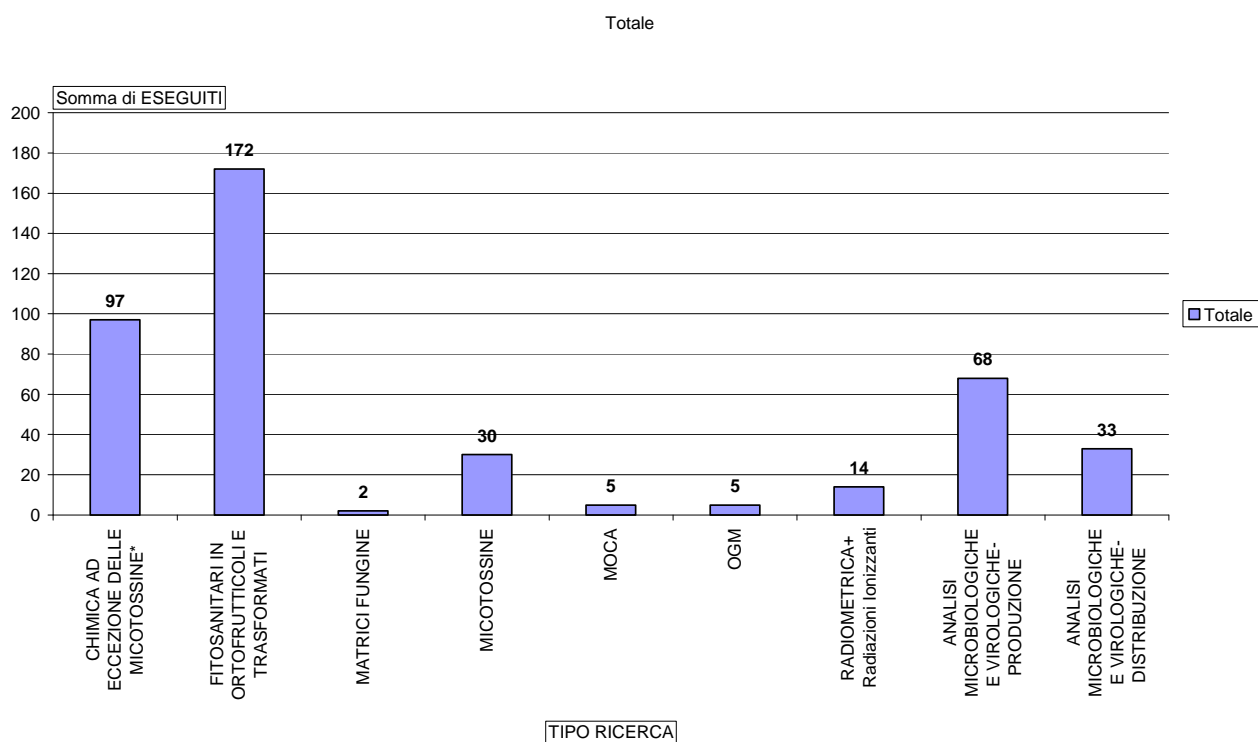
In particolare sono state condotte **3257 visite ispettive** (cu, notifiche, ritorni, su domanda, segnalazione e occasionale) garantendo il controllo ufficiale nel 100% delle attività identificate come degne di massima attenzione. Per quanto riguarda la RISTORAZIONE COLLETTIVA risultano effettuati 203 controlli ufficiali che hanno coperto la totalità delle mense.

Inoltre, nell'ambito del progetto "Celiachia", sono stati eseguiti **295 controlli** e **31 campioni** risultati tutti conformi così come sono state controllate **31 attività** di deposito, commercio, vendita/utilizzo di prodotti fitosanitari e coadiuvanti dei fitosanitari.

Anche nel corso del 2014 sono state condotte verifiche presso **1750 esercizi** riguardanti la vendita e l'utilizzo di sale iodato.

Nell'ambito del controllo ufficiale sono stati effettuati 426 campioni, di cui 396 da Piano Regionale/Ministeriale, 6 campioni EXTRA PIANO e 24 campioni SU SEGNALAZIONE.

Le analisi eseguite sono meglio sintetizzate nella tabella sotto riportata



Da Gennaio a Dicembre sono emerse 3 irregolarità, peraltro oggetto di notifica per informazione (n. 2 PERE CON ETOSSICHINA; n.1 FRAGOLA con CAPTANO, n.1 CLEMENTINE CON PROPARGITE). La notifica di allerta per CAPTANO in FRAGOLE è stata REVOCATA.

Sistema di allerta alimenti e mangimi

L'attivazione del sistema di allerta è prevista per gli alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute umana e animale, per i quali è richiesto un intervento immediato per escludere l'alimento dal circuito distributivo e dalla disponibilità del consumatore.

La gestione dell'allerta, secondo procedura dipartimentale, garantisce l'attivazione dell'UO entro 24 ore dal ricevimento, infra settimana e entro 48 ore nei fine settimana.

Il controllo attivato prevede

- ✓ l'attivazione dell'allerta (notifica di allarme o notifica per informazione), qualora durante l'attività l'Autorità Competente intercetti una non conformità tale da imporre il ritiro e/o il richiamo dell'alimento dal mercato;
- ✓ la verifica che l'Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione.

L'UO IAN ha gestito, nel corso del 2014, **46 allerta/non conformità in entrata**. La gestione interna è stata condotta con sollecitudine (85% delle attivazioni < alle 24 ore e 15% < alle 48 ore) e, per ogni allerta, sono stati archiviati i modelli H (127) e si sono fatte 36 relazioni.

FORMAZIONE ALIMENTARISTI

La normativa prevede che i corsi di formazione per il rilascio/aggiornamento dell'attestato di formazione per il personale alimentarista vengano organizzati dal Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) dell'Azienda Usl competente per territorio (di residenza o di luogo di lavoro). La stessa prevede altresì che i corsi di formazione per il rilascio/aggiornamento dell'attestato di formazione possano essere organizzati dalle stesse aziende alimentari o dalle associazioni di categoria, previa valutazione e validazione, da parte del DSP dell'AUSL competente territorialmente, della congruità del corso con gli obiettivi di formazione stabiliti dalla DGR n. 342/2004 e per i quali siano previste valutazioni finali di apprendimento.

Nel corso dell'anno 2014, sono stati formati **5786 operatori del settore alimentare**; **3078** operatori hanno partecipato a corsi di formazione per il primo rilascio dell'attestato organizzati dall'ASL o dall'Azienda Alimentare; **3637** operatori hanno rinnovato l'attestato in seguito ad aggiornamento tenutosi presso l'ASL o presso Associazioni di Categoria o presso l'Azienda Alimentare. I soggetti che risultano aver usufruito di formazione validata dall'ASL risultano **929**. Gli attestati rilasciati agli aventi titolo di studio risultano **841**

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: campionamenti e controllo analitico acqua rete distribuzione pubblica per la verifica di potabilità;

La sorveglianza igienico-sanitaria dell'Azienda USL sulle acque potabili erogate da pubblico acquedotto, rientra negli obblighi previsti dall'art. 8, comma 1, del D.lgs. 31/01 e s.m.i. . Lo scopo è quello di verificare che l'acqua sia conforme ai valori di parametro fissati dall'Allegato I del sopraccitato decreto al fine di assicurare nel tempo il mantenimento della buona qualità delle acque erogate mediante rete di distribuzione pubblica; la programmazione dei controlli analitici viene strutturata in modo tale da garantire quanto più efficacemente possibile la tempestiva individuazione di situazioni di rischio.

Complessivamente sui n.133 punti fissi di campionamento distribuiti sul territorio provinciale sono stati eseguiti **648** campioni (così suddivisi: 512 controlli di routine, 53 di verifica semplificata e 83 di verifica completa. Non sono emerse "non conformità" a carico di parametri cogenti tali da inficiare il giudizio di potabilità dell'acqua erogata ma complessivamente sono state segnalati n. 25 potenziali superamenti di valori parametrici a carico di parametri "indicatori" principalmente responsabili dell'alterazione di caratteristiche organolettiche dell'acqua stessa .

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: campionamenti e controllo analitico acqua rete distribuzione interna (Laboratori riconosciuti e Attività alimentari registrate) per la verifica di potabilità;

L'Unità Operativa igiene alimenti e nutrizione ha altresì l'obbligo di verificare la rispondenza dei requisiti di potabilità dell'acqua destinata al consumo umano anche nelle imprese alimentari nelle quali la stessa viene utilizzata per la preparazione di alimenti e per il lavaggio di strumenti e attrezzature destinate al contatto con alimenti in quanto la sua qualità potrebbe avere conseguenze sulla salubrità del prodotto alimentare finito.

Laboratori riconosciuti ai sensi del Reg Ce 853/2004.

Sui 53 laboratori individuati sono stati eseguiti complessivamente n. **56** campioni con protocollo analitico di "verifica semplificata"

Attività alimentari registrate ai sensi dell'art. 6 del REG CE 852/2004,

Il controllo di potabilità, con le finalità sopra specificate, ha riguardato inoltre n. 48 imprese alimentari "registrate" ai sensi dell'art. 6 del REG CE 852/2004, presso le quali sono stati eseguiti complessivamente n. **49** dei 51 campioni programmati, rispettando comunque lo standard indicato del 95%. Le non conformità a carico di parametri "indicatori", prevalentemente di natura microbiologica, hanno riguardato 15 campioni.

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: Campionamenti e controllo analitico acqua in uscita impianti di distribuzione in aree pubbliche (cassette d'acqua) per la verifica di potabilità.

Le "cassette dell'acqua", sono strutture installate in area pubblica presso le quali un gestore pubblico o un operatore economico offre all'utenza, in postazioni appositamente attrezzate, la distribuzione di acque modificate rispetto a quelle erogate dal pubblico acquedotto.

Trattandosi di punti di somministrazione al pubblico di alimenti, secondo le indicazioni del ministero della Salute, dette strutture sono assoggettate alle norme previste per gli Operatori del Settore Alimentare – O.S.A.- e, pertanto, oggetto di controllo per la verifica del rispetto dei requisiti di potabilità da parte dell'U.O. Igiene alimenti e nutrizione.

Per le 4 strutture esistenti, sono stati eseguiti **16 campioni** programmati (100%), ai quali si sono aggiunti ulteriori **7 campioni** non programmati per il monitoraggio iniziale di una quinta struttura attivata a fine anno

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano: Campionamenti e controllo analitico acqua non programmate per la verifica di potabilità e controllo amianto

Nell'anno 2014 l'U.O.IAN ha garantito il controllo di potabilità, con esecuzione di **22 campioni**, per motivazioni diverse (x verifica di potabilità sulla rete pubblica o privata a seguito di segnalazione di non conformità, su richiesta di privati) e di ulteriori **12 campioni** eseguiti sulla rete di distribuzione, con la finalità di **determinare l'indice di aggressività dell'acqua distribuita e il numero di fibre di amianto potenzialmente presenti.**

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano mediante mappatura fonti, impianti di approvvigionamento: Campionamento analitico FONTI DI APPROVVIGIONAMENTO

Il puntuale controllo analitico delle fonti di approvvigionamento è mirato a verificare se le caratteristiche chimico-fisiche e microbiologiche delle stesse siano tali da consentirne o meno l'utilizzo ai fini della potabilizzazione

In ambito provinciale sono presenti quattro centrali di potabilizzazione che alimentano i pubblici acquedotti e che sono approvvigionate sia da acque superficiali (fiume Po) sia da acque profonde provenienti prevalentemente da pozzi di sub – alveo dello stesso .

Il controllo delle fonti di approvvigionamento in carico all'U. O. Igiene Alimenti e Nutrizione riguarda unicamente le acque di origine profonda e prevede un controllo con frequenza mensile delle acque di pozzo che alimentano 3 delle quattro centrali presenti.

Per il 2014 sono stati regolarmente eseguiti tutti i **36 campioni** programmati

Sorveglianza sulle acque destinate al consumo umano mediante vigilanza sugli impianti di potabilizzazione

Ad integrazione del controllo analitico sull'acqua destinata al consumo umano, l'U.O. IAN garantisce il controllo ispettivo presso le infrastrutture acquedottistiche presenti in ambito provinciale con le modalità e le frequenze definite dalla normativa nazionale (allegati I e II del DM 26 marzo 1991) e dalle indicazioni regionali (circolare RER n. 2/1999 e n. 9/2004).

La necessità di programmare verifiche ispettive trova riscontro nella consapevolezza che eventuali contaminazioni delle acque destinate al consumo umano possono essere determinate, a volte, da lacune costruttive e/o carenze tecniche gestionali delle infrastrutture acquedottistiche stesse costituite da impianti di captazione/opere di presa a fiume, impianti di trasporto, di trattamento e accumulo, impianti di distribuzione con particolare riferimento agli impianti di approvvigionamento (depositi/serbatoi di stoccaggio).

Nel 2014 sono state eseguite **87 ispezioni** sulle 89 programmate (pari al 97%): le due ispezioni non eseguite hanno riguardato n. 1 serbatoio ancora inagibile per sisma e n.1 pozzo del campo pozzi golenale di Stellata in quanto disattivato.

Implementazione e l'aggiornamento del PORTALE ACQUE POTABILI Regione Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna ha attivato il Portale ACQUE POTABILI con la finalità di :

- fornire uno strumento comune di gestione dell'anagrafica regionale dei punti di campionamento sulla rete degli acquedotti
- implementare e fornire un sistema di geo - localizzazione dei punti di campionamento
- fornire un archivio organico permanente dei dati anagrafici ed analitici dell'intera rete di monitoraggio delle acque destinate al consumo umano della regione

Compito dell'AUSL è quello di implementare e mantenere aggiornato nel tempo il database unico del portale.

L'unità operativa IAN, per il 2014, ha provveduto:

1) alla creazione di un'anagrafica dei 133 punti oggetto di controllo della rete di distribuzione pubblica, facente capo ai due enti gestori operanti nel territorio di competenza dell'Azienda USL di Ferrara, con definizione per ciascuno di essi del Codice unico provinciale (distinto per singoli pozzi di approvvigionamento, punti di entrata centrali di potabilizzazione (superficiale e profonda miscelata), punti di rete distribuzione pubblica, del Nome del punto, dell'indirizzo con specifica della località/frazione, Comune e Provincia di appartenenza, l'indicazione dell'Acquedotto di appartenenza e del relativo Gestore e la classificazione del punto.

2) alla georeferenziazione dei suddetti punti con la localizzazione spaziale (LAT e LONG) ricorrendo all'utilizzazione di coordinate spaziali UTM 32 fornite dagli enti gestori.

MODULO ORGANIZZATIVO IGIENE DELLA NUTRIZIONE

I dati forniti dall'O.M.S. e dalla comunità scientifica internazionale sottolineano con fermezza che la nutrizione –come è universalmente riconosciuto- è un fattore in grado di modificare profondamente lo stato di salute dell'individuo e conseguentemente, della popolazione nel suo complesso. Com'è noto, le malattie "non infettive" per le quali sono stati evidenziati fattori di rischio nutrizionale sono numerose: per alcune di esse sono necessari ancora studi epidemiologici finalizzati a confermare o a quantificare questa correlazione, ma per molte di esse (quali la cardiopatia ischemica, alcune neoplasie, le malattie cerebrovascolari) il dato risulta ormai da tempo consolidato. La dieta rappresenta in definitiva un importante fattore di rischio o di protezione per le malattie croniche non trasmissibili: sette delle prime dieci cause di morte, in Italia, sono malattie per cui è riconosciuto un fattore di rischio dietetico.

Per questi motivi l'intervento nutrizionale è mirato sia sulla popolazione generale con progetti regionali sia sul singolo individuo.

PROGETTI REGIONALI

Scopo dei progetti regionali è quello di portare la popolazione ad avere un comportamento alimentare sano ed equilibrato e, più in generale, ad avere uno stile di vita corretto. Se tutto questo inizia in età infantile e adolescenziale, più facilmente si otterranno risultati positivi a lungo termine

Nel corso dell'anno 2014 tre sono stati i progetti che hanno interessato il modulo Nutrizione:

1. **fornire indicazioni omogenee sul territorio regionale finalizzate sia al miglioramento della qualità, in particolare sul piano nutrizionale, della ristorazione scolastica che alla organizzazione e gestione del servizio di ristorazione attraverso la verifica e valutazione dell'applicazione degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica e nei distributori automatici delle scuole con apposita scheda. La normativa di riferimento è il DGR 418/12 Regione Emilia-Romagna: Linee guida per l'offerta di alimenti e bevande salutari nelle scuole e strumenti per la sua valutazione e controllo**

l'indicatore era: numero menu valutati con apposita scheda / Numero menù proposti : > 90%

- numero valutazioni distributori automatici (attraverso analisi semiquantitativa

a punteggio degli standard nutrizionali) / Numero distributori scuole che hanno proceduto a nuovo capitolato: > 90%. In entrambi i casi si è raggiunto il 100%

2. **promuovere l'iniziativa presso i panificatori associati per favorire la produzione e la vendita di pane con ridotto contenuto di sale (sale non superiore al 1.7%, riferito al peso della farina) attraverso una serie di incontri programmati. La normativa di riferimento sono i protocolli d'intesa per la riduzione del quantitativo di sale nel pane tra il Ministero della Salute e le principali associazioni di categoria della panificazione artigianale e industriale in linea con il Programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari"; Deliberazione n. 354 del 02/04/2013 e protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e Associazioni del 24/04/2013**

l'indicatore era il numero di corsi programmati: sono stati eseguiti tre incontri su due programmati

3. **OKKIO ALLA SALUTE: variabilità geografica e l'evoluzione nel tempo della stato ponderale, mediante la misura diretta di peso e statura dei bambini della classe terza primaria con compilazione di apposite schede. La motivazione è il progetto biennale del Ministero della Salute/CCM coordinato dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità e condotto in collaborazione con le Regioni e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.**

L'indicatore era il numero di classi campionate/numero di classi estratte da campione >75%: sono state campionate 19 classi su 23 oggetto di intervento mediante la rilevazione di misure antropometriche e la somministrazione di due questionari: uno per i genitori degli alunni e uno per gli alunni stessi.

CELIACHIA

La Determina Regionale 16963 del 29/12/2011 prevede nel capitolo Formazione che "l'OSA che intende produrre alimenti non confezionati...in cui si dichiara l'assenza di glutine, deve assicurare che il personale addetto sia adeguatamente formato...". I corsi sono organizzati dal DSP ed in particolare dall' UOIAN, hanno una durata di 4 ore (due ore di teoria con la presenza di un medico, di una dietista e di un Tecnico della Prevenzione e due ore di pratica) e alla fine del corso, dopo un test di apprendimento, viene rilasciato l'attestato che ha validità quinquennale. Per l'anno 2014 sono stati programmati 16 corsi e ne sono stati effettuati 18 con un numero di partecipanti di 340.

SALE IODATO – OSA CHE PRODUCONO ALIMENTI PER CELIACI

Sono stati inoltre conclusi altri due progetti che hanno visto collaborare il modulo Nutrizione con il modulo Sicurezza Alimentare ed in particolare:

1. La legge 55/2005 prevede all'articolo 1. "...ai fini della iodoprofilassi, le modalità di utilizzo e di vendita del sale alimentare arricchito con iodio destinato al consumo diretto oppure impiegato come ingrediente nella preparazione e nella conservazione dei prodotti alimentari." e all'articolo 3. "I punti vendita di sale destinato al consumo diretto assicurano la contemporanea disponibilità di sale arricchito con iodio e di sale alimentare comune; quest'ultimo è fornito solo su specifica richiesta del consumatore. 2. Nell'ambito della ristorazione pubblica, quali bar e ristoranti e di quella collettiva, quali mense e comunità, e' messo a disposizione dei consumatori anche il sale arricchito con iodio."

Per questi motivi è stato previsto il controllo da parte degli operatori dell'UOIAN, nella ristorazione pubblica e collettiva, della vendita/utilizzo del sale iodato. Sono state controllate 134 strutture su 134 programmate.

2. Controllo mediante compilazione della scheda di controllo ufficiale e checklist degli OSA che producono alimenti per celiaci. Sono state eseguite 229 ispezioni su 219 programmate

INTERVENTO SUL SINGOLO

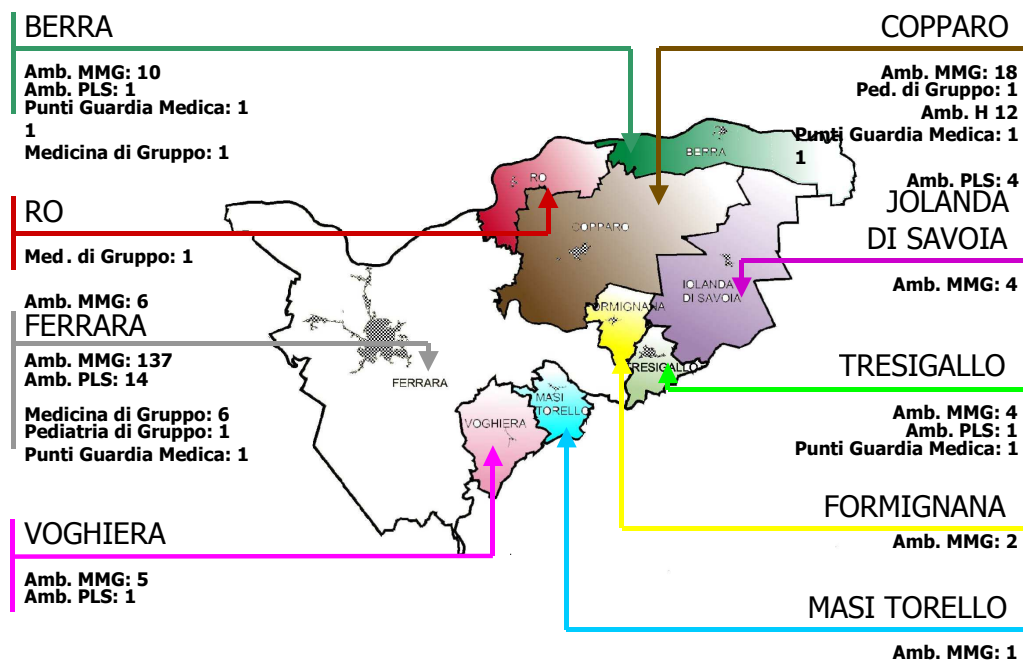
Il controllo sulla singola persona viene invece attuato dal Modulo Nutrizione attraverso l'apertura di ambulatori nutrizionale dedicati in tutti i distretti dell'Az USL. Nelle sedi periferiche sono presenti le dietiste mentre nel capoluogo è presente sia un ambulatorio gestito dalla dietista sia un ambulatorio con la presenza del medico specialista

Assistenza distrettuale

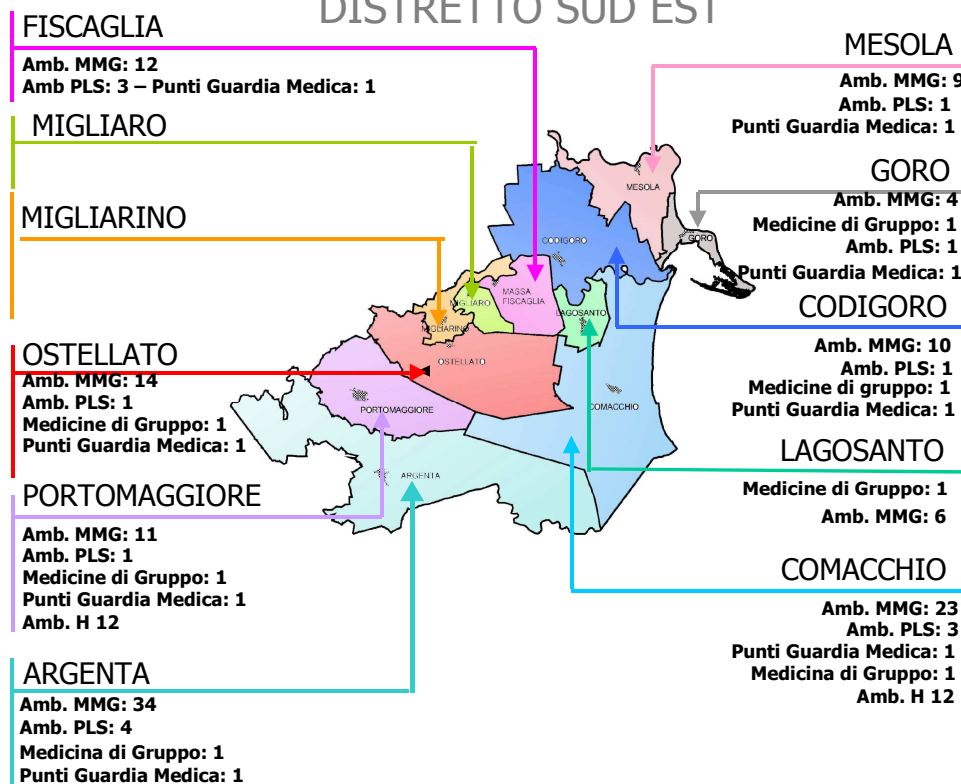
Assetto organizzativo dell'assistenza di base

Nelle seguenti cartine vengono evidenziati il numero di ambulatori dei Medici di Base e dei Pediatri di Libera Scelta nonché i punti di Guardia Medica presenti in ciascun ambito comunale.

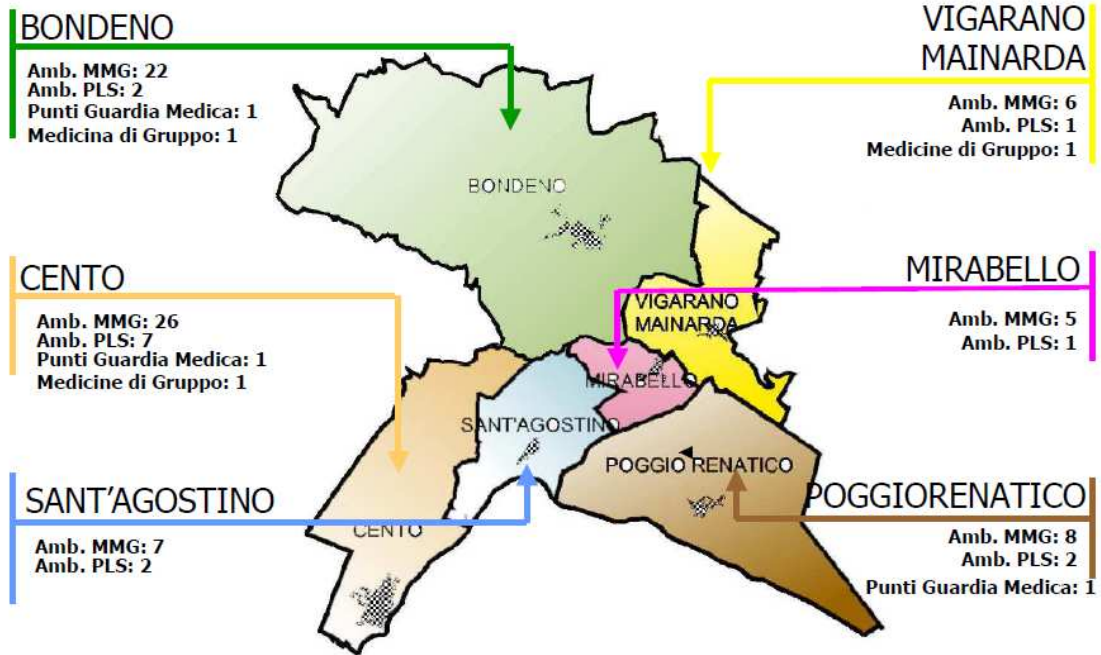
DISTRETTO CENTRO NORD



DISTRETTO SUD EST



DISTRETTO OVEST



Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Nel 2014 oltre al FRNA la regione ha assegnato alle Aziende una quota di FNA e una quota di FNA finalizzato all'assistenza in favore di utenti malati di SLA.

Il piano di riparto del FRNA fra i distretti Centro Nord, Sud Est e Ovest ha tenuto conto della spesa storica dei servizi e dei presidi socio-sanitari sul territorio e delle indicazioni regionali ad esempio in materia di gravissime disabilità acquisite e SLA. I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano e i Comitati di Distretto hanno successivamente programmato l'utilizzo delle risorse con riferimento alle singole aree – domiciliarietà e residenzialità – e alla tipologia di utenti – anziani e disabili. Sono altresì state programmate anche alcune azioni trasversali.

Assistenza residenziale e semi-residenziale

Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

Nella Provincia di Ferrara le strutture socio sanitarie sono state accreditate. I livelli di qualità assistenziale garantiti agli utenti anziani non autosufficienti sono pertanto omogenei ed uniformi sul territorio provinciale. Nel corso del 2014 un gruppo di lavoro multi professionale interdistrettuale ha lavorato alla definizione di un nuovo regolamento di accesso alle strutture residenziali. Il documento è stato licenziato nel mese di dicembre 2014, per essere sottoposto alla valutazione /approvazione nelle sedi istituzionalmente competenti.

Nel quadro complessivo dell'offerta assistenziale, i posti letto di sollievo per periodi di tempo non superiori ai 30 giorni con tariffe agevolate e finanziamento a carico del FRNA, rappresentano uno strumento di sostegno alla domiciliarietà.

N. di posti ogni 1000 >74	Posti residenziali convenzionati (CP +RSA)				Posti semi residenziali convenzionati (CD)			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
FERRARA	31,9	32,3	31,3	30,2	2,7	2,7	2,7	2,8
TOTALE REGIONE	30,2	29,8	29,7	29,4	6,1	5,8	5,7	5,7

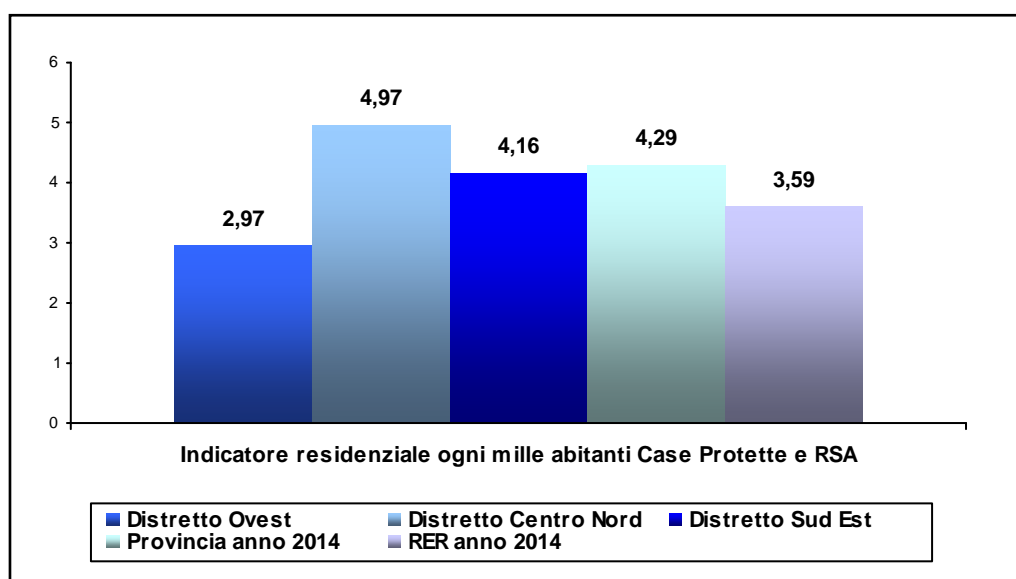
Ferrara	Case protette e RSA	Centri Diurni
2000	1.400	84
2001	1.125	105
2002	1.387	112
2003	1.382	112
2004	1.381	116
2005	1.460	113
2006	1.437	126
2007	1.445	131
2008	1455	130
2009	1.493	155
2010	1.517	130
2011	1.534	130
2012	1.571	131
2013	1.522	131
2014	1.501	141

Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2014
Residenziale Protetta (RSA e CP)	234	871	421	1.526
Centri Diurni per anziani	22	84	35	141

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2014)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74*	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74*
Distretto Ovest	0,28	2,97
Distretto Centro Nord	0,48	4,97
Distretto Sud Est	0,35	4,16
Provincia 2014	0,40	4,29
RER 2014	0,69	3,59



Centri Diurni

L'ospitalità semi residenziale per anziani, anch'essa servizio accreditato, si evidenzia come opzione assistenziale non ancora del tutto apprezzata dagli utenti.

Nel corso dell'anno sono stati confermati i percorsi sperimentati durante l'anno precedente per il migliore utilizzo dei Centri Diurni per anziani.

Inoltre nel distretto Centro-Nord sono state intraprese azioni di facilitazione dei percorsi di valutazione in accesso. Questi due elementi hanno determinato l'aumento della percentuale di utilizzo dei posti accreditati di questo territorio nel 2014.

Assegno di cura

L'erogazione dell'Assegno di cura in favore di utenti non autosufficienti è funzionale a contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. E' finanziato con fondi del Fondo regionale per la Non Autosufficienza. E'

riconosciuto a fronte di infermità attestate dall'Unità di valutazione geriatrica e che possono riguardare sia fattori sociali, relazionali che sanitari ma sempre considerati in maniera integrata.

Il contributo è attribuito in favore dell'intervento di cura della famiglia o di in care giver, per le attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e per far fronte alle spese personali del paziente in cura, e in parte anche per l'assistenza privata. Particolare riguardo deve essere dato all'igiene e alla cura della persona, al mantenimento dell'ambiente di vita, alle condizioni dell'alimentazione, alla vita di relazione e socializzazione. Il contributo è commisurato alla difficoltà del caso e alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano, ai suoi bisogni assistenziali ed alle attività socio-assistenziali espletate dalla famiglia, nell'ambito di tre categorie economiche (Livello A, B o C). L'assegno di cura può essere erogato unitamente all'Indennità di accompagnamento, tranne nel caso del contributo di tipo C, ma rappresenta una prestazione con presupposti molto diversi, tenendo conto non solo del livello di non autosufficienza, che alle condizioni economiche dei beneficiari. In caso di concorrenza dell'Assegno di cura con l'Ida, il primo viene ridotto. L'assegno di cura è integrato da un ulteriore contributo forfetario di 160 Euro mensili, per chi, avendo un reddito ISEE entro il limite di 15.000 Euro, si avvale del lavoro di un'assistente familiare regolarmente assunta.

La spesa per l'erogazione degli assegni di cura è aumentata nel 2014 rispetto al 2013. Risultano essere particolarmente rilevanti due dati:

- quello relativo al distretto Sud Est, pari a circa 1.000.000 di Euro (cifra importante sia in termini assoluti, sia in termini relativi alla popolazione),
- quello relativo all'incremento percentuale 2013 vs 2014 per il distretto Centro-Nord (da 406.168 a 733.593, circa + 80%,).

Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

Il processo di accreditamento ha coinvolto anche l'area dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per utenti disabili ed il relativo sistema di remunerazione.

L'assistenza in favore di disabili adulti, residenziale e semiresidenziale è indirizzata a sostenere utenti in condizione di particolare difficoltà che richiedono interventi soprattutto assistenziali ed educativi, ma anche medici, infermieristici e riabilitativi con programmi personalizzati a lungo termine.

In particolare presso i Centri Semi Residenziali viene garantito il mantenimento dei livelli di autonomia acquisiti e l'equilibrio degli ospiti, perseguendo l'integrazione sociale degli stessi attraverso contatti con l'esterno (contesti ricreativi e sportive) a tutela di rischi di emarginazione. I Centri Socio Riabilitativi Diurni offrono supporto alla persona e ai care givers, aiutando il lavoro di assistenza, educazione e riabilitazione. L'assistenza erogata presso i Centri socio riabilitativi residenziali è invece rivolta ad utenti in condizioni socio sanitarie maggiormente complesse. La rete dei servizi per disabili è stata fundamentalmente completata, anche se le Unità di Valutazione Multiprofessionale evidenziano una crescente richiesta assistenziale, dovuta, nella maggior parte dei casi, all'invecchiamento dei famigliari.

Numero di Posti Letto destinati a portatori di handicap per 1.000 abitanti (pop. Target tutta)¹

	Residenziali				Semiresidenziali			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
FERRARA	0,56	0,59	0,66	0,70	0,78	0,75	0,74	0,75
TOTALE REGIONE	0,47	0,51	0,53	0,54	0,97	1,00	1,03	1,04

¹ Per il calcolo del tasso dell'Indice Posti letto ogni 1.000 ab.per l'anno 2014 è stata considerata la popolazione aggiornata all'ultimo anno disponibile (1/1/2014)

Posti letto disabili residenziali al 31.12.2014

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2014	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	60	175.213	0,3
	FERRARA OVEST	30	78.843	0,4
	FERRARA SUD-EST	168	101.278	1,7
REGIONE EMILIA ROMAGNA		2.529	4.452.782	0,6

Posti letto disabili semi-residenziali al 31.12.2014

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2014	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	142	175.213	0,8
	FERRARA OVEST	56	78.843	0,7
	FERRARA SUD-EST	67	101.278	0,7
REGIONE EMILIA ROMAGNA		4.648	4.452.782	1,0

Ferrara	Posti residenziali	Posti semiresidenziali
2000	47	181
2001	103	204
2002	103	194
2003	143	243
2004	138	207
2005	168	236
2006	170	225
2007	171	243
2009	202	228
2010	202	228
2011	214	279
2012	238	268
2013	249	265
2014	258	265

Gravissime disabilità acquisite

Una quota del FRNA è dedicata a garantire agli utenti affetti da gravissime disabilità acquisite, l'accesso ai servizi residenziali o all'assegno di cura. Le équipes multi professionali distrettuali predispongono allo scopo specifici Piani Assistenziali.

La rete dei posti letto residenziali è garantita da un nucleo accreditato dedicato di 6 posti letto nel Distretto Sud Est e da ricoveri singoli, sulla base dei piani personalizzati, presso strutture in possesso dei requisiti stabiliti dalla DGR 840/2008.

Numero di pazienti presi in carico per tipologia di assistenza - Anno 2013

Distretto erogatore	Assistiti solo al domicilio	Assistiti solo in Assistenza residenziale	Assistiti al domicilio e in Assistenza residenziale (entrambe)	Totale assistiti
OVEST	14	9	0	23
CENTRO-NORD	22	17	1	40
SUD-EST	24	9	4	37
TOTALE	60	35	5	100
RER	903	359	100	1362

Per assistiti al domicilio si intendono gli assistiti con assegno di cura, e/o in assistenza domiciliare, e/o con ricovero di sollievo e/o con la sola assistenza protesica.

Pazienti in carico per classi di età e distretti sanitari - Anno 2014

Distretto erogatore	Classi di età					TOTALE
	0-17	18-44	45-64	65-74	oltre 75	
OVEST	1	3	10	11	2	27
CENTRO-NORD	.	8	19	9	10	46
SUD-EST	1	7	17	5	5	35
TOTALE	2	18	46	25	17	108
RER	3	274	585	302	168	1.422

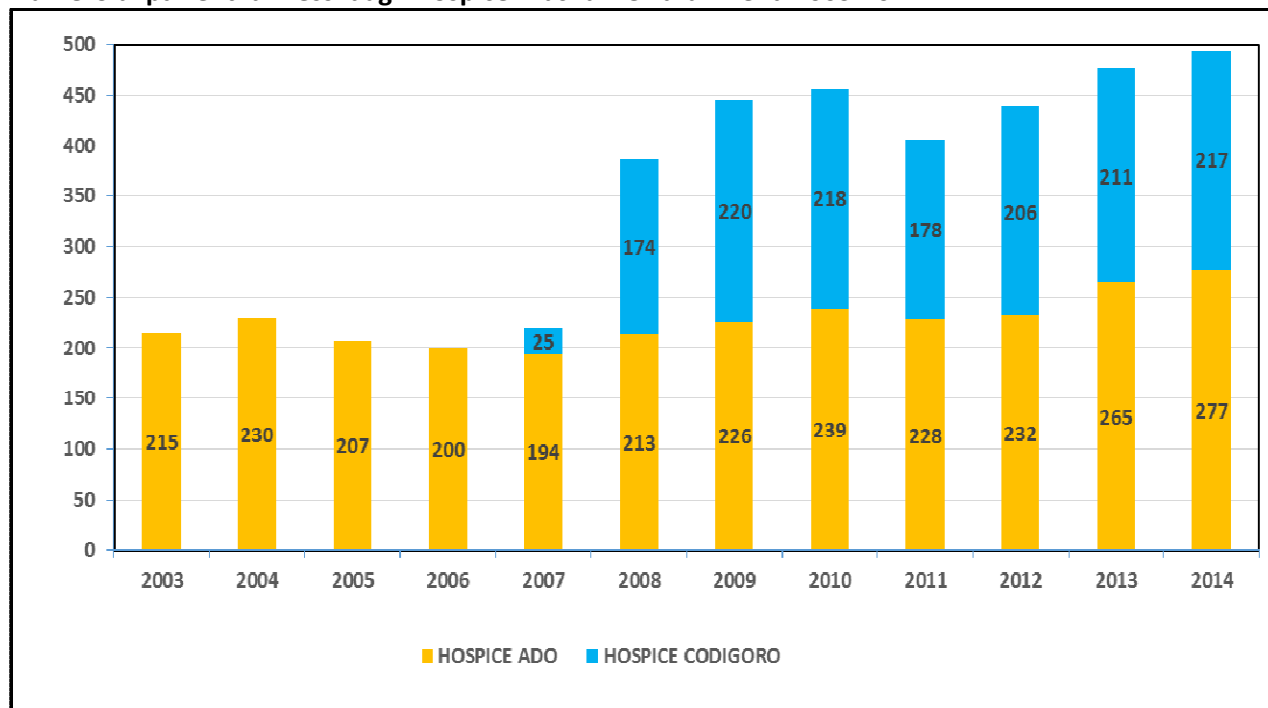
Dimissione dagli Hospice

Relativamente alla produzione riferita a pazienti terminali con prevalente patologia neoplastica il dato per l'Ausl di Ferrara dimostra un incremento costante quale supporto alla domiciliarità con una lieve contrazione nel 2011 e una ripresa a partire dal 2012 confermata dai dati del 2014. La degenza media è di circa 14 giorni per l'ADO e 16 per l'hospice di Codigoro a dimostrazione dell'elevato turn-over trattandosi di pazienti terminali con trattamenti palliativi.

Dimessi dagli Hospice, Degenza Media e % di decessi per Azienda di residenza. Anno 2014

Presidio di ricovero	Posti letto	Dimessi	Degenza media	% deceduti sul totale dei dimessi
Hospice ADO "la casa della solidarietà"	12	277	14,4	76,53%
Hospice Codigoro "Le onde e il mare"	11	217	15,6	79,26%
RER	287	5385	17,6	76,12%

Numero di pazienti dimessi dagli Hospice. Ausl di Ferrara. Trend 2003-2014²



Assistenza odontoiatrica in utenti non vulnerabili

Le DGR 26789/2004 e 374/2008, che definiscono le modalità di assistenza odontoiatrica riservate alla popolazione residente in Regione, hanno anche stabilito che la percentuale dei pazienti che non presentano i requisiti indispensabili per usufruire del servizio, non superi il 30% del totale di utenti che accedono alla visita odontoiatrica.

Nel 2014, il totale dei pazienti trattati con almeno una prestazione odontoiatrica, è pari a 3.280.

Il numero di utenti "Non Vulnerabili" che, nell'anno 2014, hanno ricevuto assistenza odontoiatrica e di 35 pari al 1,1% (non superiore al 30% del totale degli utenti trattati) da cui si può dedurre il rispetto della normativa Regionale che regola l'accesso ai servizi privilegiando la categoria di pazienti che presentano i requisiti di Vulnerabilità Sociale e/o Sanitaria.

Numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia sul totale dei pazienti trattati. Anno 2014

Azienda erogante	UTENTI NON VULNERABILI				TOTALE UTENTI				%			
	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
FERRARA	19	9	1	6	1509	763	89	919	1,3%	1,2%	1,1%	0,7%
REGIONE	1.861	535	58	399	23.673	7.114	869	6.653	7,9%	7,5%	6,7%	6,0%

Le "cure domiciliari"

Il servizio di assistenza domiciliare garantisce e fornisce cure domiciliari a persone non autosufficienti o impossibilitate, per gravi motivi di salute, a uscire di casa e che necessitano di un'assistenza personalizzata sanitaria e sociale.

È un servizio reso al cittadino e si colloca fra le strutture ospedaliere e le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, garantendo la continuità assistenziale ai pazienti che hanno necessità di dimissioni protette, al termine del periodo di ricovero ospedaliero.

² L'Hospice di Codigoro è stato aperto il 15/7/07.

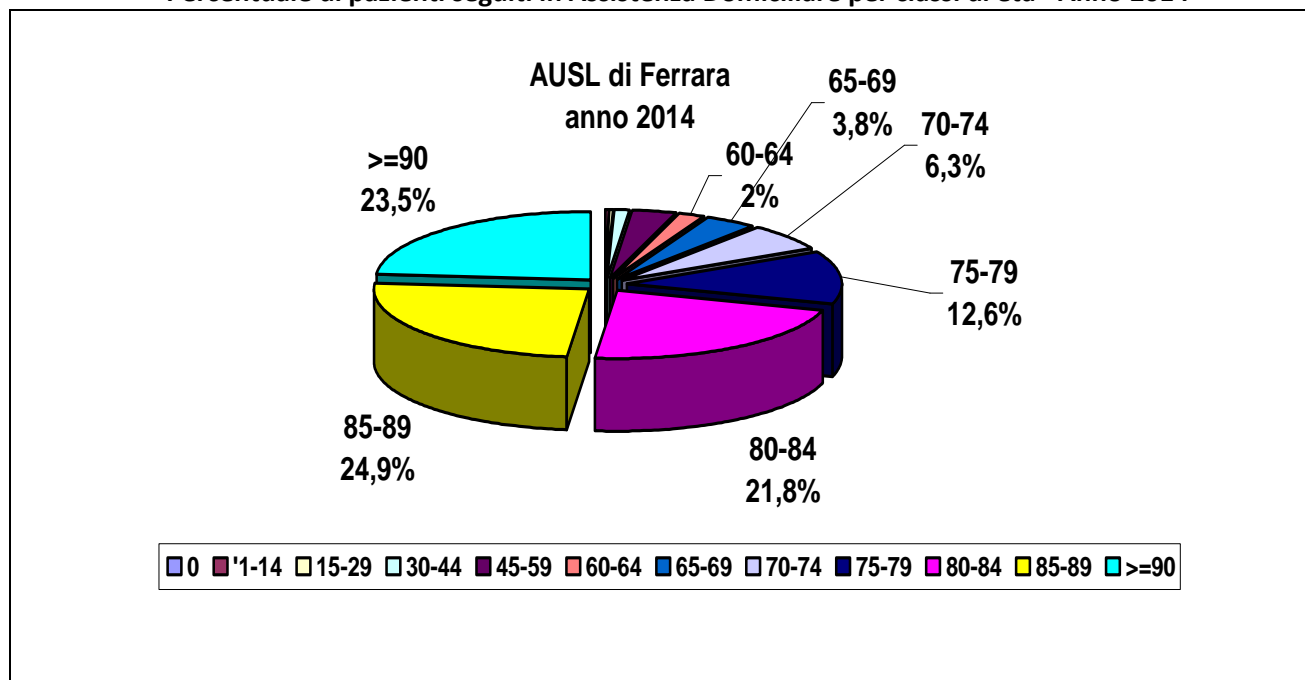
Le cure domiciliari si caratterizzano per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui rispondono; si connotano per l'unitarietà di intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato; si basano sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie al raggiungimento dei risultati di salute.

L'assistenza domiciliare è basata sull'integrazione delle figure professionali coinvolte: medici di medicina generale, infermieri, medici specialisti, fisioterapisti, assistenti sociali, operatori socio-sanitari e membri delle associazioni del volontariato.

Un aspetto fondamentale è quello di garantire la continuità delle cure, presidiando il momento di interfaccia tra i reparti ospedalieri e l'assistenza domiciliare: la modalità organizzativa utilizzata è stata quella di inserire nel percorso il case-manager ospedaliero, ossia un infermiere territoriale dell'ADI con il compito di assicurare la continuità assistenziale per i pazienti che, concluso l'episodio di ricovero, necessitano di un proseguimento delle cure. Ciò ha permesso di introdurre elementi di forte rassicurazione nei confronti dei familiari e di velocizzare il contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG), rendendo più rapido il trasferimento del paziente ad un setting assistenziale più appropriato.

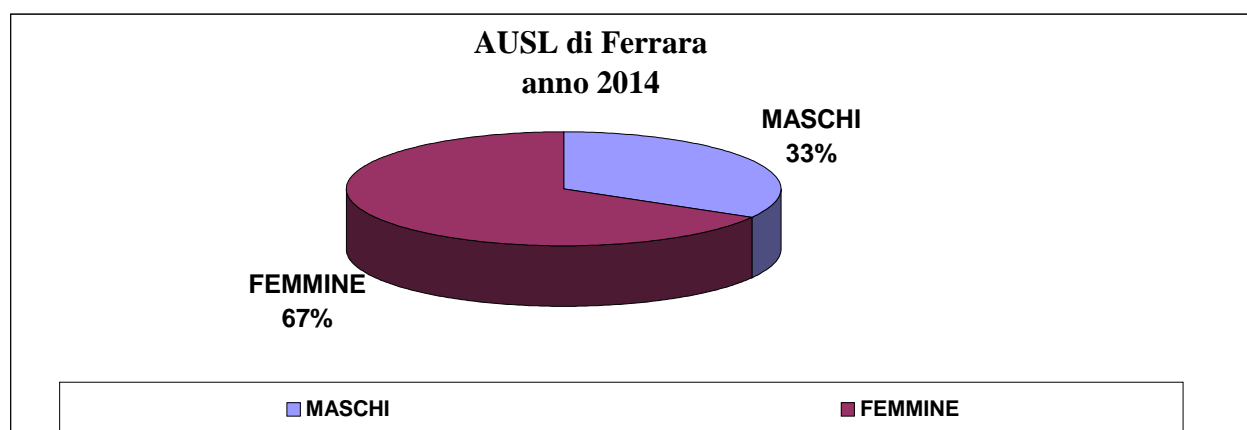
Un altro aspetto assai significativo dell'assistenza domiciliare è rappresentato dall'assistenza infermieristica che può svolgere la propria attività di nursing anche in maniera esclusiva (cioè non in forma integrata).

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età - Anno 2014



*Nella lettura del conteggio degli assistiti per Azienda occorre tenere conto della possibilità per i pazienti di usufruire dei servizi territoriali ADI da parte di due o più aziende diverse, in periodi diversi dell'anno. Ne consegue che i totali riportati in tali tabelle potrebbero divergere da quelli pubblicati in altre tabelle dove il conteggio avviene per Distretto socio-sanitario.

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per sesso - Anno 2014



Nel 2014 si conferma, anzi, si accentua ulteriormente, l'invecchiamento della popolazione seguita in ADI: oltre l'80% dei pazienti ha un'età superiore ai 74 anni e oltre il 20% ne ha più di 90; risulta invariato, rispetto agli anni precedenti, il rapporto maschi/femmine, le quali rappresentano i 2/3 della popolazione assistita.

Percentuale di episodi di presa in carico per tipo di assistenza - Anno 2014

	Assistenza di Medicina Generale		Assistenza Infermieristica		Assistenza Associazioni No Profit		Assistenza Socio-Sanitaria		TOTALE	
	EPISODI	%	EPISODI	%	EPISODI	%	EPISODI	%	EPISODI	%
Ferrara	4.483	48.5	4.414	47.7	264	2.9	83	0.9	9.244	100
RER	67.942	50.2	63.013	46.6	1.415	1.0	2.940	2.2	135.310	100

Analogamente a quanto avviene a livello regionale, gli episodi di presa in carico prevalenti risultano essere quelli riferiti all'Assistenza di Medicina Generale, seguono gli episodi di presa in carico infermieristici; fanno eccezione gli episodi di presa in carico delle Associazioni no-profit e di assistenza socio-sanitaria, che presentano percentuali invertite.

Composizione per livelli

Pazienti per 1.000 residenti per classe d'età e livello di attività assistenziale: rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente - ANNO 2014

	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia 2014	RER 2014
Bassa intensità	23,73	27,82	22,79	25,48	19,35
Media intensità	2,26	2,48	5,13	3,19	7,80
Alta intensità	1,43	2,39	1,64	1,96	3,24
TOTALE	27,42	32,69	29,56	30,63	30,39

*Popolazione al 01/01/2013

In tutti e tre i Distretti la tipologia di assistenza prevalente è quella a bassa intensità; la percentuale maggiore di assistenza a media intensità si rileva nel Distretto Sud Est, mentre il Distretto Centro Nord eroga in misura maggiore assistenza ad alta intensità.

Servizi consultoriali

Salute Donna

Le funzioni che costituiscono l'ambito di competenza del consultorio familiare riguardano la tutela della salute femminile, della procreazione nelle sue varie articolazioni, della sessualità, delle relazioni di coppia e di famiglia, nonché la promozione delle più ampie forme di informazione ed educazione socio-sanitaria rispetto alle tematiche sopra riportate. Nella struttura consultoriale, confluiscono tutta una serie di professionalità dei ruoli sanitario laureato, operatori sanitari e sociali dedicati all'assistenza territoriale.

Il percorso nascita garantisce un'assistenza adeguata, appropriata e completa per quanto riguarda la gravidanza fisiologica e precisamente:

- assistenza ambulatoriale: garantita dall'attivazione dell'ambulatorio delle gravidanze a basso rischio a gestione ostetrica ed ambulatorio ostetrico condiviso con ostetrica e ginecologo per le gravidanze a medio/alto rischio. Ampia fascia oraria che comprende ambulatori mattutini e pomeridiani,
- assistenza ecografica con ecografie tecnicamente di 2° livello,
- corsi di accompagnamento alla nascita offerti gratuitamente,
- ambulatorio ostetrico dedicato alle donne straniere con presenza di mediatore culturale,
- puerperio domiciliare,
- ambulatorio di sostegno all'allattamento materno e consulenza telefonica,
- punto di ascolto per sostenere nel primo anno di vita genitori in condizioni di fragilità e per rispondere al bisogno talvolta inespresso di sostegno emotivo post-partum.

Il percorso ginecologico prevede:

- ambulatori di consulenza per patologia ginecologica, per ginecologia preventiva e consulenza sessuologica rivolta a tutte le donne comprese le straniere,
- consulenza per contraccezione, contraccezione d'emergenza ed applicazione della legge 194 per le interruzioni volontarie di gravidanza,
- ambulatori dedicati a una fascia di età protetta (oltre 65 anni) per tutto quanto è attinente alla sfera ginecologica,
- esecuzione pap-test di screening per la prevenzione dei tumori del collo dell'utero diretto a tutte le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni con accesso a invito. Dal 2015 attivazione dello screening HPV per le donne di età compresa tra i 30 e 65 anni, affiancato allo screening già esistente per la diagnosi del carcinoma del collo dell'utero.
- esecuzioni tamponi vaginali e Pap Test ad accesso spontaneo,
- ambulatorio dedicato alla rieducazione del pavimento pelvico (incontinenza urinaria),
- ecografie ginecologiche sia pelviche che trans-vaginali.

Lo spazio giovani:

- è un servizio rivolto a giovani ed adolescenti dai 14 ai 24 anni per informazioni e/o problemi riguardanti la contraccezione, la fisiologia ginecologica, la sessualità, la sfera affettiva e le relazioni interpersonali e familiari,
- ambulatorio ad accesso libero e gratuito per la fascia 14-19 anni
- ambulatorio con prenotazione a CUP per la fascia 20- 24 anni
- ambulatorio di consulenza psicologica gestito dalla psicologa.

Inoltre la nostra azienda partecipa a progetti regionali ed interaziendali rivolti ai minori, quali:

- Il **Progetto Regionale "W L'Amore"** (XV Programma Prevenzione e lotta all'Aids) vede coinvolte le scuole e le famiglie di preadolescenti (13 -14anni) in collaborazione con gli operatori sanitari sui temi dell'affettività e sessualità. Terminata la fase di formazione rivolta agli insegnanti, monitoraggio e consulenza agli insegnanti nella realizzazione di incontri con i ragazzi delle scuole medie coinvolte. Realizzazione da parte degli operatori di interventi tematici con i genitori e incontri presso il Servizio Spazio Giovani con i gruppi classe. Ampliamento del Progetto ai Distretti Ovest e Sud Est per l'anno scolastico 2015/16.

- **Progetto Adolescenza Aziendale** che coinvolge gli operatori dei servizi (Azienda Usl, Comune, Terzo settore) per l'individuazione di percorsi clinici rivolti ad adolescenti e loro adulti di riferimento, con particolare attenzione alle situazioni di disagio psicologico e sociale e di rischio psicopatologico (casi complessi).
- **Progetto Andrologia** in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di FE per consulenze ed interventi di educazione alla salute sessuale rivolta a maschi adolescenti degli Istituti Scolastici Superiori
- **Progetto adolescenza** (DGR n.590/2013), progetto regionale per la promozione del benessere e la prevenzione del rischio in adolescenza, che prevede la partecipazione degli operatori degli Spazi Giovani Provinciali al tavolo tecnico di lavoro finalizzato alla elaborazione del Piano Provinciale adolescenti e produzione di una prima bozza di documento.

Il percorso Menopausa in collaborazione con l'Università per la fascia di età 45/60 anni. Nel 2015 verrà attivato un progetto per la "Prevenzione del rischio cardiovascolare nelle donne in menopausa" stilando una carta del rischio personalizzata con conseguente attivazione di percorsi preventivi relativi all'educazione ai corretti stili di vita e attivazione di percorsi privilegiati con gli specialisti (cardiologo, nutrizionista, diabetologo, psicologo..)

Lo spazio donne immigrate:

è un servizio dedicato alle donne straniere ed ai loro bambini per le problematiche ginecologiche, ostetriche, contraccezione e sostegno genitoriale. Tale spazio è gestito sia con l'ausilio di personale ostetrico con conoscenza linguistica di popolazione proveniente dai paesi dell'Est, sia con mediatori culturali in prevalenza di lingua marocchina e pakistana, con possibilità di usufruire di mediatori di altre lingue su richiesta.

Prevenzione Oncologica 2014

USL	N. pap test eseguiti	N. colposcopie	Totale prestazioni prevenzione tumori
AUSL Ferrara	27669	503	28172

Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari. Anno 2013

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	di cui straniere	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.
AUSL Ferrara	1.396	644	46,1
TOTALE R.E.R.	17.345	9.272	53,5

*Dal 2012 è attivo il Sistema Informativo dei Consultori Familiari. Come primo anno di rilevazione alcune AUSL non sono riuscite ad inviare tutti i dati richiesti, e in alcuni casi le attività svolte dai Consultori non sono state attribuite correttamente, pertanto i dati di questo primo anno risentono di problemi sia in termini di completezza che qualità. Il totale regionale corrisponde al numero reale di persone pertanto può non corrispondere alla somma delle singole AUSL perché lo stesso utente può essere stato seguito da Aziende diverse.

Percentuale di donne seguite in gravidanza sul totale dei nati vivi e prestazioni per assistenza alla gravidanza. Anno 2013

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi
AUSL Ferrara	1.396	2.414	57,8
TOTALE R.E.R.	17.345	38.057	45,6

Percentuale di utenti in carico ai C.F. su popolazione target. Settore di attività: Ostetricia e ginecologia/Andrologia. Anno 2013

Distretto	Popolazione target *	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	49.729	1.285	2,6
Centro Nord	107.809	6.188	5,7
Sud-Est	62.996	1.678	2,7
AUSL Ferrara	220.534	9.056	4,1
TOTALE R.E.R.	2.818.862	109.075	3,9

* Popolazione target= 15-64 anni residenti al 31-12-2013

*Dal 2012 è attivo il Sistema Informativo dei Consultori Familiari. Come primo anno di rilevazione alcune AUSL non sono riuscite ad inviare tutti i dati richiesti, e in alcuni casi le attività svolte dai Consultori non sono state attribuite correttamente, pertanto i dati di questo primo anno risentono di problemi sia in termini di completezza che qualità. Il totale regionale corrisponde al numero reale di persone pertanto può non corrispondere alla somma delle singole AUSL perché lo stesso utente può essere stato seguito da Aziende diverse.

Percentuale di utenti in carico ai C.F. su popolazione target. Settore di attività: Psicologia. Anno 2013

Distretto	Popolazione target*	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	49.729		
Centro Nord	107.809		
Sud-Est	62.996		
AUSL Ferrara	220.534	0	-
TOTALE R.E.R.	2.818.862	6.895	0,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Gravidanza. Anno 2013

AUSL	Prestazioni in gravidanza	Totale prestazioni	% prestazioni di assistenza alla gravidanza sul totale prestazioni
AUSL Ferrara	8.168	30.886	26,4
TOTALE R.E.R.	232.547	745.917	31,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Contraccezione. Anno 2013

AUSL	Prestazioni contraccezione	Totale prestazioni	% prestazioni contraccezione su totale prestazioni
AUSL Ferrara	77	30.886	0,2
TOTALE R.E.R.	39.746	745.917	5,3

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: IVG. Anno 2013

AUSL	Prestazioni per IVG	Totale prestazioni	% prestazioni per IVG su totale prestazioni
AUSL Ferrara	251	30.886	0,8
TOTALE R.E.R.	18.605	745.917	2,5

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Menopausa. Anno 2013

AUSL	Prestazioni in menopausa	Totale prestazioni	% Prestazioni in menopausa su totale prestazioni
AUSL Ferrara	318	30.886	1,0
TOTALE R.E.R.	12.401	745.917	1,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito della prevenzione tumori femminili. Anno 2013

AUSL	Prestazioni prevenzione tumori	Totale prestazioni	% prestazioni per diagnosi precoce tumori femminili su totale prestazioni
AUSL Ferrara	9.708	30.886	31,4
TOTALE R.E.R.	237.868	745.917	31,9

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Psicologia. Anno 2013

AUSL	Prestazioni di psicologia	Totale prestazioni	% prestazioni di psicologia su totale prestazioni
AUSL Ferrara	0	30.886	0,0
TOTALE R.E.R.	29.693	745.917	4,0

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Puerperio. Anno 2013

AUSL	Prestazioni per puerpere	Totale prestazioni	% Prestazioni per puerpere su totale prestazioni
AUSL Ferrara	169	30.886	0,5
TOTALE R.E.R.	17.259	745.917	2,3

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Specialistica Ginecologica. Anno 2013

AUSL	Prestazioni di specialistica ginecologica	Totale prestazioni	% prestazioni di specialistica ginecologica su totale prestazioni
AUSL Ferrara	12.195	30.886	39,5
TOTALE R.E.R.	157.798	745.917	21,2

Nel valutare le prestazioni del Settore Ginecologico non viene rilevata l'attività prestata direttamente dai presidi ospedalieri che svolgono attività ambulatoriale di primo livello. Si ha quindi nel Distretto Centro Nord la presenza di valori al di sopra della media provinciale (di conseguenza anche regionale) in quanto l'Azienda Ospedaliera non svolge attività ambulatoriale di primo livello, ma garantisce il secondo livello ginecologico, sia nell'area della prevenzione che nell'area del "percorso nascita".

Pediatria di Comunità

Il Modulo Organizzativo di Pediatria di Comunità svolge funzioni di tutela della salute della popolazione in età compresa fra 0 e 17 anni in particolare:

Prevenzione delle malattie infettive nell'ambito del progetto di riorganizzazione delle attività di sorveglianza e controllo delle malattie trasmissibili nell'Azienda Usl di Ferrara attraverso l'attività integrata del DSP e DCP:

- esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per la popolazione in età 0-17 anni, allo scopo di mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, haemophilus influenzae B e pneumococco) per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie (morbillo, parotite, rosolia, meningococco C) per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali; implementare iniziative mirate di prevenzione vaccinale per determinati sottogruppi di popolazione (papillomavirus alle dodicenni dalla coorte del 1996, varicella agli adolescenti suscettibili, epatite A ai bambini che viaggiano, meningococco B, ACWY e influenza per categorie a rischio), secondo il Calendario Regionale;
- individuazione delle Case della Salute, Copparo con Pediatria di Gruppo e Portomaggiore, Cento e Codigoro con U.O. Igiene Pubblica, come sede prioritaria per modelli di integrazione;
- formazione del personale, sulla base delle indicazioni regionali, per acquisire e migliorare le competenze per la definizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nell'effettuazione delle vaccinazioni, con l'obiettivo della valorizzazione dell'autonomia professionale e della responsabilità degli AS e degli infermieri, come da DGR 256/09;
- incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione; incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, informativo, formativo e comunicativo necessari per consentire la partecipazione consapevole delle famiglie e migliorare la trasmissione e archiviazione dei dati;
- prevenzione della diffusione di malattie infettive ed infestazioni nelle comunità: interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (meningite, scabbia, pediculosi, morbillo, TBC, ecc.) in ottemperanza alle indicazioni ministeriali;

- sorveglianza igienico-sanitaria in comunità che ospitano minori.

VACCINAZIONI anno 2014	Distretto Ovest	Distretto Centro Nord	Distretto Sud Est
n. dosi vaccinazioni facoltative	4348	11543	6061
n. dosi vaccinazioni miste (facoltative + obbligatorie)	2303	4842	2318
n. dosi vaccinazioni obbligatorie	58	339	209

CONTROLLI EFFETTUATI A SEGUITO DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA*

Tipo di malattia	N° int. domiciliari	N° int. in collettività	N° soggetti controllati	N° inchieste epidemiologiche
Pediculosi		38	252	
Scabbia		4	77	
Mal. a trasmissione oro-fecale		13		1
Epatite A				
Epatite B				
TBC		4	192	
Meningite				
Altre (elencare):				
Tinea Capitis		1		
S. uremico-emolitica				1
Scarlattina		21		
Varicella		84		
Sind. Mani-piedi- bocca		12		
Parotite		1		
Totale	0	178	521	2

Dati 2014 AUSL FERRARA

Si ricorda che, per quanto riguarda le vaccinazioni e i controlli in comunità scolastiche, la Pediatria di Comunità del distretto Centro-Nord si fa carico della sorveglianza della popolazione scolastica dei comuni di Poggio Renatico e Vigarano Mainarda, pur appartenenti al Distretto Ovest.

Per i dati di copertura vaccinale si rimanda al paragrafo specifico.

Sorveglianza qualitativa delle refezioni scolastiche:

La Pediatria di Comunità e il SIAN (Servizio igiene degli alimenti e nutrizione) stabiliscono la tabella dietetica quotidiana nelle comunità infantili per una corretta alimentazione dei bambini. La Pediatria di Comunità valuta l'ammissibilità delle diete speciali per patologia prescritte dal medico curante e collabora a programmi di educazione alimentare e di sorveglianza dietetica nelle comunità infantili in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica - SIAN (Servizio Igiene Ambienti Nutrizione) e i servizi scolastici.

Attivazione di interventi per l'assistenza ai bambini con bisogni speciali:

- bambini affetti da patologie croniche: inserimento in ambito scolastico in collaborazione con altri servizi (Pediatri di Libera Scelta e Specialisti), enti e istituzioni; elaborazione di protocolli personalizzati, informazione ed istruzione del personale della scuola, anche quando sia necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico, in applicazione del Protocollo Provinciale in applicazione delle linee guida inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra – familiari, educativi o scolastici in Emilia – Romagna, alla cui redazione ha partecipato una Pediatra di Comunità in rappresentanza della AUSL FE;

MALATTIE CRONICHE E DISAGIO PSICO-SOCIALE**BAMBINI SEGUITI SENZA PROTOCOLLI ASSISTENZIALI INTEGRATI**

N. totale soggetti	N. totale interventi
6	12

BAMBINI SEGUITI CON PROTOCOLLI ASSISTENZIALI E/O CON PERCORSI ASSISTENZIALI INTEGRATI

	N. totale soggetti	N. totale interventi
SINDROME DI DOWN	0	0
FIBROSI CISTICA	4	8
DIABETE TIPO I	92	311
PCI	1	0
CEREBROPATIA GRAVE	9	21
ASMA + ALL. ALIMENTARI	235	396
CELIACHIA	44	35
EPILESSIA*	57	97
ADHD	1	0
AUTISMO	3	1
SIND. NEFROTICA	1	3
IPERPL. CGT. SURR	4	9
CARDIOPATIE	3	1
TACHICARDIA PAROSSIST.	1	6
CEFALEA/EMICRANIA	7	7
DISAGIO PSICOSOCIALE	0	0
DISABILITA' COMPLESSE	4	15
MALATTIE METABOLICHE	1	8
EPISTASSI	1	2
PAT. COAGULAZIONE	6	5
HSV RECIDIVANTE	1	2
GER. + ESOFAGITE	2	4
RINITE PERENNE	1	1
CHERATOCONGIUNTIVITE SEVERA	1	0
TOTALE	479	932

Dati 2014 AUSL FERRARA

SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (D.G.R. 166/2012)

NUMERO DI BAMBINI CERTIFICATI PER PATOLOGIA E PER TIPOLOGIA DI SCUOLA (anno scolastico 2013/2014)

Struttura scolastica/educativa	Patologia	N° bambini certificati	di cui stranieri	N° farmaci autorizzati
Nido	Allergia bronchite asmatica	8	0	8
	Convulsioni Febrili	22	3	34
	GER	1	0	1
	Disabilità complessa con epilessia	1	0	1
Materna	Diabete Mellito tipo 1	7	4	12
	Convulsioni Febrili	47	4	84
	Allergie-Asma/bronchite asmatica	24	1	32
	Epilessia	9	0	10
	Fibrosi Cistica	1	0	1
	Neoplasia	1	0	1
	Cefalea	1	0	1
	PEG	2	1	0
Primaria	Diabete Mellito tipo 1	17	1	29
	Epilessia	16	3	16
	Convulsioni Febrili	3	0	4
	Cerebropatia	2	0	2
	Asma/Allergie Anafil. Alim.	83	0	124
	Fibrosi Cistica	2	0	2
	Insuff. Surr. CGT	3	0	3
	Cefalea/Emicrania	4	0	4
	Rinite Perenne	1	0	1
	Pat. Coagulaz./Emofilia B	4	0	4
	Epistassi	1	0	1
	Ipertensione Arteriosa	1	0	1
Secondaria di primo grado	Diabete Mellito tipo 1	16	4	25
	Epilessia	12	0	13
	Asma/Allergie Anafil. Alim.	42	1	77
	Cefalea/Emicrania	11	0	11
	Disabilità complessa con epilessia	1	0	4
	Crisi d'ansia	1	0	1
	Sindr. Nefrotica	1	0	3
Secondaria di secondo grado	Diabete Mellito tipo 1	39	7	67
	Epilessia	10	0	7
	Asma/Allergie Anafil. Alim.e Imenot.	16	0	33
	Cardiopatie	1	0	3
	Sindr. Di Lowe	1	0	3
Centri estivi/pre e post scuola	Diabete Mellito tipo 1	5	0	7
	Convulsioni Febrili	1	0	1
	Asma/Allergie Alim.	2	0	2
	Insuff. Surr. CGT	1	0	1
	Cheratocongiuntivite Severa	1	0	1
	Anafilassi Veleno Imenoteri	1	0	3
TOTALE		423	29	638

Dati 2014 AUSL FERRARA

FORMAZIONE/INFORMAZIONE EFFETTUATA DALLA PDC AL PERSONALE SCOLASTICO/DOCENTE E NON ED EDUCATIVO (anno scolastico 2013/2014)*

Struttura scolastica/educativa	N. incontri	N. personale raggiunto per la formazione di base	N. personale raggiunto per la formazione per singole patologie e/o sul singolo caso di particolare complessità
Nido	7	8	31
Materna	17		99
Primaria	42		263
Secondaria di primo grado	21		179
Secondaria di secondo grado	23	55	158
Centri estivi/ pre e post scuola	8		21
nidi e scuole d'infanzia comunali della provincia di Ferrara	2	81	
TOTALE	120	144	751

Dati 2014 AUSL FERRARA

- sostegno e tutela ai bambini e ragazzi in condizioni di disagio socio sanitario (sospetto di incuria, maltrattamento, abuso; immigrati con difficoltà di integrazione): progetti condivisi con altri Servizi (Servizio Sociale, SMRIA-UONPIA, SERT, Salute Mentale, Salute Donna),
- partecipazione ai gruppi di lavoro interistituzionali provinciali e comunali su tali tematiche,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Tavolo Tecnico Regionale "Diabete in età pediatrica". Dal tavolo è stato prodotto il "PERCORSO DIAGNOSTICO-ASSISTENZIALE PER BAMBINE/I E ADOLESCENTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO 1", adottato come linee guida provinciali in seguito agli incontri allargati delle UCP;
- coordinamento del tavolo per l'approvazione del Percorso diagnostico-terapeutico provinciale della Displasia Evolutiva dell'Anca (DEA).

Interventi di controllo, informazione, educazione alla salute: partecipazione ad indagini epidemiologiche in collaborazione con l'Osservatorio Adolescenti del Comune di Ferrara e al progetto di sorveglianza "HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children): fattori di rischio e risorse utili alla salute per informare le politiche regionali" per la popolazione Italiana in età adolescenziale. Partecipazione alla rilevazione triennale per il monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno provinciale e coordinamento ed elaborazione del report della indagine regionale.

Sostegno dei genitori nella cura dei figli: progetti di tutela della relazione genitori-bambini in gravidanza e nel primo anno di vita, integrati con i punti nascita, M.O. Salute Donna, Centri per le Famiglie Comunali, Pediatri di libera scelta:

- partecipazione, in collaborazione con Salute Donna e i Centri per le famiglie di Ferrara e Comacchio ai "corsi di accompagnamento alla nascita" ed alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno con offerta di consulenze telefoniche ed ambulatoriali alle mamme (541 PdC/1557 totali); il pieghevole informativo su questa rete di sostegno e promozione è stato tradotto in sette lingue straniere, delle etnie più rappresentate nella nostra Provincia, con il contributo dell'Ufficio Mediazione ed Accoglienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ed è stato aggiornato nel 2013;

2014 AUSL Ferrara	Centro Nord	Sud Est
n° corsi accompagnamento nascita	25	17
n° donne coinvolte	372	78

- nel Distretto Sud Est continua la collaborazione con il "Punto di Ascolto Psicologico per la Gravidanza e il Post parto" per la realizzazione di una rete distrettuale per l'individuazione precoce di stati di disagio delle mamme nel primo anno di vita dei bambini;

- nel Distretto Centro Nord, grazie a risorse aggiuntive attraverso il Tavolo Salute Donna inserite nel Piano di Zona, dal 2008 è attivo "Ben arrivato...piccolo mio!", progetto di accompagnamento e sostegno di genitori di bambini nel 1° anno di vita, in ottemperanza alle indicazioni regionali, che prevede un punto di ascolto nel centro Piccola Casa di Viale Krasnodar, 112 - Ferrara.

L'obiettivo è realizzare un servizio pluriprofessionale finalizzato a sostenere i genitori in difficoltà nel prendersi cura e accudire il proprio bambino nel primo anno di vita; prevenire la solitudine e la depressione delle mamme dopo il parto; orientare i genitori ad un efficace utilizzo dei servizi territoriali, sanitari, sociali ed educativi; sperimentare, grazie ad una inedita collaborazione tra servizi sanitari dell'area materno infantile e psico-educativi comunali, un nuovo tipo di servizio con approccio pluriprofessionale. L'equipe è costituita da Assistenti sanitarie/Infermiere del M.O. Pediatria di Comunità, Ostetriche del M.O. Salute Donna del Distretto Centro Nord – AUSL di Ferrara, Educatrici e Psicoghe della Istituzione Servizi educativi, scolastici per le famiglie - U.O. Politiche familiari e Integrazione scolastica.

Collaborano Assistenti Sociali della Azienda Servizi alla Persona - Servizio Sociale area minori, e rappresentano riferimenti di secondo-terzo livello per la rete le Psicoghe del M.O. Psicologia Clinica dell'AUSL e il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con priorità di accesso, anche per le richieste provenienti dalla Casa della Salute di Copparo.

I tratti portanti della organizzazione del progetto sono sostanzialmente:

- la pluralità dei servizi di sostegno emotivo offerti dalle operatrici del Punto d'Ascolto che sono quindi in grado di dare risposta personalizzata alle differenti richieste che pervengono dalle madri: nella sede della Piccola Casa (colloqui, consulenze, incontri di piccolo gruppo di bambini e mamme, incontro tematico di gruppo per i genitori); visite domiciliari e nel reparto Maternità del S. Anna (incontri e colloqui individuali di informazione e sostegno con le madri in dimissione);

- la precocità degli interventi di sostegno emotivo che, grazie alla crescente collaborazione con il Reparto di maternità del S. Anna, ha portato nel corso del 2014 ad un incremento del numero di segnalazioni da parte del personale ospedaliero alle operatrici del Punto d'Ascolto di madri a rischio di disagio emotivo nel periodo peri-natale;

- lo sviluppo di forme di presa in carico più prolungate delle madri che ad un primo contatto appaiono più in difficoltà garantendo loro un affiancamento anche nei successivi 4-6 mesi dopo la nascita, il potenziamento della collaborazione per la presa in carico di mamme a rischio di fragilità psico-sociale.

Interventi e attenzioni alla progressiva qualificazione dei servizi resi ai neo-genitori da parte del Punto d'Ascolto nel corso del 2013-14 si sono prevalentemente concentrati sui seguenti aspetti:

-la FORMAZIONE delle operatrici impegnate nel Punto d'Ascolto e della rete dei servizi materno-infantili territoriali con la realizzazione nel maggio 2013 di due giornate di seminario da parte del Centro Brazelton di Firenze (docenti: Rapisardi e Davidson) sulle competenze del neonato. La formazione da parte del Centro Brazelton è stata completata da altri 2 giorni di formazione nel maggio 2014. Inoltre, in collaborazione con il punto nascita di Cona, è stato organizzato un breve seminario per la presentazione dello strumento di individuazione precoce della fragilità materna nell'ambulatorio gravidanza a termine, e in gennaio 2015 due seminari in collaborazione con i servizi ospedalieri e territoriali psichiatrici e di psicologia clinica sulla depressione puerperale.

-l'implementazione della proposta del TAPPETO DEI PICCOLI che dopo l'interruzione estiva nel trimestre luglio-settembre si è arricchita da ottobre 2013 in avanti di un terzo appuntamento mensile riservato ai bambini che entrano nel 6° mese di vita, finalizzato ad aumentare la longitudinalità della presa in carico da parte del Punto d'Ascolto.

A distanza di ormai 5 anni dall'avvio delle attività del Punto d'ascolto appare possibile ed opportuno affrontare anche problematiche di particolare delicatezza e complessità dell'esperienza genitoriale con l'obiettivo che le operatrici del Punto d'Ascolto possano progressivamente farsi carico anche di EVENTI INATTESI E DOLOROSI. In questo senso si è programmato ad inizio 2014 un seminario sulla perdita del bambino e il sostegno al lutto dei genitori in fare prenatale.

Attività del PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO "BEN ARRIVATO" 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2014

PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO "BEN ARRIVATO ... PICCOLO!MIO!"

	2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.
Prime prese in carico												
Primi colloqui	10	16	22	19	14	16	22	17	14	18	19	14
Prime consulenze telefoniche	3	7	20	22	14	17	23	14	12	26	26	45
Prime Visite Domiciliari			7	25	28	29	34	20	20	40	44	42
Interventi di proseguimento												
Colloqui	9	19	22	26	22	31	42	34	16	13	26	37
Consulenze telefoniche		2	6	8	3	12	16	53	23	25	16	20
Visite Domiciliari successive					1	4	5	23	6	6	5	3
Colloqui post domiciliari al BA					22	18	25	20	7	9	12	16
Colloqui di coppia							13	6			3	3
Accompagnamenti ai servizi							2	1				1
Tot. Visite Domiciliari			7	25	29	33	39	43	26	52	49	45
Tot. Colloqui	19	35	44	45	58	65	102	77	30	31	60	70
Tot. Consulenze telefoniche	3	9	26	30	17	29	39	67	35	51	42	65
Interventi di accompagnamento							2	1				1
SUB-TOTALE INTERVENTI INDIVIDUALI/FAMILIARI	22	44	77	100	104	137	182	188	91	134	151	180
Genitori al Tappeto dei piccoli							28	19	47	34	103	34
Genitori ad Incontri di gruppo	30	20	55	25	50	20	60	30	70	39	62	38
SUB-TOTALE INTERVENTI DI PICCOLO GRUPPO	30	20	55	25	50	20	88	49	117	73	165	72
TOTALE	52	64	132	125	154	157	270	237	208	211	316	252

Accoglienza delle famiglie straniere e dei loro bambini.

Rappresentanti della Pediatria di Comunità partecipano al "Tavolo Tecnico Interaziendale Mediazione Interculturale", progetto promosso dall'Azienda Ospedaliera e dall'Azienda USL di Ferrara con lo scopo, tra gli altri, di favorire il miglioramento dell'accesso e dell'uso della rete dei servizi sociali e sanitari da parte dei cittadini stranieri.

Integrazione ospedale-territorio tra pediatri ospedalieri e pediatra di comunità del Distretto Ovest.

Il pediatra di comunità del Distretto Ovest è integrato coi 2 pediatri ospedalieri nel servizio pediatrico h24 al punto nascita di Cento. I 2 pediatri ospedalieri collaborano nell'attività vaccinale della sede di Cento.

Partecipazione a gruppi/tavoli di lavoro interistituzionali provinciali/regionali sulla salute e tutela dell'infanzia e adolescenza.

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI SM DP) è la struttura operativa dell'Azienda USL di Ferrara che si configura come l'organizzazione di base per il governo delle Unità Operative Complesse: Psichiatria Adulti (CSM), Neuropsichiatria Infanzia-Adolescenza (UONPIA); SerT - Dipendenze Patologiche; Psichiatria Ospedaliera a direzione Universitaria.

Il Dipartimento gestisce e organizza le attività per la produzione dei prodotti finalizzati alla:

- prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, del disturbo mentale e delle disabilità psicofisiche delle persone, sia minori che adulti;
- garanzia di interventi in regime d'urgenza e programmati;
- prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso, abuso, dipendenza da sostanze psicoattive e del gioco d'azzardo patologico.

Nel 2013³ è stata approvata la riorganizzazione del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che ha portato alla complessiva revisione organizzativa della macrostruttura onde garantire l'organicità degli interventi nell'assetto strutturale, nonché l'adeguamento al nuovo impianto legislativo e alla complessiva rete di funzioni e competenze istituzionali. Il processo riorganizzativo si è consolidato nel corso del 2014.

Con Determinazione 6730 del 20/05/2014 la Giunta Regionale ha concesso il rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara a partire dal 1° agosto 2013.

Programma di Psicologia Clinica e di Comunità

Nel corso del 2014 è stato dato particolare impulso all'implementazione del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità. Tra le sue finalità troviamo il coordinamento e la valorizzazione di tutte le risorse professionali di psicologo presenti in Azienda; un'appropriata risposta ai bisogni diagnostico assistenziali provenienti da una realtà sociale in continua evoluzione per gli aspetti epidemiologici; la garanzie di equità nell'organizzazione ed erogazione dei percorsi di cura.

I settori di attività specifica assegnati al Programma sono i seguenti:

- Centro contro l'Abuso sessuale nell'infanzia;
- Moduli funzionali per l'Affidamento familiare, Adozioni nazionali e internazionali in stretta integrazione con gli enti locali;
- Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse. Il Centro si occupa di Psicologia Cognitiva ed in particolare della valutazione e certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia, disgrafia ecc.) per tutta la provincia di Ferrara.
- Percorso Nascita Aziendale: apertura di "Ambulatori Psicologici per la prevenzione della depressione in gravidanza e nel post partum" in stretta collaborazione con i servizi di Salute Donna del DCP;
- Centralizzazione dell'attività collegata alle richieste da parte dell'Autorità Giudiziaria di psicodiagnosi/profilo di personalità di adulti (genitori) in merito a procedimenti di tutela dei minori
- Centro di psicoterapia breve centralizzato per tutte le Unità Operative che ne fanno richiesta, con prestazioni previste nell'ambito dei LEA;
- Centro di consulenza e terapia familiare per l'area della psichiatria adulti: è finalizzato ad offrire ai cittadini adulti del territorio dell'Azienda USL di Ferrara una nuova risorsa di cura di secondo livello che, in base alle evidenze scientifiche, presenta criteri di efficacia significativi. Il trattamento segue un modello operativo manualizzato secondo la Scuola sistemica di Milano.

Disturbi del Comportamento Alimentare

³ Delibera n.173 del 26/07/2013, "Approvazione riorganizzazione dipartimento assistenziale integrato salute mentale e dipendenze patologiche".

Ulteriore sviluppo del Dipartimento è nella riorganizzazione delle cure relative ai **Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)** che in accordo con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, deve garantire dei percorsi appropriati per i cittadini adulti e minori affetti da Disturbi del Comportamento Alimentare, specialmente per le forme più gravi.

A tale scopo l'Azienda ha attivato un Modulo Dipartimentale per il Centro dei Disturbi del Comportamento Alimentare, in collaborazione con l'Università di Ferrara e con la Azienda Ospedaliero Universitaria.

L'organizzazione del Centro è di tipo multidisciplinare e prevede la presa in carico dei pazienti affetti da anoressia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder (disturbo da alimentazione incontrollata – BED, DCA Nas e sindromi parziali).

Presa in carico: La visita di accesso viene fatta generalmente dallo psichiatra. L'intervento viene suddiviso in due fasi:

1. la fase diagnostica, in cui ogni specialista valuta l'aspetto di propria competenza per inquadrare tutti gli aspetti del disturbo alimentare (tipologia, gravità, modalità e possibilità di intervento);

2. la fase terapeutica, in cui si concorda con il paziente il progetto terapeutico e gli obiettivi da raggiungere.

Trattamento: Dopo la fase di diagnosi che si avvale di colloqui psicodiagnostici, scale di valutazione validate e riconosciute per disturbi alimentari, visite dietologiche e inquadramento internistico, viene formulato un progetto terapeutico multidisciplinare. Il Trattamento può essere svolto in ambulatorio, in day-hospital, in degenza ordinaria (quest'ultima evenienza solo per i casi più gravi). Gli interventi proposti dal Centro sono:

a. a livello ambulatoriale: psicoterapie individuali e di gruppo, sostegno psicologico, dietoterapia, farmacoterapia, counseling familiare.

b. in regime di day hospital: sostegno nutrizionale per terapia parenterale, pasti assistiti, colloqui psicologici, psichiatrici e dietistici, terapia farmacologia, terapia internistica.

c. In regime di degenza: tutti gli interventi previsti per il Day hospital con una frequenza più intensiva.

La frequenza delle visite ambulatoriali varia da paziente a paziente, in genere nelle prime fasi di cura è di 1 colloquio e/o visita alla settimana, per poi passare a bi-settimanale o mensile in fase di monitoraggio o di dimissione.

Nel day-hospital il trattamento avviene per 5 giorni la settimana, con durata che dipende dalla gravità del quadro clinico e dalla risposta al trattamento. Il ricovero in degenza ordinaria viene riservato ai casi gravi dal punto di vista internistico e l'obiettivo primario è il ripristino della condizione di salute e dell'equilibrio alimentare con risoluzione delle eventuali complicanze organiche.

Programma salute mentale nell'Istituto Penitenziario

In applicazione al D.P.C.M. del 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.

Le attività curative che il Dipartimento di Salute Mentale svolge all'interno del carcere sono inerenti ai cittadini con diagnosi psichiatriche e con disturbi da abuso di sostanze psicotrope. Questa attività dipartimentale di salute mentale viene attuata in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie. Un altro progetto è quello che riguarda l'accoglienza presso le Comunità Terapeutiche per i detenuti con problematiche di tossicodipendenza (SerT) che possono usufruire dei benefici della legge sugli arresti domiciliari.

Il Progetto Nuovi Giunti (Circolare Dipartimento Amministrazione Penitenziaria n.3233/5683, "Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati e organizzazione del servizio nuovi giunti"), è rivolto ai detenuti nel loro primo accesso all'istituzione e prevede: colloqui con lo psicologo, valutazione medico SIAS, discussione del caso nell'équipe Salute Mentale e successivamente anche con lo staff socio-educativo del Direttore del carcere.

Progetto dipartimentale trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità (DGP)

Si tratta di un progetto che ha come obiettivo quello di fornire interventi evidence based ai pazienti portatori di DGP, è trasversale al DAI SM DP in quanto coinvolge sia la Psichiatria adulti che le Dipendenze Patologiche e prospetticamente, vista l'età di insorgenza, anche NPIA. E' iniziato nel periodo 2011-2013 attraverso iniziative formative locali e regionali, la costituzione di un Gruppo dipartimentale e l'inizio dei percorsi di cura (Trattamenti psicoterapici individuali, Trattamenti gruppali - DBT Skills Training secondo il modello Dialettico Comportamentale di M. Linehan, Trattamenti gruppali per familiari di pazienti con DGP (MFG secondo Gunderson e Linehan e validato per l'Italia dalla dott.ssa Ridolfi- DSM Fano).

Nel corso del 2014 sono stati messi a disposizione dei portatori di DGP tutta la gamma degli interventi previsti dalle Linee di indirizzo regionali, compreso il Trattamento complesso residenziale; sono stati coinvolti nei percorsi di cura 30 pazienti e 6 nuclei familiari.

Progetto Dipartimentale "ESORDI PSICOTICI"

Il Progetto Dipartimentale "Esordi Psicotici" nasce alla fine del 2012, per il trattamento delle persone nella fascia d'età 16-35 anni, al primo episodio psicotico e al primo contatto con il DAISMDP. Il progetto di cura prevede il trattamento individuale secondo il modello Cognitivo Comportamentale, il trattamento dei familiari con sedute di Psicoeducazione rivolto alla singola famiglia, e la presenza di un Case Manager per ciascun paziente. E' trasversale in quanto coinvolge tutte le agenzie che si occupano di Adolescenza, è un trattamento specialistico della durata di due anni e prevede alti livelli di integrazione.

Ha portato a numerose iniziative formative locali, alla costituzione di un percorso specialistico dipartimentale (attualmente collocato presso la Casa della salute di Copparo), alla partecipazione al Gruppo di progetto regionale. Collabora con il servizio specialistico di Glasgow. Nel corso del 2014 sono stati valutati 11 nuovi casi e sono in trattamento 14 casi.

Programma dipartimentale superamento Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)

La legge 30 maggio 2014 n. 81, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari sancisce in maniera definitiva la proroga della chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari entro il 31 marzo 2015, in favore delle nuove REMS.

Nel corso del 2014 il Dipartimento è stato impegnato a realizzare percorsi terapeutico-riabilitativi per la dimissione dall' OPG con notevole impegno di risorse umane ed economiche. Alla fine del 2014 sono rimasti in OPG tre pazienti: una paziente presso Castiglione delle Stiviere che era stata classificata come "non dimissibile" e 2 pazienti che erano stati inseriti a ottobre 2014 e non avevano ancora completato la fase di valutazione. Attualmente il dipartimento ha in carico presso strutture residenziali 15 pazienti ex OPG.

Gli operatori del Dipartimento sono stati coinvolti nella elaborazione di "interventi per incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e favorire misure alternative all'internamento (L. n. 57 del 23 maggio 2013) e "... per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici" (Decreto Ministero della Salute 16-11-2014). Su questa progettualità il DAI SM DP ha attivato con gli organi competenti dell'Azienda un percorso per la realizzazione di una struttura appartamento secondo il modello dell'abitare supportato, presso l'Area di San Bartolo.

Progetto Psichiatria nella Casa della Salute

La Casa della salute rappresenta una nuova sfida per i Servizi territoriali riguardo la salute e il benessere dei cittadini, ed è un luogo in cui si realizza la presa in carico dei bisogni sociali e sanitari degli stessi. Il DAI SM DP che si è strutturato secondo il modello della Psichiatria di Comunità è da sempre in sintonia con i principi e gli obiettivi delle attività che caratterizzano le Case della salute.

All'interno delle case della salute attive nell'azienda USL (Casa della salute "Terre e Fiumi" di Copparo e Portomaggiore-Ostellato) il dipartimento è presente con tutte le sue articolazioni (Psichiatria adulti, Dipendenze Patologiche e NPIA) nelle) e ha partecipato sia alle fasi di formazione congiunta che all'elaborazione dei percorsi di cura relativi all'accesso, alla gestione della cronicità, dei casi complessi e interdisciplinari.

Budget di salute

Nel corso del 2013 il DAI SM DP nell'ambito della "Rimodulazione del Fondo ex OP – OPG per favorire programmi di integrazione sociosanitaria domiciliare per le persone seguite dai DSM-DP" (CPG/2013/460)" veniva finanziato per progetti di cura che utilizzavano la metodologia del Budget di salute. Tra gli obiettivi vi era quello di "identificare e ridurre gli inserimenti residenziali a rischio di inappropriatelyzza (alcuni inserimenti in strutture sociosanitarie o in residenze sanitarie a lungo termine), favorendo l'assistenza domiciliare e l'abitare supportato" e di destinare le somme risparmiate dal sistema dei ricoveri a "interventi domiciliari con la metodologia del budget di salute e abitare assistito".

La sperimentazione con il modello del Budget di salute è continuata anche nel 2014 e tutti i fondi sono stati utilizzati per progetti di "abitare supportato" come superamento della residenzialità continuativa e protratta presso strutture Dipartimentali e non. Il numero dei progetti attivati è di 14.

Progetto "Rete dei Servizi per la non autosufficienza"

Il progetto ha coinvolto le diverse Agenzie del territorio (ASP, Comuni, DCP, DAI SM DP, ecc.) per l'elaborazione di un unico progetto di cura e di vita a favore delle persone non autosufficienti

L'obiettivo 2014 ha portato alla realizzazione di una formazione congiunta che ha coinvolto numerosi operatori dei Servizi Sociali Territoriali, DAISM-DP, Assistenza anziani DCP, Disabilità adulti DCP, ecc. Il corso ha focalizzato l'attenzione sulla necessità di trovare strumenti e linguaggi comuni finalizzati alla progettazione degli interventi a favore delle persone non autosufficienti e si è posto come propedeutico al processo di integrazione socio-sanitaria fra i servizi territoriali.

Progetto IPS (Individual Placement and Support)

Dal 2011 grazie al progetto TIPS, presentato dalla AUSL di Rimini in partenariato con la rete ENAIP, tale strategia è stata testata in tutti i Dipartimenti della Regione, compreso il DAI SM DP di Ferrara con buoni risultati operativi. Il metodo permette a persone con disturbi mentali gravi (schizofrenia e disturbi bipolari, ecc.) di accedere a un lavoro competitivo, fuori dalla rete di benefici sociali garantiti dallo Stato. Questa metodologia, integrata con quelle utilizzate già da tempo (borse lavoro, tirocini formativi, ecc.) sembra rispondere meglio alla pluralità di bisogni, capacità e potenzialità degli utenti attraverso l'ampliamento del ventaglio degli strumenti e dei percorsi offerti relativamente all'inserimento lavorativo. Dal 2012 al 2014 l'intervento è stato affidato a professionisti "esterni" al personale AUSL con formazione di tipo psicosociale, che operano in stretta connessione con i Servizi. Nel 2014 sono stati seguiti 20 soggetti. Alla fine del 2014 è stato elaborato un Progetto 2015-2018 in cui il Dipartimento acquisisce da Intercent-ER 30 ore settimanali di Operatore IPS con i seguenti obiettivi: applicazione delle strategie IPS nei percorsi lavorativi; acquisizione di competenze IPS per gli operatori DAI SM DP; ampliamento del numero dei pazienti trattati; ampliamento del numero di operatori formati.

Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO)

Il Comitato Utenti Famiglie e Operatori è un importante organismo di integrazione tra i diversi attori istituzionali e sociali, che hanno come obiettivo il miglioramento dei servizi erogati dal DAI SM DP.

Il CUFO nel corso degli ultimi 4 anni si è regolarmente incontrato (nel 2014 vi sono state 5 assemblee plenarie, e numerosi incontri nei sottogruppi lavoro) per affrontare le criticità e gli aspetti problematici dei percorsi di cura: qualità dei prodotti erogati, percorsi organizzativi, soddisfazione di familiari-utenti e operatori, sicurezza di utenti e operatori. Il presidente del CUFO ogni anno redige una relazione consuntiva.

Psichiatria adulti

Nei Centri di Salute Mentale (CSM) si trovano le strutture e le équipes che garantiscono i diversi tipi di cure psichiatriche territoriali; le cure possono essere erogate in ambulatorio, a domicilio, in semiresidenza (Centro Diurno), nei Gruppi appartamento e nelle Unità Abitative, nelle Residenze psichiatriche a Trattamento Intensivo e a Trattamento Protratto. Queste ultime residenze psichiatriche rispondono alle necessità di ricovero riabilitativo per tutto il DAI SM DP.

Nei CSM vengono sviluppate le linee di indirizzo previste nel programma regionale "G. Leggieri" che ha la finalità di favorire l'integrazione clinica tra il Dipartimento Salute Mentale e il Dipartimento delle Cure Primarie a favore dei cittadini che presentano disturbi psichiatrici.

Spetta ai Centri di Salute Mentale rispondere alle richieste di Prima Visita psichiatrica ed Accoglienza, di Visita in urgenza, di Trattamenti Sanitari Obbligatori, di Trattamenti psichiatrici semplici e di Trattamenti riabilitativi integrati. Questi ultimi, assieme agli inserimenti lavorativi, sono il centro delle cure per sviluppare le competenze psicosociali nei pazienti che hanno presentato una diminuzione delle abilità. Indispensabile è l'integrazione con le famiglie dei pazienti e con le agenzie socio-sanitarie degli Enti Locali (ASP, Associazioni dei Servizi Sociali).

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (*1000 residenti). Anni 2010/2014 - Età >18 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	20,96	21,09	20,63	20,75	20,7	20,81	19,81	19,93	19,9	20,03
Regione	19,16	19,11	19,44	19,4	19,76	19,76	19,81	19,83	19,99	20,03

Fonte: Archivio regionale SISIM. Dati di attività e popolazione >=18 anni

Pazienti in trattamento nei Centri di Salute mentale dell'Emilia Romagna per Azienda e distretto di residenza (x 10.000 abitanti)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ferrara	OVEST	162,7	187,4	179,6	175,5	180,8	180,8	164,3
	CENTRO- NORD	180,2	220,2	216,1	206,7	206,1	206,1	205,4
	SUD-EST	183,3	225,0	237,5	243,8	240,3	240,3	221,2
Totale Azienda		177,4	214,7	214,6	210,7	210,5	210,5	201,1
Totale		173,9	189,3	198,1	200,7	200,0	200,0	201,3

Fonte: Archivio regionale SISIM. Dati di attività e popolazione >=18 anni

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale: attività ambulatoriale

ATTIVITÀ AMBULATORIALE							
	Centro nord	Ovest	Sud est	Non Resid.	2014	2013	Δ %
Numero Utenti Trattati	3411	813	1941	347	6.512	6.654	-2,1%
Nuovi ingressi:	1591	413	846	268	3.118	3.268	-4,6%
Ingressi Ambulatoriali	971	342	597	87	1.997	2.093	-4,6%
Consulenze Ospedaliere	564	52	213	151	980	1.005	-2,5%
Ingressi Reparto	56	19	36	30	141	170	-17,1%
Nuovi pazienti presi in carico	505	114	285	45	949	924	+2,7%
Pazienti già in carico	1887	421	1153	86	3.547	3.895	-8,9%
Pazienti in carico TOTALI	2392	535	1438	131	4.496	4.819	-6,7%

Nel 2014 i pazienti che si sono rivolti ai servizi territoriali della Psichiatri Adulti sono stati 6.512, distribuiti per il 52,4% nel distretto Centro Nord, per il 12,5% nel distretto Sud Est e per il 29,8% nel distretto Ovest. La quota degli utenti non residenti raggiunge il 5,3% del totale. Il numero totale dei pazienti trattati è in lieve diminuzione come valore assoluto (-2,1%), se analizziamo i tassi si osservano valori sempre in linea con i dati regionali. I nuovi ingressi rappresentano il 47,9% dell'utenza complessiva: si tratta in prevalenza di attività sanitarie ambulatoriali (64%), anche se le consulenze ospedaliere rappresentano il 31,4%. Gli ingressi in reparto hanno riguardato 141 pazienti, il 4,5% dei nuovi ingressi. I pazienti in carico totali sono risultati 4.496, il 69% degli utenti trattati, di questi 949 (14,6%) sono risultati nuovi utenti e 3.547 (54,5%) già in carico da anni precedenti.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale distinti per diagnosi primaria

DIAGNOSI	TOTALE 2013		TOTALE 2014	
PSICOSI	1303	19,58%	1352	18,44%
DISTURBI AFFETTIVI	1052	15,81%	993	14,97%
DISTURBI NEVROTICI	1258	18,91%	1154	18,92%
DISTURBI DI PERSONALITA'	510	7,66%	563	7,52%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	147	2,21%	158	2,25%
DISTURBI REATTIVI	1026	15,42%	980	15,30%
RITARDI MENTALI	224	3,37%	286	3,79%
DEMENZE	225	3,38%	232	3,31%
DISTURBI ORGANICI	192	2,89%	193	2,69%
ALTRE DIAGNOSI	196	2,95%	189	2,84%
IN OSSERVAZIONE	463	6,96%	349	8,51%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	58	0,87%	63	1,57%
TOTALE	6.654	100,00%		100,00%

Questi dati rivelano che i trattamenti diagnostici terapeutici del CSM sono rivolti in particolare verso i disturbi psichiatrici maggiori psicotici (18,4%), gravi disturbi affettivi (14,9%), gravi disturbi di personalità (7,5%) e disturbi psichiatrici associati ad abuso di sostanze (2,2%); contemporaneamente il CSM risponde ai bisogni di cura dei disturbi meno gravi presenti nella popolazione, quali i disturbi nevrotici (18,9%) e i disturbi reattivi (15,3%). Il confronto tra il 2014 e il 2013 evidenzia che il case mix si mantiene costante.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale distinti per diagnosi primaria e classi di età

DIAGNOSI	< 18 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	>65 anni	TOTALE
PSICOSI	0	23	371	674	284	1352
DISTURBI AFFETTIVI	0	11	145	474	363	993
DISTURBI NEVROTICI	3	38	302	464	347	1154
DISTURBI DI PERSONALITA'	1	35	215	252	60	563
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	0	6	53	83	16	158
DISTURBI REATTIVI	2	28	258	441	251	980
RITARDI MENTALI	2	26	79	126	53	286
DEMENZE	0	0	0	11	221	232
DISTURBI ORGANICI	0	2	23	65	103	193
ALTRE DIAGNOSI	7	18	75	54	35	189
IN OSSERVAZIONE	6	23	93	134	93	349
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	0	3	22	23	15	63
TOTALE	21	213	1636	2801	1841	
%	0,32%	3,27%	25,12%	43,01%	28,27%	100%

Questi dati indicano che la popolazione trattata nei CSM è principalmente caratterizzata da un'alta percentuale di persone con età avanzata (43% dai 45-64; 28,3% over 65), come riflesso della tendenza alla cronicizzazione di molti disturbi psichiatrici e in linea con le caratteristiche della popolazione della provincia di Ferrara

Trattamenti Residenziali

Il Dipartimento gestisce due Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo e una Residenza a Trattamento Protratto, per un totale di 92 posti letto a gestione diretta.

La strutture residenziali sono in rete tra loro; una "cabina di regia dipartimentale" analizza costantemente i volumi dei ricoveri annuali, studia i percorsi dei ricoveri, la loro appropriatezza ed aggiorna protocolli, procedure ed istruzioni operative.

Le **Residenze Psichiatriche a Trattamento Intensivo (RTI)** sono la "Luna" (a Ferrara) e la "Franco Basaglia" (a Portomaggiore); dispongono di 16 posti letto ciascuna e sono integrate sia con le due strutture ospedaliere (dalle quali possono ricevere pazienti), sia con le strutture territoriali, per i ricoveri programmati.

Le residenze rispondono alla necessità di stabilizzare il quadro clinico acuto psicopatologico e di iniziare percorsi riabilitativi con approccio biopsicosociale. Il ricovero medio presso queste residenze ha la durata rispettivamente di 56,60 e 47,95 giorni. Le strutture residenziali (RTI) sono coinvolte in progetti integrati nell'ambito dei percorsi di abitare supportato per cui per un numero limitato di casi la durata del ricovero è programmata per un periodo superiore ai 60 gg.

A Ferrara la **Residenza a Trattamento Protratto (RTP)** "Il Convento- San Bartolo" dispone di due Moduli (di 15 posti letto ciascuno) e fornisce trattamenti riabilitativi prolungati (6-36 mesi) a pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi in fase sub acuta e/o cronica, con lunga storia di malattia e di ricoveri. Anche la RTP "Il Convento" è impegnata da molti anni in progetti integrati nell'ambito dei percorsi di abitare supportato in collaborazione con il Centro Diurno "Il Convento"

I pazienti totali presenti nelle strutture residenziali dipartimentali nel 2014 sono risultati 189, il 6,9% in meno rispetto all'anno precedente.

Le strutture residenziali del Dipartimento a gestione diretta non soddisfano completamente i bisogni assistenziali della popolazione, pertanto il DAISM DP utilizza altri **posti letto esterni con pagamento della retta** a favore di 123 pazienti provenienti dal vecchio ospedale psichiatrico e a favore di pazienti più giovani, appartenenti alla fascia della cosiddetta "nuova cronicità" (110).

Per **l'assistenza residenziale psichiatrica intensiva e/o protratta** il Dipartimento si avvale dell'integrazione con le Case di Cura private accreditate, in base al contratto regionale AIOP.

Nel 2014 sono stati inseriti nelle Case di Cura accreditate 57 pazienti, il 9,6% in più rispetto al 2013, con una media di 27 giornate di assistenza. . Il numero totale di giornate di degenza è diminuito 27,2%.

Posti residenziali sanitari accreditati RER per la salute mentale adulti. Di cui:

Azienda Usl	Posti residenziali	gestiti direttamente dai DSM	gestiti da cooperative sociali	gestiti da Ospedali privati
Ferrara	62	62	0	0
Regione	1.086	442	282	362

Fonte: RER Archivio regionale SISM. Dati di attività e popolazione >=18 anni

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Residenziali

	2013			2014			Δ %
	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati	GG. degenza
Ricoveri Residenziali a gestione diretta							
Il Convento - S. Bartolo (adulti)	74	11.346	47	79	11.158	49	-1,7%
La Luna (adulti)	97	5.450	73	91	5.151	69	-5,5%
Basaglia (adulti)	122	5.540	83	110	5.274	71	-4,8%
Ricoveri Residenziali in Retta							
Altre Residenze non definite (adulti - ex op)	119	42.475	119	123	42.906	123	+1,0%
Altre Residenze non definite (adulti - no op)	98	30.102	98	110	31.930	110	+6,1%
TOTALE	217	72.577	217	233	74.836	233	+3,1%
Ricoveri Residenziali in Retta in altre Province e residenti							
Case di cura accreditate Entro RER	94	2.113	52	85	1.538	57	-27,2%

Trattamenti Semiresidenziali (Centri Diurni)

Il **Centro Diurno "Il Convento"** è una struttura semiresidenziale a 55 posti, aperto 365 giorni all'anno, fornisce una risposta riabilitativa psichiatrica ed occupazionale per i cittadini residenti nella provincia di Ferrara. Compito del Centro è garantire un Trattamento psichiatrico integrato ai cittadini affetti da disturbi psichiatrici in fase subacuta e/o cronica.

Lo staff considera il percorso riabilitativo in Centro Diurno come un momento del trattamento più vasto del paziente, in stretta collaborazione con i colleghi inviati e la famiglia; pertanto è importante realizzare la continuità terapeutica con l'équipe inviata e l'informazione/partecipazione delle famiglie al trattamento.

L'integrazione si realizza attraverso un approccio biopsicosociale, che sostiene la relazione tra "stress ambientale - vulnerabilità individuale - disturbi psichiatrici".

Il **Centro Diurno "Maccaccaro"**, è una struttura semiresidenziale con 24 posti, fornisce i seguenti trattamenti: a) programmi terapeutici riabilitativi intensivi a breve termine (da uno a tre mesi) finalizzati al supporto dell'utente per prevenire il ricovero o per favorire il rientro a domicilio dopo una fase di ricovero; b) programmi terapeutici riabilitativi intensivi a medio e lungo termine (da tre mesi a un anno) con progetti personalizzati concordati con l'équipe inviata; c) programmi socio-riabilitativi orientati all'integrazione sociale e al miglioramento della qualità della vita. Si tratta di una funzione di socializzazione per quei pazienti che non richiedono interventi riabilitativi altamente strutturati, ma che necessitano di spazi di incontro e di attività per mantenere le proprie abilità sociali e relazionali. Il programma si articola nei Trattamenti Socio-Riabilitativi di Gruppo nonché in progetti e iniziative, realizzati in collaborazione con la rete sociale allargata: Associazione Irregolarmente, ARCI, Associazione Club Integriamoci, Polisportiva Integriamoci, UISP, ANPIS. La partecipazione degli utenti alle attività si articola in funzione del singolo progetto individuale.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Semiresidenziali

CENTRI DIURNI	2011	2012	2013	2014	Δ %
Il Convento (S. Bartolo)					
Accessi	13.845	14.909	15.280	14.725	-3,6%
Pazienti	60	60	60	61	+1,7%
Maccaccaro (Ferrara)					
Accessi	4.795	5.077	6.226	6.102	-2,0%
Pazienti	92	94	101	106	+5,0%
TOTALE PAZIENTI	152	154	161	167	+3,7%

Gruppi Appartamento e Unità Abitative supportate

Il CSM utilizza numerosi gruppi appartamento e unità abitative nei percorsi di cura di numerosi pazienti con grave disabilità che necessitano di un sistema residenziale supportato nell'ambito della rete di appartenenza in sintonia con l'orientamento tipico della psichiatria di comunità che privilegia l'ottica della riabilitazione biopsicosociale territoriale. Questo tipo di trattamento riabilitativo è concordato con il paziente, la famiglia, l'amministratore di sostegno e le cooperative sociali con le quali il Dipartimento è in collaborazione. Si pone, inoltre, come percorso per il superamento della residenzialità protratta presso strutture residenziali, Sono in aumento i percorsi con maggior supporto e integrati tra CSM, CD e Residenze che nello schema vengono etichettati come Unità abitative. I progetti riabilitativi centrati sull'abitare supportato oltre che appartenere alla progettualità evidence based, sono particolarmente apprezzati dagli utenti e rappresentano ambienti di cura economicamente sostenibili.

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale in Gruppi Appartamento e Unità Abitative

	2011	2012	2013	2014	Δ %
Gruppi Appartamento					
Posti letto	30	30	28	27	-3,6%
Pazienti	35	31	29	23	-20,7%
Unità Abitative					
Posti letto	20	20	28	46	+64,3%
Pazienti	20	21	31	52	+67,7%

Psichiatria Ospedaliera Universitaria

Nel DAI SMDP esistono due servizi di psichiatria ospedaliera, il **Servizio Psichiatrico Diagnosi Cura** (15 posti letto c/o Azienda Ospedaliero-Universitaria - Arcispedale S. Anna) e il **Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo** (15 posti letto c/o Ospedale del Delta) che sono stati riorganizzati nell'Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera a Direzione Universitaria.

Queste due strutture rispondono alle necessità cliniche sia dell'urgenza psichiatrica e dipendenze patologiche sia dei ricoveri ospedalieri programmati di cittadini con disturbi in fase acuta.

Il SPOI garantisce anche un ricovero programmato per adolescenti con disturbo mentale su invio della Unità Operativa di Neuropsichiatria Infanzia Adolescenza. Viene garantita la gestione coordinata tra lo SPOI e i SERT di un posto letto, destinato a pazienti che necessitano di ospedalizzazione programmata, per approfondimenti psichiatrici diagnostici e/o terapeutici, per la gestione della disassuefazione da alcol coordinata dal reparto di gastroenterologia.

Le due strutture hanno inoltre il compito di garantire l'attività di consulenza psichiatrica per persone ricoverate in tutti i reparti (degenza e servizi di Day-Hospital) medici e chirurgici dell'ospedale (sia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria - Arcispedale S. Anna sia dell'Ospedale del Delta) sia in urgenza che programmata. Il SPDC e il SPOI hanno inoltre il compito di "lavorare in rete" con tutte le altre strutture dipartimentali che dispongono di posti letto.

Il SPDC può accettare ricoveri sia volontari che in Trattamento sanitario Obbligatorio (TSO), mentre lo SPOI attua solo ricoveri su base volontaria (TSV).

In entrambi i reparti è disponibile una guardia psichiatrica attiva H24. La durata media di ricovero ospedaliero è sovrapponibile per entrambi i reparti è di circa due settimane.

Dimessi dai reparti di psichiatria (SPOI e SPDC) e tasso di ospedalizzazione

Azienda di residenza	2012			2013			2014		
	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab
Ferrara	842	312.549	26,9	808	310.777	26,0	822	308.152	26,7
Regione	9.137	3.754.501	24,3	9.031	3.759.836	24,0	9.425	3.740.484	25,2

Dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età ≥ 18. Fonte SDO

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

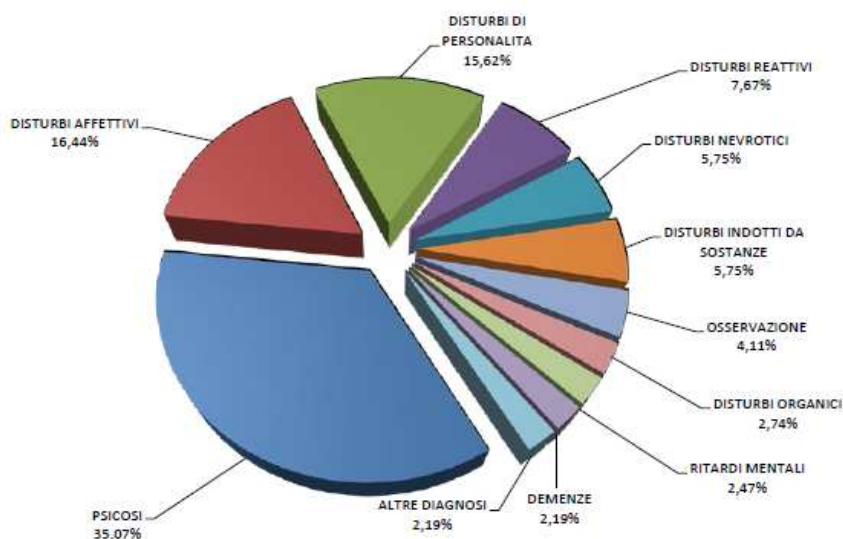
Spetta a questo servizio garantire il ricovero volontario (TSV) o in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico, sia dal punto di vista diagnostico-farmacologico, sia dal punto di vista dell'atmosfera relazionale.

Alla dimissione del paziente deve essere garantita la continuità terapeutica con il medico di riferimento dell'équipe territoriale del DAI SMDP.

Pazienti ricoverati in SPDC

SPDC	2011	2012	2013	2014	Δ %
Pazienti ricoverati	335	312	362	365	+0,8%
Ricoveri	485	423	489	468	-4,3%
Indice occupazione posti letto	98,61	97,98%	104,35%	104,58%	
Presenza media giornaliera	14,79	14,7	15,65	15,69	

Ricoveri per fasce di diagnosi (Anno 2014)



Pazienti per fasce di diagnosi	2013	%	2014	%
PSICOSI	121	33,43%	128	35,1%
DISTURBI AFFETTIVI	76	20,99%	60	16,4%
DISTURBI DI PERSONALITA'	56	15,47%	57	15,6%
DISTURBI REATTIVI	20	5,52%	28	7,7%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	18	4,97%	21	5,8%
DISTURBI NEVROTICI	17	4,70%	21	5,8%
DISTURBI ORGANICI	17	4,70%	10	2,7%
RITARDI MENTALI	11	3,04%	9	2,5%
ALTRE DIAGNOSI	9	2,49%	8	2,2%
DEMENZE	9	2,49%	8	2,2%
IN OSSERVAZIONE	8	2,21%	15	4,1%
TOTALE	362	100,0%	365	100,0%

Pazienti per classi di età	2013	%	2014	%
< 18 anni	2	0,6%	-	-
18-24 anni	24	6,6%	27	7,4%
25-44 anni	146	40,3%	143	39,2%
45-64 anni	148	40,9%	154	42,2%
>65 anni	42	11,6%	41	11,2%
TOTALE	362	100,0%	365	100,0%

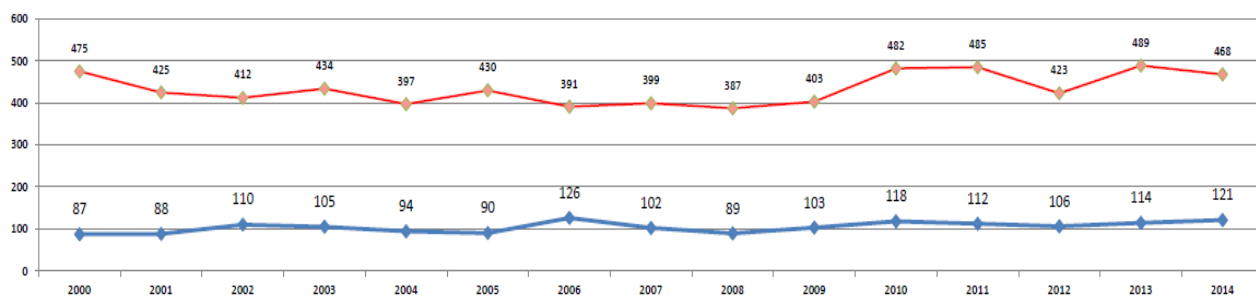
Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

L'applicazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) viene rivolto solo ai pazienti psichiatrici che non hanno coscienza del proprio disturbo, necessitano di interventi terapeutici rifiutati dal paziente stesso. Questi trattamenti debbono essere erogati solo in ambiente ospedaliero (Legge 833/79).

Pazienti con Trattamento Sanitario Obbligatorio

Aziende USL	Anno 2013			Anno 2014		
	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri
Ferrara	97	423	22,9	85	437	19,5
Regione	985	6.987	14,1	989	6.795	14,6

S.P.D.C. Ferrara - Andamento Ricoveri/TSO - Periodo 2000-2014



L'analisi di questi dati evidenzia che il Dipartimento è costante nell'uso del TSO (min 87 ricoveri nel 2000 – max 121 nel 2014); in generale su 4 ricoveri 1 è in TSO.

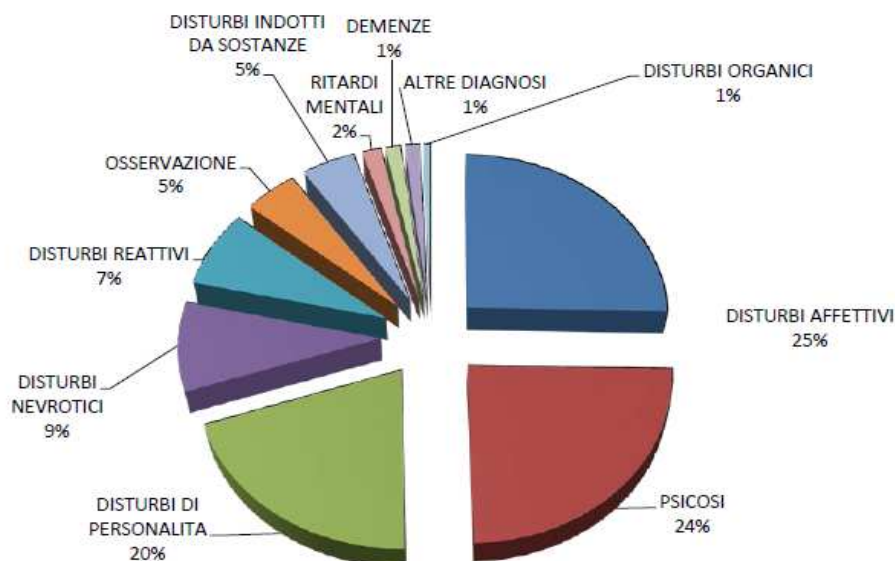
Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI)

Spetta allo SPOI garantire il ricovero volontario (TSV) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico, sia dal punto di vista diagnostico farmacologico, sia dal punto di vista dell'atmosfera relazionale. Alla dimissione del paziente deve essere garantita la continuità terapeutica con il medico di riferimento dell'équipe territoriale del DAI SMDP.

Pazienti ricoverati in SPOI

SPOI	2011	2012	2013	2014	Δ %
Pazienti ricoverati	327	305	334	308	-7,8%
Ricoveri	463	433	466	455	-2,4%
Indice occupazione posti letto	98,90%	99,60%	100,11%	99,78%	
Presenza media giornaliera	14,84	14,94	15,02	14,97	
Dimessi	484	496	450	441	

Pazienti per fasce di diagnosi - Anno 2014



Pazienti per fasce di diagnosi	2013	%	2014	%
DISTURBI AFFETTIVI	81	24,32%	78	25,3%
PSICOSI	81	24,32%	75	24,4%
DISTURBI DI PERSONALITÀ'	72	21,62%	62	20,1%
DISTURBI REATTIVI	26	8,41%	27	8,8%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	19	7,81%	23	7,5%
DISTURBI NEVROTICI	28	5,71%	14	4,5%
RITARDI MENTALI	6	2,40%	5	1,6%
DEMENZE	6	1,80%	4	1,3%
DISTURBI ORGANICI	3	1,80%	2	0,6%
ALTRE DIAGNOSI	3	0,90%	-	-
IN OSSERVAZIONE	8	0,90%	4	1,3%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	0	0,0%	14	4,5%
TOTALE	332	100,0%	308	100,0%

Pazienti per classi di età	2013	%	2014	%
18-24 anni	19	5,7%	11	3,6%
25-44 anni	108	32,5%	90	29,2%
45-64 anni	153	46,1%	152	49,4%
>65 anni	52	15,7%	55	17,9%
TOTALE	332	100,0%	308	100,0%

Servizio Psichiatria di Consultazione (SPC)

Spetta a questo servizio garantire la risposta alle richieste di consulenza psichiatrica che provengono dai reparti di degenza e dai servizi di Day Hospital medici e chirurgici dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna e dell'Ospedale del Delta, incluso il coordinamento della attività di consulenza psichiatrica d'urgenza richiesta dal Pronto soccorso (Dipartimento di Emergenza) dei due suddetti poli ospedalieri.

CONSULENZE OSPEDALIERE	2011	2012	2013	2014	Δ %
Adulti	2.800	2485	2.447	2.176	-11,1%
Azienda Ospedaliera S. Anna	2.085	1861	1.895	1.733	-8,5%
Altri Ospedali (Delta e San Giorgio)	715	624	552	443	-19,7%
Minori	4	13	19	34	+78,9%

Servizio di Psiconcologia e Psichiatria nelle cure palliative

È inoltre gestito all'interno della Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria il programma assistenziale psichiatrico per persone affette da cancro e i loro familiari, svolto dal Servizio di Psiconcologia. Gli interventi sono fondamentalmente caratterizzati da psicoterapie individuali e di gruppo, nonché da valutazioni psichiatriche (colloqui e visite di controllo)

Tale servizio svolge inoltre attività di collegamento per la componente psiconcologica con le varie attività svolte dalla Azienda Ospedaliero Universitaria (ad es. Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per cancro della mammella) e dalla Azienda USL (ad es. Tavolo Cure Palliative).

Più in particolare:

1. Nel corso del 2014 si è attivato il Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) per il cancro della mammella come sintesi del lavoro inter- e multidisciplinare che ha coinvolto il programma di psiconcologia, nella definizione della componente psicosociale e psichiatrica nella fase di screening per disturbo emozionale, assessment e interventi e partecipazione agli incontri del gruppo di lavoro (v. <http://www.ospfe.it/reparti-e-servizi/reparti-dalla-n-alla-z/oncologia-clinica/oncologia-clinica-attivita/percorsi-diagnostico-terapeutici-assistenziali-pdta>) in maniera regolare a cadenza settimanale per la discussione dei nuovi casi. Iniziati sono stati inoltre i collegamenti tra le équipes multidisciplinari e il gruppo di coordinamento dell'AOU S. Anna per lo sviluppo del PDTA del cancro del colono-retto.

2. Gli interventi del programma di Psiconcologia e psichiatria nelle cure palliative sono stati inseriti nel documento "Verso un piano per l'equità e il diversity management", nell'area 16 sull'obiettivo di "Garantire standard di cure al di stress emozionale e alla sofferenza psichica alle persone con patologie oncologiche"

3. L'attività clinico-assistenziale si è declinata in consulenze intraospedaliere per pazienti degenti presso le diverse strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna (prevalentemente Oncologia Medica).

Il collegamento con il DH Oncologico e i MMG ha permesso il proseguimento e la presa in carico di pazienti valutati e trattati presso il servizio ambulatoriale con sede presso la sede Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara.

CONSULENZE OSPEDALIERE	2011	2012	2013*	2014	Δ %
Consulenze psiconcologiche reparti	566	560	133	150	+12.5%
Azienda Ospedaliera S. Anna	251	274	133	150	+12.5%
Altri Ospedali (Cento/Argenta)	315	286	0	0	---
Attività ambulatoriale Servizio psiconcologia (c/o S. Anna sede di Ferrara e c/o S. Anna sede di Cona)	1176	1395	755	1137	+50.6%

* l'anno 2013 è coinciso con una perdita di risorse pari al 70% del servizio, recuperato parzialmente nell'anno successivo attraverso la riorganizzazione del servizio

4. Degni di menzione due progetti di ricerca a finalità clinico-assistenziale collegati a due borse per dottorato di ricerca dell'Università di Ferrara, il primo in collegamento con il Princess Margaret / University of Toronto sulla psicoterapia alla fine della vita, il secondo collegato al Department of Psychiatry, University of San Francisco, sulla terapia familiare nel lutto.

Servizio Dipendenze Patologiche

Il Servizio Dipendenze Patologiche svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da legati al consumo problematico e alla dipendenza patologica da eroina, cocaina, alcol, cannabinoidi e tabacco.

Negli ultimi anni l'attenzione è stata rivolta anche alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP), che presenta tratti caratteristici in comune con la tradizionale dipendenza da sostanze stupefacenti, occupandosi delle problematiche che investono il paziente, la sua famiglia e il contesto sociale.

All'interno del servizio opera un'équipe multidisciplinare composta da professionisti di area sanitaria, psicologica, sociale ed educativa per garantire una presa in carico che valorizza la centralità della persona, con un approccio biopsicosociale.

In risposta all'aumento del consumo di sostanze tra gli **adolescenti e i giovani**, laddove sono rilevabili segni e sintomi predittivi tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo sono attivati interventi preventivi selettivi in collaborazione con Spazio Giovani, Promeco e gli Operatori di Strada. Si tratta di interventi che rivolgono lo sguardo al ruolo attivo che i singoli e la comunità possono avere nell'influenzare gli stili di vita, riconoscendo e sostenendo le risorse che possono funzionare da fattori protettivi. I progetti sono attivati e integrati sul territorio provinciale con l'obiettivo di prevenire, o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

Al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive, il Servizio offre un accesso differenziato per adolescenti e giovani, attivando un'équipe dedicata allo scopo di valorizzare al massimo l'approccio multidisciplinare. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale.

Per facilitare una presa in carico tempestiva e appropriata di adolescenti che presentano situazioni ad alta complessità, di età compresa fra 15 e 24 anni, è stato attivato un **percorso adolescenti che prevede** una co-progettazione integrata tra servizi sanitari, servizi sociali, educativi e culturali presenti sul territorio al fine di attivare una équipe multiprofessionale ad alta integrazione socio-sanitaria. Il percorso prevede la presenza di un garante che svolge il ruolo di facilitatore della integrazione dei Servizi coinvolti (SerT, Uonpia, Spazio giovani, Servizi Sociali Area minori, Enti ausiliari accreditati, Promeco, Associazioni) e della co-progettazione degli interventi sul caso complesso.

Per affrontare l'incremento della **complessità clinica che la multidimensionalità** della dipendenza patologica attuale mette in campo, sono state promosse risposte integrate sia a livello di servizi del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, sia percorsi all'interno della rete dei servizi socio-sanitari disponibili sul territorio. In particolare è stata costituita una **équipe integrata dipartimentale per la gestione clinica dei casi in doppia diagnosi** e la sperimentazione di metodologie basate sulle evidenze (DBT) su casi complessi in carico ai SerT e ai Centri di Salute Mentale.

Per quanto riguarda l'**alcolismo**, in questi ultimi dieci anni il modello di intervento si è basato su un sistema di servizi in rete che ha visto una stretta collaborazione tra Centri Alcologici, servizi gestiti dal Privato Sociale Accreditato e le Associazioni di Volontariato, al fine di dare risposte adeguate e tempestive ai nuovi bisogni sociali e sanitari che interessano la popolazione. Il sistema dei servizi in rete ha portato al cambiamento nelle prassi di assistenza, alla riorganizzazione delle strategie di intervento adeguate ai bisogni emergenti, ad una maggiore flessibilità e apertura verso l'altro, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse per arrivare e di gestione integrata della persona e/o della sua famiglia. Prova ne è che i gruppi, sempre più spesso, accolgono al loro interno giovani soggetti con poliabuso di sostanze psicoattive, talora in comorbidità psichiatrica.

La collaborazione avviata nel corso degli ultimi anni con Alcolisti Anonimi e CAT ha visto la partecipazione attiva dei rappresentanti locali delle Associazioni di Volontariato, sempre disponibili ad offrire il loro contributo per intercettare e accogliere persone che non hanno avuto mai accesso ai Centri Alcologici pubblici e le loro esperienze personali in occasione dei corsi di formazione sull'alcol organizzati dall'AUSL di Ferrara. Parimenti è divenuta consuetudine per gli operatori del servizio partecipare agli incontri aperti di A.A. e Al-Anon e ad iniziative pubbliche di promozione dei Club presenti nella provincia di Ferrara.

In una prospettiva **di percorsi di salute ad elevata integrazione socio-sanitaria** il **Centro Antifumo** ha aderito al Progetto regionale FRESCO, attivando un collegamento tra i reparti di Cardiologia e i Centri Antifumo, attraverso l'invio di pazienti cardiopatici fumatori o che abbiano smesso di fumare solo in seguito all'evento che ha causato il ricovero. Target del progetto sono i pazienti dimessi con diagnosi di Infarto miocardico acuto, anche se ciò non esclude invio di pazienti fumatori, con altre patologie, che necessitano ugualmente di un intervento di disassuefazione alla Nicotina.

Considerando che il numero di pazienti cardiopatici dimessi dagli ospedali è ampio (più di 5.000 in Emilia-Romagna per i soli eventi coronarici maggiori all'anno) l'osservazione clinica evidenzia che la gravità dell'evento fa sì che il numero di fumatori fra costoro al momento delle dimissioni si attesti sull'1%, 2%.

Di nuovo l'osservazione clinica, accompagnata dalle risultanze di studi specifici, ci consente di apprendere che tale percentuale sale fino ad arrivare ad un valore che si aggira fra il 10% ed il 50% 1 anno dalle dimissioni, ma fra i soli fumatori prima dell'evento, che ha determinato il ricovero.

Questo andamento, anche se basato su stime, fa pensare che la prescrizione a frequentare un trattamento per smettere di fumare, debba essere attuato al momento delle 1a visita dopo le dimissioni (30 giorni), ma anche ribadita nel tempo costantemente dal MMG e/o dalla specialista cardiologo in particolar modo nei Day Service cardiologici, dove attuati. Allo stesso modo si rende necessario l'invio ai CAF, anche di quei pazienti in cui si prevede o si manifesta il rischio di ricaduta.

Il Punto di Ascolto Grattacielo 183, nasce dall'idea di creare una rete di collaborazione tra associazioni del volontariato sociale che si occupano di dipendenza (Fuorigioco, Famiglie contro la droga, A.P.C.A.T.), terzo settore, Ser.T e Agire Sociale Centro Servizi per il Volontariato in un'ottica di sinergia tra pubblico e privato sociale mettendo insieme le esperienze, competenze e professionalità dei soggetti che ne fanno parte. Il punto d'ascolto si propone come un tentativo di risposta "innovativa" alle problematiche legate alle dipendenze patologiche, partendo dal presupposto che di fronte alla complessità del fenomeno sia necessario unire le forze presenti sul territorio valorizzandone le specificità, le diversità e le risorse. L'intento è di garantire ad ogni persona in difficoltà la possibilità di scegliere il percorso di cura più adatto alle proprie esigenze ed ai propri bisogni offrendo differenziate possibilità di aiuto e sostegno. Si tratta di un luogo di prima accoglienza, orientamento e accompagnamento verso i servizi presenti sul territorio, rivolto a persone e famiglie che vivono disagi e sofferenze legate a problemi di dipendenza o disturbi del comportamento.

Si fa promotore di manifestazioni per riqualificare zone in stato di degrado, cercando di diffondere un senso di riappropriazione urbana dei tessuti marginali, oggetto di incuria, degrado ed abbandono attraverso la promozione del protagonismo giovanile.

A livello aziendale è operativa un'équipe che garantisce la **continuità della cura** dei soggetti con dipendenza da sostanze già in carico al servizio **nel periodo di carcerazione**. Per i detenuti non residenti nella provincia di Ferrara, predispone un programma terapeutico stabilendo contatti con il SerT di appartenenza, con gli operatori penitenziari, con gli operatori delle comunità e i familiari. Sul versante della **cronicità**, particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.

Sono state progettate per i pazienti dei servizi con problemi legati alla casa, soluzioni abitative abilitate un'assistenza differenziata all'interno degli Enti Ausiliari Accreditati destinate ai pazienti che non possono accedere alla residenzialità diretta alla non autosufficienza.

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (x1.000 ab.). Anni 2010/2014 - Età 15-64 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	8,63	8,46	8,55	8,35	8,36	8,16	8,15	7,99	7,94	7,76
Regione	7,56	7,59	7,55	7,55	8,99	8,99	9,18	9,16	7,91	7,88

Fonte: RER Archivio regionale SIDER

Nel 2014 i servizi per le dipendenze patologiche hanno risposto alla domanda di trattamento proveniente da 2.213 pazienti, 1.399 di questi (63,2%) hanno seguito un programma terapeutico ambulatoriale, 126 sono stati seguiti in carcere (5,7%), 688 (31,1%) hanno ricevuto prestazioni in fase di osservazione e diagnosi o in fase di post dimissione o consulenza.

Tra i pazienti seguiti con un programma terapeutico specifico il 57,5% presentava problematiche relative alla dipendenza da droghe e il 26,7% da alcol. Il 7,1% si è rivolto ai Centri Antifumo per la disassuefazione dal fumo di tabacco e l'8,7% per gioco d'azzardo patologico.

Sono risultati 134 i giovani che hanno seguito un percorso dedicato presso i punti di accesso dislocati in tutti i territori distrettuali. Il 13,4% degli accessi è stato tra gli adolescenti di età compresa tra i 15 e i 17 anni e l'86,6% nella fascia d'età 18-24 anni.

UTENTI DIPENDENZE PATOLOGICHE	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
TOTALE PAZIENTI TRATTATI:	2.223	2.213	-0,4%
Nuovi pazienti presi in carico	289	361	+24,9%
Ambulatoriali	253	324	+28,1%
In carcere	36	37	+2,8%
Pazienti già in carico	1.216	1.164	-4,3%
Ambulatoriali	1.111	1.075	-3,2%
In carcere	105	89	-15,2%
TOTALE PAZIENTI IN CARICO:	1.505	1.525	+1,3%
Droghe	906	877	-3,2%
Alcol	411	407	-1,0%
Gioco patologico	84	108	+28,6%
Tabacco	104	133	+27,9%
GIOVANI CON ACCESSO DIFFERENZIATO:			
15-17 anni	25	18	-28,0%
18-24 anni	115	116	+0,9%
PAZIENTI IN DOPPIA DIAGNOSI	142	167	+17,6%

DOPPIA DIAGNOSI

La Doppia Diagnosi è il cuore dell'integrazione clinica-farmacologica e terapeutica-riabilitativa del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. La necessità di lavorare insieme (SerT-Psichiatria) su pazienti complessi nasce da un protocollo che indicava i modi e i tempi di consulenze reciproche o di passaggi della presa in carico da un Servizio all'altro.

Negli ultimi tempi, si è registrato in aumento la diffusione delle sostanze con prevalenza di cocaina, psicostimolanti anfetaminici e alcol, a cui si accompagna un cambiamento delle modalità di consumo, poliabuso e uso intenso e concentrato in tempi brevi. Questi cambiamenti nei pazienti abusatori o tossicomani, hanno modificato l'assunzione delle sostanze producendo nel tempo quadri clinici e sintomi sempre più simili a manifestazioni psichiatriche come episodi acuti di paranoia, interpretazioni deliranti e aggressività e disturbi gravi di personalità, strutturati e persistenti.

Sul versante psichiatrico, assistiamo ad una preferenza dei pazienti per l'alcol o la cannabis, in generale i disturbi gravi di personalità dipendente-ossessiva, e in generale le patologie "borderline" sono in relazione al maggior consumo di sostanze stupefacenti.

L'interazione con le terapie in atto, alterando gli effetti della cura e aggiungendo alla patologia di base, una dipendenza da sostanze, aggrava la prognosi e complica l'uso corretto della terapia.

La clinica si trova nella necessità di sviluppare la massima efficacia a fronte di situazioni nuove e complesse, dovendo superare conflittualità di metodo e di orientamento professionale.

Negli ultimi anni, sono in costante aumento complesse situazioni cliniche che vedono le dipendenze patologiche complicarsi con sintomi più o meno strutturati e indistinguibili dalla psicopatologia classica psichiatrica. Abusatori di sostanze o tossicomani, che presentano vulnerabilità individuali, o insufficiente valutazione del rischio, soprattutto nell'età giovane, possono sviluppare un quadro clinico che simula o si struttura come patologia psichiatrica. Pazienti psichiatrici, che in momenti particolari del decorso del principale disturbo mentale, possono abusare, più frequentemente di alcol, o di cannabis. In entrambi i casi, le condizioni cliniche peggiorano e la prognosi diventa più severa.

Il DAISMDP, per questi pazienti multiproblematici in doppia diagnosi, ha deciso di costruire percorsi integrati, per rispondere alle necessità di una presa in carico congiunta, di una terapia integrata e di progetti specifici, utilizzando le risorse disponibili in modo flessibile e coerente con le problematiche espresse.

Nel 2014 il DAISMDP ha costituito un gruppo trasversale di professionisti del SerT e del SPT che discutono i singoli casi e concordano le risposte più efficaci cliniche e riabilitative sviluppando un progetto terapeutico integrato.

GRAVE DISTURBO DI PERSONALITA'

Nel più ampio contesto di un progetto dipartimentale di percorsi di cura per pazienti con Grave Disturbo di Personalità, si sono svolti gruppi di SkillsTraning - Terapia Dialettico Comportamentale, all'interno delle sedi SerT di Portomaggiore e sede SerT di Ferrara.

I gruppi sono rivolti a pazienti con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (ICD X F60.3) e attuale o pregressa Sindrome di dipendenza o Uso dannoso di sostanze (ICD X F10 - F19). I pazienti vengono inviati dai propri curanti presso i rispettivi SerT e/o SPT della provincia, in particolare alcuni pazienti hanno una doppia presa in carico e quindi un doppio invio, altri sono seguiti solo dal SerT al momento del gruppo, spesso con contatti in passato presso Psichiatria Adulti.

I gruppi sono strutturati come gruppi aperti, con 8-10 partecipanti. Le sedute sono a frequenza settimanale o quindicinale, durano due ore. Ogni edizione del Gruppo SkillsTraning - Terapia Dialettico Comportamentale prevede da 16 a 20 sedute.

Propedeutici alla partecipazione al gruppo sono i seguenti interventi: la valutazione psicodiagnostica (Mc Lean Screening Instrument for BPD - MSI-BPD -), 1 o 2 colloqui di presentazione e spiegazione con i conduttori e firma di un contratto, contenente le regole del gruppo e il calendario delle sedute. In accordo con i curanti Sert inviati, si effettuano colloqui individuali psicoeducativi di spiegazione della diagnosi di disturbo borderline di personalità.

Il gruppo attualmente in corso presso la sede SerT di Ferrara è composto da 10 pazienti che presentano Disturbo Borderline di Personalità, in comorbidità con Sdr dipendenza da oppiacei ICD X F11.2 (2 donne, 1 uomo), Sdr di dipendenza da alcool ICD X F10.2 (1 donna e 1 uomo), Gioco d'azzardo patologico ICD X F60 (1 uomo), Poliabuso di sostanze ICD X F19.2 (1 uomo), Sdr di dipendenza cocaina ICD X F14.2 (1 uomo e 1 donna), Sdr di dipendenza da BDZ ICD X F13.2 (1 donna). Due pazienti partecipano al gruppo, provenienti da Comunità Terapeutiche, dove stanno svolgendo un programma di terapeutico residenziale.

Inoltre da gennaio 2014, nella sede del Sert di Ferrara si è definita una micro équipe dedicata, finalizzata ad un percorso ambulatoriale integrato, secondo le linee guida regionali, avendo come riferimento la Terapia Dialettico Comportamentale. La micro équipe è composta da psicologa, psichiatra, infermiere professionale e assistente sociale. In particolare, il paziente è coinvolto in un programma ambulatoriale integrato, declinato in colloqui individuali psichiatrici o psicologici, gruppo SkillsTraning DBT, interventi rivolti ai familiari, interventi in area sociale e counseling infermieristico, eventuale terapia farmacologica. Vengono condivisi gli obiettivi e le modalità in un contratto scritto relativo all'équipe di riferimento e agli interventi programmati.

MONITORAGGIO DELLA SALUTE

L'invecchiamento della popolazione già in carico al Servizio e l'arrivo di nuova utenza con multiproblematica, ha portato l'attenzione sul monitoraggio annuale dello stato di salute e delle malattie infettive per procedere ad interventi precoci e più efficaci. Lo screening proposto prevede, ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata, un percorso di valutazione sanitaria e monitoraggio dello stato di salute, che comprende routine degli esami ematochimici e routine Hiv, Hbv, Hcv, Hav.

Ai pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 100 pro/die viene proposta una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Ai pazienti con diagnosi in F14, eventuale valutazione ORL, elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e visita cardiologia. La routine di base è ripetuta annualmente.

Nel 2014 i pazienti inclusi nel percorso di screening sono stati 1.224, di questi 875 (71,5%) è stato sottoposto al monitoraggio dello stato di salute (86 nuovi utenti, 824 già in carico).

MONITORAGGIO DELLA SALUTE	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
Centro Nord	342	466	+36,3%
Sud Est	238	274	+15,1%
Ovest	91	135	+48,4%
TOTALE	671	875	+30,4%
Nuovi utenti			
Centro Nord	52	44	-15,4%
Sud Est	55	31	-43,6%
Ovest	27	11	-59,3%
TOTALE	134	86	-35,8%
Utenti già in carico			
Centro Nord	290	457	+57,6%
Sud Est	183	243	+32,8%
Ovest	64	124	+93,8%
TOTALE	537	824	+53,4%
% copertura			
Centro Nord	66,9%	69,2%	+3,4%
Sud Est	62,3%	74,0%	+18,8%
Ovest	65,0%	69,0%	+6,2%
TOTALE	65,0%	71,5%	+10,0%

PERCORSI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Sul territorio provinciale le strutture accreditate per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso offrono sia i tradizionali percorsi terapeutici e pedagogici (3 Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativo; una struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativo), sia trattamenti specialistici che rispondono a particolari bisogni assistenziali e di cura legati alla tipologia dei soggetti: una Struttura madre-bambino che accoglie donne tossicodipendenti con figli minori e un Centro di Osservazione e Diagnosi per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica.

Posti residenziali e semiresidenziali sanitari gestiti da privato sociale e accreditati RER per trattamento dipendenze patologiche

	Posti residenziali	Posti semiresidenziali	Totale 2013	Posti residenziali	Posti semiresidenziali	Totale 2014
FERRARA	100	12	112	100	12	112
RER	1300	196	1496			

Fonte: RER Archivio regionale SIDER

INSERIMENTI DI PAZIENTI SERT IN STRUTTURE TERAPEUTICHE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
Inserimenti presso Enti Accreditati Regionali			
Soggetti inseriti	90	87	-3,3%
Numero di ricoveri	117	111	-5,1%
Giornate totali	14.112	13.193	-6,5%
Inserimenti presso Altri Enti			
Soggetti inseriti	16	11	-31,3%
Numero di ricoveri	18	11	-38,9%
Giornate totali	3.747	2.065	-44,9%
Inserimenti di soggetti agli arresti domiciliari			
Soggetti inseriti	5	5	0,0%
Numero di ricoveri	5	6	+20,0%
Giornate totali	539	1.247	+131,4%

L'accesso alle strutture avviene tramite l'invio dal SerT che sulla base dei criteri di eleggibilità definiti dalla struttura individua il percorso più appropriato per i bisogni di salute specifici del paziente. In casi particolari gli invii possono essere effettuati anche da Enti Locali e dal Ministero di Giustizia (per i soggetti in carcere). L'onere della prestazione è a carico dell'AUSL (SerT) che definisce, di concerto con la struttura, il piano terapeutico del paziente e le modalità per la verifica dei risultati raggiunti (indicatori e standard di prodotto).

Dopo il percorso di accreditamento e la stipula degli accordi locali tra Aziende USL ed Enti gestori le procedure relative all'invio nelle strutture e alla gestione dei trattamenti residenziali/semiresidenziali sempre più spesso costituiscono il prodotto di un lavoro condiviso, fra pubblico e privato, finalizzato a garantire trattamenti più appropriati, dal punto di vista clinico ed organizzativo.

Nel 2014 sono stati inseriti 87 pazienti nelle strutture gestite dagli Enti Accreditati Regionali; 11 pazienti sono stati inseriti in altri enti; 5 soggetti sono stati inseriti agli arresti domiciliari.

In linea con il nuovo programma regionale dipendenze patologiche (DGR n. 999/2011) che orienta i Programmi Aziendali verso la programmazione congiunta con le strutture residenziali e l'attuazione di percorsi residenziali più brevi e personalizzati, nell'ultimo anno sono stati attivati 3 progetti speciali di supporto territoriale e 13 progetti speciali di reinserimento post comunità con supporto educativo.

PROGETTO DI MODERNIZZAZIONE "VERSO UNA COMUNITÀ DI PRATICA VIRTUALE TRA AGENTI DI CURA"

Per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai SerT e agli Enti privati accreditati per le dipendenze, come previsto dal progetto REX - Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze, è in fase di sperimentazione un modello di comunicazione tra sistemi informativi (SistERSERT e SistERCT) in grado di garantire la trasmissione/condivisione del profilo di salute dei pazienti, il confronto tra operatori e la condivisione con il paziente del progetto terapeutico riabilitativo. Il progetto consentirà la condivisione dei processi di cura garantendo la storicizzazione delle informazioni relative al paziente in una ricomposizione del percorso terapeutico dalla fase della proposta terapeutica, all'eventuale modifica del trattamento, fino alla dimissione, migliorando lo scambio comunicativo tra operatori ottimizzando il confronto sui casi, e tra operatori e paziente con un incremento della compliance al trattamento.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE

Nel corso degli ultimi anni le attività di prevenzione e promozione della salute nella comunità locale hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione sui comportamenti a rischio e la promozione di stili di vita sani. La realizzazione di queste attività è avvenuta attraverso l'attivazione di una rete istituzionale rivolta alla prevenzione del rischio e alla risposta appropriata al disagio adolescenziale (Progetto Punto di vista: l'operatore a scuola), che ha permesso di programmare e realizzare interventi sul territorio (Servizi di Prossimità: Progetto FREE ENTRY), di offrire di spazi di ascolto rivolti ai genitori (Spazio di consulenza ai genitori di adolescenti), e percorsi terapeutici finalizzati agli adolescenti e giovani adulti (Accesso differenziato per adolescenti e giovani al SerT, Co-progettazione integrata tra servizi socio-sanitari su casi complessi).

Queste esperienze che vanno dalla promozione della salute, alla prevenzione dei comportamenti a rischio, alla presa in carico precoce, alla risposta clinica ai casi complessi troveranno la loro integrazione formale nel **Piano Adolescenza della provincia di Ferrara** che verrà formalizzato nel 2015.

Progetto Punto Di Vista: l'operatore a Scuola. Nei contesti scolastici laddove sono rilevabili segni e sintomi predittivi tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo sono attivati interventi preventivi selettivi.

Si passa così da una logica di sollecitazione, stimolo e valorizzazione delle risorse, al potenziamento del patrimonio del singolo aumentando la capacità individuale di far fronte alle difficoltà all'interno del contesto scuola. I progetti sono attivati e integrati sul territorio provinciale con l'obiettivo di prevenire e o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, alle difficoltà di integrazione nel gruppo classe, nelle prevaricazioni e nelle violenze, nelle difficoltà personali di relazione, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

In particolare il progetto punto di vista, coordinato da Promeco, garantisce la presenza di un operatore (psicologo scolastico o educatore professionale o pedagogista), all'interno delle scuole secondarie di I° e II° grado con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e a gli studenti.

Il progetto ha coinvolto la maggior parte degli istituti del territorio su percorsi di integrazione dei gruppi classe (finalizzati alla prevenzione delle difficoltà relazionali, hanno lo scopo di favorire un clima di classe positivo prevenendo dinamiche relazionali distorte tra pari e nei confronti degli insegnanti) o percorsi in classi segnalate (di contrasto alle difficoltà relazionali in caso di dinamiche relazionali distorte tra il gruppo dei pari o di difficile gestione del gruppo da parte degli insegnanti).

Il progetto offre inoltre uno spazio di ascolto per studenti di riflessione guidata su situazioni di difficoltà nell'ambito del quale l'operatore offre un intervento di consulenza breve che la finalità di ri-orientare l'adolescente in difficoltà nella direzione di individuare strategie per fronteggiare il momento di crisi; per genitori rispondendo a situazioni problematiche riguardanti i figli o la comunicazione tra scuola e famiglia.

Infine con la consulenza insegnanti, viene offerto un confronto rispetto alla gestione della classe o a situazioni personali di alcuni studenti.

Spazio di Consulenza ai Genitori di Adolescenti: offre consulenza educativa ai genitori di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 18 anni che nel percorso di crescita incontrano difficoltà a livello relazionale, comportamentale e motivazionale. Gli interventi di consulenza hanno lo scopo di sostenere e sviluppare le potenzialità dei genitori, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Lo spazio di consulenza si occupa in particolare di gestione delle regole e di situazioni conflittuali, di attivazione degli equilibri delle funzioni genitoriali, di mediazione tra scuola e famiglia e di riadattamento individuale e della coppia alla fase evolutiva dei figli.

Il servizio di consulenza per famiglie lavora strettamente in contatto con altri progetti di Promeco (Punto di Vista) e con tutte quelle agenzie del territorio che possono essere a contatto con genitori di ragazzi adolescenti (Centro Famiglie del Comune di Ferrara, Spazio Giovani, MMG e Pediatri di Comunità).

Gli incontri di consulenza vengono realizzati nella sede di Promeco, luogo non connotato da un punto di vista sanitario, dove è più semplice sviluppare relazioni empatiche più legate alla faticosa normalità.

Per quanto riguarda le persone incontrate, spesso si tratta di coppie di genitori che necessitano di riflettere sul loro agire educativo quotidiano, ripensare e ritrovare una importante "sinergia" nelle indicazioni

educativo-valoriali, ricercando un diverso equilibrio, in cui implementare a volte il ruolo paterno così importante in questo periodo evolutivo.

Progetto FREE ENTRY si tratta di un servizio di prossimità ad accesso libero, presente nei luoghi del divertimento e di aggregazione, che utilizza un approccio comunitario basato sulla relazione come strumento centrale dell'intervento.

L'obiettivo principale del progetto rimane la prevenzione di comportamenti a rischio legati all'assunzione di sostanze alcoliche e psicoattive e, più in generale, quello di attivare processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago.

Il servizio è realizzato con il supporto di 3 operatori di strada e 1 unità mobile, che in collaborazione con gli Enti Locali, il privato sociale, le associazioni garantiscono interventi di prossimità a quella fascia di consumatori, sperimentatori soprattutto giovani, che per scelta o per difficoltà non si rivolge ai servizi ma che necessita comunque di risposte e di accompagnamento per lo sviluppo della capacità critica e di scelta.

I contesti di intervento del Servizio di prossimità sono diversi e molteplici, caratterizzati dalla flessibilità di orari e destinatari: luoghi del divertimento collaborando con le agenzie che a vario titolo si occupano del divertimento (gestori locali, discoteche); contesti di aggregazione giovanile, scuole e autoscuole con interventi di prevenzione secondaria/selettiva (carbossimetro, etilometro), sensibilizzazione e informazione (distribuzione di materiali informativi); spazi pubblici dove è presente marginalità sociale con interventi di mediazione sociale sul territorio e di riduzione danno.

La presenza di un servizio di prossimità può esprimere le sue potenzialità tanto più efficacemente quanto più si inserisce in una rete che comprende i servizi di cura ma anche le associazioni e tutte le energie vive e positive che il territorio può esprimere.

UNITÀ DI STRADA	Totale 2013	Totale 2014	Δ %
Operatori	3	3	-
Uscite	34	34	-
Contatti	2.751	2.810	+2,1%
Consulenze	1.522	2.000	+31,4%
Prove etilometriche	1.841	1.928	+4,7%
Materiali informativi distribuiti	4.752	10.865	+128,6%
Profilattici distribuiti	2.622	4.315	+64,6%

Progetto ambienti di lavoro senza fumo. In linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna per la promozione di "Sani Stili di Vita" nella popolazione, il **Centro Antifumo** ha partecipato al Progetto ambienti di lavoro senza fumo, che prevede un percorso di sensibilizzazione, prevenzione e controllo relativo al problema del fumo di sigaretta all'interno degli ambienti lavorativi della provincia di Ferrara. Tali interventi non sono mirati solo alla rilevazione della presenza di comportamenti non idonei, nel rispetto della legge nazionale che vieta il fumo nei luoghi pubblici, ma nello specifico sono stati attivati incontri sul territorio con le aziende che durante il loro ciclo produttivo espongono i lavoratori a rischi cancerogeni e chimici, per dare informazione specifica e intervenire sulla percezione del rischio promuovendo comportamenti consapevoli.

L'esposizione a fumo attivo o passivo in associazione all'esposizione a prodotti tossici professionali può produrre effetti combinati di tipo additivo e moltiplicativo, perché il fumo diventa un vettore fisico di sostanze tossiche presenti nel posto di lavoro determinandone un'alterazione della frazione che si deposita nei polmoni e quindi può provocare un innalzamento della dose assorbita.

Si è intervenuti in dieci aziende nella provincia di Ferrara (alcune di queste all'interno del Polo Chimico) con lavoratori esposti a rischio chimico e/o cancerogeno. Sono stati svolti incontri informativi con i datori di lavoro, i dirigenti, i preposti, i capi reparto, i medici competenti, le rspp, aspp, rls, e altri lavoratori particolarmente interessati.

I contenuti degli incontri oltre ad essere informativi hanno un obiettivo propositivo, in quanto nel corso degli incontri viene illustrato lo specifico percorso terapeutico relativo alla riduzione/eliminazione del fumo di tabacco dalle abitudini di vita. Nell'occasione vengono date informazioni relative ad altri fattori di rischio che

possono agire sinergicamente con l'attività lavorativa compromettendo la salute e la percezione del rischio (come alcool e sostanze stupefacenti).

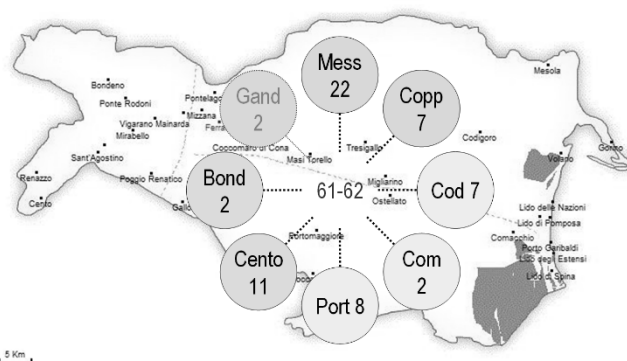
Telefonando al Centro Antifumo i fumatori verranno accolti dall'équipe dei professionisti con cui concorderanno i primi incontri. Se decideranno di affrontare il problema verrà intrapreso il percorso di cambiamento attraverso un approccio motivazionale, e verrà offerta la possibilità di frequentare corsi collettivi per smettere di fumare o percorsi terapeutici individuali.

Le aziende incontrate in collaborazione con l'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro di Ferrara sono state: **SITIE** Impianti industriali FE, **Coop Lavoranti in legno** FE, **FOR** Fitting metalmeccanica Poggiorenetico, **LTE** meccanica Ostellato, **Azienda Murri** metalmeccanica Tamara, **VM motori** Cento, **CFG** rettifiche Argenta, **Sintexal** asfalti e bitumi FE.

Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia e Adolescenza – Uonpia

L'attività di neuropsichiatria infanzia-adolescenza è finalizzata a prevenire il disagio psichico in età adulta partendo dalle situazioni di stress, disabilità e rischio che emergono nel periodo 0-17 anni. Con le risorse a disposizione si opera all'interno dei requisiti specifici stabiliti dalla DGR 911/2007, osservando gli obiettivi di lungo periodo della programmazione regionale e quelli di breve periodo dettati dal budget aziendale. Visite neuropsichiatriche, colloqui psicologici, trattamenti educativo-riabilitativi fisioterapici, logopedici ed educativi, e consulenze "indirette" al sistema socio-educativo sanitario sono le prestazioni che caratterizzano questo servizio chiave distribuito su più sedi territoriali (l'illustrazione riporta il numero di equivalenti a tempo pieno operanti a fine 2014).

Operatori infanzia-adolescenza np ps ep ft lg trp



Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati per età e sesso (x1.000 ab.). Anni 2010/2014 - Età <=17 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013		2014	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	90,68	90,04	94,84	94,47	93,78	93,62	96,81	97,13	92,56	93,32
Regione	70,03	69,64	72,15	71,94	77,42	77,42	83,12	83,49	86,48	87,23

Fonte: RER Archivio regionale SINPIAER

La comunicazione interna si realizza in incontri d'équipe multidisciplinare sincronizzate al martedì mattina presso il Centro NPIA Ferrara-Messidoro e i Poli d'erogazione territoriale: CdS Copparo, Codigoro-Comacchio, CdS Portomaggiore, e Cento-Bondeno. Inoltre vi sono incontri periodici di coordinamento gestionale per monitorare l'utilizzo delle strutture residenziali e semiresidenziali "a retta" e le problematiche relative alla Qualità e ai percorsi specialistici.

La comunicazione con le famiglie e gli operatori del sistema socio-educativo-sanitario pubblico e privato è caratterizzata dalla stesura di "lettere cliniche" di refertazione elaborate dai dirigenti psicologi e neuropsichiatri che includono la descrizione del lavoro effettuato dal comparto educativo-riabilitativo (educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti e tecnici della riabilitazione psichiatrica).

ACCOGLIENZA E VALUTAZIONE

	2013	2014	Variazione
Numero utenti trattati	3.782	3.668	-3%
Nuovi pazienti	1.209	1.152	-5%
Nuovi pazienti presi in carico	499	591	18%
Pazienti già in carico	2.316	2.390	3%
Totale pazienti in carico	2.930	2.981	2%

Alle famiglie che chiedono consulenza e trattamenti specifici si offrono colloqui informativi di accesso da parte di un dirigente medico o psicologo liberamente prenotabile presso tutte le sedi CUP di Ferrara e provincia, le farmacie autorizzate, e telefonicamente allo 0532 975 123. Vi sono accessi protetti per le urgenze differibili entro la settimana, attestata dalla richiesta del medico di medicina generale, pediatra o altro specialista. I tempi d'attesa si mantengono

mediamente entro i due mesi, sfiorando in particolari periodi dell'anno a causa dell'andamento stagionale legato all'anno scolastico, o nelle contingenze temporanee di mancanza di personale per ragioni di forza maggiore. I percorsi sono monitorati dal Pool Qualità dell'Unità Operativa a cui partecipano referenti delle varie professionalità e delle équipe territoriali. Si è sperimentato un percorso ambulatoriale specialistico per i disturbi neuro-senso-motori, dello spettro autistico, del deficit attentivo/iperattività (DDAI), dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) per complessive cento ore annue e un numero analogo di pazienti.

Il 50% delle prestazioni totali si riferisce alle seguenti categorie: Discussione caso clinico / Verifica del progetto, Trattamento singolo disturbo neuromotorio, psicomotorio e motorio, Trattamento disturbi del linguaggio, Terapia occupazionale di gruppo, Visita Psicologica, Sostegno al singolo/alla coppia. Nel 2014 le visite mediche risultano il 3% delle prestazioni totali (1467 su 49984).

CONSULENZE OSPEDALIERE E INSERIMENTI RESIDENZIALI/SEMIRESIDENZIALI

Dal 2013 al 2014 il numero registrato di consulenze NPI formalmente richieste e programmate per pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri di pediatria, chirurgia, terapia intensiva neonatale e Spdc dell'Arcispedale Sant'Anna di Cona è raddoppiato (da 19 a 38). Come nella tabella seguente, che indica i pazienti che pesano sul Centro di Costo Uonpia, questi dati sono in sottostima poiché il sistema informativo non valorizza adeguatamente un'attività che a fatica si ritaglia dall'attività programmata territoriale:

	2013			2014		
	Ricoveri	GG.Degenza	Pazienti Ricoverati	n. ricoveri	GG.Degenza	Pazienti Ricoverati
Ricoveri residenziali						
Minorenni psichiatrici	21	2932	13	17	2103	12
Minorenni handicap	18	3503	16	17	2956	15

Visite e colloqui ai pazienti inseriti nelle strutture socio-educative sono conteggiate nel novero dell'attività "territoriale" pur impegnando anche tutta la giornata per andare, incontrarsi e tornare. È da notare che non vi sono strutture di ricovero per minorenni psichiatrici nell'area provinciale di Ferrara.

INCLUSIONE SCOLASTICA

L'attività a favore dell'inclusione scolastica degli alunni con disabilità è regolata da un Accordo di Programma Provinciale che prevede incontri programmati fra scuola, famiglia e operatori Uonpia a favore di tutti gli alunni disabili inseriti a scuola.

La tabella a lato indica il numero di casi per i quali era in corso un "prodotto" (o percorso) L. 104 a fine 2014. Si osserva che questa importante attività di "sostegno al sostegno" delle disabilità in ambito scolastico include il 39% dell'utenza (1440/3668). Esattamente 1/3 è di genere femminile e 2/3 maschile.

	L. 104	0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Tot. L. 104	%
F		6	31	158	107	132	55	489	34,0
M		10	58	347	203	256	77	951	66,0
Tot.		16	89	505	310	388	132	1440	

Non si tratta della totalità della popolazione minorenni con disabilità e/o invalidità della provincia, essendovene anche seguita da professionisti e servizi privati.

Alle Commissioni di invalidità per il riconoscimento dei benefici ex l. 104/92 partecipano gli NPI con sedute dedicate ai minori a frequenza mensile che avvengono in 4 sedi (40 sedute/anno di media complessive).

La collaborazione riguardante i disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) è rendicontata a parte, inclusa la Commissione di conformità per le diagnosi rilasciate da professionisti privati.

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Da sei Servizi Sociali che si occupano di minorenni nel 2014 si è passati a cinque, grazie all'unione di quello del Comune di Bondeno al gruppo capitanato dal Comune di Cento. La tabella che segue riporta dati utili alla programmazione con gli Enti Locali, indicando la distribuzione degli utenti Uonpia per comune di residenza e fascia d'età:

Residenza x Età	0-2	3-5	6-10	11-13	14	15	16	17	14-17	18+	Tot.	
Ferrara	83	162	375	235	49	65	70	70	254	41	1404	
Copparo	11	25	58	33	9	11	7	3	30	4	191	
Berra	3	9	15	11	5	2	4	1	12	5	67	
Tresigallo	4	12	16	10	4	5	1	3	13		68	
Ro	0	6	10	4		4	3	2	9	1	39	
Formignana	1	3	6	5	3		4	2	9	1	34	
Jolanda di Savoia	1	3	9	3	3	2		1	6	2	30	
Masi Torello	1	3	4	5	1	1	1		3	1	20	
Voghiera	0	6	13	3	5	3	1	2	11	1	45	
Distretto Centro Nord	104	229	506	309	79	93	91	84	347	56	1898	45,1%
Cento	23	76	157	64	14	15	12	15	56	9	441	
Bondeno	6	23	40	17	6	6	3	3	18	1	123	
Poggio Renatico	4	21	32	18	5	8	8	3	24	1	124	
Sant'Agostino	4	13	34	4	3	1	4	3	11	5	82	
Vigarano Mainarda	4	14	22	9	3	6	6	1	16		81	
Mirabello	0	6	16	7	2	3	3		8		45	
Distretto Ovest	41	153	301	119	33	39	36	25	133	16	896	21,3%

Residenza x Età	0-2	3-5	6-10	11-13	14	15	16	17	14-17	18+	Tot.	
Argenta	11	29	97	54	19	16	18	14	67	10	335	
Comacchio	19	44	99	42	12	9	17	11	49	4	306	
Portomaggiore	7	15	52	31	5	8	12	10	35	10	185	
Codigoro	6	18	35	26	6	10	5	3	24	4	137	
Fiscaglia	10	11	33	17	5	5	11	4	25	5	126	
Ostellato	3	13	25	12	4	3	4	10	21	3	98	
Mesola	4	8	24	7	3	2	6	1	12	3	70	
Lagosanto	4	10	19	3	2	1	4	1	8	4	56	
Goro	0	4	14	9	1		2		3	1	34	
Distretto Sud Est	64	152	398	201	57	54	79	54	244	44	1347	32,0%
EXTRA-FE	5	13	19	8	2	7	6	4	19	3	67	1,6%
Totale	214	547	1224	637	171	193	212	167	743	119	4208	

L'attività integrata di Uonpia con i Servizi Sociali è informata da un Protocollo Unificato delle Attività Psicosociali (Puaps) di cui si è definita la necessità di una revisione a fine 2014.

Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse

Il Centro di Alta Specializzazione per i Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e valutazioni cognitive complesse è attivo dal settembre 2013, quale Servizio specializzato del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità dell'Azienda USL di Ferrara - Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) a seguito delle deliberazioni N° 173 e 174 dell'Agosto 2013.

La cornice istituzionale nazionale è la Legge 170/10, che assicura, tra le altre cose, la diagnosi erogata dal Servizio Sanitario Pubblico. In ambito Regionale, dal 2010 esiste un programma specifico e dedicato (PRO-DSA, DGR 108/2010).

Il Centro DSA si occupa di Psicologia Cognitiva e, in particolare, della valutazione, certificazione e approfondimento dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento che possono avere bambini, adolescenti e giovani adulti; è un punto centralizzato di riferimento disponibile per tutti i cittadini della provincia di Ferrara.

Il Centro è in rete con gli altri Servizi deputati alla prevenzione e all'individuazione precoce delle difficoltà di sviluppo; lavora in stretta collaborazione con altre strutture sanitarie specialistiche, per sostenere le situazioni complesse e articolate, nelle quali sia necessario l'intervento di altri professionisti, e dare, così, la possibilità agli utenti di accedere con semplicità alle strutture sanitarie più idonee. Note sono state condivise e ufficializzate col Dipartimento Cure Primarie ed in particolare è stato costruito e ufficializzato un percorso di interfaccia con l'Uonpia, storicamente referente per la problematica e deputata per l'approfondimento di comorbidità.

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)

I "Disturbi Specifici dell'Apprendimento" (DSA) sono le difficoltà che può presentare il bambino nell'apprendere i normali strumenti scolastici di base, come la lettura, la scrittura e il calcolo, secondo le consuete modalità seguite dalla scuola: difficoltà che si evidenziano con l'ingresso alla scuola primaria.

I DSA, che frequentemente si manifestano in maniera eterogenea, sono a volte associati ad altre problematiche di tipo comportamentale e/o psicopatologico.

Riferimenti tecnici sono individuabili nel PARC (2011) e nella Consensus Conference (Istituto Superiore di Sanità, 2011). Dall'entrata in vigore della Legge Specifica (170/10) la problematica ha assunto contorni più definiti ed è apparentemente in aumento; il valore medio di prevalenza rilevata da recenti studi (Barbiero et al., 2012) è in Italia tra il 3.1% e il 3.2%; in Emilia Romagna, riferito alla popolazione 7/17 anni è pari al 2.34%.

L'organizzazione e la struttura

La sede è in Via Gandini,26 a Ferrara con un orario ordinario di apertura dal Lunedì al Venerdì, mattino e pomeriggio.

Nel Centro attualmente operano 1 psicologo a tempo pieno, responsabile del Centro, 1 logopedista a tempo pieno. Non sono ancora attivate le ore previste di Educatore Professionale.

Sono stati individuati alcuni indicatori di qualità per monitorare la tempestività di accesso per tutte le richieste di Prima Valutazione; l'informazione efficace a Scuole, PLS e MMG, inoltre sono state redatte alcune procedure per governare l'accesso al servizio, la Valutazione e Diagnosi e la Compilazione e Conservazione del fascicolo Sanitario.

Il Centro è sede di frequenza volontaria e di tirocini formativi per studenti, laureati e specializzandi delle Università e Scuole di Specializzazione convenzionate (nel 2014 sono stati coinvolti 4 tirocinanti/volontari).

Viene garantito l'aggiornamento costante dei professionisti interni (nel 2014 partecipazione a formazione specifica nell'ambito della programmazione Regionale progetto PRO-DSA e partecipazione a convegno nazionale AIRIPA con presentazione di comunicazione scientifica).

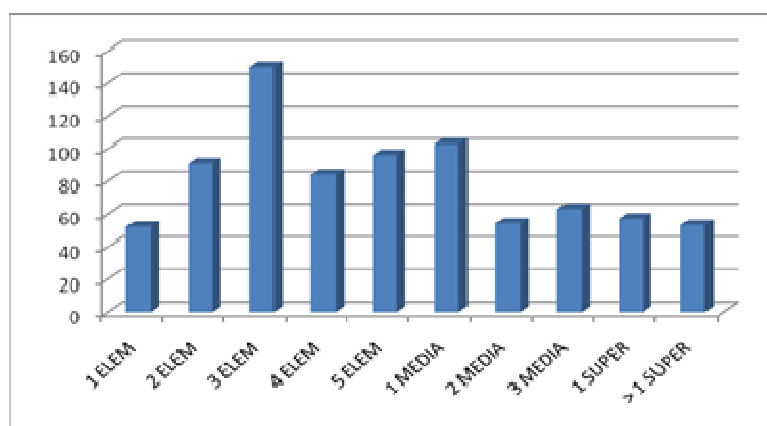
Nella programmazione del Centro vi è la possibilità di organizzare incontri di formazione e aggiornamento per insegnanti, operatori e genitori (nel 2014 sono stati coinvolti 2 gruppi di genitori di bambini di classe seconda; diversi gruppi di insegnanti hanno avuto modo di discutere di situazioni critiche).

Volumi di attività

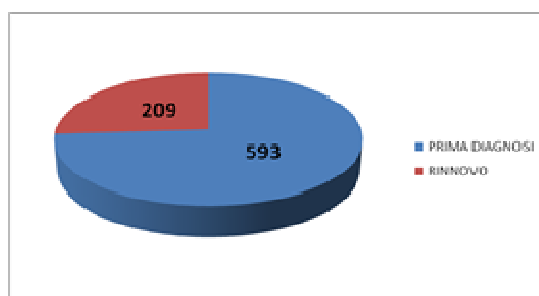
Nel corso del 2014 i bambini che hanno completato il percorso diagnostico sono stati 802. La tempestività di accesso per le richieste di nuove valutazioni ha una mediana pari a 66 giorni.

La modalità di accesso avviene per il 79,83% mediante invio autonomo (Famiglia, Scuola, PLS/MMG), indicatore di un'informazione efficace.

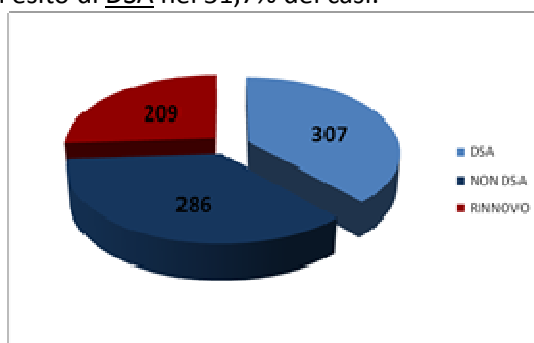
La distribuzione degli accessi, divisa per classi scolastiche, è rappresentata nel grafico seguente:



Per quanto riguarda la tipologia di accesso, nella maggior parte dei casi si è trattato di prima valutazione. La restante parte si riferisce a RINNOVI della valutazione e della documentazione per studenti già in possesso di una diagnosi di DSA, come previsto dalla normativa al passaggio di Ordine di Scuola:



La prima valutazione ha dato un esito di DSA nel 51,7% dei casi:

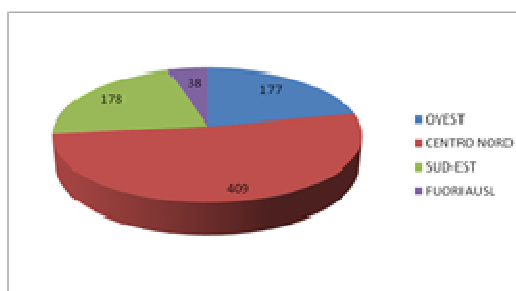


In totale dunque, gli utenti con diagnosi di DSA sono stati 516 (209 rinnovi + 307 nuove diagnosi), cioè il 64,3% del totale.

All'interno dei non DSA il 30,4% (n=87) è costituito da Diagnosi di Attesa (F81.9), cioè bambini giunti a consultazione prima di aver terminato la classe seconda primaria e quindi non diagnosticabili come DSA secondo i Protocolli clinici vigenti.

I rimanenti comprendono bambini/ragazzi con comorbilità prevalente, altre diagnosi e difficoltà aspecifiche.

Distribuzione territoriale:



Sostanzialmente tale distribuzione appare coerente con la distribuzione territoriale AUSL della popolazione. La centralizzazione dell'attività non sembra aver penalizzato l'accesso dai territori periferici.

Il numero di utenti fuori AUSL indica anche un'attrattiva del Centro in quanto struttura specialistica dedicata. Accanto all'aspetto diagnostico è attivo un progetto di Riabilitazione a distanza, attraverso l'utilizzo della rete, che ha coinvolto una decina di bambini di seconda/terza primaria e le loro famiglie, aprendo ad una sperimentazione da approfondire nei suoi vari aspetti.

Le relazioni e le interfacce

Oltre alle relazioni funzionali all'espletamento delle attività cliniche appartenenti all'Azienda USL e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria, nell'anno 2014 sono stati attivati rapporti con:

- l'istituzione Scuola, in particolare con il CTS (Centro Tecnologie di Supporto) per la condivisione delle Tecnologie e Software presenti nelle scuole a supporto dei DSA e per l'organizzazione coordinata provinciale delle iniziative di "individuazione precoce" delle difficoltà di apprendimento;
- la Regione Emilia Romagna nel progetto finalizzato PRO-DSA, nel gruppo Tecnico e nel gruppo paritetico Sanità – Scuola per l'elaborazione delle iniziative di "individuazione precoce".
- l'Università di Ferrara: per docenza e attivazione di tirocini presso il Corso di Laurea in Logopedia; l'Ufficio Studenti e Disabilità per gli interventi a favore degli studenti conosciuti con diagnosi di DSA; l'Associazione S.O.S. *Dislessia* di Ferrara (nell'anno 2014 è stato condiviso un accordo sulle priorità degli accessi al Centro).

Criticità

- Mancanza di un data base efficace (il programma Excel, attualmente utilizzato, risulta poco efficace per la gestione dell'attività e l'elaborazione dei dati).
- Necessità di implementare le ore di Educatore professionale previste.

Programma Salute Mentale nella Casa Circondariale di Ferrara

Nel corso del 2013 e del 2014 la Casa Circondariale di Ferrara ha avuto la Direzione a scavalco con l'Istituto Penitenziario di Ravenna, pertanto tutte le attività di programmazione hanno subito importanti rallentamenti dovuti alla difficoltà a incontrarsi e quindi a concludere accordi sui processi organizzativi.

Dall'evento sismico del maggio 2012, inoltre, i locali a uso collettivo sono stati dichiarati inagibili e consegnati, con possibilità di utilizzo, lo scorso settembre 2014.

Sono comunque stati definiti:

- la bozza del piano locale di prevenzione "Unità locale per la prevenzione suicidaria";
- la bozza del documento d'Istituto;
- applicazione delle disposizioni DAP "Umanizzazione della pena" con ampliamento degli orari di apertura delle celle e predisposizione per la sorveglianza dinamica;
- la rimodulazione della tipologia di detenuti (trasferimento dei "sex offenders" ad altri istituti e assegnazione di detenuti con problematiche internistiche importanti e/o psichiatriche dell'area dei disturbi di personalità con comportamento auto-etero aggressivi).

Da settembre 2014 la nomina del nuovo Direttore ha accelerato i processi di collaborazione, si sono tenuti diversi incontri per l'aggiornamento del Programma Aziendale per la Salute negli Istituti Penitenziari" in particolare si è concordato e già messo in atto la rivalutazione dei percorsi sanitari in integrazione con la sicurezza per i pazienti con problematiche psichiatriche (gestione condivisa emergenze comportamentali) e il completamento del piano locale di prevenzione "Unità locale per la prevenzione suicidaria".

Dati di attività anno 2014 (da SISP)

presenti al 01/01/14	presenti al 31/12/14
402	296

Nell'anno 2014 sono entrate 715 persone di cui 281 dalla libertà, 392 da altro carcere, 31 dai domiciliari.

SALUTE MENTALE IN CARCERE

Nel corso del 2014 si è completata la formalizzazione della micro équipe "Salute Mentale" in carcere, afferente in parte al Dipartimento Cure Primarie (DCP) e in parte al Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI SM DP).

L'équipe è composta da:

- 1 medico psichiatra a tempo parziale "Modulo Organizzativo Salute Mentale in Carcere e Superamento Ospedale Psichiatrico Giudiziario" (DAI SM DP);
- 1 medico della medicina dei servizi a 91 ore mensili per le dipendenze patologiche (storicamente presente prima del DPCM/2008) svolge anche un turno di guardia mensile (DCP);
- 1 psicologa a 15 ore/ sett. per Nuovi Giunti, pz con dipendenze (DCP);
- 1 psicologa a 9 ore/ sett. per pz con dipendenze, Nuovi Giunti, colloqui di valutazione (DAI SM DP);
- 1 psicologa a 5 ore/ sett. per Nuovi Giunti, colloqui di valutazione, colloqui di sostegno (DCP);
- 1 coordinatore area comparto (DCP);
- 1 assistente sociale a 9 ore/ sett. per integrazione socio-sanitaria (DAI SM DP);
- 1 educatore professionale a 10 ore/ sett per integrazione Area Trattamentale (DAI SM DP);
- 1 promotore di salute per co-conduzione gruppi psicoeducativi (DCP);
- 1 promotore di salute per integrazione Area Trattamentale (DCP);
- 1 Referente Assistenza Carceraria per gli aspetti organizzativi di interfaccia aziendali e con l'IP (DCP) (DAI SM DP);

1 Referente Clinico per gli aspetti clinici (DCP).

La micro équipe ha calendarizzato un incontro mensile di programmazione/verifica delle attività, discussione dei casi clinici.

Ha predisposto le bozze di Istruzione Operativa (da inserire nel nuovo protocollo):

I.O. Gestione rapporto equipe psichiatria adulti e dipendenze patologiche per la popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Ferrara

I.O. Gestione eventi urgenti per psichiatria adulti e dipendenze patologiche per la popolazione detenuta presso la Casa Circondariale di Ferrara

I.O. "Servizio Nuovi Giunti" Valutazione psicologica e psichiatrica dei detenuti presso la Casa Circondariale di Ferrara

I.O. Corretto utilizzo del dosatore semiautomatico per distribuzione metadone

Nel corso del 2014 il medico psichiatra e il medico delle dipendenze hanno effettuato interventi individuali di formazione tra pari affiancando il medico di sezione.

Nel 1° trimestre 2015 si completerà la stesura del Programma Psicologia Clinica in carcere Area abuso/dipendenze patologiche.

Dai dati estrapolati dal Sistema Informativo Sanità Penitenziaria nel 2014 su un totale di 202 pazienti dichiarati tossicodipendenti all'ingresso in carcere, 144 sono stati visti dal medico SerT con 218 visite.

Dai dati elaborati dal Sistema informativo delle dipendenze patologiche son state 71 le persone complessivamente in carico, di cui 36 nuove accoglienze. Sono state effettuate 15 somministrazioni test di assessment, 13 restituzioni e 12 relazioni. I trattamenti individuali sono risultati 76 e i colloqui psicologici 175. Il medico SerT ha effettuato 60 nuove accoglienze e 649 visite. Nel corso del 2014 sono stati scarcerati 57 pazienti con diagnosi di tossicodipendenza.

Gli incontri con l'équipe Area Trattamentale per valutazione progetti condivisi sono stati 10 con circa 100 casi discussi.

Psichiatria: nel 2014 sono state effettuate 549 visite con la presa in carico dei casi complessi, pazienti con doppia diagnosi, con aspetti comportamentali molto disturbanti, agiti auto/etero-aggressivi.

Psicologia Clinica: si è iniziato a registrare i colloqui psicologici (44), il modello organizzativo e di raccolta dati è da completare nel 2015.

ATTIVITA' REGIONALI

Lo staff sanitario ha preso parte alle attività di progettazione, programmazione, formazione, aggiornamento che l'Assessorato della Regione Emilia-Romagna ha proposto:

- Incontro mensile dei Responsabili di Programma
- Incontro periodico Salute Mentale in Carcere
- Incontro periodico SerT in Carcere
- Incontro periodico PRISK
- Eventi Formativi: SISP, Medicina Legale, ICD10, Rischio Suicidario
- Incontri periodici RER/DAP

Assistenza integrativa e protesica

Recepimento DGR "Linee di indirizzo sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica".

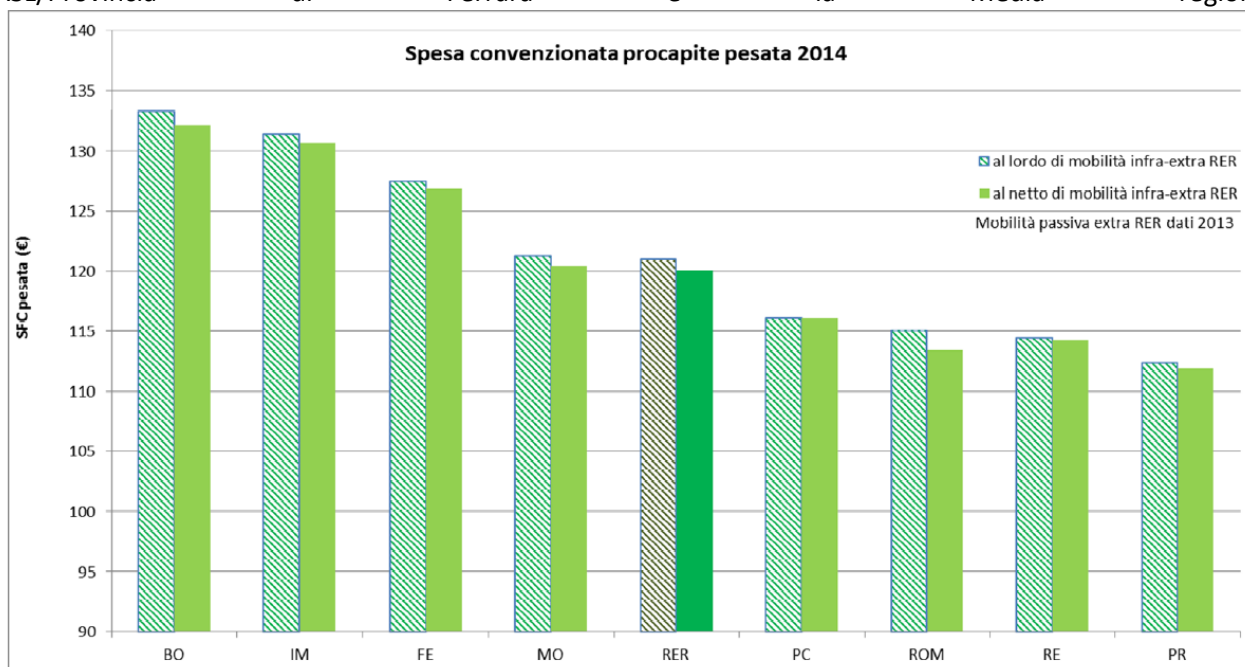
Le azioni messe in atto possono essere così sintetizzate: riunioni, audit finalizzati al mantenimento monitoraggio degli ausili maggiormente prescritti con richiamo se necessario e audit sull'appropriatezza con lo specialista. Azioni principalmente finalizzate all'omogeneizzazione di modalità sia prescrittive che autorizzative sui distretti. Presente inoltre una condivisione di azioni tra i medici autorizzatori finalizzate all'osservanza dei criteri definiti nel DM 332/99 e realizzazione di progetti nel rispetto della DGR regionale. Attivo un percorso aziendale dedicato ai pazienti in ADI, con prescrizione di alcuni ausili finalizzati al mantenimento del paziente al domicilio, un percorso aziendale dedicato alla presa in carico del paziente affetto da SLA che necessita di ausili per la prescrizione e riorganizzazione aziendale del sistema di presa in carico del paziente entero-urostomizzato.

Complessivamente il settore è sotto costante monitoraggio e dove possibile l'apposito gruppo interviene per migliorare o modificare.

Assistenza Farmaceutica Provinciale

Nell'anno 2014 l'assistenza farmaceutica convenzionata e territoriale nella provincia di Ferrara, rispetto all'anno precedente, è stata complessivamente caratterizzata da un decremento di spesa netta convenzionata (- 2,4%), inferiore al calo della RER (- 3,09%), ed un decremento della spesa territoriale (- 0,7%), inferiore al calo riscontrato a livello regionale (-1,6%) ed inferiore anche alla Previsione di Bilancio 2014 in cui era stato indicato un calo del -3,58%. Infatti fino al terzo trimestre il calo previsto sembrava confermato, ma dall'ultimo trimestre un inaspettato incremento di prescrizione ha fortemente ridotto lo scarto Vs l'anno precedente.

In tal modo, pur rispettando la previsione fatta dalla RER rispettivamente del -1,9% sulla Convenzionata e -- 0,7% sulla territoriale, si è allargato sempre più il divario a livello di Spesa Netta procapite tra la ASL/Provincia di Ferrara e la Media regionale.



GRAF.1

Ancora più critica è risultata la situazione a livello della Spesa Ospedaliera dove si è registrato un aumento dei consumi rispetto al 2013 pari al +11,8%, contro un obiettivo del +3,8%. La Regione supera di poco l'obiettivo raggiungendo un + 5,9% contro un +4,4% previsto. L'incremento per la provincia di Ferrara è stato determinato principalmente da un aumentato numero di pazienti affetti da malattie rare, nonché dall'incrementato utilizzo di farmaci oncologici per uso orale.

Infatti, la variazione di spesa al netto dei costi delle malattie rare risulta per AUSL inferiore alla media RER. Pertanto l'obiettivo assegnato da RER nel 2014 può considerarsi raggiunto.

Aziende Sanitarie	Ospedaliera ossigeno escluso	var % 14/13	Spesa per farmaci malattie Rare	var % 14/13	Ospedaliera escluse malattie rare	var % 14/13
109 Ferrara	11.250.470	15,25%	2.769.580	145,19%	8.480.890	-1,76%
Emilia-Romagna	464.015.801	7%	26.004.724	21%	438.011.077	6%

Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale. Anno 2014

Area di erogazione	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2014 (euro)	Residenti al 1/1/2014		Spesa pesata procapite
		Popolazione effettiva	Popolazione pesata	
Area Ferrara	72.030.343	355.334	391.859	183,82
Totale Regione	775.331.614	4.452.782	4.452.782	174,12

Nel 2014 sono proseguiti gli interventi di promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto e di miglioramento dell'appropriatezza, in particolare relativamente ai farmaci oggetto di obiettivi regionali, attribuiti sull'intera prescrizione farmaceutica territoriale.

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

La Regione ha assegnato, tramite le Linee di programmazione, obiettivi di incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti) e obiettivi di appropriata prescrizione su categorie terapeutiche specifiche. Il DIF ha tradotto le Linee di indirizzo regionali in obiettivi sia per i medici ospedalieri che per i medici di medicina generale (MMG).

La promozione dei medicinali equivalenti e dell'appropriatezza prescrittiva è infatti sempre stato un obiettivo perseguito dal Dipartimento, convinti che solo attraverso una politica Ospedale-Territorio sulle prescrizioni degli specialisti e dei MMG, si potesse realizzare un obiettivo strategico così trasversale. Particolare rilevanza è stata data alla promozione della prescrizione di **farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e generici)** in quanto l'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili (Documento AVEC "I Farmaci a brevetto scaduto", 27 giugno 2013).

Pertanto anche nel 2014 sono stati attribuiti sia ai medici ospedalieri che ai MMG, obiettivi specifici sulla base delle indicazioni regionali di incremento di utilizzo di farmaci a brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche (Ace inibitori-sartani, e farmaci per l'ipertensione complessivamente, statine, antidepressivi SSRI, inibitori di pompa protonica). Tali obiettivi sono stati monitorati con cadenza bimestrale per i MMG e trimestrale per i dipartimenti ospedalieri di entrambe le aziende sanitarie.

Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2014 nella provincia di Ferrara di buone performance in termini di appropriatezza prescrittiva per gli obiettivi relativi all'incremento della percentuale di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto e degli obiettivi relativi ai farmaci cardiovascolari, che, se anche non hanno determinato il raggiungimento dell'obiettivo specifico, se non per i sartani a brevetto scaduto, hanno comunque migliorato l'appropriatezza prescrittiva con performance tra le più elevate in Regione.

Relativamente invece ai farmaci antiulcera INIBITORI POMPA PROTONICA, per i quali la Regione aveva posto come obiettivo, anche il 2014 il contenimento del consumo a livello territoriale (Convenzionata ed Erogazione Diretta), si è invece registrato un cambio di tendenza molto critico, rispetto agli anni scorsi, con un incremento di consumo del +10% , rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, e della relativa spesa. A livello regionale la prescrizione è incrementata invece del solo 1,53%. Tale variazione, relativamente alla sola prescrizione convenzionata, ha determinato un incremento di circa 500.000€.

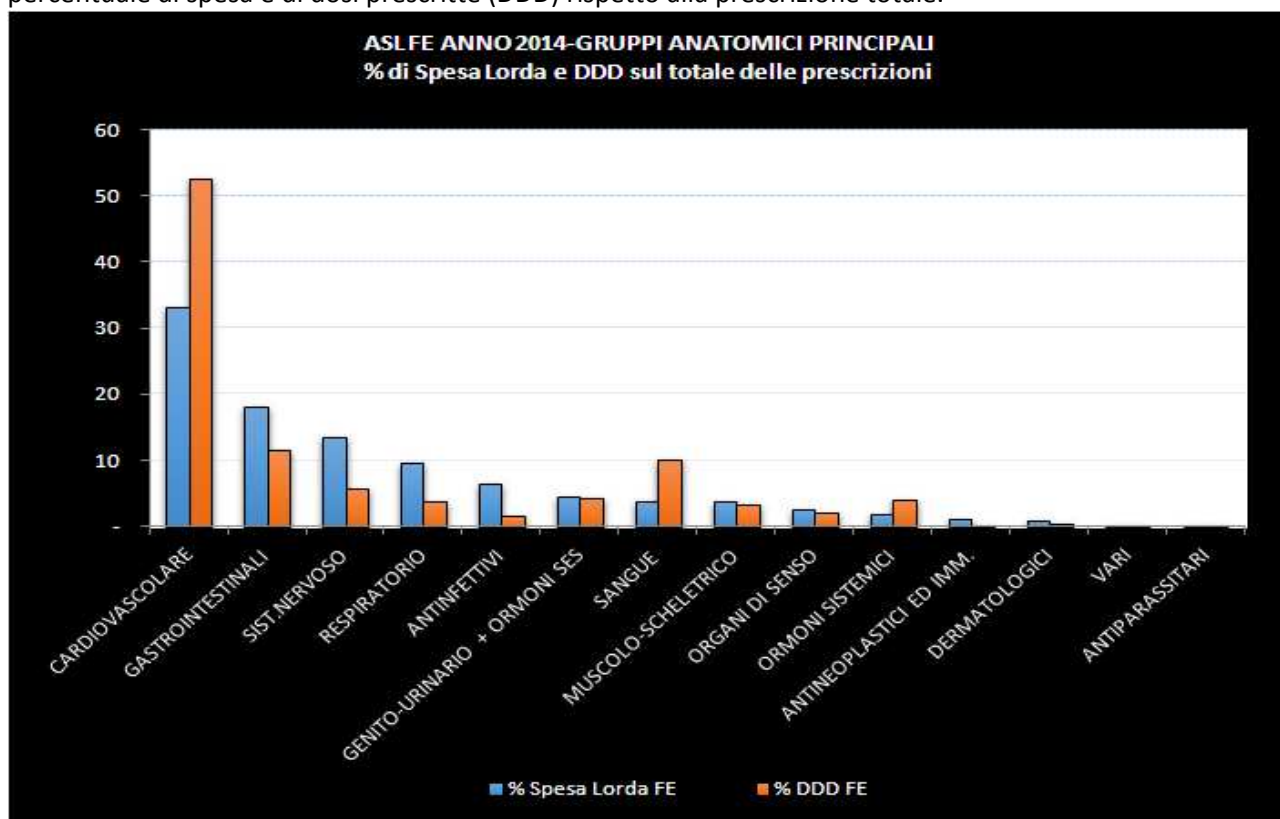
Aziende	Anno 2013: DDD 1000ab/die	Obiettivo 2014: DDD 1000ab/die	Anno 2014: DDD 1000 ab/die	Confronto vs 2013 (var %)	Confronto vs obtv 2014 (var%)
area Ferrara	59,57	56,31	65,61	10,15%	16,52%
Emilia-Romagna	65,93	61,06	66,94	1,53%	9,62%

DDD 1000 ab. pes/die: è un indicatore di esposizione della popolazione ai farmaci, espressa in dosi di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relative all'indicazione terapeutica principale del farmaco, per 1000 abitanti "pesati".

PESATURA: STANDARDIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE PER ETÀ E SESSO PER RENDERE MAGGIORMENTE CONFRONTABILI TRA LORO POPOLAZIONI DI COMPOSIZIONE DIVERSA.

Analisi prescrizione Farmaceutica Convenzionata provinciale

Relativamente alla Provincia di Ferrara vengono rappresentati nel GRAF.2 i gruppi Anatomici principali per percentuale di spesa e di dosi prescritte (DDD) rispetto alla prescrizione totale.



GRAF.2

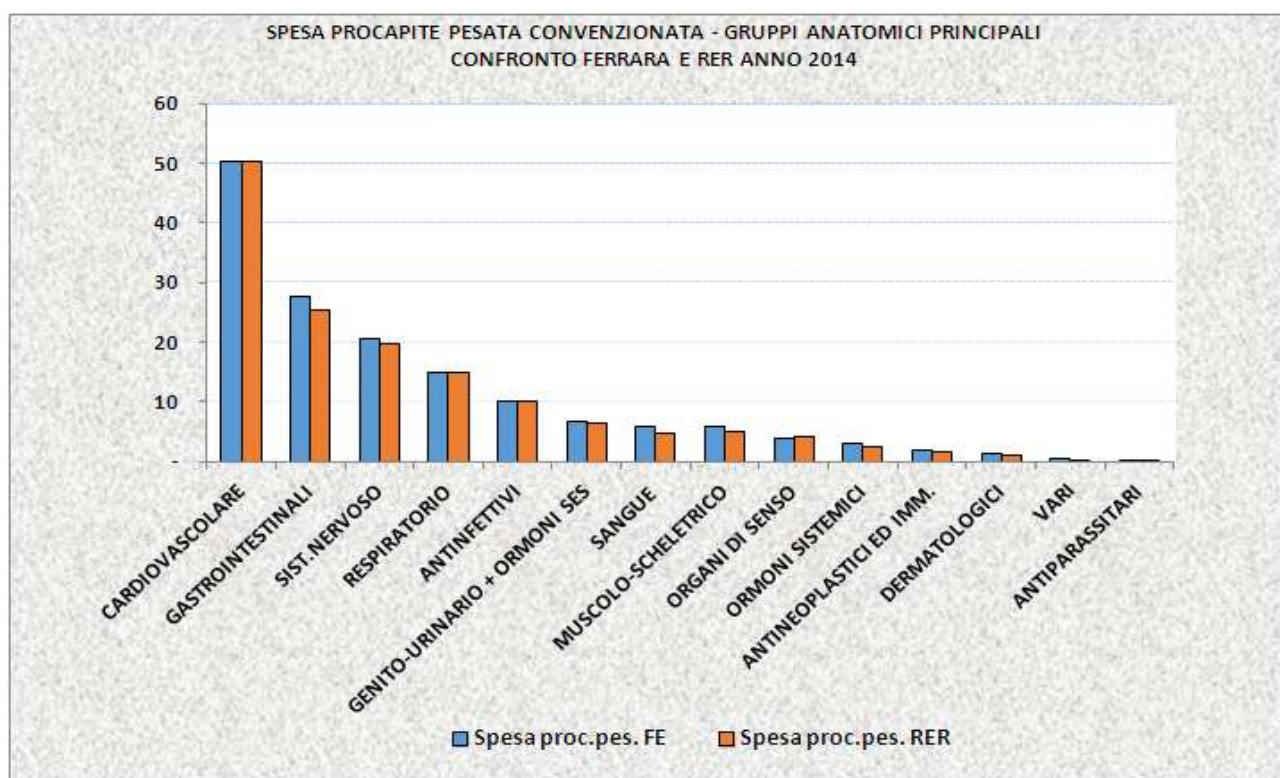
I farmaci cardiovascolari coprono il 53% in termini di prescrizione (DDD) , mentre la spesa si ferma al 33%, in tale gruppo infatti è cospicuo ed in continuo incremento il numero di molecole a brevetto scaduto, con un

prezzo più vantaggioso rispetto ai nuovi farmaci “di marca” (“branded”), seguono per percentuale di spesa i farmaci gastrointestinali, neurologici, respiratori, antinfettivi (antibiotici, antimicotici, antivirali).

E’ da notare che i farmaci del Sangue, al settimo posto in termini di spesa, hanno una percentuale di prescrizione di circa il 10% del totale, la più alta, dopo i cardiovascolari ed i farmaci gastrointestinali. Tale elevata percentuale è determinata dalla prescrizione di acido acetilsalicilico (scaduto di brevetto a settembre 2013), utilizzato come antiaggregante piastrinico, di norma in concomitanza con farmaci cardiovascolari, che da solo rappresenta più del 80% delle DDD prescritte dell’intera classe.

Confrontando la spesa pro-capite pesata provinciale per gruppi Anatomici principali, rispetto alla media Regionale (GRAF.3) si può notare che Ferrara presenta per quasi tutti i gruppi terapeutici una maggiore spesa procapite pesata Vs la media RER, fanno eccezione i cardiovascolari, respiratori, antinfettivi, organi di senso ed antiparassitari, anche se per tutti lo scostamento è inferiore allo 0,5%.

Il maggiore scostamento di spesa si registra nei farmaci gastrointestinali, visto l’incremento di consumo del 10% degli inibitori di pompa protonica, ma anche sotto- gruppi come le Vitamine incrementano del 25%, portando Ferrara ad una spesa che supera del 80% la media Regionale, determinata in particolare dalla Vit.D. Anche i farmaci antinfettivi intestinali hanno una spesa del 45% superiore Vs la media regionale.

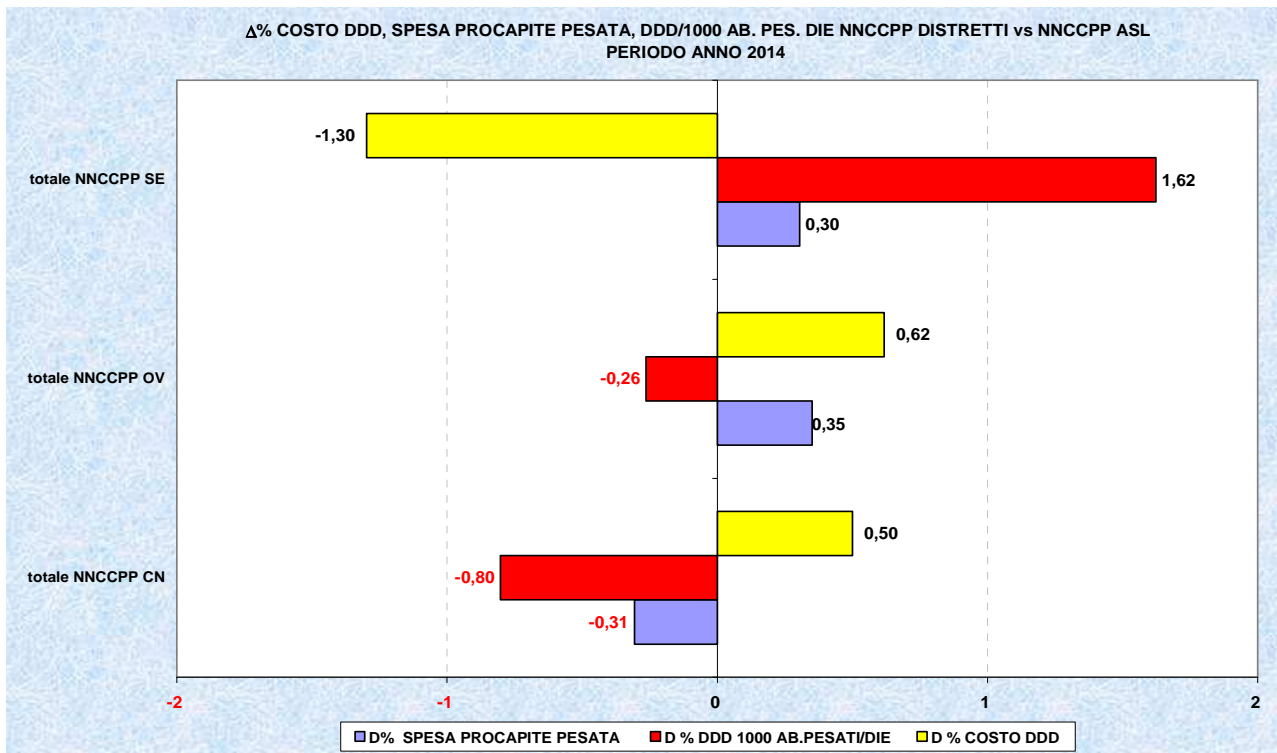


GRAF.3

Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale

Nell’ ambito del Distretto la prescrizione di farmaci viene effettuata prevalentemente dai MMG, raggruppati nei nuclei delle cure primarie (NCP), che da soli assorbono il 94% dell’intera prescrizione farmaceutica convenzionata provinciale.

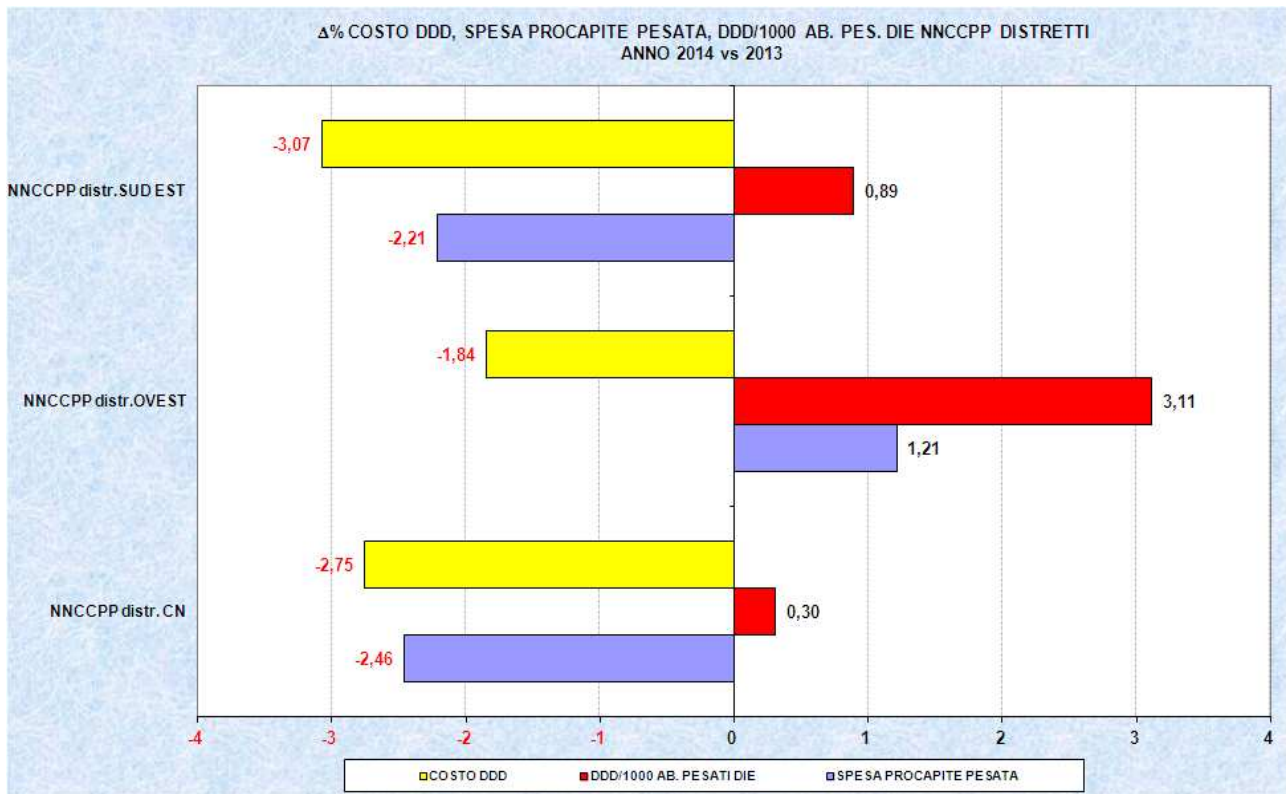
Si riporta di seguito il comportamento prescrittivo dei Nuclei delle cure primarie dei tre Distretti Provinciali, rappresentati come valore di scostamento rispetto alla media aziendale dei tre indicatori principali: spesa procapite pesata, DDD/1.000 ab. Pesati die e costo DDD.



GRAF.4

Complessivamente si nota un andamento prescrittivo con limitate differenze, di norma non superiori a un punto e mezzo percentuale. I Nuclei del Distretto CN, nel loro insieme, presentano una spesa procapite pesata inferiore alla media Aziendale, dovuta ad una minore prescrizione, mentre i Nuclei del Distretto Ovest, a differenza di quanto è costantemente avvenuto negli anni passati, in cui sono sempre stati caratterizzati dalla minor spesa procapite pesata, ora passano al primo posto, pur a fronte di una minore prescrizione, visto il più elevato utilizzo di molecole ad alto costo DDD.

Rispetto all'anno precedente osserviamo infatti che l'insieme dei Nuclei del distretto Centro Nord presenta Vs l'anno precedente il maggiore calo di spesa procapite pesata, seguito dal Distretto Sud Est, mentre il Distretto Ovest incrementa andandosi appunto a portare al primo posto in termini di spesa procapite pesata. Si ipotizza che tale incremento sia legato anche all'evento sismico 2012, che ha sensibilmente influenzato i ticket sulla farmaceutica su questo Distretto da metà 2012 in poi.

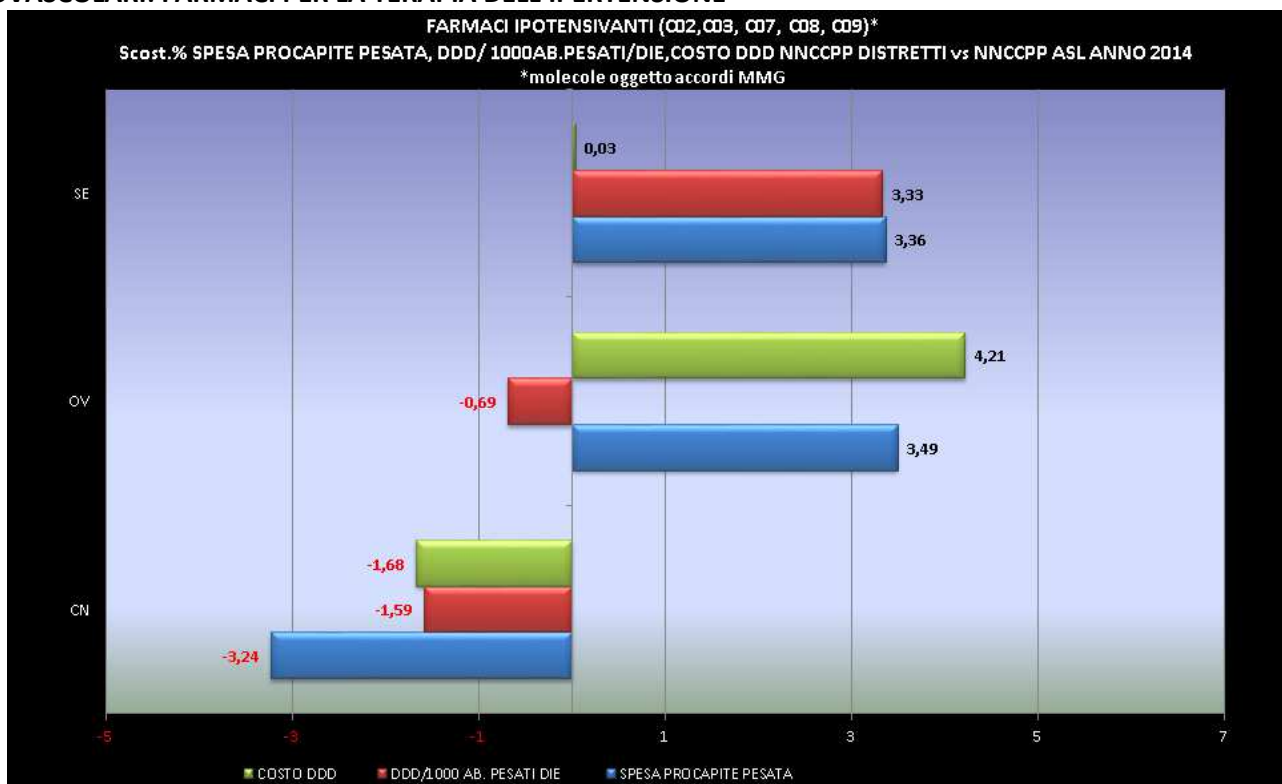


GRAF.5

Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici

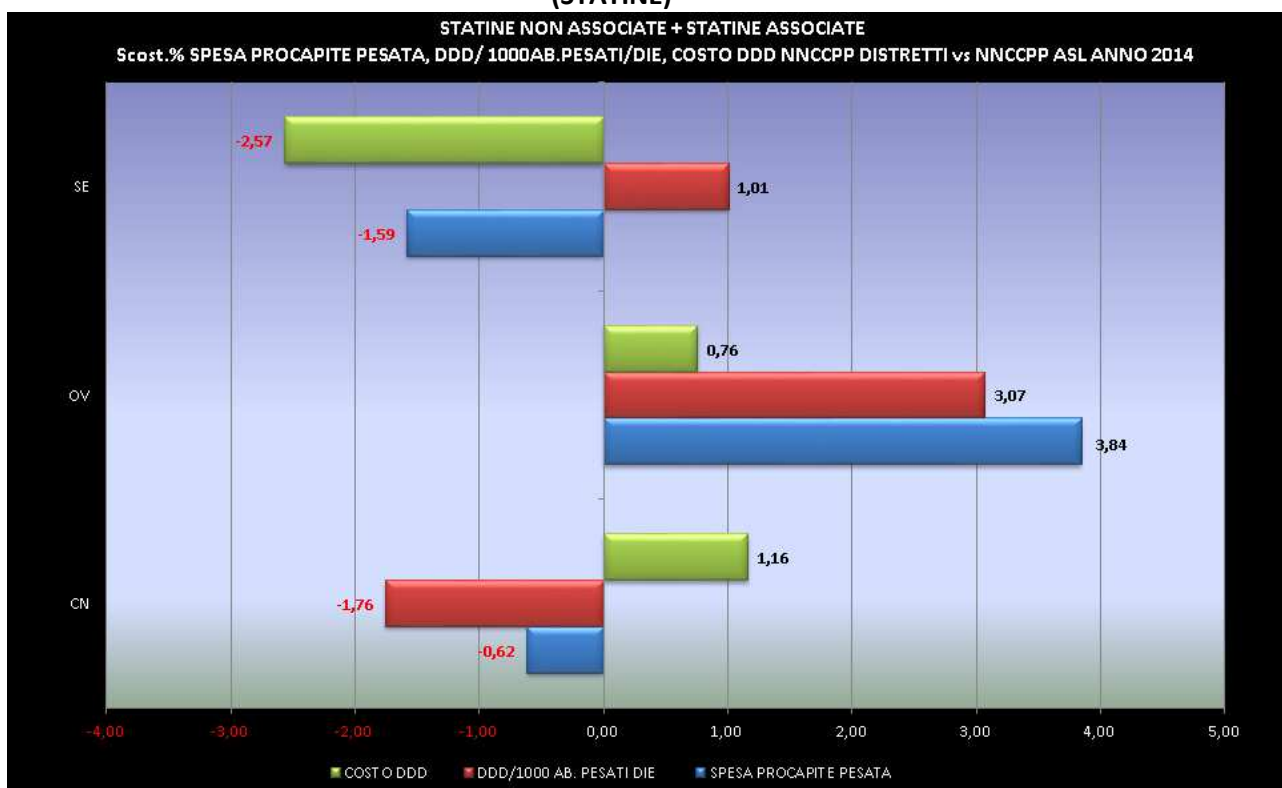
Molto evidenti tra Distretti sono invece le variazioni prescrittive per singoli gruppi terapeutici, rispetto alla media aziendale. Si riportano di seguito per alcuni gruppi terapeutici a maggiore significatività di prescrizione.

CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE



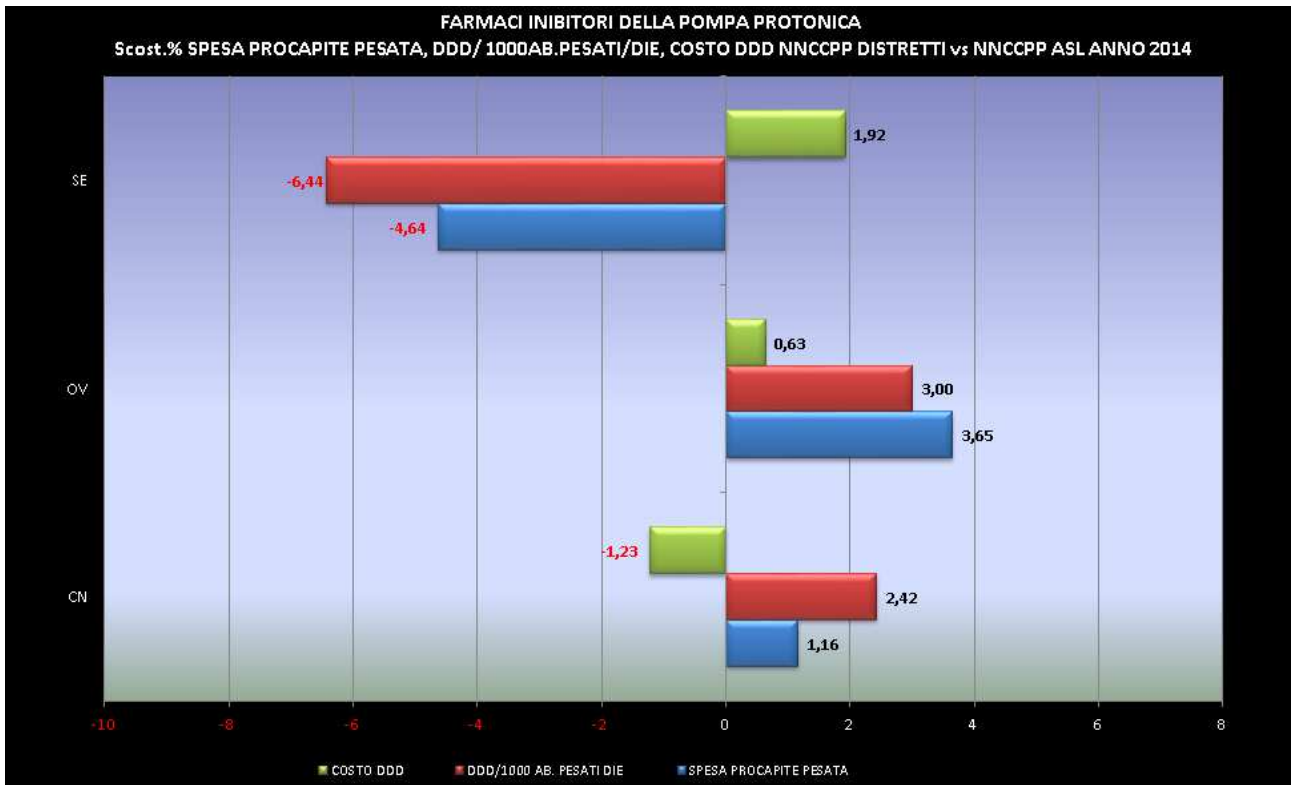
GRAF.6

CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI (STATINE)



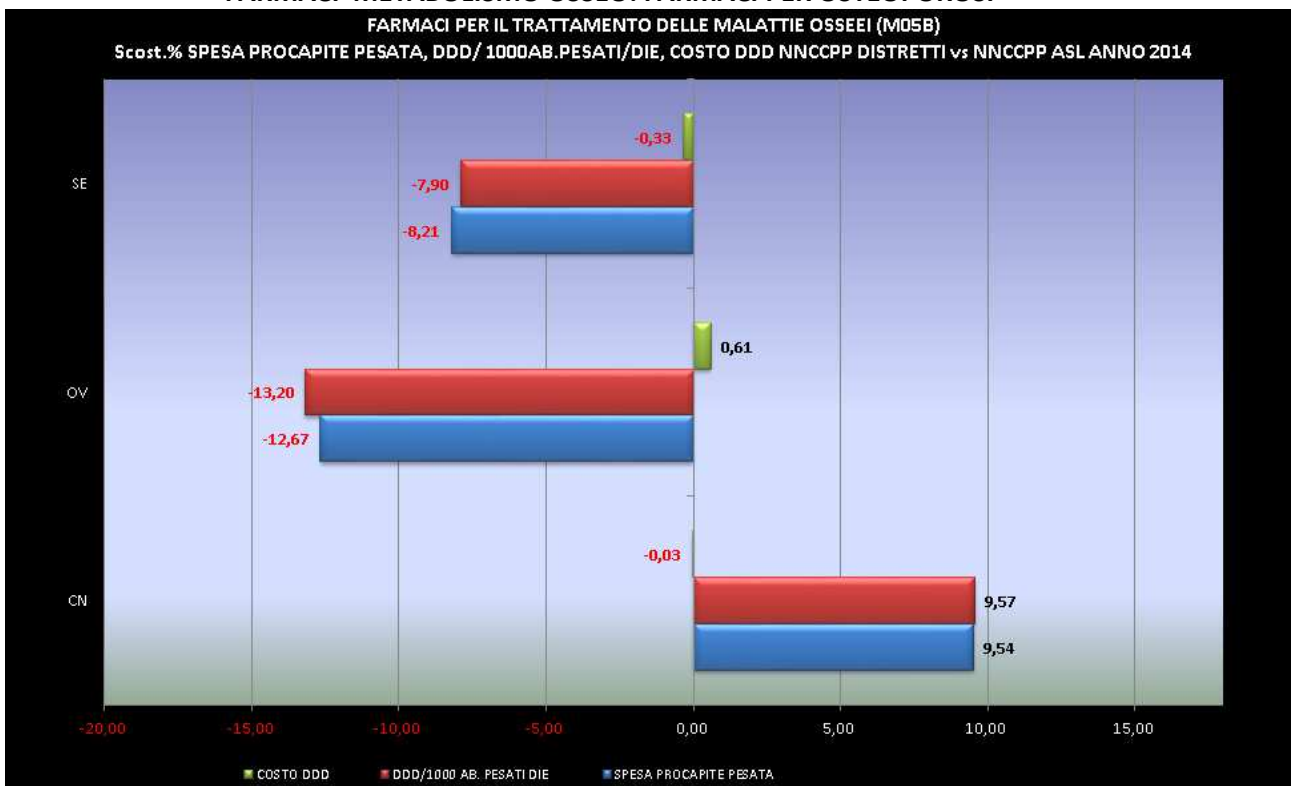
GRAF.7

GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA



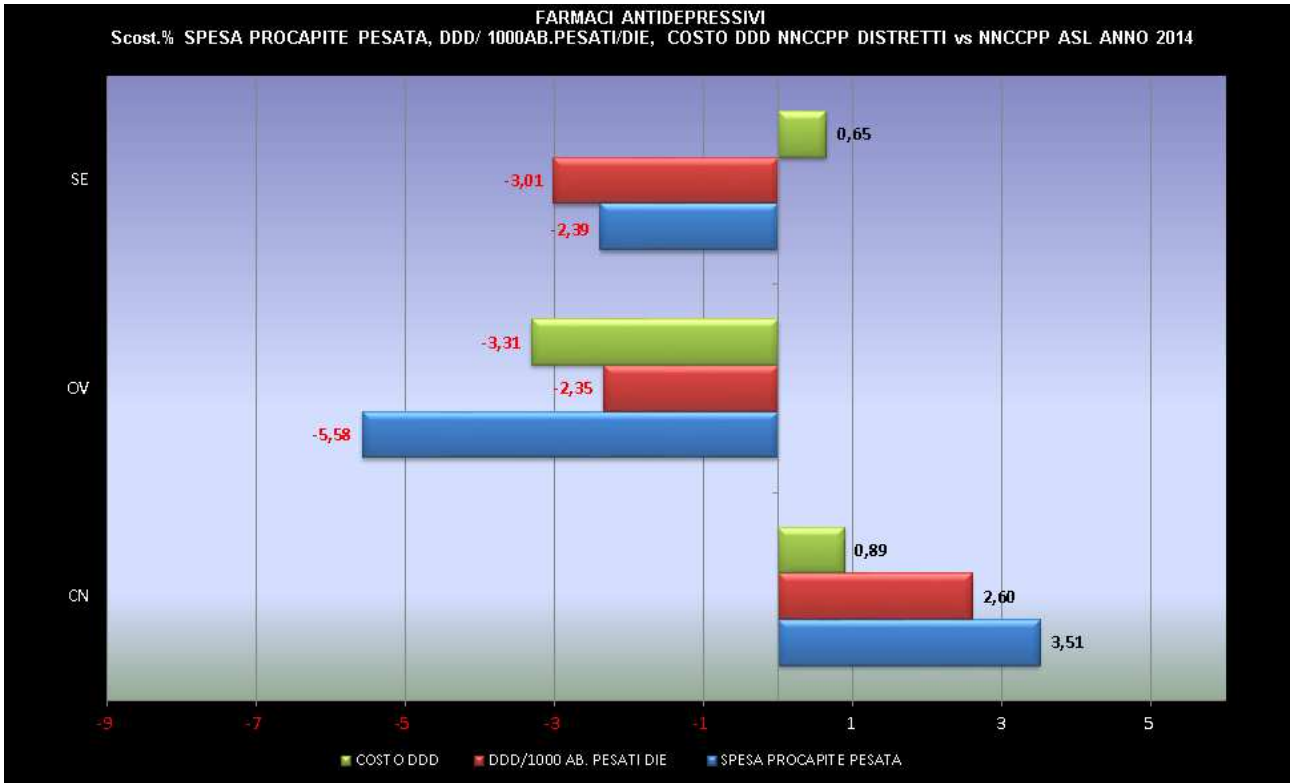
GRAF.8

FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI



GRAF.9

NEUROLOGICI: FARMACI ANTIDEPRESSIVI



GRAF.10

VITAMINE



GRAF.11

Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica comprende le prestazioni (visite e/o esami) erogate agli utenti da parte di medici specialisti nelle diverse branche medico-chirurgiche. La tabella mostra le prestazioni specialistiche (con esclusione del laboratorio e del pronto soccorso) erogate ai cittadini ferraresi nell'anno 2014 suddivise per comune di residenza del cittadino e per struttura erogatrice della prestazione.

Il consumo

INDICI DI CONSUMO												
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CON ESCLUSIONE DEL LABORATORIO E DEL PRONTO SOCCORSO - ANNO 2014												
COMUNE	AUSLFE	Privato FE	AOSPFE	Totale Prov.le	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale Mobilità	Totale Prestazioni	Residenti 2014	IC Prov. x 1000 ab.	IC Mob.x 1000 ab.	IC Complesivo x 1000 ab.
CENTO	76.266	6.368	18.010	100.644	18.780	3.049	21.829	122.473	35.877	2.805,25	608,44	3.413,69
SANT'AGOSTINO	12.367	3.903	4.871	21.141	1.714	689	2.403	23.544	6.944	3.044,50	346,05	3.390,55
MIRABELLO	6.704	1.398	5.206	13.308	589	831	1.420	14.728	3.305	4.026,63	429,65	4.456,28
BONDENO	24.670	1.848	13.419	39.937	2.131	8.723	10.854	50.791	14.737	2.709,98	736,51	3.446,50
VIGARANO MAINARDA	9.787	2.510	11.186	23.483	1.088	1.910	2.998	26.481	7.730	3.037,90	387,84	3.425,74
POGGIO RENATICO	12.719	1.954	13.582	28.255	3.661	1.749	5.410	33.665	9.937	2.843,41	544,43	3.387,84
FERRARA	138.079	42.677	295.706	476.462	16.261	44.895	61.156	537.618	134.063	3.554,02	456,17	4.010,19
MASI TORELLO	3.702	362	3.660	7.724	302	448	750	8.474	2.364	3.267,34	317,26	3.584,60
VOGHIERA	6.439	829	5.866	13.134	336	515	851	13.985	4.538	2.894,23	187,53	3.081,75
COPPARO	39.137	1.580	21.333	62.050	2.325	12.279	14.604	76.654	16.757	3.702,93	871,52	4.574,45
RO	6.373	216	3.591	10.180	143	4.804	4.947	15.127	3.294	3.090,47	1.501,82	4.592,29
BERRA	9.507	1.307	3.879	14.693	371	6.166	6.537	21.230	4.952	2.967,08	1.320,07	4.287,16
JOLANDA DI SAVOIA	7.624	405	3.501	11.530	207	1.305	1.512	13.042	3.013	3.826,75	501,83	4.328,58
FORMIGNANA	7.856	364	3.259	11.479	319	900	1.219	12.698	2.816	4.076,35	432,88	4.509,23
TRESIGALLO	11.233	647	5.638	17.518	464	929	1.393	18.911	3.798	4.612,43	366,77	4.979,20
ARGENTA	46.956	1.596	17.119	65.671	14.214	2.149	16.363	82.034	22.074	2.975,04	741,28	3.716,32
PORTOMAGGIORE	33.528	1.391	16.259	51.178	1.683	1.523	3.206	54.384	12.094	4.231,69	265,09	4.496,78
OSTELLATO	16.948	744	6.710	24.402	846	1.034	1.880	26.282	6.320	3.861,08	297,47	4.158,54
COMACCHIO	64.345	3.218	14.011	81.574	6.934	6.920	13.854	95.428	22.755	3.584,88	608,83	4.193,72
FISCAGLIA	24.538	1.167	11.335	37.040	951	1.742	2.693	39.733	9.331	3.969,56	288,61	4.258,17
LAGOSANTO	15.548	936	3.022	19.506	683	1.460	2.143	21.649	4.964	3.929,49	431,71	4.361,20
CODIGORO	29.595	3.922	7.796	41.313	932	7.435	8.367	49.680	12.162	3.396,89	687,96	4.084,85
MESOLA	10.990	4.923	3.387	19.300	367	10.198	10.565	29.865	7.024	2.747,72	1.504,13	4.251,85
GORO	6.352	1.068	1.943	9.363	306	4.130	4.436	13.799	3.824	2.448,48	1.160,04	3.608,53
PROVINCIA DI FERRARA	621.263	85.333	494.289	1.200.885	75.607	125.783	201.390	1.402.275	354.673	3.385,89	567,82	3.953,71
DISTRETTO OVEST	142.513	17.981	66.274	226.768	27.963	16.951	44.914	271.682	78.530	2.887,66	571,93	3.459,60
DISTRETTO CENTRO-NORD	229.950	48.387	346.433	624.770	20.728	72.241	92.969	717.739	175.595	3.558,02	529,45	4.087,47
DISTRETTO SUD-EST	248.800	18.965	81.582	349.347	26.916	36.591	63.507	412.854	100.548	3.474,43	631,61	4.106,04

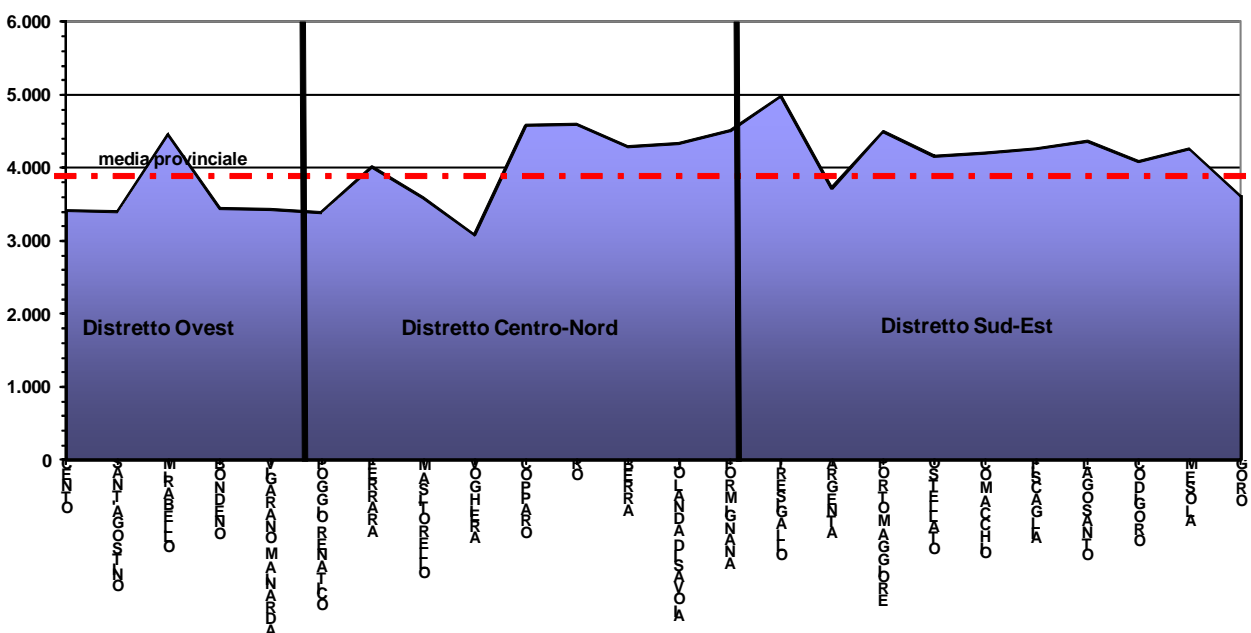
Nell'anno 2014 i 354.673 residenti della provincia di Ferrara hanno usufruito di 1.402.275 prestazioni a cui corrisponde un indice di consumo di 3.953,71 prestazioni per 1.000 abitanti di cui 567,82 in mobilità. L'indice di consumo complessivo più alto si rileva tra i cittadini del comune di Tresigallo con 4.976,20 prestazioni per 1.000 abitanti, mentre quello più basso si rileva tra i cittadini del comune di Voghiera con 3081,75 prestazioni per 1.000 abitanti.

L'indice di consumo in mobilità più alto si registra per il comune di Mesola (1.504,13 prestazioni per 1.000 abitanti), mentre il più basso si rileva per il comune di Voghiera (187,53 prestazioni per 1.000 abitanti).

Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 abitanti per Distretto - ANNO 2014

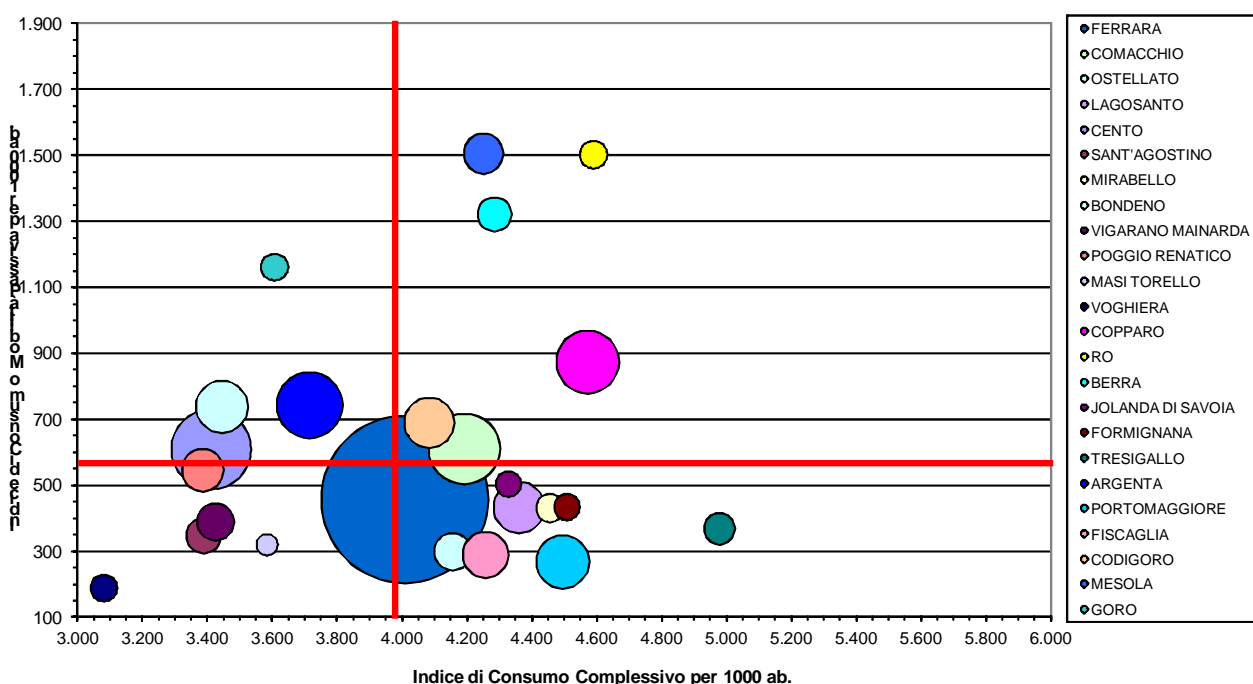
		0	1-4	5-14	15-29	30-44	45-64	65-74	75-84	>84	Indice di consumo	Indice di consumo Std.
Diagnostica	Ovest	9,5	14,8	73,5	90,9	217,6	489,5	294,2	199,6	42,6	1.432,70	1.405,50
	Centro-Nord	4,7	10,5	54,9	86	198,7	549,7	379,7	296,8	61,4	1.642,80	1.478,50
	Sud Est	5,7	11,8	58,9	91,6	210,1	581,1	391	283,1	57,4	1.691,00	1.547,00
	Totale	6,1	11,8	60,2	88,7	206,1	545,3	364	271,3	56,1	1.609,90	1.483,40
	RER	10,5	9,7	60,6	85,4	195	473	297,9	224,1	54	1.410,60	1.373,40
Laboratorio	Ovest	5,5	71,1	256	774,8	1.678,00	3.000,20	1.986,90	1.697,10	678,2	10.151,60	9.865,70
	Centro-Nord	6,2	41,6	154,9	641,2	1.443,10	2.864,20	2.049,40	1.945,40	703,2	9.855,70	8.825,10
	Sud Est	7,1	69,9	259,9	858,7	1.763,10	3.549,00	2.423,80	2.076,00	708,1	11.718,70	10.762,70
	Totale	6,3	56,2	207,3	732,9	1.586,40	3.089,60	2.142,30	1.927,50	699,1	10.452,40	9.590,30
	RER	11,4	76,8	247,2	781	1.713,20	3.046,30	2.017,60	1.797,40	701,5	10.397,10	10.063,10
Riabilitazione	Ovest	0,4	4,9	9,7	18,8	63,6	148,8	77,1	44,5	8,2	376	365
	Centro-Nord	0,4	3,9	7,3	14,8	40,1	127,3	103,3	60	10,3	367,4	324,6
	Sud Est	0,4	3,9	11,1	22,6	64,4	197,5	118,8	63,7	6,9	489,3	445,7
	Totale	0,4	4,1	8,9	17,9	52,3	152,1	101,9	57,6	8,9	404,1	368,7
	RER	1,2	5,6	15,1	20,6	45,7	120,6	79,8	57,7	11,2	357,5	347,7
Terapeutiche	Ovest	0,3	2	14,2	16,9	63,8	133,4	98,1	98,1	27,9	455,1	433,5
	Centro-Nord	0,4	1,8	13,6	17,2	44,5	139,2	128	121,8	28,5	494,9	426,2
	Sud Est	0,3	1,4	10,4	17,5	52,8	150	143,4	101,8	31,1	509	445,7
	Totale	0,3	1,7	12,8	17,2	51,2	141	125,8	110,8	29,1	490,1	433,2
	RER	0,3	1,8	11,2	17,9	47,2	130,8	109,6	102,2	31,2	452,5	430,3
Visite ambulatoriali	Ovest	4,5	24,4	80,8	94,8	171,9	316,9	229,6	203	55,6	1.182,00	1.156,90
	Centro-Nord	4	18,1	63,2	91,1	164,5	375,5	357,1	395,5	121,5	1.590,70	1.410,20
	Sud Est	4,8	20,2	64,5	96,4	171,7	385,6	320,4	258,8	62,9	1.385,60	1.281,60
	Totale	4,4	20,1	67,5	93,4	168,2	365,3	318,3	313,8	90,2	1.441,60	1.322,1
	RER	4,7	18,8	69,2	91,4	163,5	314,1	240,1	228,2	71,3	1.201,80	1.165,70

Indice di Consumo Comunali Prestazioni Specialistiche per 1.000 Residenti (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014



L'indice di consumo di prestazioni specialistiche nell'anno 2014 in relazione al distretto di appartenenza del cittadino mostra l'andamento evidenziato in figura. In particolare il distretto centro-nord presenta un indice di consumo di 4.087,47 prestazioni per 1.000 abitanti, il distretto sud-est presenta un indice di consumo di 4106,04/1.000 e il distretto ovest un indice di consumo di 3.459,60/1.000. Ai cittadini del distretto centro-nord sono state erogate 717.739 prestazioni, a quelli del sud-est 412.854 prestazioni e a quelli dell' ovest 271.682 prestazioni. La maggior parte dei comuni del distretto ovest ha un indice di consumo inferiore a quello medio provinciale, a differenza di quelli del centro-nord e sud-est che tendono ad avere un indice di consumo superiore.

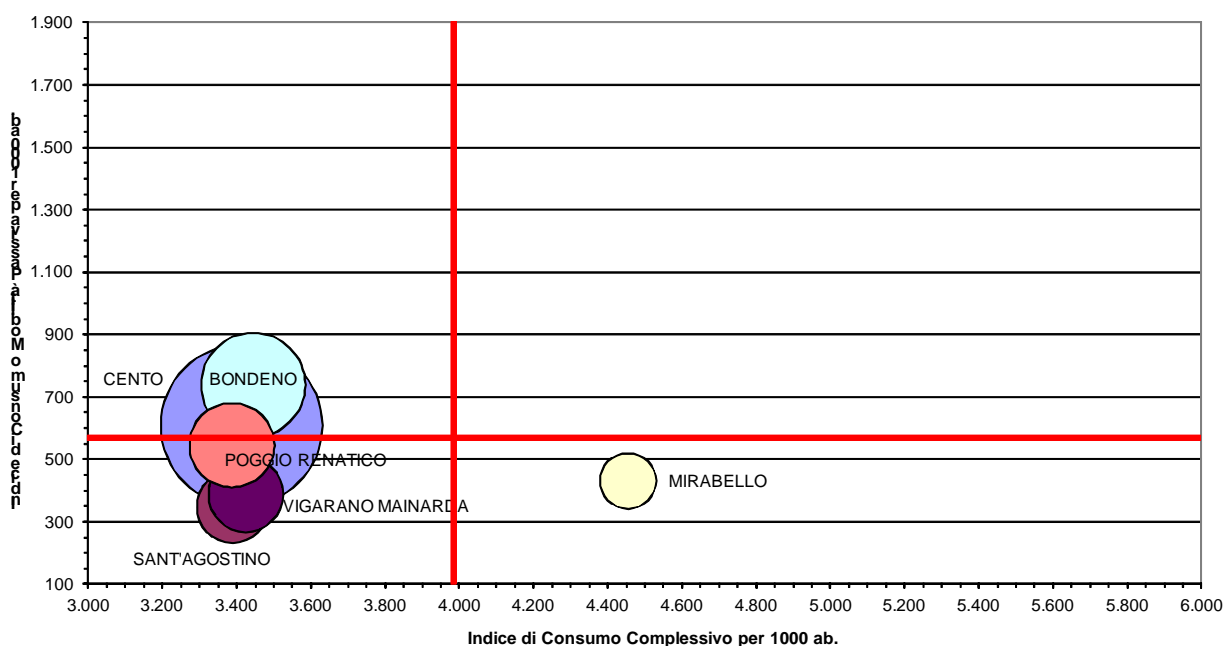
Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014



La matrice di posizionamento dei diversi comuni in relazione all'indice di consumo complessivo e all'indice di mobilità mostra come i comuni posizionati nel quadrante in basso a destra consumino molte prestazioni, ma si rechino meno in mobilità passiva (quindi in strutture poste al di fuori dell'ambito provinciale), i comuni posizionati nel quadrante in basso a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino meno in mobilità, i comuni posizionati nel quadrante in alto a destra consumino molte prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva, i comuni posizionati nel quadrante in alto a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva.

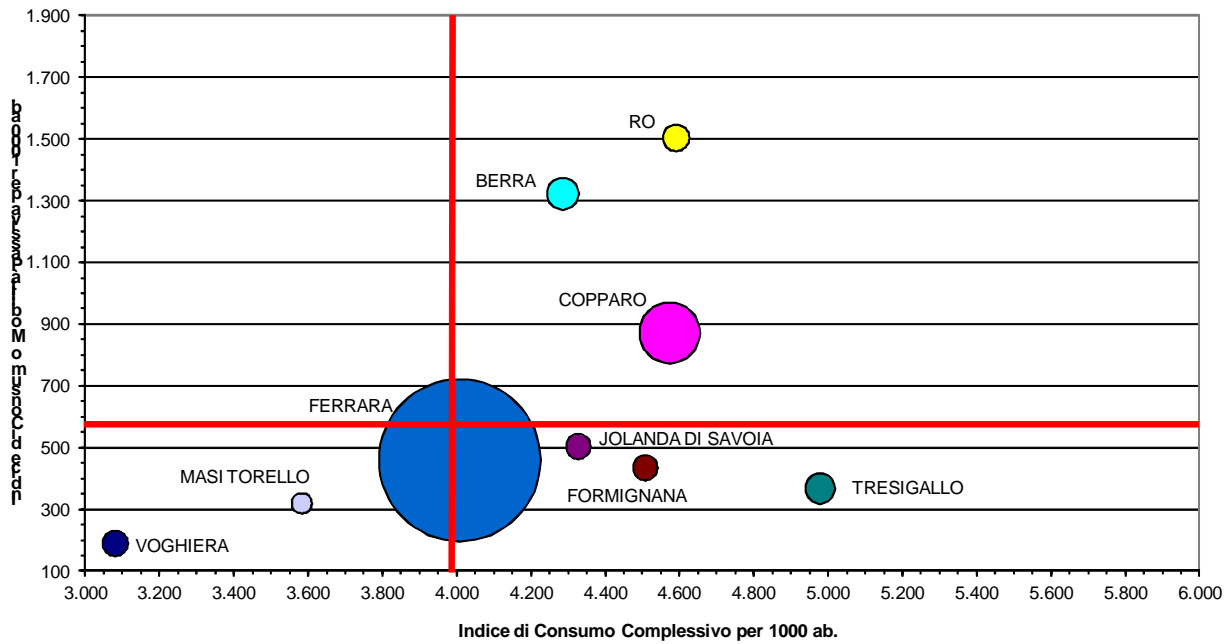
Il comune di Tresigallo presenta l'indice di consumo di prestazioni più elevato della provincia, ma un indice di consumo di prestazioni eseguite in strutture extra provinciali minore della media provinciale. Il comune di Mesola presenta l'indice di consumo in mobilità più elevato della provincia (1.504,13 prestazioni per 1.000 abitanti contro le 567,82 prestazioni della media provinciale). Agli estremi opposti il comune di Goro presenta l'indice di consumo minore della provincia e un indice di consumo in mobilità passiva (1.160,04 prestazioni per 1.000 assistiti) quasi doppio rispetto a quello provinciale (567,82 prestazioni per 1.000 abitanti).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014
- Distretto Ovest**



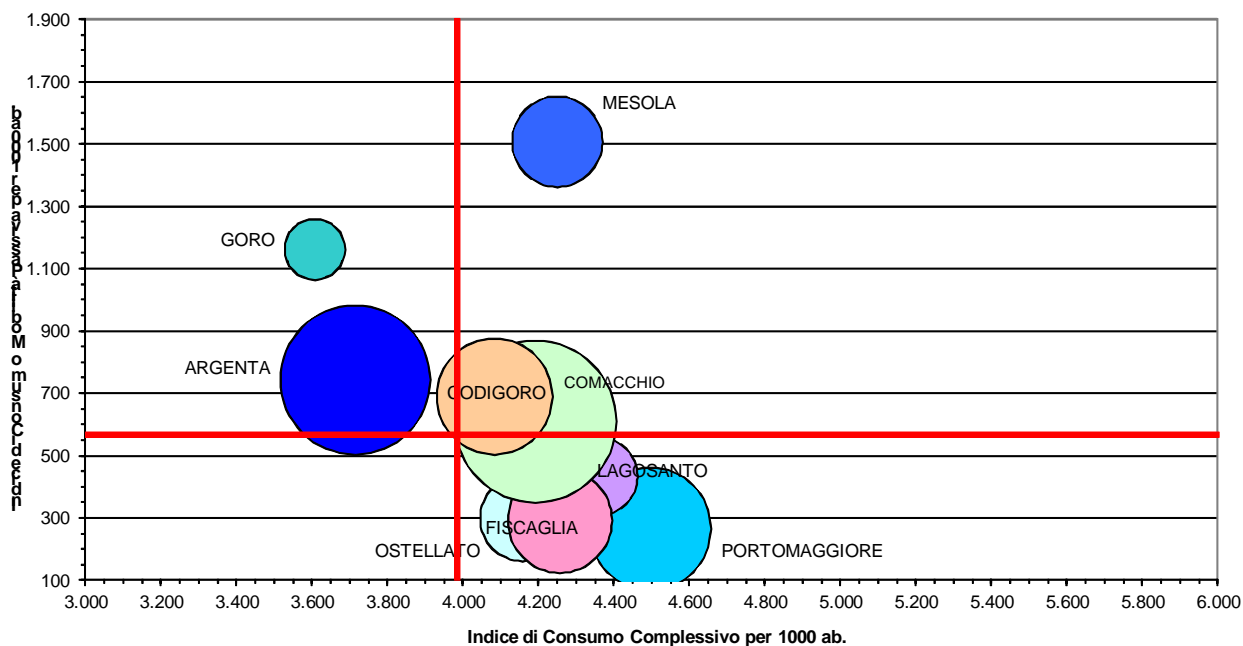
I comuni del distretto ovest presentano un indice di consumo (3.459,60 prestazioni per 1.000 abitanti) inferiore a quello provinciale (3.953,71/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (571,93/ 1.000) leggermente superiore (567,82/1.000). Il comune di Mirabello presenta un elevato indice di consumo (4.456,28/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva relativamente basso (429,65/ 1.000).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014
- Distretto Centro-Nord**



Il distretto centro-nord presenta un indice di consumo di prestazioni (4.087,47/1.000) di poco superiore a quello medio provinciale (3.953,71/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (529,45/1.000) inferiore a quello medio provinciale (567,82/1.000). I cittadini del distretto centro-nord pertanto usufruiscono di un numero maggiore di prestazioni rispetto alla media provinciale, ma tendono a rimanere nelle strutture della provincia di Ferrara. Il comune di Ro è quello con un indice di consumo in mobilità passiva più elevato del distretto (1.501,82.000 abitanti).

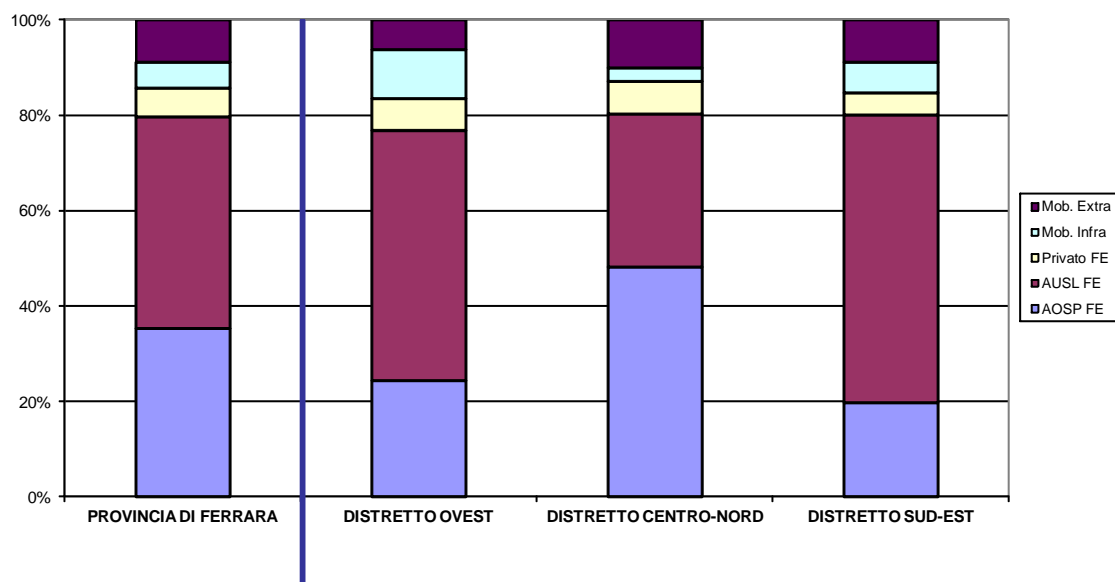
**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2014
- Distretto Sud-Est**



Il distretto sud-est presenta un indice di consumo di prestazioni (4.106,04/1.000) leggermente superiore a quello medio provinciale e un indice di consumo in mobilità passiva di 631,61/1.000 quindi superiore rispetto a quello medio provinciale (567,82/1.000).

Due comuni presentano indici di consumo in mobilità passiva particolarmente elevati: Mesola (1.504,13/1.000) e Goro (1.160,04/1.000).

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2014



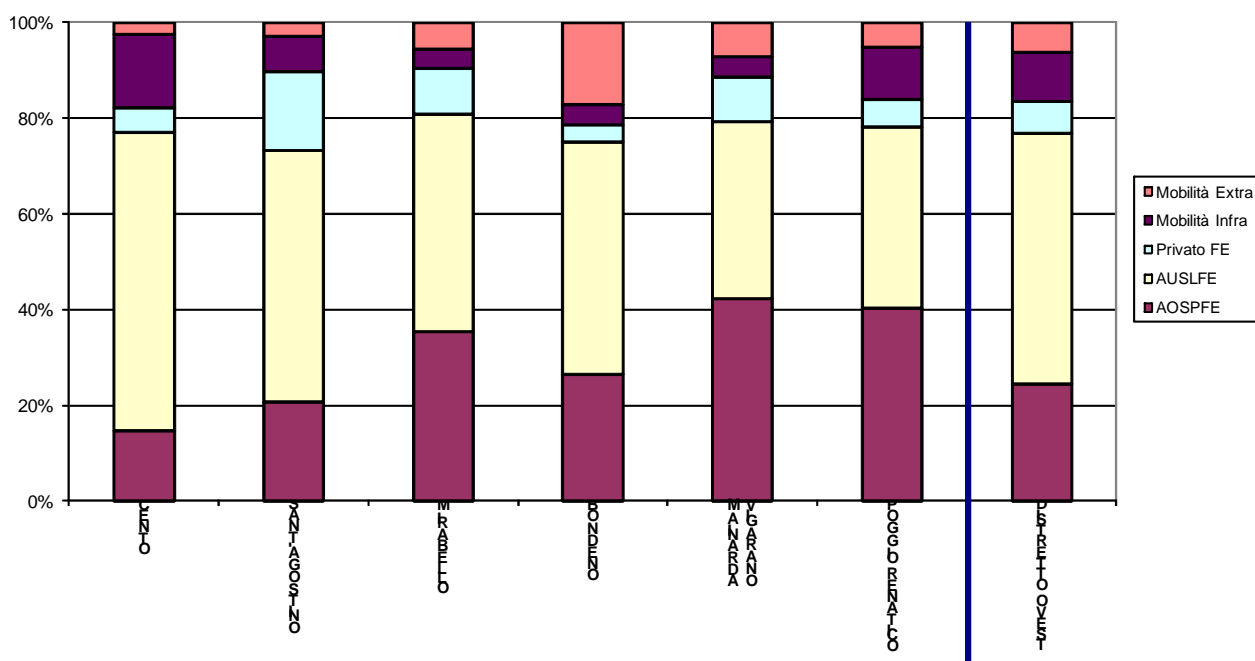
Indice di dipendenza della Struttura dalla popolazione. Anno di dimissione: 2014 (consolidato senza mobilità passiva)

Azienda di ricovero	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	TOTALE
FERRARA	86,9	8,6	4,5	100
TOTALE	78,8	6,5	14,8	100

I maggiori fruitori di prestazioni specialistiche erogate dall’AOSPFE sono i cittadini del distretto centro-nord (346.433 prestazioni) verosimilmente per motivazioni di ordine logistico. I maggiori fruitori di prestazioni erogate da strutture appartenenti all’AUSL Ferrara sono i cittadini del distretto Sud-Est.

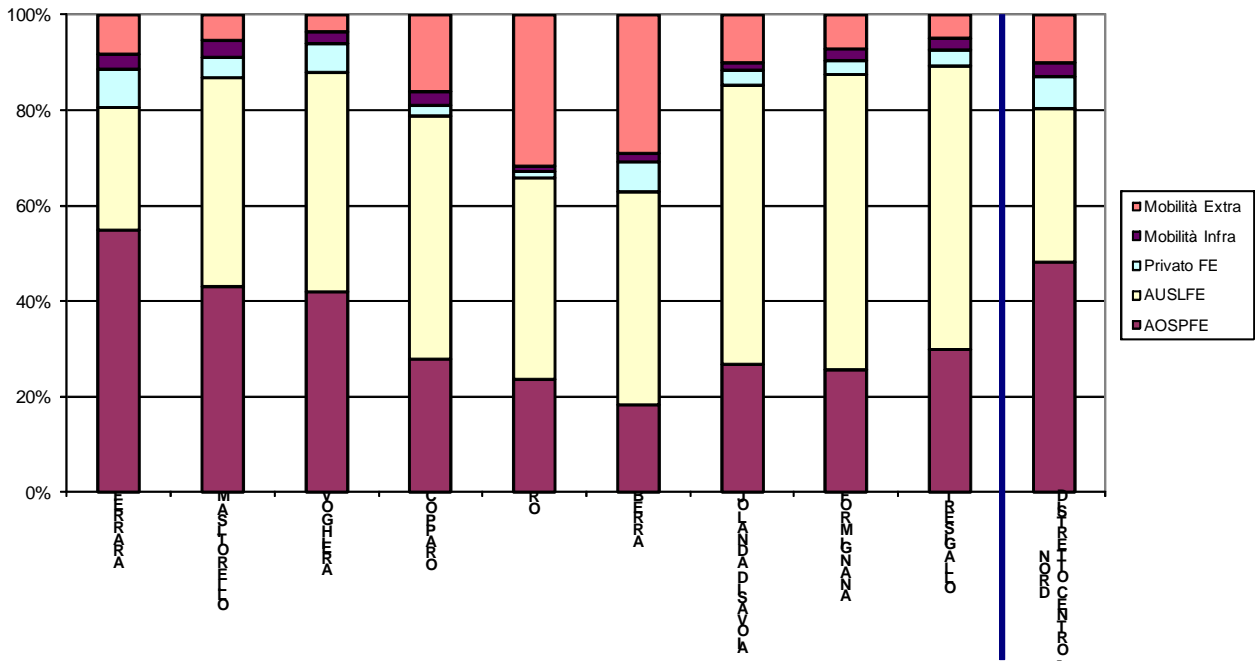
Le quote maggiori di mobilità infra ed extra regionale si riscontrano nei comuni situati in zone di confine: Mesola, Ro, Berra, Goro, Codigoro, Cento, Bondeno ed Argenta.

**Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2014 - Distretto Ovest**



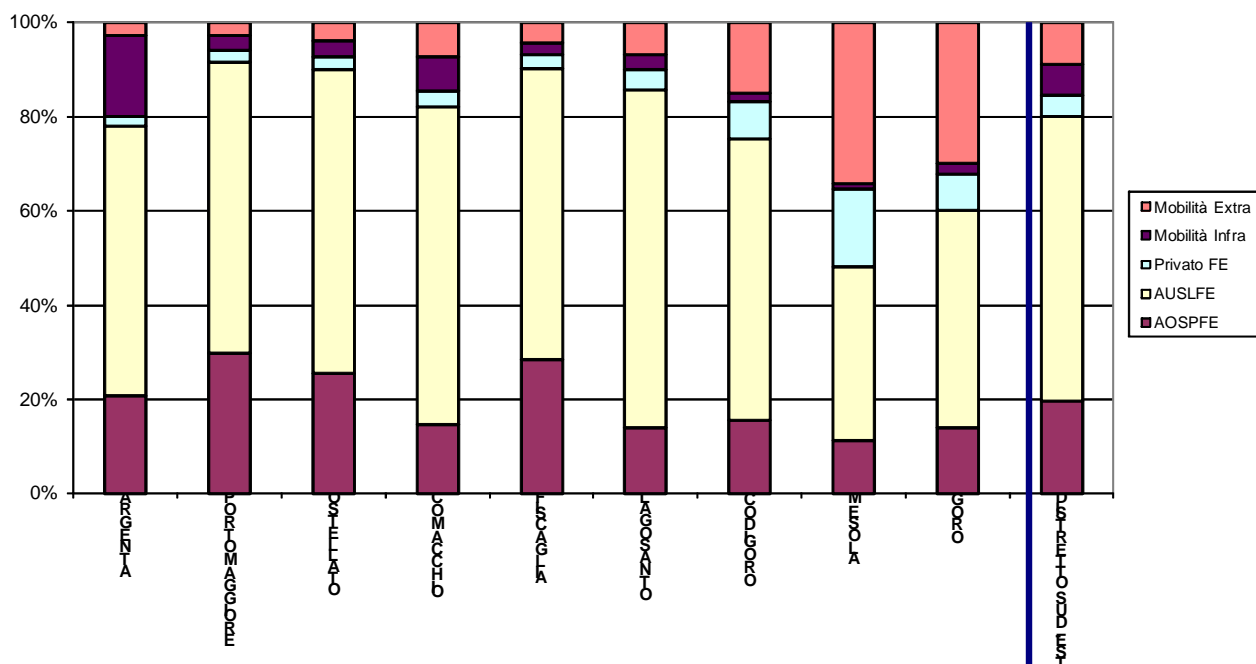
I comuni geograficamente più vicini alla città di Ferrara (Vigarano Mainarda, Poggiorenatico) usufruiscono di prestazioni per la maggior parte presso l’AOSPFE, mentre i comuni di Cento, S. Agostino, Bondeno e Mirabello prevalentemente presso l’Azienda USL. Il comune di Bondeno presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture extraregionali, mentre il comune di Cento presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture infraregionali.

**Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2014 - Distretto Centro-Nord**



Relativamente al distretto centro-nord, l'ambito di fruizione delle prestazioni specialistiche riflette l'ambito territoriale di appartenenza. I comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera presentano la quota maggiore di prestazioni erogate presso l'AOSPFE. Al contrario i restanti comuni presentano la quota maggiore di prestazioni erogate presso strutture dell'AUSL Ferrara. I comuni situati nelle zone confinanti con altre regioni, hanno la quota maggiore di mobilità extraregionale, in particolare Ro e Berra.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2014 - Distretto Sud-Est



Le strutture dell'AUSL Ferrara rappresentano le principali erogatrici di prestazioni per i cittadini dei comuni del distretto Sud-Est. I comuni che presentano elevati valori di prestazioni erogate in strutture extraregionali sono: Mesola, Goro e Codigoro, mentre Argenta mostra valori elevati di prestazioni erogate in strutture infraregionali. Mesola ha inoltre i valori più alti di prestazioni erogate da strutture private provinciali.

Assistenza ospedaliera

La tabella "Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture - anno 2014" evidenzia la distribuzione dei ricoveri da parte dei residenti in ciascun comune della provincia di Ferrara presso le strutture sanitarie pubbliche e private della provincia; gli ospedali di altre province della Regione e gli ospedali extraregionali.

Indici di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2014											
Comune	AOSPFE	Copparo	Delta	Comacchio	Argenta	Cento	CdCFE	Mob. Infra	Mob. Extra	Totale	Tasso grezzo
BONDENO	877		34		20	702	111	303	351	2.398	162,72
CENTO	1.065		91		42	2.521	152	1.392	257	5.520	153,86
MIRABELLO	263		11		8	196	39	73	40	630	190,62
POGGIO RENATICO	814		38		25	151	93	285	115	1.521	153,06
SANT'AGOSTINO	317		15		13	408	40	174	60	1.027	147,90
VIGARANO MAINARDA	630		18		18	155	69	122	113	1.225	145,54
DISTRETTO OVEST	3.966	0	207	0	126	4.133	504	2.349	936	12.221	155,62
BERRA	384	12	145	1	23	5	69	59	211	909	183,56
COPPARO	1.665	78	394	1	84	32	240	253	329	3.076	183,57
FERRARA	14.721	11	689	2	601	229	2.478	2.015	2.776	23.522	175,45
FORMIGNANA	250	16	135		17	7	28	45	50	548	194,60
JOLANDA DI SAVOIA	237	8	173		19	1	27	33	55	553	183,54
MASI TORELLO	225	1	28	1	23	6	37	37	38	396	167,51
RO	280	13	48	1	15	5	40	27	89	518	157,26
TRESIGALLO	411	13	180	1	25	12	50	72	63	827	217,75
VOGHIERA	403		45		54	6	50	73	32	663	146,10
DISTRETTO CENTRO-NORD	18.576	152	1.837	7	861	303	3.019	2.614	3.643	31.012	176,61
ARGENTA	1.052		265		1.349	28	37	994	176	3.901	176,72
CODIGORO	521	1	1.056	15	42	11	58	197	337	2.238	184,02
COMACCHIO	887	1	1.798	77	79	12	64	587	340	3.845	168,97
FISCAGLIA	537		809	20	60	6	54	125	91	1.702	182,40
GORO	138	1	323	4	19	1	8	61	150	705	184,36
LAGOSANTO	208		419	5	25	1	21	92	104	875	176,27
MESOLA	243	3	476	9	24	12	29	69	314	1.179	167,85
OSTELLATO	416		413	3	81	5	46	82	89	1.135	179,59
PORTOMAGGIORE	894		223		541	15	81	240	134	2.128	175,96
DISTRETTO SUD-EST	4.896	6	5.782	133	2.220	91	398	2.447	1.735	17.708	176,11
Provincia di Ferrara	27.438	158	7.826	140	3.207	4.527	3.921	7.410	6.314	60.941	171,82

Nell'ultima colonna a destra sono indicati i tassi di ospedalizzazione (T.O.‰) registrati nel 2014 dai residenti di ciascun comune della provincia di Ferrara. Nel corso dell'anno 2014 si sono registrati 60.941 ricoveri di cittadini residenti nella provincia di Ferrara a cui corrisponde un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 171,82 ricoveri/1.000 abitanti dove la media regionale è pari a 158,00 ricoveri/1.000 abitanti.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Distretto di residenza, Luogo di ricovero e tipo presidio e Tipo Drg. Anno di dimissione: 2014 (consolidato con mobilità passiva 2013)

Distretto di residenza	Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE
OVEST	57,7	69	126,7	5	6	10,9	7,6	4,1	11,7	70,2	79,1	149,3
CENTRO-NORD	54	66,7	120,6	5,4	12,1	17,5	12,5	7	19,4	71,9	85,7	157,6
SUD-EST	56,6	74,5	131,1	5,8	4,6	10,4	9,9	6,4	16,2	72,3	85,5	157,7
TOTALE	55,5	69,3	124,8	5,4	8,7	14,2	10,7	6,2	16,8	71,6	84,2	155,8
RER	50,8	71,1	121,8	11,2	8,6	19,7	5,3	4,3	9,7	67,3	84	151,3

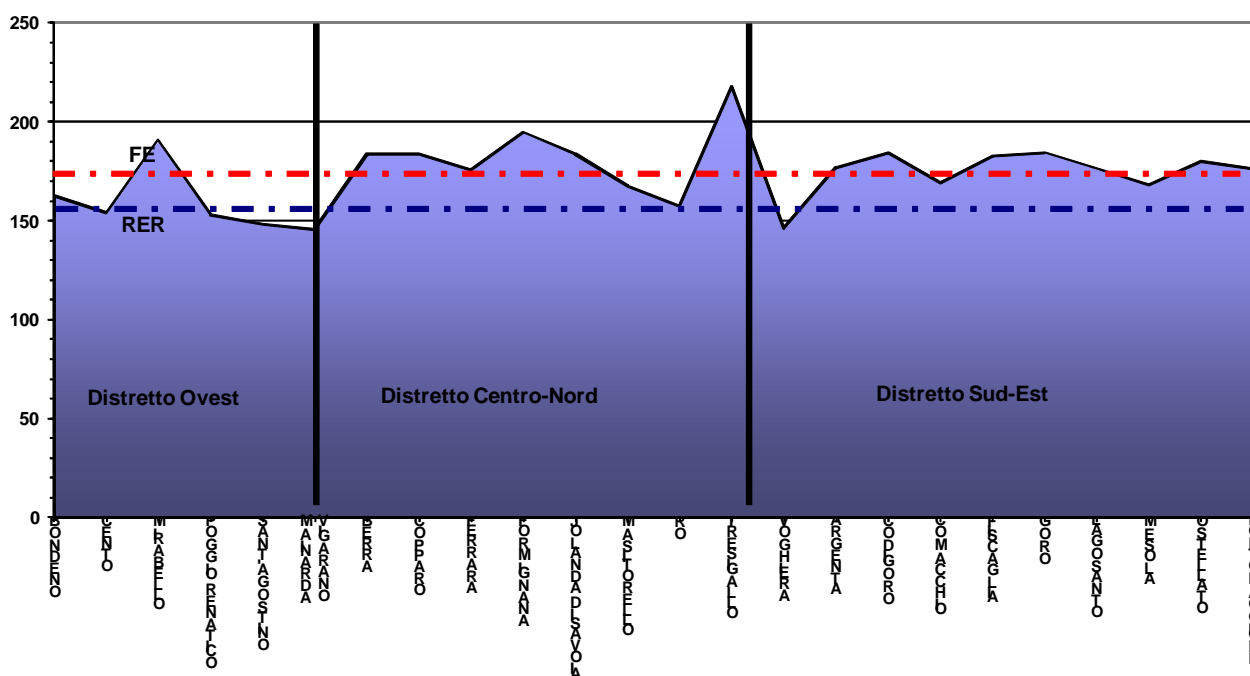
L'analisi di raffronto di tale parametro tra provincia di Ferrara e Regione evidenzia un valore superiore per la provincia di Ferrara (155,8 vs 151,3), soprattutto per la mobilità passiva extraregionale (16,8 vs 9,7), Il dato è minore in ambito privato (14,2 vs 19,7) .

In particolare, dall'analisi distrettuale si rileva che il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età più basso, è relativo ai residenti nel Distretto Ovest (149,3 abitanti), seguito da quello del Distretto Centro Nord e Distretto Sud Est (rispettivamente 157,6 e 157,7 abitanti).

Tasso di ospedalizzazione specifico per Distretto di residenza e Classe età. Anno di dimissione: 2013

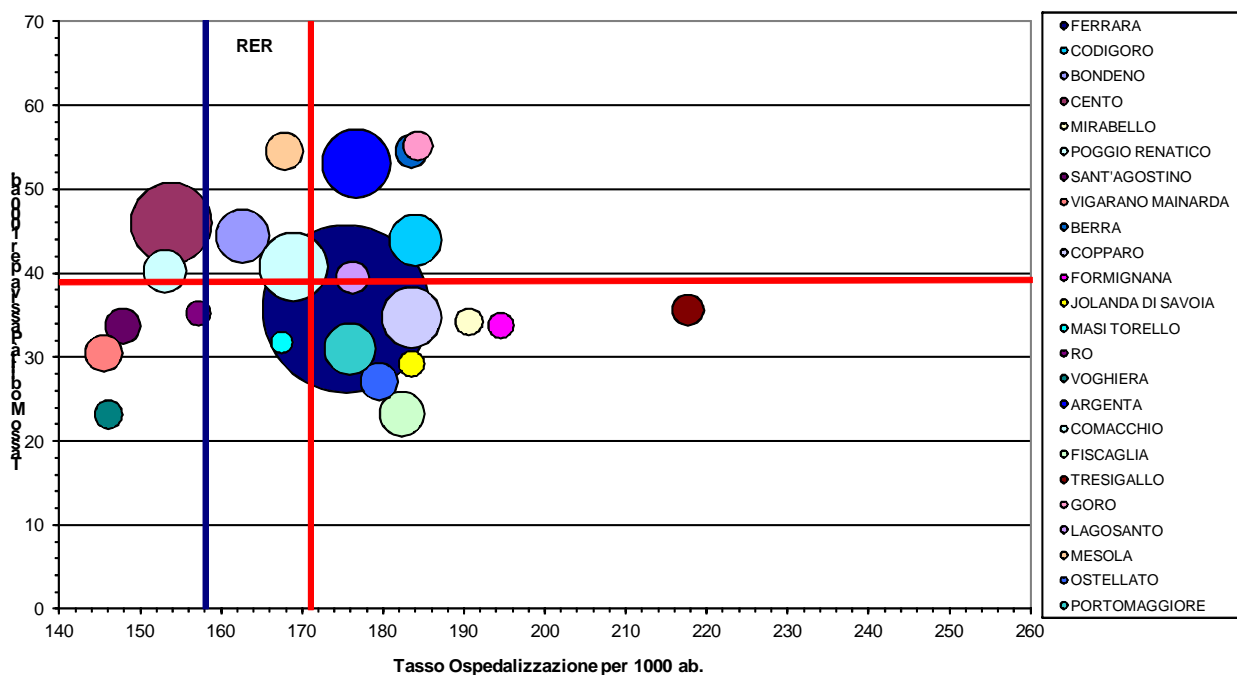
Distretto di residenza	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	>84	TOTALE
OVEST	322	85	53	101,8	132,9	237,1	330,1	451	155
CENTRO-NORD	398,7	77,6	56,2	105,7	137,3	248,6	357,2	508,2	177
SUD-EST	285,9	78,2	56,7	105,1	137	266,8	367,6	477,1	174,8
TOTALE	347,4	79,8	55,5	104,6	136,3	251,7	355,2	488,3	171,5
RER	341	75,8	53,9	100,9	128,6	247	352,4	483,9	158

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2014



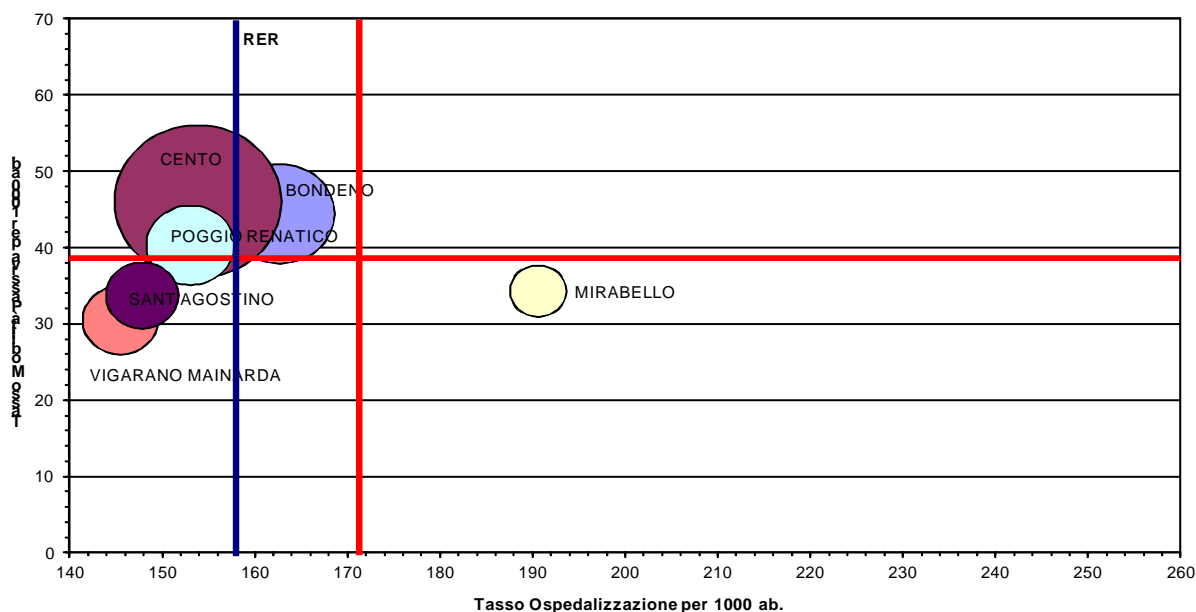
Il distretto centro-nord presenta un tasso di ospedalizzazione pari a 176,61 ricoveri/1.000 abitanti, pertanto superiore alla media provinciale e regionale. I distretti ovest e sud-est presentano rispettivamente tassi di ospedalizzazione di 155,62 ricoveri/1.000 abitanti e 176,11 ricoveri/1.000 abitanti. Si osserva un comportamento disomogeneo all'interno dei distretti, in quanto i comuni mostrano tassi di ospedalizzazione con andamenti diversi. In particolare il comune di Tresigallo presenta il tasso di ospedalizzazione più elevato 217,75 ricoveri/1000 abitanti.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014



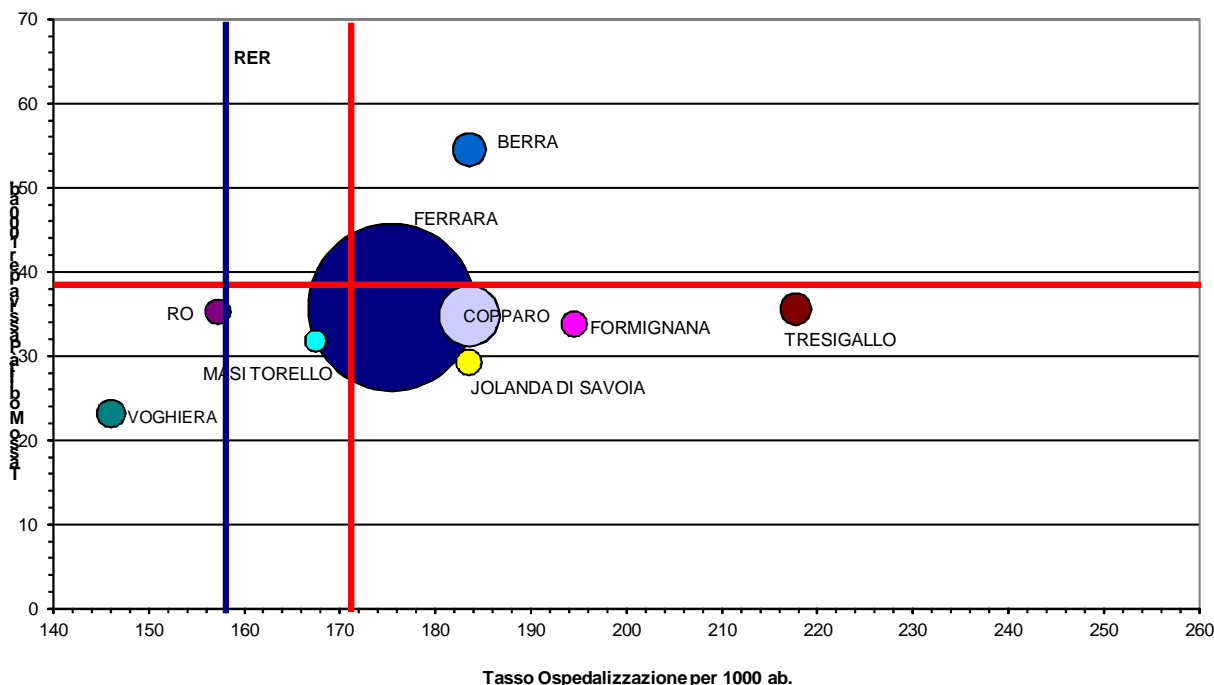
La matrice di posizionamento visualizza il comportamento di ogni singolo comune in relazione al tasso di ospedalizzazione generale e al tasso di mobilità. È possibile pertanto analizzare come i comuni che si posizionano nella parte destra del grafico abbiano elevati tassi di ospedalizzazione (superiori a quelli medi provinciale e regionale), mentre quelli che si posizionano nella parte sinistra del grafico presentino tassi di ospedalizzazione inferiori a quello medio regionale. I comuni nella parte alta del grafico presentano valori elevati di tassi di mobilità passiva, viceversa per i comuni che si collocano nella parte inferiore del grafico. La dimensione del cerchio è direttamente proporzionale al numero di ricoveri: maggiore è la dimensione e maggiore è il numero di ricoveri.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014 - Distretto Ovest



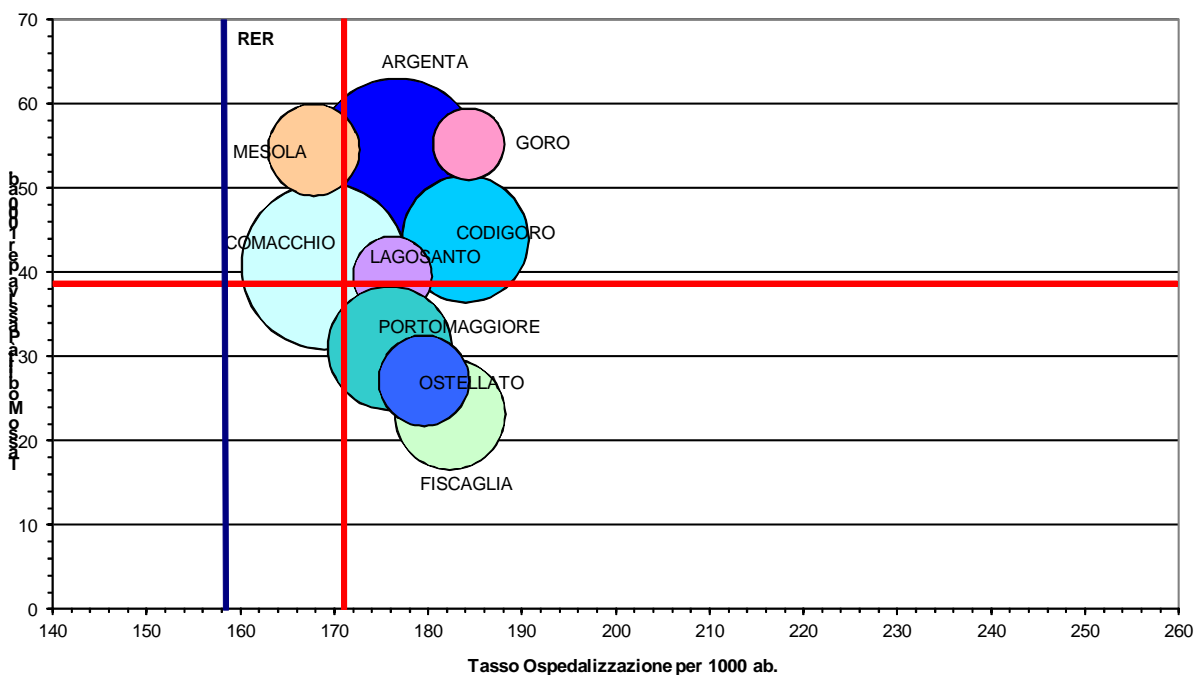
Il comune di Mirabello presenta un tasso grezzo di ospedalizzazione superiore a quello provinciale mentre per tutti gli altri comuni è inferiore. I comuni di Cento e Poggioreatico presentano una maggiore tendenza ad usufruire dei ricoveri in strutture al di fuori dell'ambito provinciale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014 - Distretto Centro-Nord



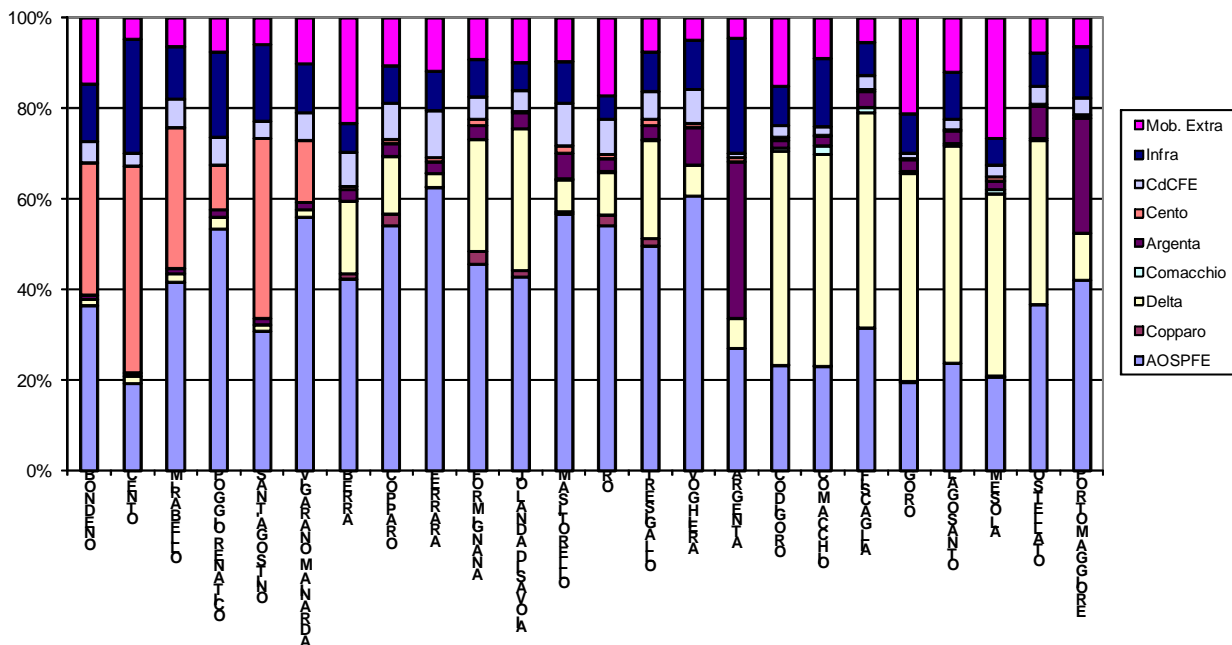
I comuni del distretto centro-nord hanno in generale bassi tassi di mobilità, ma elevati tassi di ospedalizzazione generale. Tresigallo presenta il tasso di ospedalizzazione più elevato della provincia (217,75).

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2014 - Distretto Sud-Est



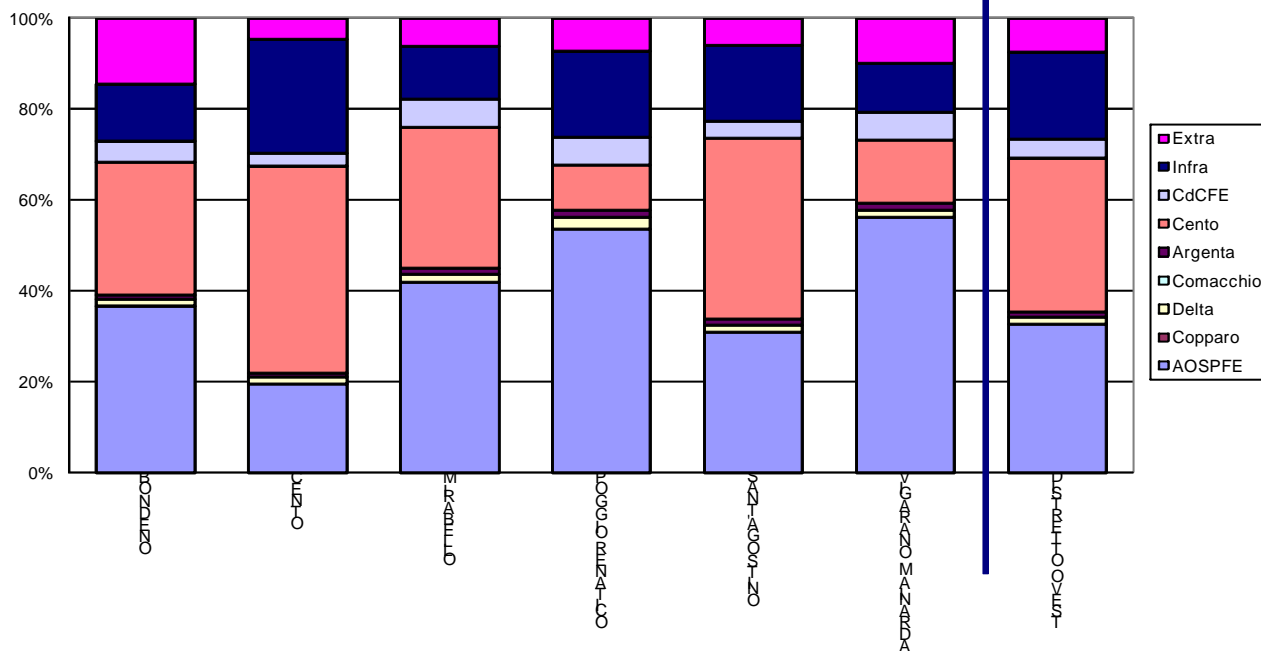
I comuni di Mesola, Goro e Argenta presentano i tassi di mobilità più elevati del distretto. I comuni di Mesola (167,85/1000) e Comacchio (168,97/1000) presentano un T.O. più basso rispetto a quello provinciale.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2014



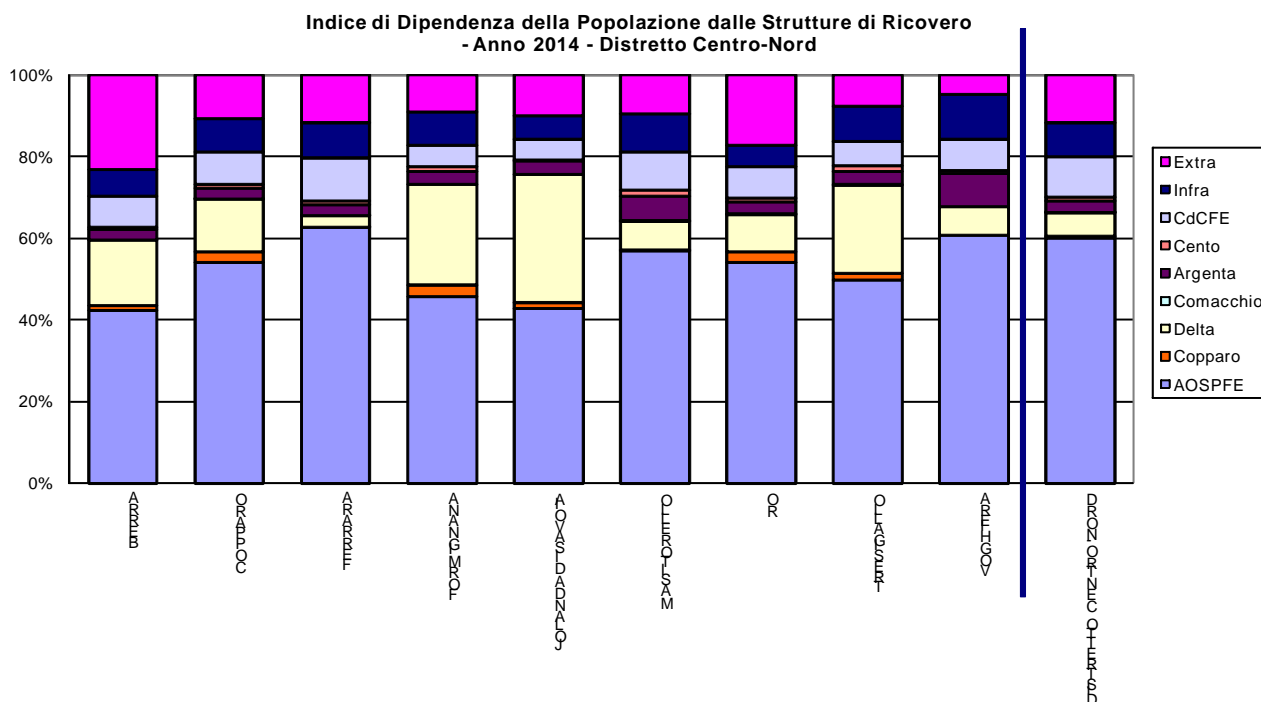
L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogatrici riflette essenzialmente la collocazione geografica. La tendenza dei cittadini appare pertanto quella di recarsi nelle strutture vicine al luogo di residenza.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2014 - Distretto Ovest

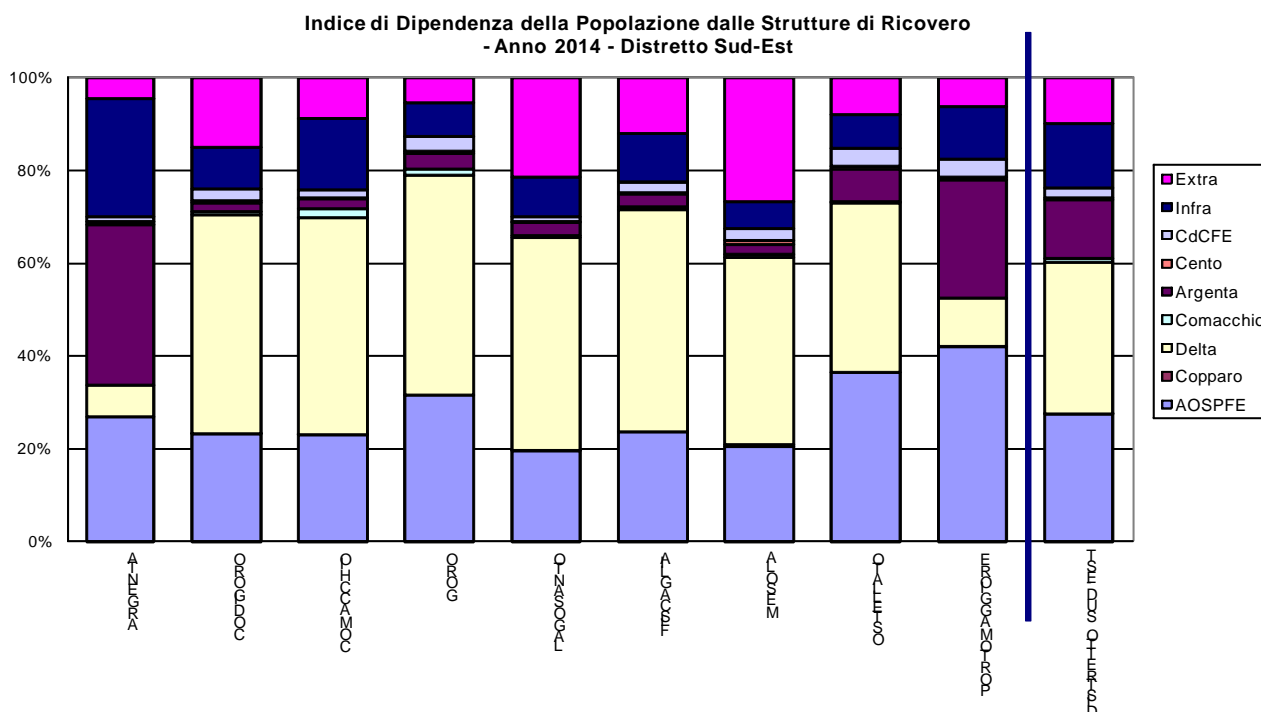


I comuni di Cento e S.Agostino dipendono prevalentemente dall'Ospedale di Cento per motivi di vicinanza logistica. Il comune di Cento, al confine con altre province della Regione usufruisce della più alta quota di ricoveri presso strutture extra provinciali infra regionali. I comuni più vicini alla città di Ferrara presentano

una quota più elevata di ricoveri consumati presso l'AOSPFE; in particolare i comuni di Mirabello, Bondeno, Vigarano Mainarda.



Tutti i comuni del distretto centro-nord presentano elevate percentuali di ricoveri presso l'AOSPFE. I comuni di Ro e Berra presentano le quote più elevate di ricoveri consumati presso strutture extraregionali.



Relativamente al distretto Sud-Est, la sede di erogazione del ricovero rispecchia essenzialmente l'ambito territoriale di appartenenza. Interessante notare l'elevata mobilità extraregionale dei comuni di Codigoro, Mesola e Lagosanto. Risultano elevati anche i valori di mobilità infraregionale dei comune di Argenta e Portomaggiore.

L'area ospedaliera

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara, si articola sul territorio provinciale con un presidio ospedaliero unico che ricomprende i seguenti stabilimenti ospedalieri Cento Copparo (disattivato il 31/05/2014) Comacchio (disattivato il 31/05/2014) Argenta e il Delta.

Area 1 OVEST comprendente gli ospedali di Cento, di Copparo e di Bondeno;

Il Presidio prevede i seguenti Dipartimenti:

1. Chirurgico;
2. Medico;
3. Materno - Infantile;
4. Emergenza;
5. Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica;
6. Assistenza Ospedaliera.

Struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati all' 31.12.2014 (Anno 2014)

AZIENDE	Posti letto pubblici				Posti letto privati						Indicatori				
	Acuti	Riabilitazione (56+28+75)	LD	Totale	Acuti		Post-acuti			Totale accreditati	Acuti	LD+ Riab.	Recupero e Riabilitazione	LD	Totale
					Accreditati	Non accreditati	Riabilitazione accreditati	LD accr.	riabilitazione non accreditati (*)						
FERRARA	413	16	87	516	116	-		75		191					
OSP. FERRARA	618	80	10	708						-	1,74	0,25	0,23	0,03	1,99
FERRARA	1.031	96	97	1.224	116	-	-	75	-	191	3,23	0,75	0,27	0,48	3,98
TOTALE REGIONE	12.393	668	1.163	14.224	2.857	235	890	797	31	4.544					
Indicatore PL*1000 ab.	2,78		0,41	3,2	0,6			0,4		1,0	3,42	0,79	0,35	0,44	4,21

La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda, residente in Emilia Romagna al 1.01.2014 - 4.452.830

Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 516 posti letto (compresi 30 posti letto di psichiatria di cui 15 presso l'Ospedale del Delta e 15 facenti parte del SPDC di Ferrara situato all'interno dell'Ospedale S. Anna di Cona), di cui 467 di ricovero ordinario e 49 di ricovero in regime di Day Hospital, suddivisi in 13 discipline, a sua volta articolate nei diversi stabilimenti. Presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale del Delta sono presenti 4 posti di Osservazione breve intensiva (O.B.I.) che non rientrano nel conteggio dei posti letto ospedalieri. Prendendo in considerazione anche i posti letto dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria e delle Case di cura private che insistono sullo stesso territorio, complessivamente la dotazione dei posti letto al 31/12/2014 è la seguente:

Riferimenti	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N° posti letto dell'Azienda USL di Ferrara	753	751	759	752	721	600	516
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	174	174	174	174	164	141	103
N° posti letto dell'Azienda OSP di Ferrara	863	863	860	860	704	711	708
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	97	97	97	97	80	90	90
N° posti letto accreditati nelle Case di Cura	169	145	145	195	195	191	191
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	75	75	75	75	75	75	75
N° totale di posti letto Provincia di Ferrara	1.785	1.759	1.764	1.807	1.620	1.502	1.224
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	346	346	346	346	244	231	178
Dotazione media ogni 1.000 abitanti	5,02	4,91	4,91	5,02	4,50	4,19	3,98
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,97	0,97	0,96	0,96	0,89	0,85	0,75
Posti letto totali RER (pubblici e privati accreditati)	19.777	19.732	19.606	20.493	19.945	19.016	14.224
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	3.896	3.931	3.862	3.911	3.807	3.631	3.518
Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER	4,63	4,55	4,46	4,62	4,47	4,25	4,21
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,91	0,91	0,88	0,88	0,85	0,81	0,79

L'andamento generale dei ricoveri (in regime ordinario e Day – Hospital) presso strutture dell'Azienda USL Ferrara mostra dall'anno 2014 una tendenza alla riduzione, andamento questo rilevato anche per l'ambito regionale.

Lungodegenza

I Reparti di Lungodegenza dell'Azienda Usl di Ferrara, al netto dei reparti che sono stati riconvertiti al 1/06/2014, presentano una durata media di degenza pari a 20 giorni, valore questo in linea con il dato medio regionale che si attesta sui 20,87 giorni.

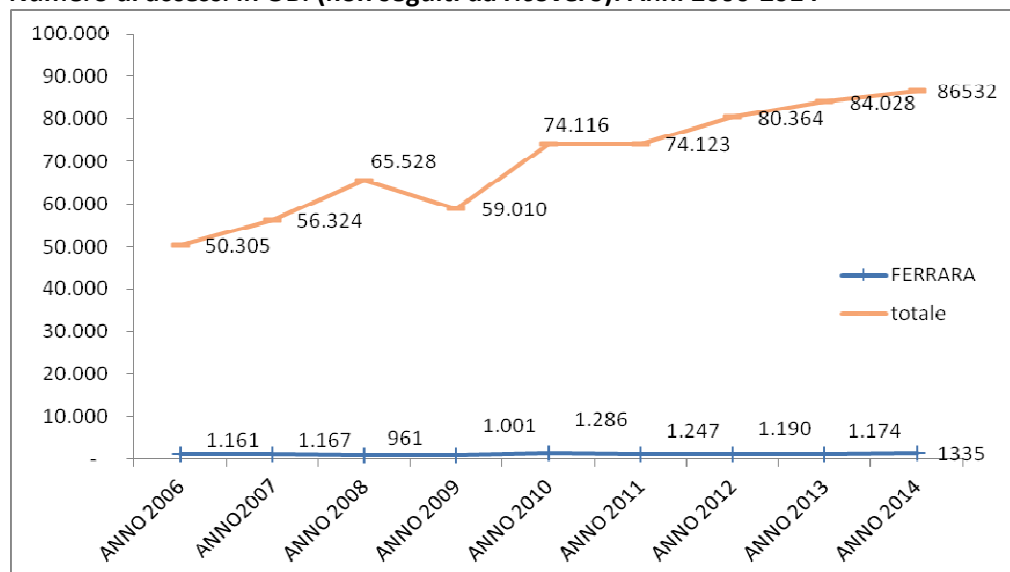
Day Hospital

Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime di ricovero in DH medico delle strutture dell'azienda USL mostra un trend in riduzione nel corso degli anni, fino a risultare inferiore al T.O. delle strutture pubbliche regionali (a partire dal 2007 ad oggi). Il T.O. in regime di DH chirurgico mostra un trend in riduzione.

Un dato in controtendenza è quello del rapporto tra tasso di ospedalizzazione standardizzato per il DH medico e il DH chirurgico: infatti in ambito regionale si registra un valore più elevato per il DH medico rispetto a quello chirurgico, mentre nella provincia di Ferrara è più elevato il tasso di ospedalizzazione del DH chirurgico rispetto a quello medico. Tale dato può essere dato dal fatto che i posti letto di DH medico, sono solo ed esclusivamente ad indirizzo oncologico.

Gli accessi in *Osservazione breve intensiva (O.B.I.)* non seguiti da ricovero per l'anno 2014 sono stati per l'Ausl di Ferrara pari a 1.335 (+13,7% rispetto al 2013) in linea con il dato regionale che mostra anch'esso un incremento.

Numero di accessi in OBI (non seguiti da ricovero). Anni 2006-2014



L'Emergenza

L'attività di Emergenza territoriale ha il compito di attuare l'intervento sanitario in loco e se necessario effettuare il trasporto protetto del paziente all'ospedale di competenza. L'attività di Pronto Soccorso ha il compito invece di svolgere attività di accettazione avendo come obiettivi stabilizzare il paziente critico, trattare il paziente acuto, effettuare ricoveri appropriati e rinviare al medico curante, dopo opportuno inquadramento/trattamento, i pazienti che non necessitano di ricovero. Il codice di accesso stabilisce la priorità dell'invio agli ambulatori di Pronto Soccorso.

Attività di pronto Soccorso - anni 2011-2014

Aziende Sanitarie	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100
AUSL Ferrara	89.265	15,9	84.543	14,4	74.037	14,0	68.509	14,5
Totale Regionale	1.835.085	15,2	1.821.086	15,2	1.821.564	15,2	1.861.877	14,7

Per l'anno 2014 l'Ausl di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi pari al 14,5%, in linea con il dato Regionale (14,7%).

Numero di accessi x1000 abitanti per Distretto di residenza e Gravità del paziente

Distretto di residenza	PAZIENTE NON URGENTE	PAZIENTE URGENTE DIFFERIBILE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
OVEST	46,4	273,3	52,0	4,6	3,8	380,0
CENTRO NORD	40,7	240,4	66,2	5,7	0,6	353,6
SUD EST	53,7	307,7	59,5	8,5	0,7	430,1
PROVINCIA	45,7	266,9	61,1	6,3	1,3	381,3
RER	66,2	234,5	68,3	5,8	8,5	383,2

Comune	Cod. bianco	Cod. verde	Cod. giallo	Cod. rosso	TIU	Totale
FERRARA	0	4.809	5.310	4.007	0	14.126
ARGENTA	0	509	671	639	0	1.819
BERRA	0	148	142	180	0	470
BONDENO	0	339	439	404	0	1.182
CENTO	0	791	1.054	838	0	2.683
CODIGORO	0	328	413	325	0	1.066
COMACCHIO	0	905	1.189	961	0	3.055
COPPARO	0	494	682	603	0	1.779
FORMIGNANA	0	62	73	75	0	210
GORO	0	71	94	88	0	253
JOLANDA DI SAVOIA	0	70	111	110	0	291
LAGOSANTO	0	94	145	114	0	353
MASI TORELLO	0	43	61	60	0	164
MASSA FISCAGLIA	0	37	37	37	0	111
MESOLA	0	186	175	168	0	529
MIGLIARINO	0	52	47	35	0	134
MIGLIARO	0	66	34	31	0	131
MIRABELLO	0	70	95	74	0	239
OSTELLATO	0	166	203	207	0	576
POGGIO RENATICO	0	173	187	187	0	547
PORTOMAGGIORE	0	391	494	387	0	1.272
RO	0	75	77	76	0	228
SANT'AGOSTINO	0	128	193	162	0	483
TRESIGALLO	0	129	138	112	0	379
VIGARANO MAINARDA	0	151	157	144	0	452
VOGHIERA	0	80	101	96	0	277
TOTALE	0	10.367	12.322	10.120	0	32.809

Il numero di interventi totale si attesta su valori analoghi al 2013, si specifica che nel 2014 non vengono conteggiati i codici bianchi, anche se di fatto eseguiti. I codici di maggiore gravità, codici rossi, sono circa un terzo del totale. Analogamente al 2013 anche nel 2014 si assiste ad un aumento dei ricoveri presso il centro HUB di Cona , questo anche per una sempre maggiore applicazione dei percorsi di centralizzazione per IMA STEMI , SROKE e POLITRAUMA. Aumentando l'appropriatezza, sintetizzando il paziente giusto nell' ospedale giusto.

Piano sangue, raccolta e consumi

Confronto attività di raccolta sangue 2014 - 2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	21.064	21.794	-3,3
TOTALE	221.839	234.459	-5,4

Confronto consumi di Unità di globuli rossi 2014 – 2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	22.445	23.088	-2,8
TOTALE	222.047	234.529	-5,3

Confronto attività di aferesi 2014-2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	970	953	1,8
TOTALE	64.644	63.737	1,4

Confronto totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) 2014 - 2013

	ANNO 2014	ANNO 2013	differenze % 2014-2013
Ferrara	22.034	22.747	-3,1
TOTALE	286.483	298.196	-3,9

Per quanto riguarda l'ambito della raccolta e consumo del sangue, i dati della provincia di Ferrara mostrano un andamento leggermente migliore rispetto a quelli regionali. Infatti pur essendo diminuita l'attività di raccolta del sangue intero (di una percentuale comunque inferiore al livello regionale), è leggermente aumentata l'attività di aferesi di circa l'1,8%. L'attività totale di raccolta della provincia di Ferrara nel periodo 2013-2014, comunque, registra quindi un -3,1% rispetto ad un andamento regionale pari al -3,9%. In sintesi, pur presentando dei dati discreti, la provincia di Ferrara dovrà però impegnarsi ulteriormente per migliorare i livelli di raccolta al fine di migliorare i livelli di autonomia del consumo rispetto alla raccolta. Tali azioni andranno intraprese con il coinvolgimento di tutta la provincia in modo particolare agevolando, con interventi di diversa natura, tutti i punti di raccolta periferici.

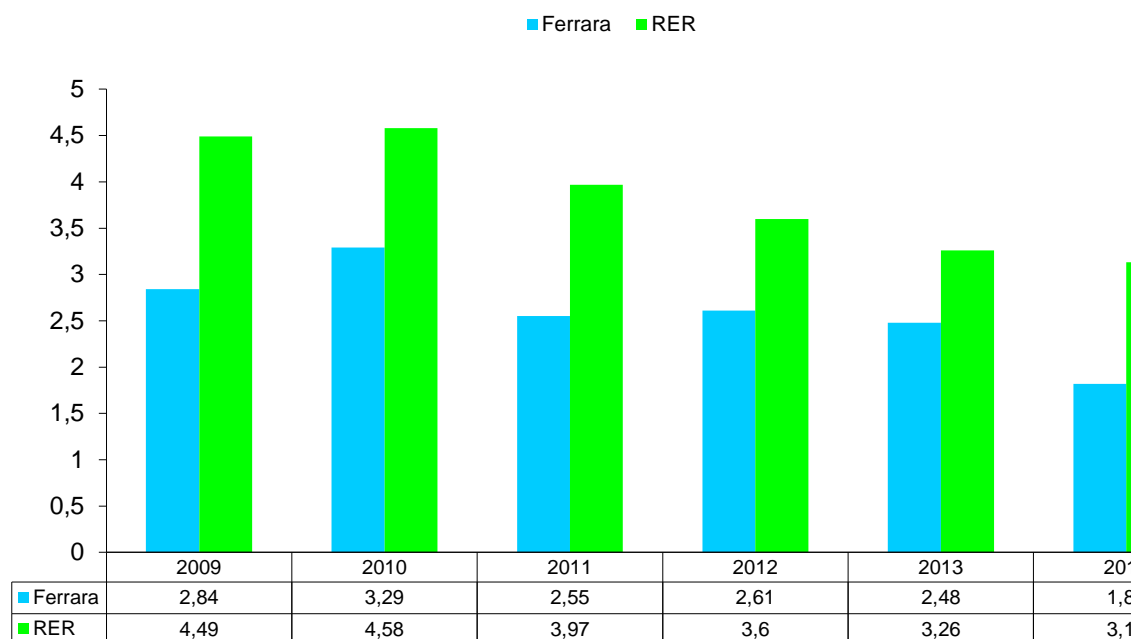
Livelli Essenziali di Assistenza – Qualità dell’Assistenza

Indicatori di qualità legati al consumo di prestazioni ospedaliere dei cittadini ferraresi

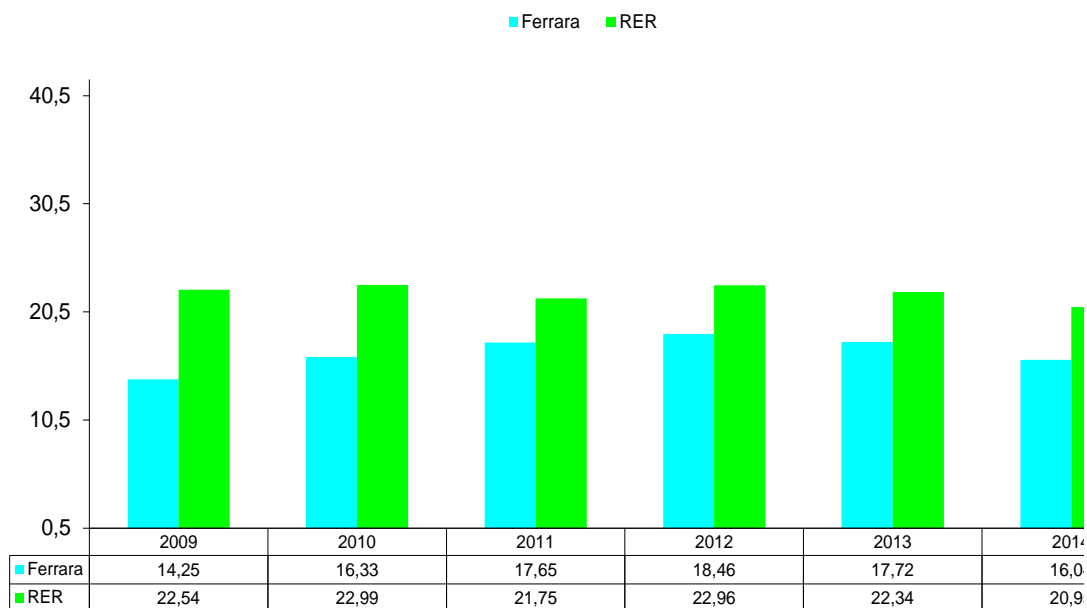
Ciascun indicatore è soggetto a possibili *bias* (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l’effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest’ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza di fattori etiologici diversi, etc.

L’uso di un indicatore di per sé non deve avvenire determinando nel lettore interpretazioni assolute; l’interpretazione dei dati deve invece avvenire in un contesto multidimensionale al fine di permettere la visione complessiva del sistema analizzato nei suoi più variegati aspetti.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici *10.000 residenti. Anno 2014

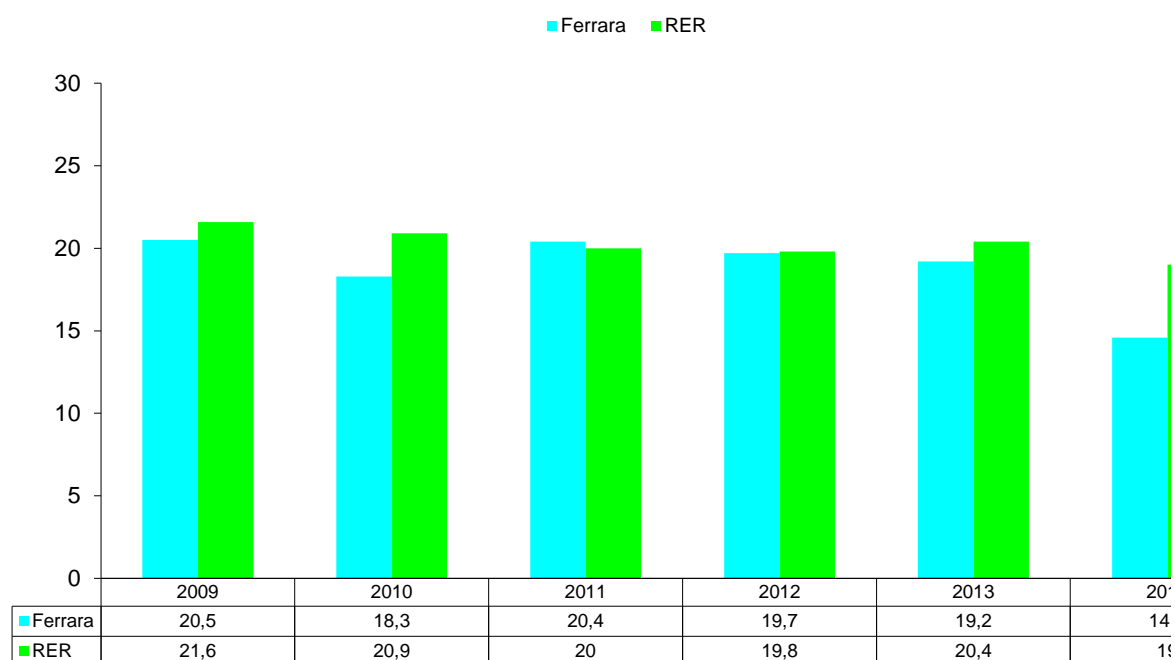


Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti. Anno 2014



Il tasso di ospedalizzazione per diabete è un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze della patologia che rendono necessario il ricovero. Questi indicatori ci forniscono un'idea dell'effetto preventivo esercitato, o meno, dal sistema sanitario di riferimento sulle complicanze relative alla patologia dismetabolica cronica più diffusa nel mondo, il diabete; la corretta gestione del paziente avrebbe, infatti, un effetto inversamente proporzionale rispetto ai relativi tassi specifici di ospedalizzazione. L'Ausl di Ferrara per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per le complicanze a breve termine, ha fatto registrare valori inferiori alla media regionale, in tutto il periodo considerato. Ciò molto probabilmente è da imputare ad un buon livello di gestione ambulatoriale e territoriale della malattia che previene complicanze ad insorgenza improvvisa quali la chetoacidosi o il coma diabetico. In modo analogo possiamo commentare il valore del tasso di ospedalizzazione per le complicanze a lungo termine; da questo punto di vista una buona gestione ambulatoriale e territoriale del paziente unita ad una adeguata compliance dello stesso, legata a specifici programmi di educazione e follow up, consentono di registrare valori notevolmente inferiori alla media regionale in tutto il periodo.

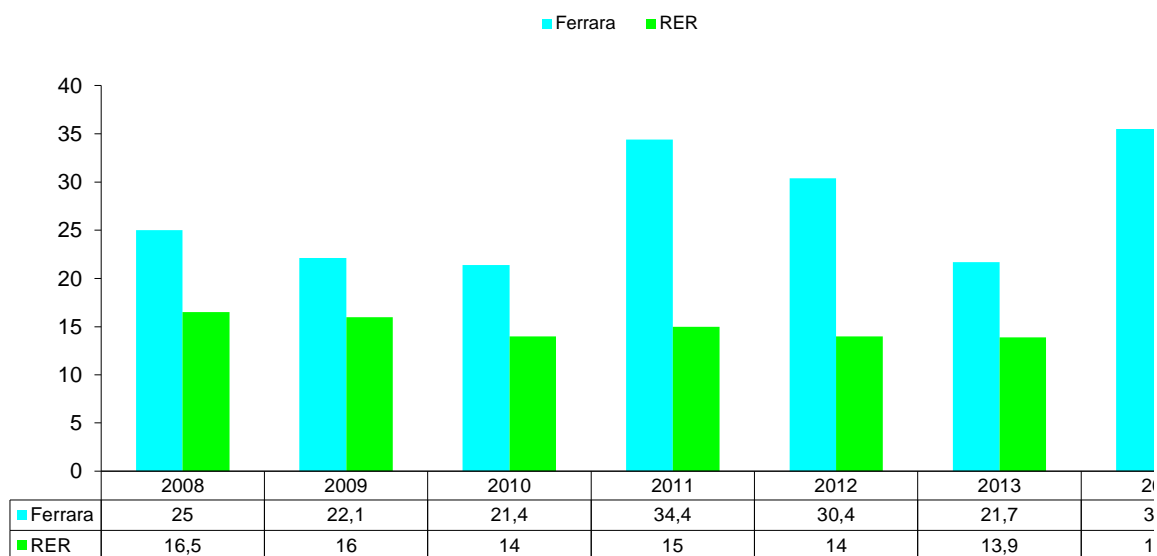
Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



Negli ultimi 20-30 anni, in molti paesi europei ed extra-europei si è osservato un aumento della proporzione di parti mediante taglio cesareo con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 20%. La prima raccomandazione ufficiale sulla percentuale appropriata di cesarei risale al 1985 a seguito di una consensus conference organizzata appositamente dall'OMS che concluse che il 10-15% di parti mediante taglio cesareo non doveva essere superato perché questo non avrebbe prodotto alcun beneficio aggiuntivo di salute per la madre e per il neonato. Fra le condizioni cliniche che possano indicare un parto cesareo sono: parto cesareo in precedenti gravidanze, presentazione podalica, complicanze relative alla placenta o al cordone ombelicale, malattie a trasmissione sessuale, infezioni, peso del nascituro, gestosi, diabete, nefropatie. In Italia nel 1999 la proporzione di parti cesarei ha superato il 30% e continua a crescere nel tempo con notevoli variazioni regionali. L'Ausl di Ferrara nel corso del periodo 2009-2014 ha fatto registrare valori del tutto in linea con la media regionale e con analoghi valori registrati a livello europeo e statunitense (18-20%).

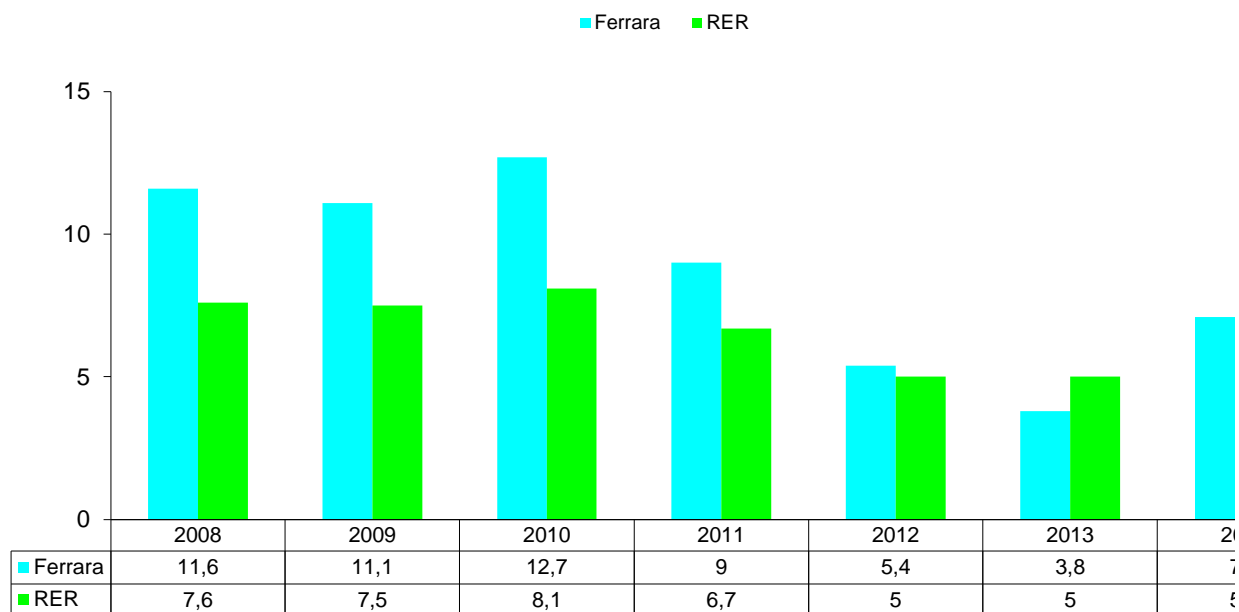
L'analisi di questo indicatore ci permette di riconoscere, al di là delle sempre possibili differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni, il sostanziale orientamento dell'équipe alla cui attività si riferisce; nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di inappropriatazza, la valutazione della variabilità tra diversi ospedali (oltre al confronto con standard nazionali e internazionali) può consentire l'identificazione di aree in cui può essere ridotta.

Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero. Anno 2014



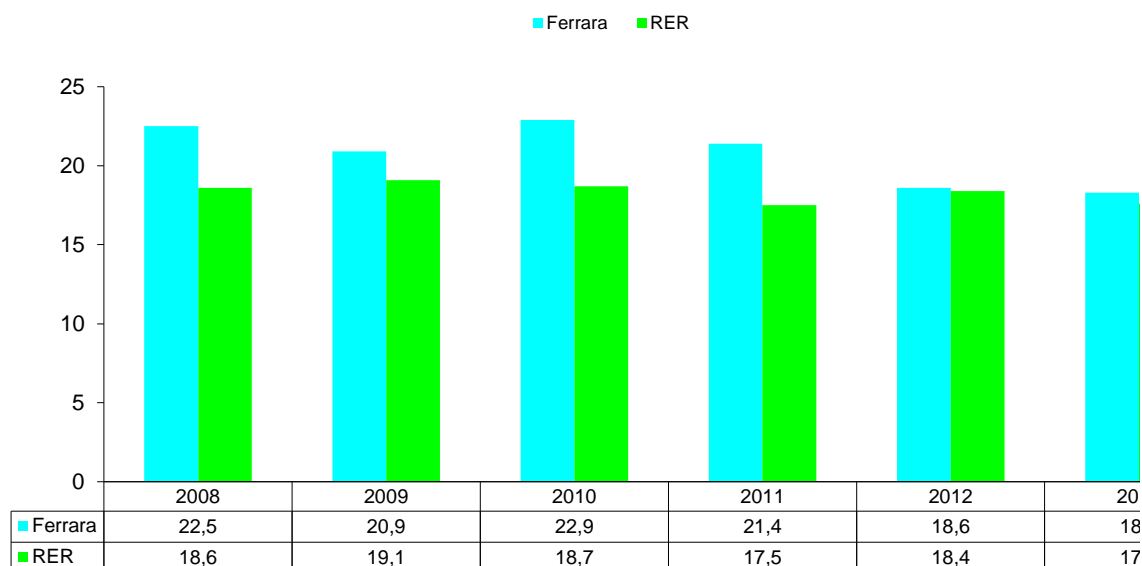
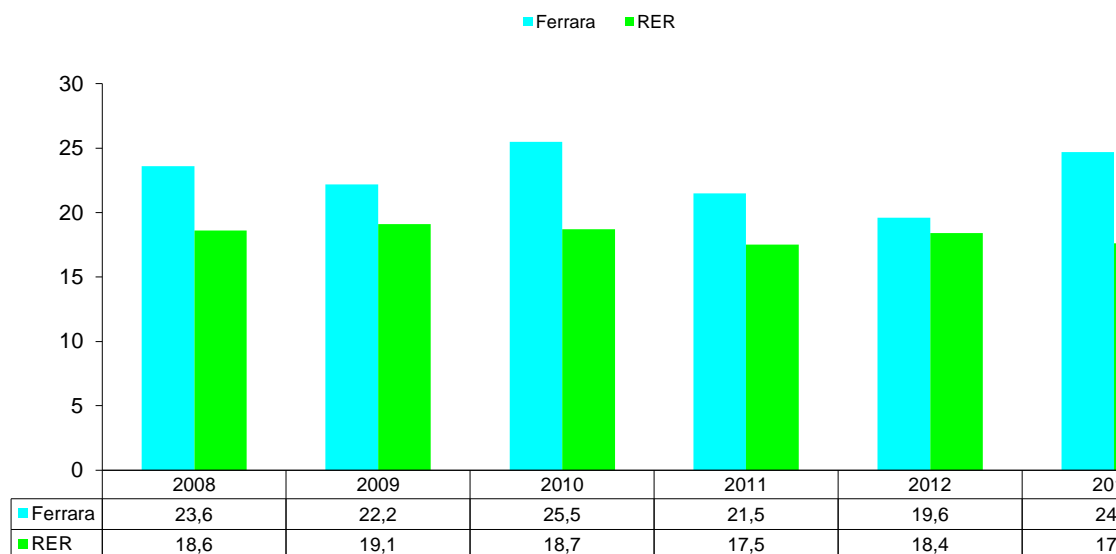
L'attività di angioplastica primaria dei pazienti afferenti agli ospedali aziendali ed i pazienti presi in carico dal servizio 118, fin dal Novembre 2013, sono centralizzati all'Hub di Cona. Il Centro di emodinamica di Cona, nel corso del 2014, ha registrato una proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI pari a 14,2% leggermente superiore alla media regionale.

Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero. Anno 2014



Anche per questo indicatore, si registra che la mortalità a trenta giorni per un episodio NSTEMI, vede l'Azienda USL, come azienda di residenza, registrare un tasso di mortalità leggermente superiore alla media regionale (7,2 contro 6,7 regionale), la forbice aumenta di circa 1,8 se si considera l'Azienda USL come azienda di ricovero. Se si considera la serie storica dei dati, emerge una certa fluttuazione difficilmente comprensibile se non legata ad una casistica composta da un numero di casi basso che risente in maniera rilevante a piccoli scostamenti del dato assoluto.

Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e residenza. Anno 2013

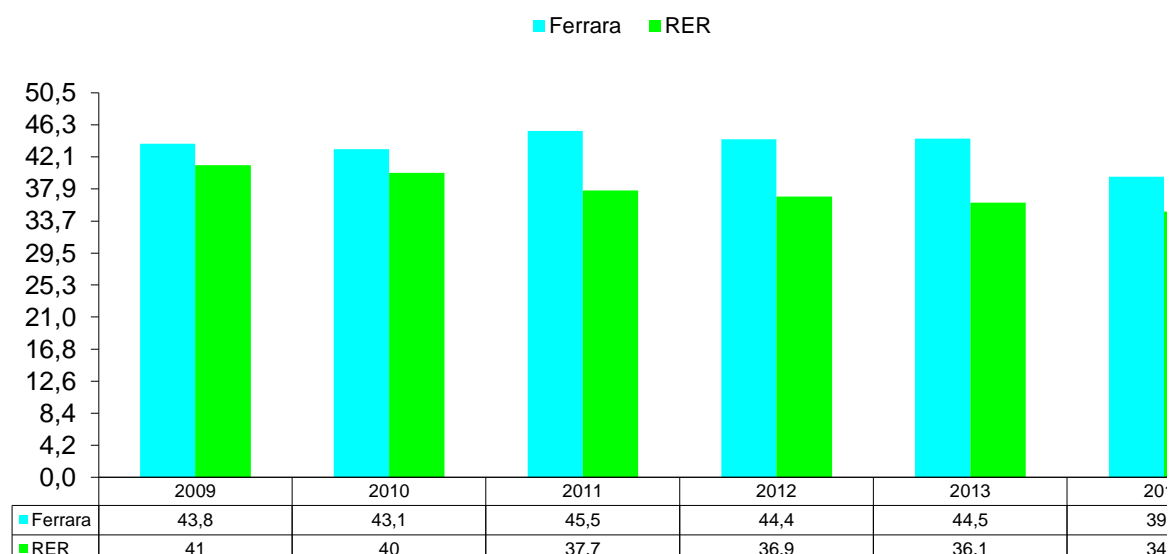


L'ictus ("stroke") e altre condizioni cerebrovascolari sono fra le prime cause di morte in molti paesi, dopo il cancro e le patologie cardiache. Nella nostra provincia, è stato attivato il percorso della trombolisi precoce che prevede che una parte dei pazienti eleggibili a tale trattamento, vengono inviati immediatamente all'Hub di Cona con ottime opportunità terapeutiche. Tale percorso è stato affinato nel corso dell'anno 2014.

Il valore registrato per l'indicatore sede di residenza risulta non particolarmente difforme dalla media regionale in quanto risente dei successi terapeutici dei pazienti suscettibili di terapia trombolitica precoce affettua presso il centro Hub di Cona.

L'indicatore sede di ricovero, è superiore alla media regionale. Da tale dato emerge, da un lato la necessità di rivalutare la casistica e selezionare in maniera più puntuale i pazienti da avviare al trattamento disostruttivo precoce all'Hub di Cona, dall'altro, che i tassi di vecchiaia e di comorbidità della popolazione Ferrarese, incide significativamente su tale indicatore.

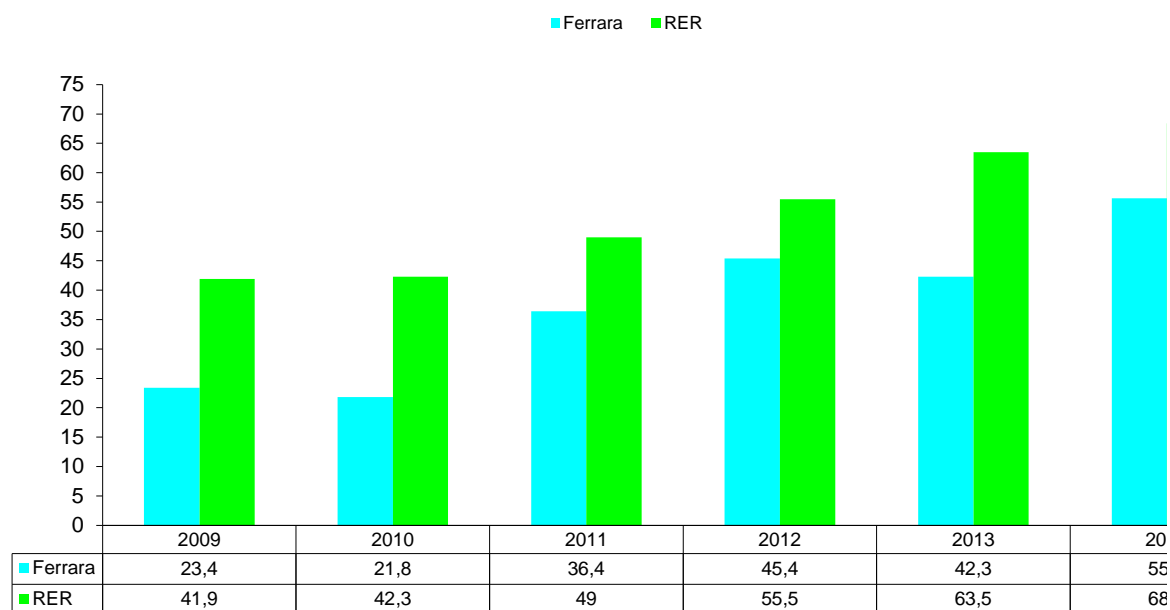
Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) *10.000 residenti. Anno 2014



Questo indicatore, pur risultando molto specifico, rappresenta l'effetto della prevenzione messa in atto dai sistemi sanitari ai fini del contenimento dei consumi di prestazioni sanitarie in ambiente non adeguato rispetto alla domanda. Tale indicatore è costituito dal tasso di ricoveri ospedalieri avvenuti per patologie trattabili in altro regime prestativo (es. ipertensione, arteriosclerosi, asma, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, etc); pertanto più risulta elevato e meno evidenti sarebbero gli effetti degli interventi preventivi messi in atto a livello territoriale. L'Ausl di Ferrara per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili, ha fatto registrare valori superiori alla media regionale, in tutto il periodo. Il dato, risente probabilmente della maggior rappresentatività della popolazione anziana della provincia di Ferrara rispetto alla media Regionale ed alle più frequenti comorbidità presenti in queste fasce di età.

Inoltre, è necessario procedere ad una ulteriore revisione della presa in carico delle patologie croniche responsabili di ricovero (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) da parte delle Case della Salute del territorio. Ciò con l'obiettivo di migliorare gli interventi atti a migliorare la stabilizzazione delle patologie croniche ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero da parte di questa tipologia di pazienti.

Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



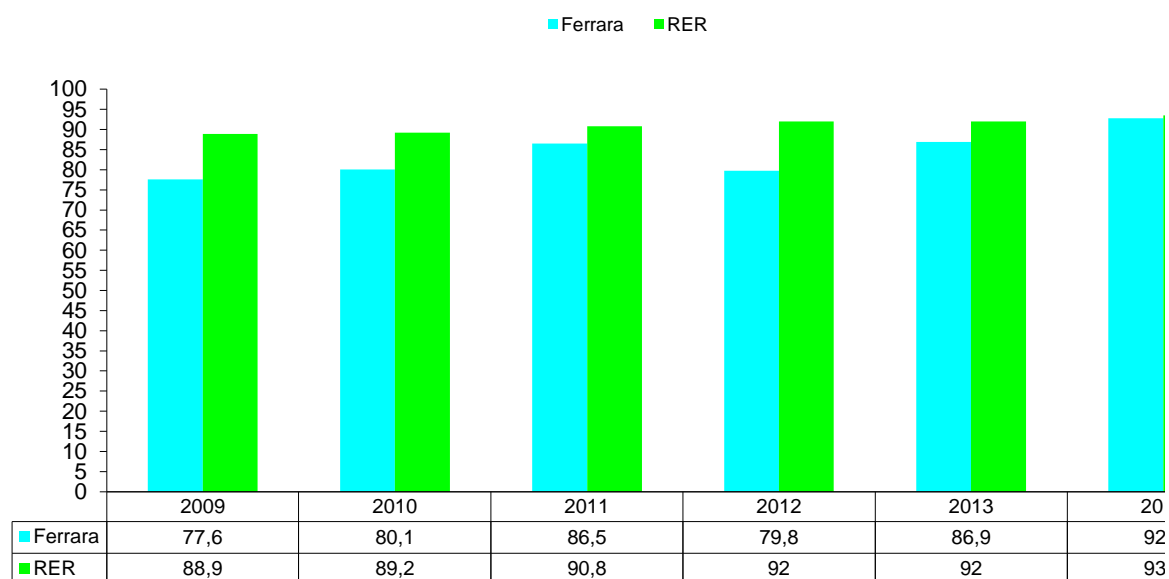
La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40%.

Tale indicatore è anche tra quelli individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa, nel documento viene individuato come standard il valore medio delle regioni. L'Ausl di Ferrara ha ottenuto un importante miglioramento del valore dell'indicatore a partire dal 2011 grazie anche ai risultati di audit realizzati periodicamente.

L'attività direttamente connessa all'audit delle cartelle cliniche e alla revisione dell'attività ha portato ad un'importante sensibilizzazione dei professionisti coinvolti nel trattamento del paziente con frattura di femore e a una forte presa di coscienza della problematica. Ciò ha reso percentualmente più semplice intraprendere delle modifiche organizzative all'interno della struttura complessa ospedaliera che andassero nell'ottica di perseguire gli standard dell'indicatore.

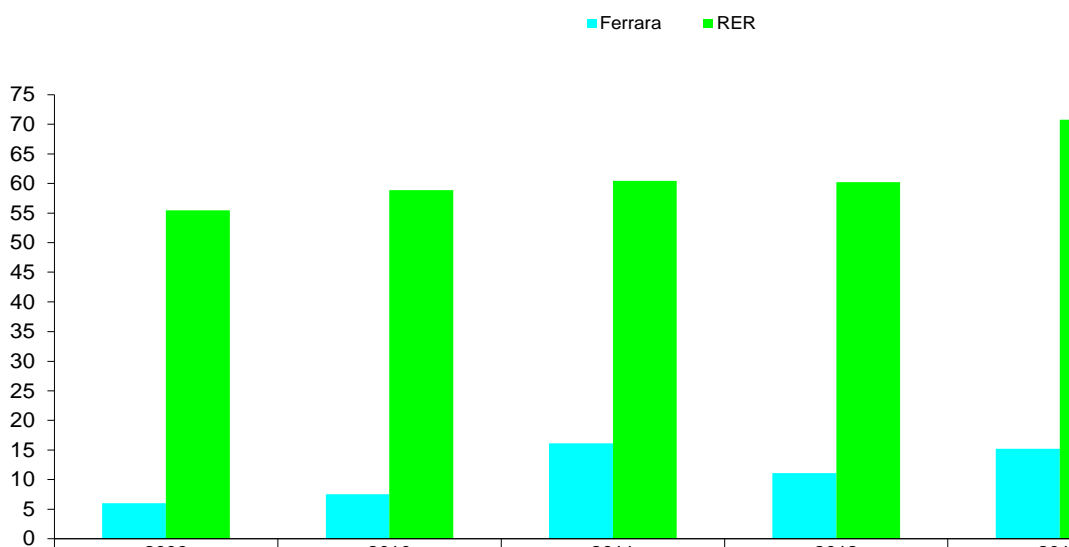
Seppur ancora al di sotto del valore regionale di riferimento, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, è passata da 23,4% nel 2009 al 55,7% nel 2014.

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



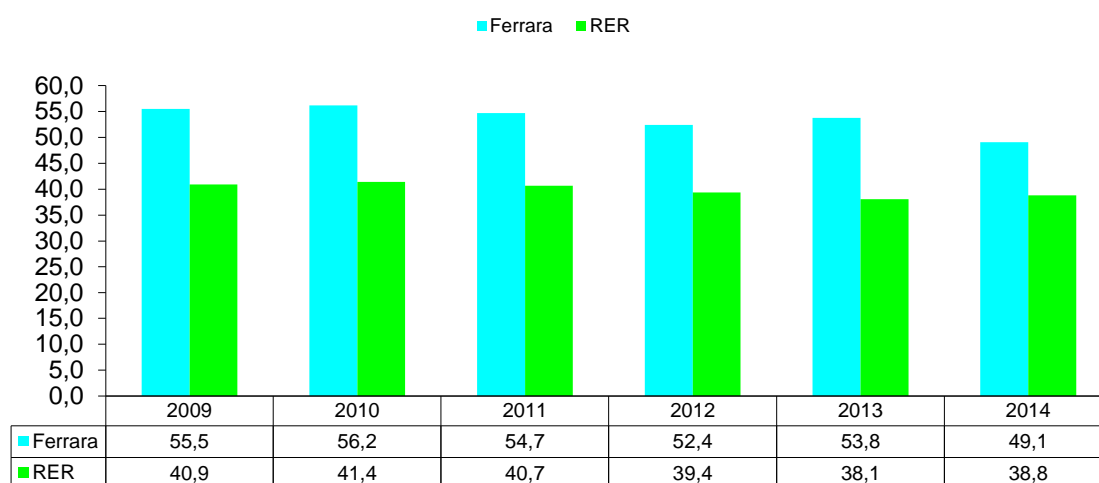
La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure. L'Ausl di Ferrara, grazie all'effetto combinato dell'acquisizione di idonea strumentazione e della sempre migliore preparazione dei professionisti, ha messo in atto progressivamente azioni con l'obiettivo di un avvicinamento del valore dell'indicatore alla media regionale.

Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014 (per Ausl di Ferrara pari a zero.)



Per tale indicatore, non sono segnalati casi, in quanto, per effetto della riprogrammazione delle attività sanitarie della provincia di Ferrara, l'attività di PTCA è stata (dal Novembre 2013) concentrata tutta all'Hub di Cona

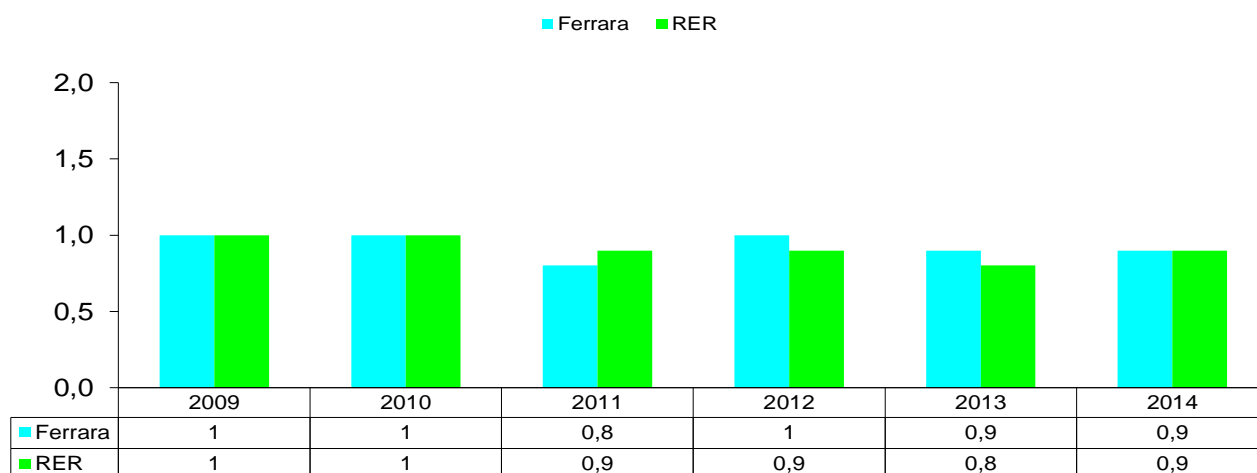
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti. Anno 2014



Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia cronica e progressiva che per natura richiede talvolta il ricovero ospedaliero, tuttavia, se il paziente riceve un'adeguata assistenza territoriale e domiciliare, la malattia può essere per lo più controllata in regime ambulatoriale, evitando quindi eccessive ospedalizzazioni.

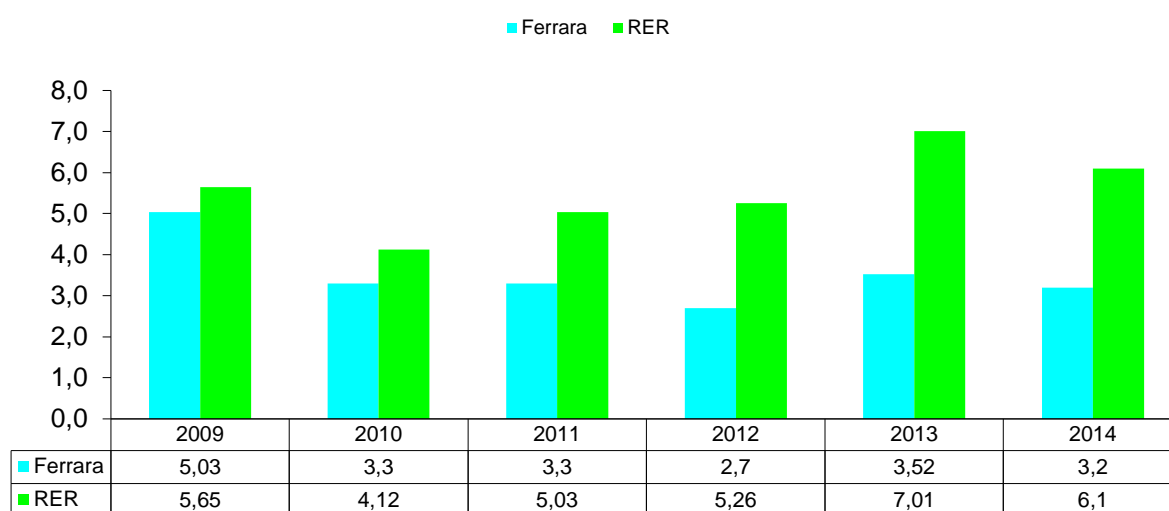
Il dato del tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio fatto registrare dai pazienti residenti nella provincia di Ferrara, risulta essere in tutto il periodo al di sopra della media in regionale pur con differenze significative all'interno del territorio provinciale. L'Ausl ha quindi avviato una revisione della presa in carico dello scompenso cardiaco da parte dei servizi ambulatoriali e del territorio nei diversi Distretti, con la fattiva collaborazione dei MMG e dei Specialisti Cardiologi, al fine di migliorare gli interventi preventivi atti ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici*10.000 residenti. Anno 2014



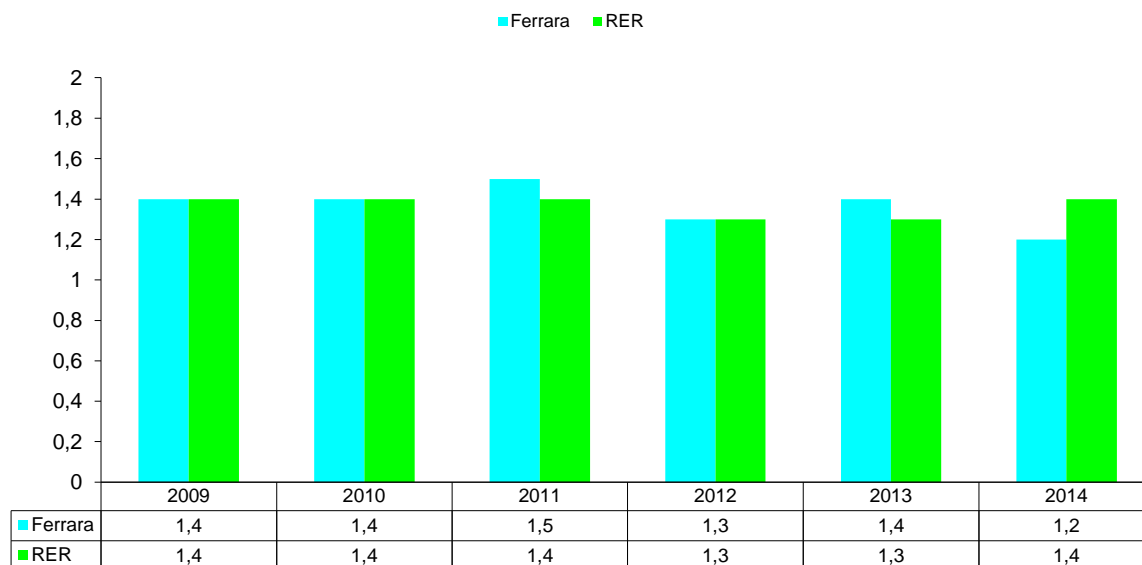
Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici è pertanto un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze che le causano. L'Ausl di Ferrara ha un valore dell'indicatore del tutto in linea con il dato regionale.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 aa.)*10.000 residenti anziani. Anno 2014



Un basso tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani evidenzia una buona presa in carico da parte del territorio (MMG, ADB, ADI, ecc..) unitamente ad un buon livello di interazione tra ospedale e territorio. Per quanto riguarda l'Ausl di Ferrara il dato è migliorato nell'ultimo periodo ed è tra i più bassi a livello regionale.

Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione. Per Azienda Sanitaria di ricovero. Anno 2014



Questo indicatore evidenzia un basso livello di appropriatezza rispetto alla dimissione ospedaliera. L’Ausl di Ferrara mantiene costantemente monitorato l’indicatore e ne verifica l’andamento con tutte le UU.OO. ospedaliere per valutare eventuali livelli di in appropriatezza della dimissione ospedaliera. Tale attività perseguita nel corso degli anni si può evidenziare nel dato dell’indicatore che fa registrare valori inferiori a quelli della media regionale.

Distribuzione per tipologia di segnalazione dagli URP aziendali e per oggetto della segnalazione

	Elogi		Impropri		Reclami e rilievi		Suggerimenti		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Aspetti tecnici professionali	200	197	--	--	167	89	--	1	367	287
Aspetti organizzativi	8	2	--	--	140	200	6	6	154	208
Aspetti relazionali	133	107	--	--	49	38	2	2	184	147
Tempi	--	--	--	--	75	69	--	--	75	69
Aspetti alberghieri e comfort	4	3	--	--	34	39	5	1	43	43
Aspetti economici	--	--	--	--	65	41	--	--	65	41
Informazione	6	5	--	--	21	27	--	--	27	32
Aspetti strutturali	--	--	--	--	11	16	--	2	11	18
Altro	16	7	--	--	9	7	--	1	25	15
Aspetti normativi	--	--	--	--	23	6	1	--	24	6
<i>Privo di CCRQ *</i>	--	--	23	13	--	--	--	--	23	13
Totale	367	321	23	13	597	532	14	13	1001	879

* Un evento classificato improprio non può avere da sistema un classificazione CCRQ

Capitolo realizzato con la collaborazione di: Antonio Alfano, Gabriella Antolini, Paola Bardasi, Sandro Bartalotta, Antonella Beccati, Lorenzo Benini, Chiara Benvenuti, Chiara Berardelli, Maria Chiara Bongiovanni, Anna Campi, Stefano Carlini, Renato Cardelli, Sara Castellari, Filomena Catera, Giuseppe Chillemi, Anna Codamo, Giuseppe Cosenza, Marisa Cova, Chiara Cuoghi, Aldo De Togni, Antonio Di Giorgio, Franca Emanuelli, Flavio Ferioli, Maria Ficca, Alessandra Galletti, Luisa Garofani, Paola Giacometti, Erika Grandi, Michele Greco, Sandro Guerra, Felice Maran, Luigi Martelli, Cinzia Martellosi, Emanuela Montanari, Silvano Nola, Stefano Palazzi, Maria Caterina Pareschi, Valerio Parmeggiani, Rossella Pellizzari, Adelina Ricciardelli, Erminio Righini, Franco Romagnoni, Cristina Rossi, Paola Scanavacca, Carlotta Serenelli, Gianni Serra, Cristina Sorio, Daniela Vassalli.



**3. Obiettivi
istituzionali e
strategie
aziendali**

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Programmazione strategica e centralità della persona. Riorganizzazione e governance aziendale

Sviluppo e potenziamento dei percorsi assistenziali a garanzia della continuità assistenziale, con miglioramento della qualità dei servizi e delle cure, con attenzione ai bisogni dei cittadini e all'ottimizzazione nell'uso delle risorse economiche

Dal punto di vista dell'organizzazione i servizi sociosanitari, devono dimostrarsi sempre di più, dinamici e flessibili, basati sulla collaborazione operativa anche tra professionisti e operatori sociosanitari ai vari livelli e rivolti ai differenziati bisogni del cittadino, bisogno particolarmente sentito nella Provincia di Ferrara, caratterizzata da un indice di vecchiaia tra i più alti della Regione Emilia-Romagna.

Dal punto di vista della Programmazione strategica, è stato perseguito un livello molto forte di integrazione tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna e l'Azienda USL, con attenzione verso l'appropriatezza delle cure, i bisogni dei pazienti e ad un utilizzo razionale delle risorse.

Il percorso ha cercato di favorire il coinvolgimento dei diversi attori del sistema, puntando anche allo sviluppo delle diverse professionalità e all'utilizzo di strumenti, anche di carattere gestionale, come il *percorso Budget anche per i dipartimenti interaziendali o il ciclo annuale di programmazione e controllo direzionale*, che rappresenta il meccanismo operativo di programmazione annuale con uno strutturato sistema di monitoraggio.

Le diverse azioni di sistema, hanno anche riguardato la realizzazione di Dipartimenti interaziendali e di percorsi assistenziali con una rete di servizi a carattere provinciale, basata su una più efficace razionalizzazione delle risorse.

Seguendo le indicazioni previste dal "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016", la programmazione aziendale per il 2014, ha previsto la realizzazione di un assetto organizzativo sostenibile, che ha teso all'allineamento con il costo pro-capite medio regionale, sempre attento ai bisogni dei cittadini ferraresi.

Privilegiata l'organizzazione basata su una rete reale che pratichi il modello di un punto centrale ad alta complessità (Hub) e di punti di prossimità (Spoke), in grado di erogare al meglio l'assistenza di primo livello.

In questa ottica, è stata prevista, tra l'altro, la realizzazione di:

- tre Ospedali di prossimità/Ospedali Distrettuali, Cento, Argenta e Delta, ciascuno caratterizzato da una organizzazione per livelli diversificati di intensità di cura;
- un servizio cittadino che sarà connotato dal ridimensionamento dell'Anello San Anna e dalla costruzione di una Casa della Salute;
- . altre Case della Salute e/o Ospedali di Comunità, nella restante parte del territorio ferrarese;
- un territorio in rete, nel quale l'integrazione con le strutture ospedaliere consente di creare percorsi completi, affidabili per il paziente, e sostenibili per il sistema anche nell'ambito della medicina Generale;
- un servizio di continuità assistenziale realmente utilizzato ed utilizzabile; che ancora deve consolidare il suo assetto;
- un servizio psichiatrico ospedaliero che vada verso un unico punto di erogazione ospedaliera, potenziando il territorio, con equità nei punti erogativi e grande attenzione allo sviluppo di servizi in sintonia con i bisogni e le esigenze specifiche;
- funzioni amministrative centrali unificate in una unica sede fisica e progressivamente trasformate da Dipartimenti in Servizi interaziendali o di Area Vasta, superando i residui di frammentazione territoriale che hanno reso i servizi amministrativi spesso incompleti o non idonei a svolgere pienamente la loro funzione di

“piattaforma di supporto alla attività sanitaria”: dagli sportelli di prenotazione, accettazione, pagamenti, alle attività propriamente amministrative erogate dai servizi centrali.

In linea con le indicazioni normative regionali, è continuata l'attività di trasformazione degli stabilimenti ospedalieri a minor complessità e realizzazione degli Ospedali di Comunità.

Basandosi su criteri di accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure, sono state realizzate particolari strutture sanitarie territoriali intermedie come le Case della Salute di Portomaggiore, Pontelagoscuro e ampliamento della Casa della Salute Anello S. Anna.

Realizzati a Copparo l'Ospedale di Comunità e la Casa della Salute mentre a Comacchio attivo l'Ospedale di Comunità ed in progettazione la Casa della Salute.

A Bondeno, è in progettazione sia la Casa della Salute che l'Ospedale di Comunità dopo i danni legati all'evento sismico.

Queste strutture, innovative dal punto di vista assistenziale, offrono, in sintesi, favorevoli opportunità sia per i pazienti che per gli operatori.

Andando incontro ai bisogni dei pazienti, le strutture che consentono:

- la gestione della cronicità, con un approccio proattivo ed il monitoraggio attivo dei pazienti, attraverso il lavoro in equipe che coinvolga Infermieri, Medici di medicina generale, medici specialisti, professionisti del sociale, associazioni e rappresentanti dei cittadini;
- l'adozione di strumenti di case management per i casi più complessi;
- l'utilizzo di care manager per il governo dei percorsi integrati di presa in carico dei pazienti cronici;
- la collaborazione tra professionisti attivando, all'interno delle Case della Salute, progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute;
- assistenza, negli Ospedali di Comunità, a pazienti caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio elevate, che richiedono un monitoraggio permanente in regime residenziale.

L'integrazione dei servizi, oltre agli aspetti organizzativi, ha rappresentato un'occasione di crescita professionale per gli operatori legata ad una più attuale “cultura professionale”, che rivolge la sua attenzione al valore dell'integrazione nella presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie, focalizzando l'attenzione sul processo assistenziale di presa in carico dei pazienti.

Un particolare aspetto di innovazione è rappresentata dal ruolo di infermiere Care Manager nella gestione della patologia cronica, nel rispetto delle competenze specifiche di ciascuno degli attori coinvolti nel processo di cura. L'obiettivo è quello di promuovere l'autocura dei pazienti, ridurre la frammentazione delle cure, fornire continuità alle cure ed attraverso la continuità, migliorare la qualità di vita della persona.

Altro strumento di intervento assistenziale integrato è legato allo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, che tendono sempre di più a favorire un confronto (audit), ed una integrazione reale, sia tra professionisti delle cure primarie (Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, Specialisti ambulatoriali, ecc.) che con i professionisti che operano in ospedale. Questo approccio sarà vincente nell'affrontare e risolvere la questione annosa dei lunghi tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero.

L'obiettivo, seguendo anche le indicazioni Regionali in questo particolare ambito, è proprio quello di rafforzare la presa in carico della multimorbilità e dei soggetti fragili anche attraverso:

- l'attivazione, all'interno degli ambulatori infermieristici di Nucleo, della gestione della cronicità mediante strumenti innovativi come i registri di patologia e modelli predittivi di fragilità;

-la diffusione dei Profili di Cura come strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza primaria, realizzando di incontri di audit clinico a livello di NCP su tematiche condivise (per esempio appropriatezza prescrittiva, profili di NCP, percorsi assistenziali);

- la partecipazione allo sviluppo ed alla diffusione dei profili di Cura dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie, con organizzazione di incontri di presentazione a livello distrettuale.

Le azioni di cambiamento organizzativo prevedono il supporto di specifiche attività di Formazione multiprofessionale e interdisciplinare, necessarie sia per approfondire e/o consolidare le conoscenze mutualmente utili che per promuovere lo scambio di conoscenze, puntando ad attività tese all'acquisizione di competenze che prevedono :

- lo sviluppo partnership nel lavoro di gruppo/team;
- una visione integrata multi-professionale degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
- sicurezza, qualità e continuità nelle azioni professionali.

Con l'attivazione di specifici percorsi per la presa in carico territoriale degli utenti affetti da patologie croniche e di servizi di supporto alla domiciliarità, tarati sulle condizioni del paziente, sul contesto familiare e sul tipo di risposte e risorse disponibili, sulla base delle segnalazioni ricevute (Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta, famiglie, Servizi Sociali, strutture di ricovero, altri servizi), si tende anche ad offrire maggiore sostegno assistenziale alle persone affette da patologie croniche.

I percorsi hanno riguardato diffuse patologie, come il Diabete mellito in età adulta, Diabete di tipo 1 nell'infanzia e adolescenza, somministrazione farmaci in età pediatrica, scompenso cardiaco, azioni di promozione della salute anche in ambito cardiovascolare, Prevenzione secondaria delle recidive cardiovascolari post IMA/SCA, senza tralasciare il miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa.

Le azioni previste dal "Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese per il triennio 2013 – 2016", hanno portato alla realizzazione a fine 2014 delle seguenti Reti:

- ✓ RETE ONCOLOGICA – U.O.C. PROVINCIALE DI ONCOLOGIA MEDICA
- ✓ RETE NEFROLOGIA – DIALISI U.O.C. PROVINCIALE DI NEFROLOGIA E DIALISI
- ✓ RETE T.A.O. – N.A.O.
- ✓ RETE INTEGRATA PER IL PAZIENTE DIABETICO – U.O.C. PROVINCIALE DIABETOLOGIA
- ✓ RETE PER L'ASSISTENZA ALL'ICTUS CEREBRALE ACUTO PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE E NEURO TRAUMA PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ RETE DELL'EMERGENZA
- ✓ RETE DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- ✓ RETE ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA CARDIOLOGICA E L'ELEZIONE CARDIOLOGICA PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ RETE PEDIATRICA E PERCORSO NASCITA – U.O.C. NEONATOLOGIA
- ✓ LABORATORIO UNICO PROVINCIALE

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

Assistenza Ospedaliera

A) STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante n. **1** Struttura Pubblica a Gestione diretta formata, a sua volta, da n. **3** Ospedali e da n. **2** stabilimenti ospedalieri che vanno a costituire il Presidio Unico Ospedaliero ovvero la Direzione Assistenza ospedaliera, secondo le denominazioni dei flussi ministeriali HSP. Essi sono:

- Ospedale "Mazzolani Vandini" di Argenta,
- Ospedale del Delta di Lagosanto,

- Ospedale “Ss. Annunziata” di Cento

Nel 2014 è avvenuta, inoltre, la trasformazione definitiva di Bondeno, Comacchio e Copparo, da ospedali a strutture sanitarie Case della Salute e, nelle due sedi di Copparo e Comacchio di 2 Ospedali di Comunità (per un totale di 40 posti letto).

- **OSCO:** Ospedale di Comunità “San Camillo” di Comacchio;
- **OSCO:** Ospedale di Comunità “San Giuseppe” di Copparo.

Sul territorio della provincia di Ferrara operano, inoltre, n. 2 Strutture Private Accreditate. Esse sono:

- Casa di Cura Accreditata “**Quisisana S.r.l.**”
- Casa di Cura Accreditata “**Salus S.r.l.**”

Il “Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016”, presentato in CTSS il 26 Giugno 2013 e condiviso con l’Azienda Ospedaliera Universitaria, vuole rappresentare uno strumento indispensabile per sviluppare alcuni principi che di seguito si sintetizzano:

1. Garantire l’appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
2. Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
3. Garantire quindi la sostenibilità economica, professionale e tecnica dell’intero sistema
4. Sviluppare e mantenere l’efficienza delle sale operatorie.
5. Creare le Reti Cliniche integrate provinciali con ottimizzazione dell’Ospedale HUB e dei Centri Spoke.
6. Ripensare all’ospedale ed al territorio in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti.

L’azienda USL, già dal giugno 2013 ha adottato il piano attuativo locale relativo al riordino del sistema ospedaliero provinciale. Tale documento è stato approvato nel mese di Giugno 2013 dalla CTSS.

Con riferimento al percorso di programmazione aziendale e agli obiettivi 2014 contenuti anche nel “Piano di sostenibilità provinciale 2013-2016” - elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 26/06/2013 e Deliberato dall’Azienda USL di Ferrara con atto n. 180 del 5/8/2013, viene fornita una sintesi delle attività di rilievo aziendale realizzate nell’anno 2014.

Le azioni legate all’organizzazione ospedaliera sono riferite al proseguimento nello sviluppo del modello HUB e Spoke e dall’attivazione delle reti cliniche provinciali, in sinergia con l’AOSP.

Dal 7 Gennaio 2014 con Delibera Aziendale N.335 del 24/12/2013 è stata effettuata una ridefinizione dei Posti Letto degli ospedali Aziendali passando da 721 posti letto presenti al 31/12/2012 a 600 al 31/12/2013 e 516 al 31/12/2014; anche con Delibera Aziendale N. 152 del 26/05/2014 “Cessazione attività di ricovero in degenza ordinaria e day hospital presso gli stabilimenti ospedalieri di Bondeno, Copparo e Comacchio - riconversione degli stabilimenti in strutture sanitarie territoriali - Ospedali di Comunità”, si dispone la cessazione dell’attività di ricovero in degenza ordinaria e day hospital presso i posti letto degli Stabilimenti Ospedalieri di Bondeno, Copparo e Comacchio che cessano così di essere parte del Presidio Ospedaliero dell’Azienda Usi; si dispone altresì la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Bondeno, Comacchio e Copparo in Strutture Sanitarie Territoriali – Ospedali di Comunità, con l’ottenimento da parte della regione Emilia Romagna di rilascio del codice autorizzativo di funzionamento delle strutture. L’attivazione della Struttura Sanitaria Territoriale di Bondeno avverrà al termine dei lavori di ricostruzione in atto.

I mutamenti degli Obiettivi di salute, delle opportunità diagnostico-terapeutiche, degli standard di prodotto e dell’assetto organizzativo provinciale e sovra-provinciale de/le reti per i servizi sanitari e socio-sanitari, hanno reso ineludibile l’attivazione di processi di profonda revisione dell’assetto organizzativo dell’offerta di servizi ospedalieri per la salute. L’anno 2014, è stato caratterizzato dalla attivazione, del piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il triennio 2013 2016.

In particolare sono stati attivati percorsi progettuali ed operativi sulle seguenti Aree:

Le azioni di maggior rilievo nel corso dell’anno 2014, sono state:

Ospedale di Argenta:

- Definizione di gruppi di lavoro ed introduzione di nuovi strumenti (briefing handover visual management ecc.) per l'attuazione del percorso dell'organizzazione per intensità di cura con attivazione e potenziamento della funzione riabilitativa;
- Consolidamento del progetto di Telerefertazione;
- Attivazione del POCT durante le ore notturne e festive a superamento del Laboratorio Analisi;
- Completamento della ristrutturazione della struttura ed attivazione del centro servizi multi professionale.

Ospedale del Delta:

- Ristrutturazione delle aree di Rianimazione ed UTIC e realizzazione di una area intensiva ed una semi intensiva. Avvio dell'organizzazione per intensità di cura;
- Attivazione della piastra chirurgica mediante accorpamento delle funzioni di Chirurgia Generale, Urologia ed Ortopedia. Avvio dell'organizzazione per intensità di cura;

Ospedale di Cento:

- Avvio del progetto intensità di cure nell'area intensiva mediante l'accorpamento delle funzioni di Rianimazione ed UTIC e dell'area medica mediante "avvicinamento" delle funzioni di Medicina e Cardiologia;
- Inizio del percorso di superamento della guardia dipartimentale chirurgica ed attivazione dei medici del PS per la copertura delle valutazioni urgenti di questi reparti;
- Avvio del modello organizzativo per intensità di cure, da consolidare nel 2015;
- Consolidamento del progetto di Telerefertazione.

Gli Ospedali di Copparo e Comacchio, sono stati rimodulati a Strutture Sanitarie Territoriali e istituite Case della Salute.

All'interno di tali strutture, sono stati attivati 20 p.l. in ciascuna struttura, di Ospedale di Comunità.

Assistenza Territoriale

OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

In ambito territoriale, in rapporto anche alla Programmazione Regionale, sono stati perseguiti i seguenti obiettivi:

- potenziamento del sistema delle cure primarie
- controllo dei tempi di attesa prestazioni specialistiche, tema delle cure primarie;
- ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta;
- presa in carico dei pazienti cronici.

Per l'anno 2014 l'Ausl di Ferrara prosegue i percorsi di riorganizzazione, rafforzamento e potenziamento delle cure primarie finalizzati a garantire la medicina di iniziativa, il case management e la presa in carico globale del paziente affetto da patologie croniche e del paziente fragile.

Occorre considerare che, in base all'analisi dei dati demografici ed epidemiologici: la popolazione ferrarese è sempre più anziana e cresce lentamente, molto meno della media regionale; il decremento demografico è una condizione peculiare della realtà ferrarese; emerge inoltre una maggiore incidenza delle cronicità (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio).

Ciò prevede la necessità di: orientare l'offerta assistenziale verso risposte sempre più adeguate alla cronicità, valorizzare il sistema delle cure primarie; organizzare la degenza in regime di ricovero in sinergia con il sistema ospedaliero provinciale e prestare attenzione al fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post – acuzie.

Nelle **Case della Salute** storiche (Copparo, Portomaggiore, Pontelagoscuro) e in quelle programmate (Sant'Anna, Comacchio e Bondeno) si stanno sviluppando percorsi sulla cronicità: diabete, scompenso cardiaco, BPCO, orientamento all'attività motoria per pazienti con rischio cardiovascolare.

Sono attivi in queste sedi ambulatori infermieristici dedicati allo svolgimento di attività programmate, con l'utilizzo di modalità di gestione proprie della medicina di iniziativa (chiamata attiva) e realizzazione di interventi di supporto all'autocura/educazione terapeutica.

Si sviluppata nelle case della salute la collaborazione con il DSM per la presa in carico integrata della patologia psichiatrica lieve (Copparo, ambulatorio dedicato ai disturbi dell'ansia, N. 35 pazienti in gestione integrata) e delle dipendenze da sostanze (alcol, fumo a Copparo e Portomaggiore).

Nella Casa della Salute di Portomaggiore, dal febbraio 2011 al 31 dicembre 2014 sono entrati nel progetto "Scompenso Cardiaco" complessivamente 234 pazienti.

Al 31 dicembre 2014 i nuovi soggetti inseriti nel progetto sono 131, di cui 78 maschi (60%) e 53 femmine (40%).

La stadiazione clinica dei soggetti evidenzia che il 64% dei pazienti sono classificati nello stadio C e il 34% nello stadio B.

Dall'inizio del progetto i dati di attività dell'ambulatorio a gestione integrata cardiologo-infermiere sono: 234 prime visite e 833 visite di controllo a cui si aggiungono 1.666 follow up telefonici effettuati dall'infermiere care-manager.

La tendenza alla riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco nei pazienti seguiti nel progetto è confermata dai dati del flusso regionale SDO relativi ai ricoveri di residenti nei Comuni di Portomaggiore e Ostellato per DRG 127; dal 2010 al 2014 si è passati da 113 a 95 ricoveri annui.

Per quanto riguarda il "Progetto Diabete", nel corso del 2014 sono entrati nel percorso di gestione infermieristica e percorsi facilitati 71 pazienti inviati dai MMG del NCP di Portomaggiore.

Per quanto attiene lo sviluppo dei **Nuclei di Cure Primarie**, si è favorito il confronto fra i professionisti che operano sul territorio (mmg, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche) e i professionisti ospedalieri (radiologi, ortopedici, cardiologi, ginecologi) attraverso l'organizzazione di audit ed eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, sull'uso della diagnostica radiologica (RMN articolare) sui PDTA della neoplasia polmonare e della neoplasia della mammella, sul percorso nascita, sui percorsi per i pazienti cronici nelle Case della Salute (radiologia e PICC nella Casa della Salute "Cittadella San Rocco").

I percorsi facilitati di accesso attivi alla Cittadella San Rocco attraverso il PDA sono:

- il percorso per la Radiologia che coinvolge lo specialista ortopedico e lo specialista reumatologo;
- il percorso Ecodoppler Cardiaco per gli specialisti cardiologi e per i MMG del Nucleo di Cure Primarie;
- il percorso Elettromiografia che coinvolge gli specialisti ortopedici, reumatologi e neurologi;
- il percorso per problemi ginecologici urgenti (riserva di posti prenotabili alla Cittadella San Rocco e fruibili presso la sede del consultorio di Via Boschetto);
- percorso PICC (pazienti che necessitano di inserimento di PICC provenienti dal domicilio possono ricevere la prestazione presso un ambulatorio dedicato all'interno della struttura).

I percorsi facilitati di accesso attivi alla Casa della Salute di Copparo attraverso il PDA sono:

- il percorso BPCO;
- il percorso Diabete;
- il percorso per Insufficienza renale cronica;
- il percorso per la disassuefazione al fumo di sigaretta;
- la carta del rischio cardiovascolare;
- il percorso vaccinazioni nell'ambulatorio di Nucleo;
- il percorso per la piccola traumatologia;
- il percorso per i disturbi di ansia;
- il percorso per il paziente anziano complesso.

Inoltre, per quanto riguarda la **Programmazione Aziendale**, sono state realizzate azioni, che mettono al centro il paziente, articolate nelle diverse determinanti, in particolare:

- Migliorare l'integrazione Ospedale/Territorio attraverso la costruzione di reti cliniche (ictus cerebrale acuto) e la formalizzazione di un programma interaziendale di geriatria;
- Razionalizzare i punti di erogazione per un più efficiente utilizzo delle risorse sia a livello territoriale che ospedaliero;
- Migliorare la qualità e completezza dei servizi offerti:
 - Percorsi diagnostici completi;
 - Presa in carico del paziente;
 - Messa in rete degli ospedali e delle strutture sanitarie nella logica dell'HUB and SPOKE;
 - Sviluppare nuovi modelli assistenziali all'interno delle Case della Salute con forte integrazione socio-sanitaria.
- Migliorare l'appropriatezza nella assistenza farmaceutica e protesica.

Si è raggiunto è stato un miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari, in termini di:

- Sicurezza ambienti e miglioramento dell'accesso;
- Tecnologia aggiornata e tecnologicamente avanzata;
- Minore frammentazione dei percorsi per l'Utenza;
- Completezza della presa in carico;
- Efficienza organizzativa nell'utilizzo delle risorse (Professionale e Tecnologica).

I risultati ottenuti devono essere potenziati e meglio qualificati in termini quantitativi e di indicatori di confronto regionale, in sinergia con l'Azienda ospedaliero-universitaria. Questo è l'obiettivo prioritario per il 2015.

Le azioni realizzate nell'area del Distretto **Centro – Nord** sono le seguenti:

Ferrara

Casa della Salute Cittadella San Rocco:

- Trasferimento del Poliambulatorio con 15 branche specialistiche e attivazione di diagnostica radiologica di base (Rx torace e piccole articolazioni), ecografia e senologia e attivazione del PDA per i percorsi di presa in carico;
- Trasferimento-attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, servizio assistenza anziani (UVG) ambulatorio stomizzati magazzino distribuzione ausili per incontinenza;
- Attivazione di 2 punti di accoglienza gestito dall'urp all'ingresso della Casa della Salute San Rocco 15 e Corso Giovecca 203.

Casa della Salute Pontelagoscuro:

Sviluppo della attività cardiologica per il nucleo di cure primarie Ferrara nord, trasferimento dell'UVM disabili nella casa della salute con una forte integrazione con ASP.

Copparo

Per la "Casa della Salute": si è realizzato il consolidamento dell'Ambulatorio Medico e Infermieristico H12, presa in carico della cronicità, realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici completi e potenziamento specialistica ambulatoriale con 17 specialità. Si è implementato il percorso di integrazione con la Sanità Pubblica sulle vaccinazioni sviluppando l'autonomia vaccinale degli infermieri di nucleo sia rispetto alle vaccinazioni dell'adulto che alle vaccinazioni pediatriche, interventi di promozione della salute (gruppi di cammino). Si è implementata l'integrazione con il DSM attivando un ambulatorio per i pazienti con disturbi psichiatrici minori a gestione mmg e psichiatra.

E' stato avviato un progetto di collaborazione con l'università di Bologna e l'Agenzia Sanitaria regionale sui percorsi di integrazione sociosanitaria e presa in carico dei pazienti fragili ("progetto Brasile").
Disattivazione della struttura ospedaliera di Copparo e riconversione di 20 posti letto di lungodegenza in 20 posti letto di ospedale di comunità a gestione infermieristica e con la responsabilità clinica del medico di medicina generale

Nell'area del Distretto **Ovest**; il progetto di realizzazione della Casa della salute di Bondeno e riconversione della struttura Borselli è stato autorizzato dalla Regione. Sono quasi ultimate le procedure per i finanziamenti complessivi sia della quota art.20 sia per la quota a carico dei Fondi terremoto e assicurativi. Nel corso del primo semestre si è riavviata a Bondeno l'attività del Poliambulatorio che dopo il sisma era stata trasferita a Cento e Vigarano. La medicina di gruppo è stata trasferita nell'ex Casa delle suore, nell'area cortiliva adiacente la struttura.

Nell'ex Borselli è stato collocato anche il Cup e il consultorio che nel dopo sisma era stato ospitato in un struttura del comune.

Sono stati sviluppati percorsi di maggiore integrazione ospedale-territorio nell'area dell'attività cardiologica ambulatoriale (tele refertazione ecg, percorsi riservati per la medicina generale) e ortopedica (percorsi riservati per la medicina generale)

Forte integrazione anche nell'area materno infantile fra i consultori e l'UO di ostetricia e ginecologia sul percorso nascita e sulle IVG

Sul progetto vaccinazioni sono state realizzate attività rivolte all'integrazione interdipartimentale.

Le azioni specifiche che riguardano l'Area **Sud – Est** sono le seguenti:

All'interno della struttura "San Camillo" è stata costituita una Medicina di Gruppo in previsione di realizzare la Casa della Salute. Dal primo giugno 2014 è stato attivato un Ospedale di Comunità con n. 20 posti letto dopo disattivazione dei posti letto di Lungodegenza.

Anche qui il modello prevede la gestione dell'assistenza in capo agli infermieri e la responsabilità clinica in capo ai medici di medicina generale.

Nel periodo giugno-settembre è stato attivato il punto di primo intervento destinato ai turisti, come da programmazione approvata dalla CTSS.

Dal mese di ottobre 2014 è stato attivato l'ambulatorio di nucleo H12 dei Medici di medicina generale.

Rimane da completare l'attivazione della Pediatria di gruppo e il trasferimento del Dipartimento di sanità pubblica.

Per quanto riguarda la "Casa della Salute" di Portomaggiore: i lavori di ristrutturazione sono stati completati nel mese di novembre.

Vi è stato un rafforzamento delle attività ambulatoriali urgenti di medicina generale nell' H12 gestito dal NCP, del Punto Prelievi; sviluppo del PDA infermieristico con implementazione dei percorsi di presa in carico, condivisi tra MMG e Specialisti, sviluppo dell'infermiere care manager per la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico e diabete.

Gli interventi nell'Area di Argenta sono stati:

- ristrutturazione dell'area dell'accesso con attivazione del nuovo CUP e Punto Prelievi;
- rivalutazione progettuale attività ortopedica in ottica provinciale;
- riorganizzazione complessiva attività chirurgica ginecologica;
- riorientamento attività chirurgica generale in ottica provinciale;
- potenziamento attività endoscopica e chirurgica ambulatoriale (anche dermatologica).

Anche nel Distretto sud est si è attivata l'integrazione DCP-DSP sulle vaccinazioni e lo sviluppo dell'autonomia vaccinale in capo al personale infermieristico.

Il **Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche** (DAISMDP) è la macro struttura aziendale per la Salute mentale e le Dipendenze Patologiche, come evidenziato nell' Atto Aziendale, nella Delibera 339 del 19 ottobre 2009, nel Piano Triennale Salute Mentale 2009-2011 della Regione Emilia - Romagna, nella Legge di Riforma 833/78.

Il DAI SM DP garantisce prestazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali, dei disturbi da abuso di sostanze e delle disabilità conseguenti, per un tempo che spazia dall'infanzia, all'adolescenza, all'età adulta, fino all'età avanzata; inoltre, garantisce l'integrazione con altre agenzie socio-sanitarie per contribuire a migliorare la salute mentale della popolazione in generale.

E' importante sottolineare l'ingresso nel DAI SM DP nel 2010 della componente universitaria psichiatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, che ha determinato l'integrazione interaziendale tra le 2 Aziende sanitarie ferraresi nell'ambito della salute mentale.

Tutti i trattamenti erogati dal DAI SM DP seguono un approccio terapeutico di tipo bio-psico-sociale finalizzato a:

- promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale della popolazione in ogni fascia di età;
- tutelare i diritti di cittadinanza e l'inclusione delle persone adulti e minori con disturbi mentali gravi e disabilità psicofisiche, disturbi da abuso di sostanze, lavorando contro lo stigma;
- intervenire con trattamenti terapeutici appropriati, nella fase della riabilitazione e nella fase delle urgenze, assicurando l'unitarietà del progetto, la continuità terapeutica e l'integrazione degli interventi, con un uso razionale delle risorse;
- implementare la multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà ad ogni livello della rete, contribuendo alla realizzazione dei Piani per la Salute e il Benessere, all'interno delle modalità di politica sanitaria predisposte per l'integrazione socio-sanitaria tra Direzione Aziendale, Direzione Distrettuale, Enti Locali (Ufficio di piano, Piani di zona, ASP);
- valorizzare la partecipazione delle Associazioni dei familiari, degli utenti e del volontariato, come risorse del Dipartimento.

Tutte le prestazioni garantite dal Dipartimento sono quelle considerate nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nei Prodotti-Indicatori-Standard indicati nell'accreditamento dell'Agenzia Sanitaria Emilia-Romagna e nei Progetti regionali di Innovazione con relativi fondi vincolati.

Con Delibera 173 del 26/07/2013, è stato completato il primo processo di riorganizzazione del Dipartimento in linea con la legislazione vigente, il Piano triennale Salute Mentale 2009-2011, secondo le seguenti linee programmate di cambiamento, che hanno condotto ai seguenti risultati, da migliorare e consolidare:

- sviluppo della semplificazione e razionalizzazione dei percorsi di accesso e di presa in carico dei pazienti, garantendo livelli di appropriatezza e qualità assistenziale e del rispetto della sicurezza anche degli operatori;
- unificazione dell'assistenza psichiatrica nell'area ospedaliera attraverso la costituzione di una Unità Operativa a direzione universitaria;
- unicità e continuità dei percorsi terapeutici riabilitativi nel territorio provinciale attraverso la costituzione di una estesa U.O. complessa che governa unitariamente nel territorio la salute mentale, superando la logica particolaristica dei distretti Centro/Nord e Sud/Est;
- organizzazione delle cure relative ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) come delineato dalla delibera di Giunta Regionale n. 1298 del 2009, che prevede progetti interaziendali con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara;
- integrazione intradipartimentale (tra le Unità Operative che costituiscono il Dipartimento Salute Mentale) e interdipartimentale (con altri dipartimenti aziendali, Dipartimento Sanità Pubblica - Dipartimento Cure Primarie – Case della Salute) e con l'Azienda Ospedaliera Universitaria;
- sviluppo del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità che deve garantire una razionale valorizzazione di tutte le risorse professionali di "Psicologo" presenti in Azienda e una maggiore efficienza gestionale, ricomprendendo, a tal fine, i moduli funzionali "Affidi", "Adozioni / Abuso", nonché l'incarico di Alta Specializzazione "Disturbi Specifici dell'Apprendimento (D.S.A.)";
- razionalizzazione del numero di Strutture Complesse e Semplici per maggiore efficienza nella governance;
- superamento della logica della frammentazione distrettuale delle risorse umane amministrative riorganizzando l'U.O. "Servizi Amministrativi" del DAI SM DP.

Con Determinazione 6730 del 20/05/2014 la Giunta Regionale ha concesso il rinnovo dell'accREDITAMENTO del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara a partire dal 1° agosto 2013.

I risultati raggiunti nel 2014, confrontati con i dati regionali, evidenziano possibili margini di miglioramento, che l'Azienda sta già percorrendo, verso una ulteriore semplificazione dei percorsi di presa in carico, una migliore gestione delle risorse assegnate, utilizzate in modo trasversale (psicologi) nonché una piena integrazione dell'area ospedaliera ed una ancora maggiore integrazione dei servizi territoriali nelle Case della salute.

Inoltre nell'ambito della "Armonizzazione dei sistemi contabili" sono svolte le attività propedeutiche alla Certificazione di Bilancio (PAC) che hanno portato alla approvazione ed applicazione della Procedura "Gestione del Magazzino Farmaceutico" doc. Nr. 5025 - versione 1 del 23/12/2014I . La stessa è espressione della Delibera n. 312 del 27/11/2014 dell'AUSL di Ferrara e comprende le seguenti Istruzioni Operative: - "Gestione ricevimento merci" - "Gestione scorte" - "Allestimento in regime ordinario di prodotti farmaceutici gestiti a scorta" - "Gestione inventario annuale prodotti farmaceutici".

Anche le linee di Budget sono state redatte tenendo in considerazione le "Linea Guida Regionale al Regolamento di Budget" di recente emanazione e recepite dall'Azienda con Delibera N. 310 del 27/11/2014 ad oggetto: Individuazione procedure amministrative contabili in applicazione del percorso attuativo della certificabilità ai sensi del d.m. 1 marzo 2013. regolamento di budget."

Sistema di Valutazione sulla Performance organizzativa e individuale

L'Azienda, in collegamento con il processo di Budget annuale, già dal 2011 ha provveduto ad una revisione dell'intero processo, dalla individuazione degli obiettivi riportati nel documento di direttive di budget fino alla valutazione di ogni singolo Dirigente.

Inoltre, le indicazioni pervenute dal livello nazionale e regionale relativamente all'applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, l'istituzione a livello regionale di un Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), unico per l'intera regione Emilia-Romagna pur coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (O.A.S.) e la normativa vigente in materia di valutazione del personale dirigente, inducono alla revisione del sistema di valutazione annuale del Personale dirigente.

Analoga revisione, con i necessari adattamenti, è in corso per il sistema di valutazione del personale dell'area comparto.

Considerati gli aspetti innovativi del percorso per la realtà aziendale, esso era già stato concretamente testato negli anni 2012 – 2013, per evidenziare gli eventuali punti di debolezza; poi modificato nella maniera più appropriata ed adattato agli orientamenti ricevuti dalla Regione. In considerazione anche della presenza di Dipartimenti interaziendali tra la ASL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria della provincia, le due Aziende hanno condiviso strumenti e metodi, fino anche alla scheda di valutazione della performance individuale annuale del personale dirigente applicati poi in ciascuna realtà secondo i disegni ed i percorsi in atto.

LA VALUTAZIONE COME STRUMENTO DI GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

L'attività di verifica e valutazione, prevista dalla normativa legata al contratto collettivo nazionale di lavoro, sia della Dirigenza che del Comparto, dal cap. n.5 della DGR n. 1113/2006, dal D.Lgs. n. 150/09, dalle indicazioni operative delle Delibere CIVIT, dalla legge n. 135/2012 e dalle indicazioni regionali, richiede l'introduzione di più innovativi concetti di gestione e valorizzazione delle risorse umane all'interno dell'Azienda.

Le tipologie di valutazione previste dalla normativa, finalizzate ad un miglioramento dell'efficacia gestionale attraverso la valorizzazione delle risorse umane, rivolgono in particolare l'attenzione ai seguenti livelli valutativi:

- a) *performance individuale;*
- b) *performance organizzativa.*

La valutazione della performance individuale si compendia in:

- *valutazione relazionale*, inerente ai comportamenti organizzativi;
- *valutazione manageriale*, relativamente alle capacità del Dirigente di guidare la Struttura affidatagli e di perseguire gli obiettivi collegati;
- *valutazione professionale*, relativa alle skill di ogni Dirigente.

La revisione del percorso di valutazione, nel rispetto delle normative e dei regolamenti aziendali, deve contribuire al miglioramento degli standard di qualità tecnica e relazionale, al fine di offrire una migliore risposta ai bisogni del cittadino – utente.

Anche i più recenti indirizzi di programmazione ed organizzazione riguardanti le Aziende Sanitarie, sia a livello nazionale che regionale, evidenziano la necessità di sviluppare percorsi assistenziali tesi a privilegiare un tipo di organizzazione del lavoro basata sul contributo operativo di molteplici professionalità che devono interagire tra di loro.

La logica della valutazione necessita di uno stretto collegamento al processo di gestione aziendale. A questo scopo appare necessario prevedere la realizzazione di percorsi valutativi legati allo sviluppo della qualità e non ancorati esclusivamente a concetti giuridico – amministrativi, anche se questi rappresentano un consistente aspetto della valutazione del personale.

Valutazione, sviluppo professionale e progressione di carriera devono essere considerati in maniera integrata.

Il percorso e gli strumenti della valutazione devono tener conto delle diversificate capacità di risposta da parte di ciascuna persona valutata, in rapporto al proprio livello di responsabilità, alle *performance aziendali*, in un'ottica di *qualità*, rivolta non solo ad aspetti quantitativi, ma anche di tipo relazionale, con attenzione ai livelli di soddisfazione del cittadino – utente.

In particolare, devono essere tenuti nella massima considerazione i collegamenti con gli standard previsti dall'accreditamento di qualità, secondo le indicazioni delle Regione Emilia – Romagna.

La capacità di promuovere adeguati comportamenti relazionali e comunicativi appare particolarmente importante nel settore sanitario, non solo in relazione ai fabbisogni di conoscenza manifestati dai pazienti durante la loro permanenza presso la struttura sanitaria, ma anche in relazione ai fabbisogni informativi e di coinvolgimento da parte del personale dell'Unità Operativa.

Ai fini della comprensione, della accettazione e della condivisione degli obiettivi aziendali occorre che ad ogni singolo operatore siano garantite le necessarie informazioni, nel tempo e nei contenuti, congruenti con le diverse responsabilità legate alla specifica posizione.

La conoscenza degli obiettivi aziendali, la loro articolazione in obiettivi di Unità Operativa, i sistemi e le unità di misura scelti per la verifica dei contributi individuali, i tempi della valutazioni, sono tutti elementi che devono essere esplicitati correttamente per mezzo di un chiaro e trasparente processo di comunicazione aziendale e all'interno della singola unità operativa.

In particolare, la Direzione Aziendale ritiene che “attivare un efficace percorso di comunicazione degli obiettivi strategici debba essere considerato come uno degli elementi di valutazione dei Dirigenti responsabili di Struttura”.

Il processo di valutazione, in termini organizzativi, deve svilupparsi in un'ottica di sviluppo dell' *Health system responsiveness* del sistema, (capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei cittadini), tenendo quindi nella giusta considerazione gli aspetti e le personali caratteristiche di ciascuno, in rapporto alle capacità di integrazione, di orientamento al risultato richiesto, della capacità di partecipare e favorire il lavoro di gruppo, della capacità di negoziazione degli obiettivi assegnati, dei livelli di relazione all'interno della propria struttura lavorativa, della capacità di gestione dei conflitti, del livello di attenzione ai bisogni dell'utente/paziente.

In sostanza il sistema di valutazione:

- Serve per orientare i i comportamenti organizzativi verso le finalità aziendali e rendere esplicito il sistema delle responsabilità
- Rappresenta la base dalla quale costruire piani e percorsi per sviluppare le competenze dei singoli dipendenti
- Supporta i processi decisionali che riguardano la gestione delle persone (assegnazione rinnovo incarichi dirigenziali, posizioni organizzative, assunzioni....) producendo informazioni utili che vengono raccolte nel dossier curriculare personale di ogni Operatore
- Fornisce a tutti i “gestori di collaboratori” occasioni e strumenti efficaci per il governo delle risorse

umane affidate

- Costituisce una delle attività manageriali critiche di successo attraverso le quali chi ha responsabilità di gestione di persone può svolgere la sua funzione di guida.

Sulla base di questi principi guida, l'Ausl di Ferrara aveva rivisto e sviluppato, in una prima fase, 2011 – 2013 la metodologia ed il percorso della valutazione all'interno dell'Azienda.

Ha operato con il supporto tecnico e metodologico di un organo "esterno" (OIV aziendale), con il preciso scopo di garantire alla Dirigenza ed a tutti gli Operatori che il processo di valutazione delle performance di struttura operativa e di singolo dipendente rispettasse i criteri di trasparenza, equità ed oggettività previsti dalle norme di buon andamento dell'amministrazione pubblica e delle vigenti discipline di legge e contrattuali in materia per tutti i Dirigenti fino alle UU.OO.

Nel 2013 e 2014 la funzione di valutazione è assegnata ad un Collegio di Valutazione, composto dalla Direzione aziendale, dalla Programmazione e controllo di gestione e dal Sistema informativo, committenza e mobilità, e dall'O.V.A. (Organismo di Valutazione Aziendale), U.O. Gestione Trattamento Economico personale dipendente, a contratto e convenzionato secondo le indicazioni regionali. Tale Collegio ha mantenuto la funzione di garante metodologico dei criteri e dei metodi messi in atto nel processo di valutazione (Delibera 346 del 24/12/2013, Nota Prot. n. 53170 del 2/9/2014 "Temporanea costituzione dell'Organismo Aziendale di supporto alla funzione di valutazione delle performance individuali ed organizzative del personale dipendente e altre funzioni previste dal D. Lgs. N. 33/2013" dove si confermano al Presidente le funzioni già attribuite con delibera n.. 346 del 24/12/2012).

A seguito della L.R. 26 del 20/12/2013 e della DGR n.334 del 2014, dove si costituisce l'OIV unico regionale, l'Azienda recepisce le indicazioni regionali con la Del. 332 del 15/12/2014 "Presa d'atto funzioni dell'organismo indipendente di valutazione (OIV) per il servizio sanitario regionale e istituzione organismo aziendale di supporto all' OIV unico regionale" con la costituzione dell'O.A.S. (Organismo Aziendale di Supporto).

La valutazione dell'attività del dirigente è periodica, con le seguenti cadenze:

- 1) annuale, relativamente alla performance individuale (comprendente le competenze professionali) ed alla performance organizzativa, quest'ultima effettuata dall'O.A.S. per i Direttori di Distretto, di Dipartimento e degli Uffici di staff e, a cascata, da questi ai Dirigenti delle Strutture di afferenza;
- 2) alla scadenza dell'incarico, posta in essere dai Collegi Tecnici;
- 3) alla scadenza del periodo di prova per i nuovi inserimenti, a cura del Responsabile di riferimento.

La valutazione deve prevedere:

- obiettivi affidati (di attività e di gestione delle risorse) (per tutti i Dirigenti fino alle UOC);
- qualità e quantità della prestazione;
- comportamenti tecnici, relazionale e gestionali tenuti nel periodo esaminato.

Sono tenute in considerazione

- l'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni,
- l'orientamento all'utenza,
- i risultati riportati nel processo di autorizzazione ed accreditamento e la certificazione di qualità dei Servizi,
- le capacità comunicative relazionali,
- la gestione degli aspetti legati alle innovazioni tecnologiche e procedurali,
- l'osservanza di norme, regolamenti e scadenze
- le capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali,
- l'attività di ricerca e formazione, qualora richieste.

Questo nuovo sviluppo del percorso di valutazione tende a rafforzare sistemi di orientamento dei comportamenti e responsabilizzazione degli Operatori.

Per raggiungere una reale efficacia e tradurre in concreto il cambiamento, il percorso di valutazione deve possedere specifiche caratteristiche, che sono state tenute in considerazione nella sua realizzazione e, in particolare, nella costruzione degli strumenti.

Sono state predisposte adeguate misure ed interventi formativi anche sui livelli dipartimentali affinché il sistema sia conosciuto e favorevolmente accettato dal contesto lavorativo aziendale e risulti facilmente gestibile dal punto di vista operativo, senza appesantimenti dell'organizzazione. La proposta è stata presentata alla Direzione Aziendale, al Collegio di Direzione, alle Organizzazioni Sindacali, alla Dirigenza ed ai titolari di posizione organizzativa del Comparto in quattro incontri, ai Comitati di Dipartimento che hanno ritenuto di volersi confrontare nella fase sperimentale di applicazione, a singoli Dirigenti che ne hanno fatto richiesta. Ad ogni incontro hanno fatto seguito una rivalutazione, eventuali aggiustamenti e/o chiarimenti con l'UO Programmazione e controllo di gestione e con la Direzione aziendale. Per la predisposizione degli strumenti ci si è avvalsi della collaborazione di rappresentanti della Dirigenza medica ospedaliera, territoriale e della Dirigenza amministrativa. Gli incontri di confronto, aggiustamenti e spiegazioni successivi sono stati numerosi e rivolti a tutta la Dirigenza. La scheda di valutazione della performance individuale annuale è stata sperimentata nell'anno 2013, condivisa con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ed adottata formalmente per l'anno 2014 per tutto il personale dirigente, compresi i professional, per questi ultimi, senza ricadute economiche conseguenti alla erogazione della retribuzione di risultato.

La valutazione ha lo scopo di consentire il raggiungimento di risultati validi ed efficaci, nell'ottica della progettazione ed implementazione di percorsi di carriera, in grado di valorizzare le differenziate competenze e potenzialità degli operatori.

LA NORMATIVA

Il percorso di valutazione del personale dirigente è definito, in conformità a quanto previsto dall'art. 15, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999, dai contratti collettivi nazionali di lavoro, dal cap. n. 5 della D.G.R. n. 1113/2006, dalla legge n. 135/2012, dal capitolo 27 dell'atto aziendale, approvato con D.G.R. n. 849/2009, dal D.Lgs. n. 150/2009, dalle indicazioni operative delle Delibere CIVIT ed A.N.A.C. dalle indicazioni Regionali del 19 dicembre 2012, Reg. PG 2012 n. 298303, dal D.Lgs. n. 158/2012, dal D.Lgs.n. 190/2012, dalla L. RER n. 26/2013, dalla D.G.R. n. 636/2013, dalla D.G.r. N. 34/2014, dal D.L. n. 90/2014, dalla Delibera O.I.V. RER n.1/2014.

In base a quanto previsto dalle disposizioni normative sopra richiamate, tale percorso è diretto a valutare le prestazioni ed i comportamenti del personale dirigente, articolandosi nelle due fattispecie della valutazione annuale e della valutazione di fine incarico.

La procedura di valutazione annuale, è correlata all'attribuzione dei trattamenti incentivanti, relativi alla retribuzione di risultato costituendo altresì parte integrante degli elementi di valutazione per l'affidamento e/o la conferma degli incarichi.

In linea con quanto previsto dalla più volte citata recente normativa, l'Azienda adotta metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance organizzativa ed individuale, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Nella valutazione sono utilizzati i dati ufficiali del Sistema Informatico della U.O. Programmazione e controllo di gestione, e della contabilità analitica, dell'accreditamento e della gestione del rischio, anche al fine di consentire la valutazione comparata dei risultati raggiunti in rapporto a quanto evidenziato da altre Aziende con profilo analogo all'Azienda USL di Ferrara, per dimensioni, caratteristiche dei servizi forniti, assetto organizzativo ecc. (benchmarking).

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Il sistema di valutazione è improntato ai seguenti principi:

- trasparenza dei processi e dei criteri usati e delle valutazioni effettuate con determinazione in via preventiva dei principi e delle modalità applicative che informano i sistemi di valutazione, di cui si dà tempestiva comunicazione al personale interessato;
- oggettività delle metodologie e degli strumenti utilizzati;
- esplicitazione delle motivazioni che sono alla base delle valutazioni effettuate;
- informazioni preparatorie alla valutazione adeguate e partecipazione del valutato anche attraverso il contraddittorio, con la possibilità di farsi assistere da un consulente di fiducia, e l'autovalutazione;
- diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore;
- espressione della valutazione finale secondo modalità che ne rendano il contenuto facilmente comprensibile, semplice e trasparente;
- periodicità annuale e continuità dei suoi processi attuativi.

Il contenuto della valutazione, documentato in un'apposita scheda, ha come oggetto:

- i comportamenti organizzativi;
- l'adeguatezza delle competenze tecnico-specialistiche individuali;
- le prestazioni fornite, in rapporto agli obiettivi di attività concordati, coerentemente con gli obiettivi definiti per la struttura di riferimento nella negoziazione di budget;
- nonché, nel caso in cui l'incarico conferito comporti anche la gestione di risorse, la valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi economici definiti.

Il procedimento di valutazione è stato strutturato e descritto ampiamente nelle "Istruzioni Operative sul sistema di valutazione aziendale" pubblicato sulla Intranet aziendale unitamente al modello di scheda di valutazione (13 e 16 items).

La valutazione degli obiettivi comportamentali (performance individuale, prima parte della scheda) è stata effettuata a cura del diretto superiore gerarchico ed eventuali contestazioni di rilievo sono state formalizzate, a garanzia del valutato e del valutatore.

La valutazione è avvenuta attraverso un confronto tra il soggetto valutatore ed il valutato e, soprattutto quando non positiva, è stata supportata da evidenze. La scheda di sintesi è stata firmata da entrambi. Indispensabili sono stati gli incontri di formazione per la Dirigenza.

Inoltre, in Azienda, viene utilizzato un modello di scheda di valutazione del Personale neo-assunto al termine del periodo di prova.

L'Azienda prosegue anche nel 2014 l'impegno sugli **adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione corruzione, misurazione della performance e codici di comportamento** secondo quanto previsto dalla normativa statale vigente, dalle indicazioni regionali.

Nel mese di gennaio 2014 l'Azienda USL Ferrara ha approvato con delibera del Direttore Generale i più importanti documenti previsti dalla legislazione in materia di prevenzione di corruzione e trasparenza rispettando appieno i termini imposti dal legislatore e dalla RER e precisamente:

- DDG 14 del 27/1/2014: "Approvazione del Codice di Comportamento dei Dipendenti e dei Collaboratori dell'Azienda USL Ferrara ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D. Lgs n. 165/2001, del D.P.R. n. 62/2013 e della delibera ANAC n. 75/2013 e della relazione illustrativa di accompagnamento del Codice";

- DDG 16/2014: "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2013-2016 e dell'allegato Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità 2014-2016 dell'Azienda USL Ferrara".

Il RPC aziendale ha provveduto alla massima divulgazione delle informazioni per il tramite di comunicati aziendali posti sulla rete INTRANET e con comunicazioni indirizzate direttamente ai dipendenti tramite l'utilizzo del sistema utentiposta in grado di raggiungere tutti i dipendenti con dominio @ausl.fe.it

Sempre nel mese di gennaio è stata inoltre adottata la delibera n. 15 del 27/1/2014 ad oggetto "Istituzione di una Cabina di regia provinciale per l'armonizzazione delle funzioni di trasparenza e di prevenzione della corruzione delle aziende sanitarie della provincia di Ferrara" ove, per l'Azienda USL Ferrara di è provveduto alla individuazione delle "rete dei referenti" così come previsto dal Piano nazionale anticorruzione.

A tali Referenti, ai sensi del disposto normativo nazionale, è assegnato il compito di vigilare ed applicare la normativa nelle Strutture da loro dirette, per le rispettive sezioni di competenza.

Svolgono attività informativa nei confronti del RPC, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento.

Da evidenziare che nel mese di aprile, il RPC con propria nota ha inviato a tutti i dipendenti dell'Azienda USL Ferrara fac simili di modulistica per facilitare gli obblighi di comunicazione previsti dal Codice di Comportamento (nazionale e aziendale) e precisamente:

- A) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla "Adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno";
- B) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse";

- C) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa all' "Obbligo di astensione";
- D) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla "conclusione di accordi o negozi o della stipula di contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali il Dipendente abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'amministrazione;

Il sistema avviato nell'Ente è tale per cui tutti i dipendenti ed i collaboratori dell'Azienda USL Ferrara dovranno rendere al proprio Dirigente sovraordinato le dichiarazioni in argomento.

Si precisa che per le dichiarazioni di cui alle lett. A) e B) che devono essere comunque rese da tutti i dipendenti ed i collaboratori è stato previsto un termine per regolarizzare l'adempimento mentre le dichiarazioni di cui alle lett. C) e D) dovranno essere rese sulla singola attività o procedimento.

Nel mese di maggio, con DDG n. 138 del 12/05/2014 è stato approvato il "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Azienda USL Ferrara e le sue relative forme di tutele" così come previsto dal sopra citato Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2013-2016.

1.b) LA FORMAZIONE

Fra i compiti assegnati al RPC vi è quello di Individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

La Regione Emilia Romagna, facendo seguito alla nota PG/2013/293855 relativa al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale e il Codice di Comportamento per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale, ha organizzato giornate di formazione di primo livello in data 14 e 24 Gennaio 2014 per i Responsabili e i Preposti in materia di prevenzione della corruzione nelle Pubbliche Amministrazioni, come previsto dalla Legge 6 Novembre 2012, n.190.

L'importante attività di formazione è stata implementata anche all'interno dell'Ente con un corso di formazione interaziendale ed organizzato in data 6/03/2014: al corso di formazione sono stati invitati dirigenti, responsabili del procedimento e funzionari dell'Azienda USL Ferrara di tutte le articolazioni aziendali al fine di sensibilizzare sulle tematiche dell'etica e della legalità.

Inoltre, nell'ottica della massima divulgazione degli importanti principi e delle significative azioni poste in essere dal "Codice di Comportamento nazionale ed aziendale", Il RPC aziendale ed il Presidente UPD hanno avviato dal mese di maggio 2014 corsi di formazione rivolti a tutti i Dipendenti dell'Azienda.

Al fine di raggiungere l'intera platea dei dipendenti e dei collaboratori dell'Ente, il corso di formazione in argomento è stato trasposto in piattaforma moodle.ausl.fe.it al fine di offrire ai suddetti la possibilità di svolgerlo in formazione a distanza (FAD): l'avvio effettivo del progetto è previsto per il mese di Settembre 2014.

La formazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione e codice di comportamento tramite FAD è stata oggetto di interesse e di attenzione della Regione Emilia Romagna che ha richiesto i prodotti formativi aziendali per trasportarli sulla propria piattaforma SELF (Sistema E Learnig Federato) al fine del loro utilizzo da parte delle PP.AA. interessate.

Inoltre anche il Consorzio MED3 ha espresso la volontà di poter acquisire detti prodotti formativi in quanto ritenuti efficaci ed esaustivi.

L'Azienda Usl di Ferrara ha concesso ad entrambi la possibilità di utilizzo nell'ottica della più ampia collaborazione fra Istituzioni.

1.c) LE ATTIVITA' IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA POSTE IN ESSERE DAL RPC

Sin dal mese di febbraio 2014 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha organizzato incontri coinvolgendo i Referenti individuati come nella sopra citata deliberazione n. 15/14 ove, oltre ad una disamina delle principali azioni intraprese in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ha illustrato il percorso che si intende implementare, avviare e concludere entro il 30/9 come disposto dall'art. 13 del PTPC approvato con DDG 16/14, relativo alla c.d. "mappatura dei processi delle aree a rischio corruzione".

Nel PTPC aziendale infatti la realizzazione dell'importante adempimento è stato programmato al 30/9/14 per dar modo alla rete dei Referenti di partecipare attivamente con propri contributi per le sezioni di competenza.

L'attività è richiesta dal P.N.A. (Piano Nazionale Anticorruzione).

L'intero processo di gestione del rischio come concepito dal Piano Nazionale Anticorruzione "richiede la più ampia partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza al fine di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera amministrazione che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione": tale individuazione è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'ente".

Il P.N.A. individua nell'all. 2) le aree c.d. "a rischio" comuni ed obbligatorie per tutte le PP.AA. individuandole in:

- a) Area: acquisizione e progressione del personale;
- b) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture;
- c) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

Con delibera del Direttore generale n. 271 del 30/09/2014 ad oggetto: "Identificazione dei processi in materia di prevenzione della corruzione finalizzato alla individuazione delle "aree a rischio" all'interno dell'Azienda Usl di Ferrara così come disposto dal Piano Nazionale Anticorruzione ed in ossequio a quanto previsto dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2016" aziendale" sono state individuate all' cinque aree aggiuntive di rischio rispetto alle quattro previste dal P.N.A. per un totale di n. 104 processi. Altro importante adempimento previsto dal PTTI aziendale approvato con DDG 16/14 ed avviato nel mese di marzo 2014 riguarda l'attività del monitoraggio delle pubblicazioni dei parametri di trasparenza: l'art. 43, co. 2, del D. Lgs 33/2013 rubricato "Responsabile per la Trasparenza" recita: "Il responsabile provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione".

Alla luce del suddetto impegno assunto dal Programma, il Responsabile della Trasparenza ha istituito una sezione ove a cadenza TRIMESTRALE saranno posti in pubblicazione i questionari somministrati e compilati (per le sezioni di competenza) dai Referenti per la trasparenza così come individuati nel Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità adottato con DDG dell'Azienda Usl di Ferrara n. 16/2014 per verificare lo stato delle pubblicazioni dei dati e delle informazioni all'interno delle singole sezioni di I livello e II livello presenti in "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

Nel mese di novembre 2014 è stato avviato il monitoraggio delle azioni e dei principi previsti dal Codice di Comportamento aziendale il cui esito è stato formalizzato alla Direzione Strategica con nota PG 11506 del 23/02/2015 a firma del RPC e dei Presidenti UUPPDD Area Comparto e Dirigenza

In particolare, la trasparenza nell'informazione sui bilanci preventivi e consultivi rappresenta lo strumento che indica chiaramente le scelte fatte, i costi sostenuti e chi ha pagato per i servizi prodotti.

Oscar di Bilancio della pubblica Amministrazione anno 2014

Dopo la vittoria nel 2013 nel settore della Sanità Pubblica, l'Azienda USL di Ferrara, anche per questa edizione si aggiudica un'ottima posizione. E' stata infatti classificata seconda tra i tre finalisti in gara.

Assegnati a Roma gli **Oscar della Pubblica Amministrazione 2014** alla presenza di Dino Piero Giarda, Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione.

L'Oscar di Bilancio, come ha dichiarato il Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio, Dino Piero Giarda, "La trasparenza nell'informazione sui bilanci preventivi e consultivi è una condizione necessaria perché il sistema degli Enti locali risponda alla ragione stessa della sua esistenza: quella di essere la forma base di rappresentanza democratica. Purtroppo le ragioni del controllo macroeconomico della finanza pubblica hanno progressivamente ridotto gli spazi di autonomia e il principio di responsabilità per il quale il cittadino è il giudice dell'uso delle risorse acquisite dagli amministratori locali. Un buon bilancio è lo strumento che

indica le scelte fatte, i costi sostenuti e chi ha pagato per i servizi prodotti. Un buon bilancio serve a chi studia e controlla la vita di un ente locale a fare proposte per il riordino dell'attività pubblica. L'oscar di Bilancio cerca gli enti che sanno spiegare bene,, in modo semplice, cosa hanno fatto e cosa intendono fare, se spendono di più o di meno del loro vicino, se concorrono al risanamento in corso della finanza pubblica o se sono causa del suo peggioramento”

Le motivazioni che hanno determinato il secondo posto per l'Azienda USL di Ferrara sono state così riportate:

“La documentazione presentata, di ottima qualità, espone infatti con chiarezza – anche sotto il profilo grafico – tutti i principali elementi costituiti dal Bilancio d'esercizio. La Relazione sulla Gestione è ampia e articolata ed approfondisce in modo significativo diversi aspetti rilevanti della gestione economico – aziendale. Il Bilancio Sociale soddisfa le principali attese su contenuto, forma e ricadute sul territorio dell'attività svolta”.

Ottima posizione quindi per l'Azienda territoriale ferrarese che per il secondo anno consecutivo ottiene buoni risultati in un settore complesso come lo sono la rendicontazione sociale chiara e trasparente.

Come ha dichiarato Elio Borgonovi, Vice Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio della P. A. “ Con un'informazione chiara, precisa e puntuale, le aziende vincitrici e quelle finaliste dell'Oscar di Bilancio dimostrano di essere aperte al cambiamento e al miglioramento stimolato da chi riceve le informazioni”

L'Oscar di Bilancio della Pubblica amministrazione è l'unico Premio nazionale che ha l'obiettivo di segnalare e sostenere le Best Practice di rendicontazione di quelle realtà tra Enti Locali e Aziende Sanitarie pubbliche che danno prova di buona amministrazione, di trasparenza delle scelte attuate e soprattutto della capacità di comunicare con efficacia agli Stakeholder sia i rendiconti contabili, sia i risultati sociali ed ambientali utilizzando anche modalità innovative.

I Bilanci, sono uno strumento per rappresentare la gestione passata per esprimere in termini di entrate e uscite ciò che è stato fatto durante un anno e la metodologia di lavoro seguita dall'Azienda USL di Ferrara nella costruzione del documento conferma la filosofia partecipativa che già anni fa la regione Emilia-Romagna ha definito per le proprie Aziende sanitarie.

Workshop aziendale il cambiamento tra vincoli e sostenibilità

L'Azienda USL di Ferrara, per favorire un costante bilanciamento tra potenziamento, innovazione, cambiamento da una parte e vincoli di natura progettuale, tecnica, economica e sostenibilità dall'altra ha promosso un momento di riflessione e promozione del cambiamento consapevole, che coinvolge tutti i dipendenti di ruolo delle aree sanitaria, tecnica e amministrativa.

Il workshop aziendale “**Il cambiamento tra vincoli e sostenibilità**” tenutosi nel novembre 2014, ha rappresentato l'occasione per riflettere sulle principali aree di intervento a livello aziendale: le reti cliniche, gli ospedali per intensità di cura, le Case della Salute ed Ospedali di Comunità (OSCO) e le piattaforme di servizi tecnico-amministrativi.



Sicurezza delle cure

Elementi di contesto

Gli eventi avversi e gli errori nell'erogazione delle prestazioni assistenziali sono ormai ovunque riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica. Negli ultimi anni, studi internazionali hanno cercato di quantificare e qualificare questa tipologia di accadimenti con metodi omogenei e confrontabili. Tali studi hanno fornito un contributo importante nel determinare la natura, la frequenza e le cause degli eventi avversi.

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico sta diventando una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo criteri di qualità e sicurezze.

Da ciò ne è derivato un crescente impegno sia da parte del Ministero della Salute, sia da parte di molte regioni, concretizzatosi in numerose iniziative finalizzate a promuovere un approccio di tipo sistemico alla sicurezza dei pazienti.

A titolo esemplificativo si richiamano le 17 raccomandazioni ministeriali, l'attività dell'AGENAS (Sistema Informativo monitoraggio errori in sanità-SIMES, l'osservatorio buone pratiche per la sicurezza del paziente), la DGR 1706/2009 "Individuazione di aree di miglioramento della qualità nelle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio", le successive DGR di programmazione annuale comprendenti obiettivi specifici di gestione del rischio clinico.

La gestione del rischio clinico, da un punto di vista operativo, si sostanzia in un insieme di processi finalizzati a ridurre i rischi correlati all'assistenza coinvolgendo l'organizzazione a tutti i livelli.

Per far fronte a questo prioritario tema e per rispondere alle linee di indirizzo nazionali e regionali l'Ausl di Ferrara ha, nel tempo, consolidato il proprio modello di gestione del rischio basato sulla creazione di una infrastruttura aziendale così composta:

1. il Direttore Sanitario dell'Azienda, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività della infrastruttura aziendale di gestione del rischio rappresentata da un team multi professionale e multidisciplinare denominato NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico);
2. il team è composto dai rappresentanti dipartimentali (un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina dipartimentale) e svolge funzione di indirizzo, programmazione e verifica;
3. il NORC, di fatto, rappresenta l'organismo tecnico delegato dal Collegio di Direzione aziendale deputato a svolgere tale funzione;
4. il NORC è coordinato dal un risk manager di area medica e da un risk manager delle professioni sanitarie;
5. i rappresentanti dipartimentali coordinano i referenti del rischio clinico di unità operative (generalmente un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina); l'insieme di questi attori rappresentando la rete aziendale per la gestione del rischio clinico;
6. la gestione del rischio infettivo ha adottato un analogo modello organizzativo denominato NOIS (Nucleo operativo infezioni sanitarie) ed opera sotto la guida di un responsabile aziendale specificatamente individuato e formalmente deliberato;
7. il responsabile aziendale del rischio infettivo è componente del NORC;
8. al NORC partecipa anche il responsabile del M.O. Gestione del Contenzioso afferente alla U.O. di Medicina Legale e componente del Comitato Valutazione Sinistri;
9. il Collegio di Direzione avalla il piano programma presentato annualmente dal risk manager e dal responsabile del rischio infettivo (che lo elaborano nell'ambito del NORC e del NOIS), di concerto col Direttore Sanitario;



Per meglio governare il processo di pianificazione delle attività e degli obiettivi afferenti alla sicurezza delle cure, su precise indicazioni dell'Area Governo clinico e Gestione del Rischio Clinico dell'ASSR della RER, l'Ausl di Ferrara ha elaborato il **Piano Programma aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio 2013-2014**, differenziando strumenti, metodologia e ambiti di intervento.

La programmazione aziendale ha ovviamente recepito integralmente quanto contenuto nelle linee strategiche di programmazione regionale contenute nella DGR n. 199/2013 e n. 217/2014.

Risultati e attività del Piano Programma anno 2014

Sistemi di segnalazione

Incident Reporting (IR)

I sistemi di segnalazione costituiscono una modalità di raccolta strutturata degli eventi indesiderati e sono necessari per effettuare un'analisi delle criticità reali o potenziali, finalizzata a predisporre strategie e azioni di miglioramento per evitare o ridurre la possibilità che tali eventi si verifichino nuovamente; fra questi il sistema regionale IR rappresenta il principale strumento di segnalazione.

L'Azienda USL di Ferrara ha portato a sistema l'utilizzo di questo strumento di segnalazione volontaria degli eventi avversi garantendo la standardizzazione del sistema di monitoraggio da parte di tutte le Unità Operative di degenza, delle diagnostiche, dell'area dell'emergenza e del Dipartimento SM-DP; tutte le segnalazioni vengono caricate nel data-base regionale contribuendo ad alimentare la banca dati regionale dell' *Incident Reporting*.

Di seguito si riportano i dati relativi al biennio 2011-12, all'anno 2013 e 2014 estratti dal data base regionale:

Aree Critiche da Incident Reporting	2011-12		2013		2014	
	%	sul totale	%	sul totale	%	sul totale
Gestione farmaco	19%		20%		18,3%	57
Altro evento	16%		22%		21,2%	66
Prestazione assistenziale	16%		14%		12,2%	38
Procedura terapeutica	12%		6%		5,5%	17
Caduta	11%		10%		11,3%	35
Procedura diagnostica	10%		8%		10,3%	32
Identificazione paziente/sede/lato	8%		10%		12,5%	39
Gestione apparecchiature	3%		3%		2,6%	8
Procedura chirurgica	2%		2%		3,2%	10
Gestione lista operatoria	1%		2,5%		0,0%	0
Gestione sangue	1%		1%		1,0%	3
Valutazione/procedura anestesiologicala	1%		1,5%		0,6%	2
Complicanza clinica non prevedibile					1,0%	3
Contaminazione di presidi medico-chirurgici					0.3%	1
					100%	311

Dall'analisi dei dati riportati in tabella sono emerse le seguenti aree prioritarie che saranno oggetto di interventi specifici nel corso del 2015:

- ✓ Area "Gestione del farmaco" per la quale è prevista la revisione della procedura aziendale "Gestione clinica del farmaco" alla luce anche delle Linee Guida regionali ed. ottobre 2014 e dell'emanazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17 "Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica " ;
- ✓ Area "Identificazione paziente" per la quale è prevista l'elaborazione di una procedura specifica;

Eventi sentinella

Nel corso del 2014 non si sono verificati eventi avversi configurabili come eventi sentinella soggetti a segnalare al Ministero della Salute attraverso l'applicativo SIMES.

Analisi degli eventi

RCA (Root Cause Analysis) e SEA (Significant Event Audit)

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 le criticità di sistema sulle quali si è innestato l'evento clinico avverso e si attivano formalmente le azioni di correttive e di miglioramento.

La RCA viene condotta dal NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), congiuntamente ai responsabili e ai coordinatori delle strutture presso le quali si sono verificati gli eventi e a uno o più esperti della disciplina coinvolta.

L'applicazione della tecnica RCA nell'Azienda USL di Ferrara è da considerare ormai una procedura consolidata che ha consentito l'attivazione di numerose azioni di miglioramento (revisione di precedenti o implementazione di nuove procedure, percorsi formativi specifici, adozione di nuovi strumenti di prevenzione del rischio, sviluppo di competenze professionali specifiche, ecc).

Il Significant Event Audit (SEA) è invece uno strumento di analisi semplificata rispetto alla RCA e viene utilizzata per eventi importanti, che tuttavia non si configurano come eventi clinici maggiori.

Di seguito si riportano i dati relativi all'attività 2014:

STRUTTURE	2014
Dip. Chirurgia	
Dip. Medicina	1
Dip. Emergenza	2
Dip. Diagn. Imm. / Lab.	
Dip. Materno-Infantile	
Dip. Salute Mentale	3
Attiv. Territoriali	3
Totale	9

Gli Audit sugli Eventi Significativi come risultato hanno generato 11 azioni di miglioramento di tipo non trasversale essendo state realizzate nel contesto della singola U.O./U.S. ove si è verificato l'evento.

FMEA / FMECA

La FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) / FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) è una metodologia utilizzata per individuare preventivamente le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema ampiamente utilizzata nel mondo industriale e successivamente introdotto anche nel contesto sanitario.

A differenza della RCA, la FMEA/FMECA non è applicata successivamente all'accadimento di un evento avverso, ma utilizzata come strumento previsionale e quindi preventivo.

Da anni l'Ausl di Ferrara utilizza questo metodo previsionale applicandolo in vari ambiti assistenziali.

Nel corso del 2014 lo strumento è stato applicato nei processi sanitari afferenti alla medicina penitenziaria (Casa Circondariale di Ferrara) e al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Sicurezza dei sistemi RIS PACS

A livello Interaziendale è stato costituito un gruppo di "Progetto" per la gestione dei Sistemi RIS-PACS composto secondo le indicazioni della Delibera RER 1707/2012, che individua i requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture Radiologiche, con il compito di affrontare tutte le problematiche legate alla predisposizione ed aggiornamento delle procedure previste dalla delibera Regionale 1706/2009 in materia di sicurezza dei sistemi RIS – PACS e all'adeguamento di quanto previsto, per l'utilizzo di tali Sistemi, dalla normativa sulla privacy.

Nel corso del 2014 è stata sottoposta a revisione, e pubblicata su DocWeb nel mese di Novembre, l'Istruzione Operativa Dipartimentale (I.O.D.): "Gestione delle Worklist".

Sempre nel mese di Novembre, inoltre, sono state redatte e pubblicate altre due Istruzioni Operative Dipartimentali riguardanti, la prima, la "Gestione delle Credenziali Utenti" dei Sistemi Ris-Pacs e la seconda l'"Identificazione degli Utenti Ambulatoriali e Provenienti da Day Hospital", afferenti alle Radiologie provinciali, sia in fase di accettazione che in quella di esecuzione.

Identificazione Paziente

Il processo di identificazione del paziente è attualmente disciplinato da procedure aziendali vigenti presso i Blocchi Operatori ed i Servizi di Radiologia.

In sintesi:

- per il paziente che accede al Blocco Operatorio la modalità di identificazione è attuata dall'infermiere quando è possibile con la richiesta delle generalità (nome, cognome e data di nascita) e con quattro verifiche simultanee: la lettura del contenuto del braccialetto posizionato sul polso destro dell'operando, la presa visione della fotocopia del documento di identità e la verifica attiva della check list di trasporto del paziente - entrambi sono presenti in cartella clinica - per ultimo, l'accettazione informatica nel software dedicato;

- per il paziente che accede al Servizio di Radiologia, se è un esterno (ambulatoriale) la modalità di identificazione è eseguita dall'operatore di segreteria, all'accettazione, con la richiesta di presentazione di un documento di identità e della tessera europea assistenza malattia e dal personale esecutore, in

Diagnostica, tramite lettura del codice a barre presente sulla tessera sanitaria (C.F.) o su altri moduli prodotti dalla segreteria dopo il riconoscimento tramite documento di identità.

Nel caso di Pazienti interni (ricoverati) il personale tecnico o medico procede, all'atto della accettazione, con la richiesta delle generalità del paziente e poi con tre verifiche contestuali: la lettura del braccialetto posizionato sul polso dx del ricoverato, l'osservazione della fotocopia del documento di identità presente in cartella clinica ed in ultima istanza verificando le informazioni riportate sulla procedura informatica dedicata (Ris).

Per l'identificazione del paziente presso le Unità Operative di Degenza, presso i Pronto Soccorso e gli Ambulatori Aziendali, è in programma per il 2015 la stesura di una procedura aziendale che prevederà gran parte delle vigenti modalità di riconoscimento del paziente e riserverà ai ricoverati il posizionamento di un braccialetto identificativo ed il posizionamento della fotocopia del documento di identità in cartella clinica, per l'individuazione del paziente si prevederà l'aggiornamento delle procedure informatiche finalizzate alla tracciabilità delle modalità di riconoscimento riportate per l'ambito di competenza rispettivamente sulla cartella clinica, sulla scheda di triage e sul referto ambulatoriale.

Inoltre particolare impegno è stata dedicato a:

- sensibilizzare gli operatori a comunicare con tempestività l'errore anagrafico avvenuto mediante la compilazione di uno stampato da inviare e-mail alle Direzioni Sanitarie di Stabilimento;
- raccogliere la tipologia di errori anagrafici compiuti e procedere con l'analisi statistica con periodicità semestrale da parte delle Direzioni Sanitarie di Stabilimento.

Profilassi Antitromboembolica e Antibiotica in chirurgia

Presente e applicata la procedura Dipartimentale "Profilassi anti - tromboembolica in Chirurgia". Presso le UU.OO./MM.OO. afferenti al Dipartimento di Chirurgia dell'Ausl di Ferrara, il chirurgo effettua una valutazione del paziente al momento della presa in carico per ridurre al minimo il rischio di insorgenza di tromboembolia post – chirurgica e definisce, secondo procedure omogenee, il trattamento preventivo da effettuare. Nell'ambito delle valutazioni trimestrali sulla correttezza documentale viene verificata l'adesione alla procedura "Profilassi Antitromboembolica" per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

Uso appropriato e sicuro dei farmaci

Nell'ambito dell'Azienda Usl è stata redatta e diffusa la revisione 4 delle Procedura Generale "Gestione clinica del farmaco" e contestualmente introdotta il Foglio Unica di Terapia (FUT). Annualmente si svolge un iniziativa formativa dedicata al tema dell'uso appropriato e sicuro dei farmaci. Nell'ambito dei controlli della correttezza documentale viene verificata la completezza e correttezza della compilazione della FUT mediante l'uso di check-list appositamente predisposta.

Sempre nel corso del 2014 è stata introdotta la procedura "Gestione clinica del farmaco" nelle strutture residenziali per anziani coinvolgendo i MMG e gli enti gestori delle strutture provvisoriamente accreditate. Per il 2015 è prevista la revisione/aggiornamento della procedura alla luce anche della emanazione della revisione novembre 2015 della Linea Guida regionale "Gestione clinica del farmaco".

Corretta tenuta della documentazione sanitaria

A livello Aziendale è presente una procedura che individua le parti fondamentali della cartella clinica elencando ruoli e responsabilità dei diversi professionisti.

L'azienda ha effettuato diversi momenti formativi di natura multiprofessionale sulla correttezza documentale. L'azienda realizza a valenza trimestrale un audit interno sulla qualità della documentazione sanitaria. Le cartelle cliniche vengono estratte in modo casuale dal database e vengono assegnate per la revisione ad auditor opportunamente formati.

Gli audit, condotti con cadenza trimestrale, vengono effettuati dalla rete aziendale multi professionale/multidisciplinare (NAC "Nucleo Aziendale Controlli") costituita da 25 auditor volontari appositamente formati e addestrati.

L'analisi viene svolta attraverso la valutazione puntiforme di 22 criteri qualitativi raccolti dalle cartelle sanitarie e indicanti i diversi aspetti di completezza delle diverse informazioni analizzate (anagrafiche, cliniche, farmacologiche, di procedura realizzata, di consenso informato e di leggibilità). Tali rilevazioni, insieme alla condivisione periodica dei risultati emersi, hanno permesso nel tempo lo sviluppo a livello

aziendale di una maggiore attenzione alla corretta compilazione della documentazione sanitaria finalizzandola alla creazione di evidenze strutturali riguardanti in particolare la gestione del rischio.

Nel corso del 2014 in tema di valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche sono state effettuate 878 valutazioni su un totale di 18.180 ricoveri effettuati (nido escluso) pari a circa il 5% della produzione complessiva.

In aggiunta a quanto sopra riportato di particolare rilevanza risulta il reclutamento dell'azienda USL di Ferrara nel progetto regionale Cartella Clinica Integrata (CCI) in qualità di azienda sperimentatrice.

Il progetto regionale di intervento sulla Cartella Clinica Integrata (CCI) rientra tra gli obiettivi del SPO Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna nell'ambito della qualità e sicurezza delle cure sanitarie.

Il contributo dell'Ausl di Ferrara ha previsto la partecipazione di 11 professionisti ai gruppi di lavoro regionali che hanno partecipato alla elaborazione delle linee di indirizzo sulla gestione della documentazione con particolare riferimento al diario clinico integrato, al Foglio Unico di Terapia (FUT) e grafica dei parametri vitali.

Area diagnostica di laboratorio

L'Azienda garantisce la sicurezza dei processi della diagnostica di laboratorio con approcci differenziati:

- monitoraggio del materiale analitico in ingresso e registrazione sistematica delle eventuali non conformità mediante sistema informatizzato;
- individuazione di errori di identificazione del paziente e di campione non corretto;
- organizzazione ed realizzazione di corsi formativi per diffondere buone pratiche in fase pre-analitica con particolare riferimento alla fase del prelievo e dell'accettazione del campione in laboratorio;
- diffusione al personale di laboratorio di raccomandazioni per la corretta esecuzione del prelievo venoso;
- attivazione di un sistema di monitoraggio delle temperature di trasporto dei campioni esterni delle sedi di Argenta e Cento, al fine di verificare il mantenimento di condizioni necessarie a garantire l'integrità dei campioni stessi;

Nell'ambito della *diagnostica decentrata POCT*, il Laboratorio è garante delle verifiche del buon funzionamento dell'intero processo.

I Tecnici Sanitari del Laboratorio, si occupano di una costante verifica e attestazione del buon funzionamento delle strumentazioni dei POCT, accertando il corretto allineamento strumentale.

Oltre alla propria formazione, il personale del Laboratorio provvede anche a training e re-training degli operatori che saranno deputati all'utilizzo della strumentazione, nonché a monitorare il mantenimento delle competenze acquisite; questo fa sì che i risultati restituiti dal POCT, rispondano agli stessi requisiti qualitativi di quelli prodotti in Laboratorio, per garantire la sicurezza dell'utente e dell'operatore

Area materno infantile

Negli ambiti degli interventi di miglioramento del percorso nascita, promossi dalla Commissione Nascita regionale, l'Aziende sanitarie di Ferrara ha aderito al **programma regionale di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo** recependo le Linee Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Dall'analisi dei dati 2014 relativi ai Tagli Cesarei dei due Punti nascita, secondo la classificazione di Robson, e secondo la percentuale di Tagli Cesarei programmati e Tagli Cesarei Urgenti/Emergenti, è emerso:

- Punto nascita H. Delta: parti totali 315 di cui 76 cesarei (24,3%)
- Punto nascita H. Cento: parti totali 503 di cui 115 cesarei (22,8%)

Su scale aziendale la media 2014 dei parti cesarei risulta quindi pari al 23,34 % con una riduzione dipartimentale di oltre 2 punti percentuali rispetto al 2013 (26%).

Nel corso del 2014 alcuni professionisti del dipartimento hanno partecipato al gruppo regionale di AVEC, attivato dalla Commissione Nascita Regionale, per l'elaborazione di una Linee Guida RER per la Gestione dei Tagli Cesareo Elettivi con lo scopo di ridurre il numero complessivo dei parti cesarei.

E' stato, inoltre, prodotta la I.O. dipartimentale "Travaglio di prova dopo taglio cesareo" che stabilisce i criteri di idoneità al travaglio di parto/parto vaginale per le gestanti precesarizzate con lo scopo di ridurre ulteriormente il numero dei cesarei.

Area dipartimento di cure primarie

Sono stati individuati i referenti del rischio per ogni Servizio del Dipartimento Cure Primarie, ai quali è stato dato il mandato di organizzare all'interno del proprio Servizio la modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi. Inoltre due operatori uno della dirigenza medica l'altro del comparto sono entrati a far parte del NORC. Nel corso del 2014 si è estesa la formazione in tema di gestione del Rischio a tutta la rete di Referenti del Dipartimento di Cure Primarie dando avvio al processo di segnalazione attraverso il sistema di incident reporting.

Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche

Il 2014 ha visto il consolidamento della rete dipartimentale deputata alla gestione del rischio clinico e la costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato all'implementazione e alla diffusione dell'utilizzo della scheda di "Incident Reporting" e alla relativa analisi di singola Unità Operativa.

E' stata inoltre adeguata la struttura del Gruppo di lavoro dipartimentale alla nuova struttura organizzativa del DAISMDP.

L'integrazione con l'area delle Dipendenze patologiche e della Neuropsichiatria dell'Infanzia ed Adolescenza ha portato ad una lettura condivisa della cultura della gestione del rischio clinico.

Il gruppo ha, inoltre, elaborato strumenti operativi specifici alla gestione del rischio nel contesto della psichiatria adulti di seguito elencati:

- Procedura dipartimentale sulla prevenzione e la gestione degli atti auto ed etero aggressivi nelle degenze psichiatriche;
- Applicazione della Circolare regionale n.°16 del 2009 "Disciplina delle contenzioni fisiche Presso SPDC dei DSMDP" sulle procedure ed il monitoraggio delle contenzioni in ambiente psichiatrico ed attivazione del gruppo di controllo semestrale;
- Definizione di un protocollo di intervento nella esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori condiviso con la Prefettura e Forze dell'Ordine recepito dalle Amministrazioni Comunali della Provincia di Ferrara;
- Definizione dei criteri di inclusione dei pazienti a rischio di comportamenti eteroaggressivi afferenti al DAI SMDP che richiedono interventi di monitoraggio programmato.
- Partecipazione al gruppo di redazione aziendale della Procedura Generale "Gestione dei casi di allontanamento o di non rientro dopo permesso temporaneo di pazienti ricoverati nelle U.O. di degenza"; tale procedura è stata approvata nella sua versione definitiva nel luglio del 2013.

Nel corso del 2014 si è realizzato un audit sui suicidi avvenuti in ambito territoriale; i risultati sono stati diffusi agli operatori in occasione di un workshop sul tema suicidiario che ha visto la partecipazione di alcuni referenti (Azienda sanitaria di Verona) del Progetto Europeo in tema di prevenzione suicidi oltre a quella i referenti della Regione Emilia Romagna sul tema oggetto dell'evento.

Nell'ambito Aziendale il DAISMDP coordina il gruppo delegato alla elaborazione degli strumenti finalizzati alla riduzione del rischio di suicidio in ambiente ospedaliero. Nell'ambito del rischio suicidario, ha completato un'analisi del fenomeno valutando il rapporto con il DAI SMDP dei casi di decesso per suicidio nella provincia di Ferrara per gli anni 2011-13

Nell'ambito della collaborazione con la Prefettura e le Forze dell'ordine il DAISMDP sta organizzando eventi formativi rivolti agli operatori delle Forze dell'Ordine per la gestione in sicurezza degli eventi eteroaggressivi.

Nell'ambito della collaborazione con la Prefettura e le Forze dell'ordine il DAI SM-DP sta organizzando eventi formativi rivolti agli operatori delle Forze dell'Ordine per la gestione in sicurezza degli eventi eteroaggressivi.

Ha partecipato alle iniziative finalizzate alla formazione degli operatori della Azienda per la gestione in sicurezza dei pazienti etero aggressivi.

Area assistenza sanitaria negli istituti di pena

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario penitenziario, in applicazione del DPCM del 01/04/2008, ha portato al progressivo adeguamento ai modelli delle cure primarie territoriali dei percorsi assistenziali rivolti alla popolazione detenuta.

Nel corso del 2014 la medicina penitenziaria dell'Ausl di Ferrara ha proseguito nel percorso di adeguamento gestendo e monitorati i seguenti processi organizzativi e clinici:

- Sperimentazione della nuova cartella informatizzata regionale che ha, fra l'altro, l'obiettivo di migliorare la gestione della documentazione sanitaria;
- Miglioramento della presa in carico del paziente, in particolare del cronico, con l'applicazione del documento regionale "Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute";
- Monitoraggio e la gestione del rischio suicidario in applicazione delle disposizioni del Ministero della Giustizia con implementazione del percorso di osservazione e valutazione dei Nuovi Giunti;
- Gestione in sicurezza dei pazienti con problematiche infettive (TB e HIV) attraverso l'attivazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario e di polizia penitenziaria e la predisposizione di adeguate procedure clinico-assistenziali;

Di particolare rilevanza la titolarità dell'Ausl di Ferrara del Progetto regionale "Gestione del rischio Clinico negli Istituti penitenziari (PRISK)" che vede la partecipazione delle nove aziende sanitarie regionali sul cui territorio è presente un istituto di pena.

La partecipazione attiva nel corso del 2014 al sopracitato progetto del personale aziendale addetto alla sanità penitenziaria ha consentito di accrescere la cultura della sicurezza delle cure e l'adozione di strumenti e metodologie utilizzati per la gestione del rischio clinico (introduzione del sistema di segnalazione "Incident Reporting", applicazione del SWR (Safety Walk Round), e del SEA);

Sicurezza in sala operatoria

L'azienda ha mantenuto la propria adesione al progetto nazionale/regionale SOS_Net garantendo sia la formazione dei propri professionisti all'utilizzo della check list per la sicurezza in Sala Operatoria, sia il monitoraggio della compilazione che avviene attraverso un l'utilizzo di un *database* dedicato.

L'utilizzo della check list, introdotta attraverso una integrazione informatica al registro operatorio, dopo una prima fase di pilotaggio, è entrata a pieno regime essendo applicata da tutte le discipline chirurgiche aziendali.

Trimestralmente sono inviati dal centro di coordinamento i risultati del monitoraggio della check list alle U.O. aderenti al progetto che sono oggetto di incontro/approfondimento.

Il Ritorno informativo include reporting che si compone di:

- cruscotto di sintesi con gli indicatori critici, da analizzare in ciascun contesto, ai fini delle necessarie azioni correttive e di miglioramento,
- report per analisi approfondite e controlli di qualità del dato: database contenente tutti i dati inviati (esclusi interventi con data non conforme), selezionabili con gli appositi filtri e analizzabili con tabelle pivot. Gli indicatori sottolineati contengono un collegamento ipertestuale al report di analisi, nella parte di interesse.

Nel corso del 2014 la checklist SOS.net è stata applicata in modalità elettronica (Ormaweb) da parte di tutte le U.O./U.S. chirurgiche (Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Ostetricia Ginecologia) dell'Ausl di Ferrara, come riportato nel ritorno informativo regionale alle aziende aderenti alla Rete Sale Operatorie Sicure.

Si è passati quindi ad un utilizzo della checklist del 74% del 2013 al 100 % in tutti i ricoveri a DRG chirurgico. TUTTE le U.O. Chirurgiche Le ultime, in termini cronologici sono state Ortopedia Urologia e Ostetricia di Cento (appunto da giugno 2014)

Percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist* SOS.net . Stabilimenti ospedalieri pubblici e privati accreditati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Anni 2011-2013

Tipo di stabilimento	ANNO 2011					ANNO 2012					ANNO 2013				
	INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti	
	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***
PUBBLICO	241.210	39.536	16,4	48	23	229.190	71.565	31,2	50	38	227.771	107.843	47,3	48	39
PRIV. ACCRED.	81.845	23.040	28,2	29	15	76.874	24.955	32,5	29	14	75.680	23.829	31,5	29	14
TOTALE	323.055	62.576	19,4	77	38	306.064	96.520	31,5	79	52	303.451	131.672	43,4	77	53

Azienda Sanitaria		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti	
		Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***
USL	Pubb.	8.071	1.615	20,0	5	2	7.098	3.665	51,6	3	2	7.126	5.590	78,4	3	3
Ferrara	Priv. Accr.	1.212	-	-	1	0	896	-	-	1	0	759	-	-	1	0

*Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno

**Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net

***N. Partecipanti: gli stabilimenti per i quali sono state caricate le schede nel database SOS.net

Note tecniche

Nota 1: questo numero è stato ottenuto dal database SOS.net (la gestione dell'archivio è affidata al Policlinico di Modena, mentre le elaborazioni dei dati sono il risultato della collaborazione tra Agenzia Sanitaria e Sociale e lo stesso Policlinico).

Sono incluse nel numeratore diverse tipologie di interventi (ricovero programmato, ricovero in emergenza, *day surgery*, chirurgia ambulatoriale) che l'attuale versione della *checklist* non consente di distinguere.

Nota 2: questo numero è stato ottenuto dall'archivio regionale delle SDO, operando una selezione dei ricoveri con dimissione da reparti appartenenti a una disciplina "chirurgica" (*Cardiochirurgia pediatrica, Cardiochirurgia; Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Oculistica; Odontoiatria e stomatologia; Ortopedia e traumatologia; Ostetrica e ginecologia; Otorinolaringoiatria, Urologia, Grandi ustionati pediatrici, Grandi ustionati; Nefrologia; Dermatologia, Neurochirurgia pediatrica, Urologia pediatrica, Day surgery*); sono quindi esclusi dal calcolo del denominatore eventuali ricoveri con DRG chirurgico riconducibili ad altre discipline. Il criterio adottato consente di escludere i ricoveri in cui il DRG chirurgico è associato a una procedura interventistica (come ad es.: angioplastica, ...).

Questa scelta comporta tuttavia un rischio di sottostima (ad esempio nei casi in cui un paziente sottoposto a intervento chirurgico venga trasferito e dimesso da discipline mediche). Inoltre, esiste un ulteriore rischio di sottostima dovuto alla non inclusione delle procedure chirurgiche ambulatoriali (incluse invece, anche se in proporzione non nota, nel numeratore).

Area rischio infettivo

- SORVEGLIANZA ICA

Le attività svolte dagli operatori del Nucleo Operativo Infezioni Sanitarie nell'anno 2014 sono state le seguenti:

Gli operatori del Nucleo hanno mantenuto stretti rapporti con la "Rete Regionale di Comitati per le infezioni sanitarie" partecipando regolarmente agli incontri regionali con cadenza trimestrale. Inoltre il responsabile e il coordinatore ICI (infermiere addetto al controllo infezioni) hanno iniziato la partecipazione al Corso di formazione regionale Rete G.I.A.N.O. (Governo del rischio di Infezioni e Antibioticoresistenza – Nuclei operativi in rete).

Nell'anno 2014 gli argomenti trattati dal Nucleo su obiettivi condivisi dalla Rete CIO regionale sono:

- PROGETTO SICHer (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico): sono stati validati i dati presenti nel data base in previsione dell'invio in Regione. A tal proposito la Regione ha formato i referenti aziendali (un operatore del Nucleo e uno del ICT) sull'utilizzo del nuovo portale ASSRGAF per rendere le Aziende autonome nell'invio dei dati in Regione.

- PROGETTO ALERT ORGANISM e INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE: è attivo un sistema di notifica in tempo reale dal laboratorio di microbiologia di Cona che prevede per ogni coltura positiva (sia a livello ospedaliero che territoriale) di microrganismi appartenente alla lista Alert, la notifica al Nucleo Operativo Controllo Infezioni tramite mail/fax. Ad ogni notifica ricevuta gli operatori del Nucleo provvedono ad eseguire sopralluoghi, contattare i MMG, PLS e le strutture territoriali al fine di dare indicazioni specifiche per la prevenzione del rischio infettivo.

- LEGIONELLA: si è mantenuta costante la collaborazione con il Servizio Tecnico per il monitoraggio del microrganismo negli impianti dell'Azienda. E' stato deliberato un Gruppo aziendale per la sorveglianza e controllo della legionellosi. Nei casi previsti dalle direttive regionali e dal gruppo multidisciplinare aziendale, sono stati inviati ai reparti interessati gli alert sanitari ed effettuate le relative bonifiche impiantistiche. In fase di elaborazione il documento di valutazione del rischio.

- PROGETTO IGIENE MANI: si sono individuati i quantitativi e l'acquisto di attrezzature necessarie per l'attuazione dell'igiene mani degli operatori delle UU.OO con il frizionamento alcolico. Si inviano i dati trimestrali dei consumi delle soluzioni idroalcoliche alle UU.OO/Servizi. Partecipazione ai progetti promossi dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

- PULIZIE AMBIENTALI: il Nucleo operativo, continua la supervisione della nuova metodologia di pulizie ambientali che prevede l'uso di materiale probiotico monitorato da un piano di campionamento ambientale.

Un componente del Nucleo è entrato a fare parte della commissione Intercenter per l'elaborazione del capitolato di igiene ambientale relativo alla USL di Ferrara e Bologna.

- ATTIVITA' DI FORMAZIONE: sono stati individuati e proposti i temi per la formazione dell'anno 2014. I temi sono: Progetto SICHER interventi di manutenzione, l'igiene delle mani e la prevenzione del rischio infettivo.

-USO RESPONSABILE DI ANTIBIOTICI: è stato deliberato un Nucleo operativo uso responsabile di antibiotici aziendale. I componenti dei due Nuclei (controllo infezioni e uso antibiotici) collaborano per il raggiungimento degli obiettivi. Si è provveduto alla formazione dei professionisti sul tema *“Il panorama aziendale degli isolamenti e delle resistenze”* e alla programmazione di un audit per la profilassi perioperatoria degli interventi su colon e retto della chirurgia di Cento e Delta.

- EMERGENZA EBOLA: gli operatori del Nucleo hanno partecipato alla formazione aziendale e alla elaborazione di un protocollo interaziendale e aziendale.

- EMERGENZA INFLUENZA: sono stati distribuiti opuscoli e attrezzature per la prevenzione. Si è collaborato con le UU.OO interessate da casi sospetti/accertati di forme gravi e complicate.

Procedure rischio clinico

Nel corso del 2014 in ottemperanza anche alle linee guida regionali afferenti all'area della sicurezza delle cure sono state elaborate/revisionate le seguenti procedure/istruzioni operativa:

- Revisione 1 P.G. di Direzione Sanitaria *“Prevenzione, gestione e monitoraggio eventi aggressivi a danno degli operatori sanitari”* a cui è seguita formazione aziendale specifica;
- Revisione 2 I.O. di Direzione Sanitaria *“Gestione procedure di Incident reporting”* ovvero una presa d'atto delle modifiche della scheda regionale.
- Revisione 2 P.G. di Direzione Sanitaria *“Utilizzo del sangue ed emoderivati”* di cui è stata realizzata formazione specifica;

Altre attività

- Collaborazione del Risk Manager DIT con l'area Sicurezza delle Cure del Servizio Presidi Ospedalieri Regione Emilia Romagna, finalizzata alla ricognizione dello stato di implementazioni della raccomandazioni ministeriali con particolare riferimento agli *“eventi etero aggressivi”*, alle *“procedure di gestione dell'allontanamento da strutture sanitarie”*, alle *“procedure prevenzione cadute”*; nello stesso contesto è stato inoltre elaborato il progetto sperimentale *“V.I.S.I.T.A.R.E.”*

che vede anche la partecipazione dell'Ausl di Ferrara. Il progetto ha la finalità di sperimentare l'utilizzo del metodo Safety Walk Round come strumento integrato di gestione del rischio.

- Partecipazione al coordinamento regionale dei referenti del rischio clinico e alle attività proposte del coordinamento regionale;
- Segnalazione delle buone pratiche (implementazione raccomandazioni Ministeriali) all'osservatorio nazionale AGENAS;

Gestione del contenzioso

L'azienda partecipa agli incontri per la realizzazione del database regionale del contenzioso e le eventuali revisioni.

La casistica inserita in questa banca dati viene inoltre utilizzata per assolvere al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale.

Nel data-base regionale per l'anno 2014 sono stati inseriti 51 sinistri.

Capitolo realizzato da Paola Bardasi, Antonio Alfano, Gabriella Antolini

Il paragrafo "Sicurezza delle Cure" è stato realizzato da Cristiano Pelati, Marika Colombi, Renato Cardelli, Fabio Ferraresi, Beatrice Govoni, Giovanni Sessa, Maurizio Guglielmini, Franco Romagnoni, Erminio Righini, Antonella Beccati, Micaela Pandini, Marcello Cellini, Silvano Nola, Sabina Barison.



4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Carta d'identità del personale

Politiche del Personale 2014

Nell'anno 2014, la spesa per il personale dipendente, prevista in sede di Bilancio di Previsione in € 152.318.392, si è consolidata in sede di Bilancio consuntivo in € 150.035.769 con una minore spesa (tenuto conto delle posizioni di comando da e presso le Aziende Sanitarie Pubbliche e altri soggetti pubblici) rispetto all'Esercizio 2013, chiusosi a € 153.145.032, in ottemperanza alle indicazioni nazionali.

Per realizzare tale risultato di gestione, nell'ambito di un contesto economico e normativo che ha previsto rigide norme sul turn over e blocchi contrattuali ormai da molti anni, sono stati predisposti Piani assunzioni approvati dal livello regionale, estesi ad ogni articolazione aziendale, per concretizzare le azioni finalizzate al mantenimento dei livelli assistenziali, in sintonia con gli adeguamenti conseguenti alla ridefinizione del complessivo fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Nazionale, mantenendo lo stretto controllo delle condizioni di efficienza e appropriatezza.

Il rendiconto di gestione costituisce il momento conclusivo di un processo di programmazione e controllo che trova la sintesi finale nel relativo documento contabile.

Se infatti il bilancio di previsione rappresenta la fase iniziale della programmazione gestionale nella quale l'Azienda individua le linee strategiche e tattiche della propria azione di governo, che si traduce nella individuazione di obiettivi e programmi, il rendiconto della gestione esprime quella successiva di verifica dei risultati conseguiti.

Tale documento si propone pertanto di valutare l'attività svolta cercando di dare una adeguata spiegazione ai risultati ottenuti, mettendo in evidenza le variazioni intervenute rispetto ai dati di previsione e fornendo una possibile spiegazione ai diversi eventi considerati.

Allo stesso tempo l'analisi degli eventi che hanno determinato il risultato d'esercizio diventa fondamentale strumento di gestione nello sviluppo della programmazione per l'anno successivo.

La continuità data all'azione di governo nel corso dei diversi Esercizi ha consentito all'Azienda di raggiungere FONDAMENTALI risultati tra cui il passaggio da un pareggio di Bilancio di tipo tecnico ad un pareggio di tipo strutturale.

Il risultato positivo conseguito nel corso degli ultimi tre anni indica infatti una netta stabilizzazione del trend economico-finanziario ottenuto nonostante la diminuzione delle risorse a disposizione.

Per raggiungere tale continuità di risultati è stata adottata una politica del personale impostata sulla valorizzazione delle risorse umane, non disgiunta da azioni ed integrazione di attività, servizi e funzioni e coniugata al rigore nel suo progressivo sviluppo; alcune azioni sono state indotte dalle direttive nazionali e regionali; altre sono conseguenti a politiche autonome aziendali, nell'ottica di una sempre più adeguata valorizzazione delle risorse umane, in quanto fattore produttivo sempre più importante sia per la qualità dei servizi che per la loro sostenibilità economica del sistema.

Attraverso un anno di lavoro che ha confermato la propensione dell'Azienda al miglioramento organizzativo, funzionale e gestionale, sono stati non solo raggiunti ma complessivamente migliorati gli obiettivi iniziali posti dalla RER con ciò fissando la copertura del turn-over 2014 al 15% delle cessazioni intervenute in corso d'anno e garantendo, per le assunzioni a tempo determinato, l'invarianza di spesa rispetto al 2013 anziché rispetto al 2012 (OBIETTIVO REGIONALE).

Si ritiene ora di completare la presente relazione illustrativa con la tabella sui dati di occupazione criterio uomo-anno, al fine di mettere in relazione l'andamento degli organici fra gli Esercizi 2013-2014, con le stime contabili precedentemente rappresentate.

DATI SULL'OCCUPAZIONE - CRITERIO UOMO/ANNO

Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato	Esercizio 2013	Esercizio 2014	Variazione
Personale medico e veterinario	442,65	440,06	-2,59
Personale sanitario non medico - dirigenza	54,87	53,78	-1,09
Personale sanitario non medico - comparto	1448,61	1416,62	-31,99
Personale professionale - dirigenza	7	7	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza	3,65	3,16	-0,49
Personale tecnico - comparto	573,42	567,81	-5,61
Personale amministrativo - dirigenza	20	20	0,00
Personale amministrativo - comparto	244,75	235,82	-8,93
Totale personale a tempo indeterminato	2794,95	2744,25	-50,70

Personale dipendente in servizio a tempo determinato	Esercizio 2013	Esercizio 2014	Variazione
Personale medico e veterinario	7,44	5,85	-1,59
Personale sanitario non medico - dirigenza	2,65	3,75	1,10
Personale sanitario non medico - comparto	8,76	11,11	2,35
Personale professionale - dirigenza	1	1	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza			0,00
Personale tecnico - comparto	13,75	10,04	-3,71
Personale amministrativo - dirigenza			0,00
Personale amministrativo - comparto			0,00
Totale personale a tempo determinato	33,6	31,75	-1,85

DATI SULL'OCCUPAZIONE - PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12

Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato	Esercizio 2013	Esercizio 2014	Variazione
Personale medico e veterinario	453	443	-10,00
Personale sanitario non medico - dirigenza	55	53	-2,00
Personale sanitario non medico - comparto	1481	1448	-33,00
Personale professionale - dirigenza	7	7	0,00
Personale professionale - comparto		0	0,00
Personale tecnico - dirigenza	4	3	-1,00
Personale tecnico - comparto	582	570	-12,00
Personale amministrativo - dirigenza	20	20	0,00
Personale amministrativo - comparto	249	236	-13,00
Totale personale a tempo indeterminato	2.851	2.780	-71,00

Personale dipendente in servizio a tempo determinato	Esercizio 2013	Esercizio 2014	Variazione
Personale medico e veterinario	6	8	2,00
Personale sanitario non medico - dirigenza	3	4	1,00
Personale sanitario non medico - comparto	11	12	1,00
Personale professionale - dirigenza	1	1	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza			0,00
Personale tecnico - comparto	4	11	7,00
Personale amministrativo - dirigenza			0,00
Personale amministrativo - comparto			0,00
Totale personale a tempo determinato	25	36	11,00

L'evoluzione ha portato ad una riduzione complessiva delle unità del numero di dipendenti da 2.876 al 31/12/2013 a 2.816 al 31/12/2014 pari al -2,1%.

Anagrafica del personale dipendente

Il dato percentuale del personale a tempo indeterminato ricompreso nella fascia d'età da 55 a 64 anni passa dal 21,44% del 31/12/2011 al 27,22% del 31/12/2013 e al 29,86% del 31/12/2014.

Nello stesso periodo resta invariata la percentuale riferita al genere: 72% donne – 28% uomini.

Anagrafica del personale dipendente per genere, con la distinzione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e a orario intero e parziale

Rilevazione al 31.12.2014 Categoria Personale dipendente	Dipendenti n. totale	di cui a tempo determ.	Maschi				Femmine			
			a tempo indeterm.		a tempo determ.		a tempo indeterm.		a tempo determ.	
			a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale
Dirigenti del ruolo sanitario	508	12	256	1	5		237	2	7	
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	11	1	9		1			1		
Dirigenti ruolo amministrativo	20		12				8			
Personale sanitario	1460	12	291	3	2		1070	84	8	2
Personale tecnico	581	11	179	3	4		380	8	7	
Personale Amministrativo	236		29	1			187	19		
Altro personale										
Totali	2.816	36	776	8	12		1882	114	22	2

Personale dipendente per fasce di età e genere nelle singole categorie e complessivo (solo tempo indeterminato)

Rilevazione al 31/12/2014 Categoria Personale dipendente	fasce d'età e genere									
	<= 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Dirigenti del ruolo sanitario	3	4	40	65	81	70	132	100	1	0
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	0	0	0	0	3	1	6	0	0	0
Dirigenti ruolo amministrativo	0	0	0	0	4	3	8	5	0	0
Personale sanitario	23	89	93	373	108	501	70	191	0	0
Personale tecnico	1	6	19	70	86	180	75	132	1	0
Personale Amministrativo	0	3	0	13	13	96	17	94	0	0
Altro personale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totali	27	102	152	521	295	851	308	522	2	0

Uscite del personale dipendente a tempo indeterminato				
Categorie Personale dipendente	Pensionamenti	Dimissioni volontarie	Trasferimento ad altre aziende	Altre cause
Dirigenti del ruolo sanitario	12	1	3	2
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	1			
Dirigenti ruolo amministrativo				
Personale sanitario	27	1	3	4
Personale tecnico	12		1	1
Personale Amministrativo	13			
Totali	65	2	7	7

Categorie Personale dipendente	Concorso pubblico	Altre cause e stabilizz.ni	Totale
Dirigenti del ruolo sanitario	1	5	6
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	-		0
Dirigenti ruolo amministrativo	-	-	0
Personale sanitario	2		2
Personale tecnico	2		2
Personale Amministrativo			
Totali	5	5	10

Capacità lavorativa ed invecchiamento.

La linea di rigore, adottata ormai da diversi anni, a livello nazionale, nell'ambito della razionalizzazione e riduzione della spesa pubblica, si è contraddistinta per interventi legislativi miranti ad innalzare l'età di uscita dal lavoro, misure peraltro accompagnate da un sempre più stretto governo del turn-over, con la conseguenza di rendere sempre più elevata l'anzianità media degli occupati nel settore pubblico. Non a caso la Pubblica amministrazione italiana è più "anziana" rispetto alle altre europee, quali Francia ed Inghilterra e questo è un dato che emerge essere omogeneo per quasi tutti i comparti del pubblico impiego, nei quali la maggior densità di dipendenti si colloca nella fasce tra 50 e 54 anni e tra 55 e 59 (dati sul pubblico impiego forniti dall'Aran e che hanno come fonte il Conto annuale). La c.d. "riforma Fornero", con il progressivo innalzamento del limite di età, compreso quello per le donne, l'adeguamento alle crescenti aspettative di vita, il superamento delle pensioni di anzianità determineranno nei prossimi anni un ulteriore forte incremento dell'anzianità media, se non saranno messi in atto sistemi alternativi di recupero.

L'andamento a livello nazionale è stato affiancato da quello regionale che ha, soprattutto negli ultimi anni, confermato una drastica politica di blocco del turn-over totale nel settore tecnico-amministrativo.

A livello aziendale è significativo il dato percentuale del personale a tempo indeterminato ricompreso nella fascia d'età da 55 a 64 anni che passa dal 21,44% del 31/12/2011 al 27,22% del 31/12/2013 e al 29,86% del 31/12/2014.

Dal punto di vista delle qualifiche è maggiormente rappresentato nella fascia di età più alta il personale dirigente che si immette necessariamente sul mercato del lavoro in età più avanzata rispetto al personale del comparto; nel contempo disposizioni normative, spesso di risposta a specifiche rivendicazioni di categoria, consentono la permanenza in servizio fino ai 65 anni di età (dirigenti del ruolo sanitario) se non addirittura fino ai 70 per consentire la maturazione dei 40 anni di servizio effettivo (strutture complesse). Un'indagine alla data del 31.12.2014 ha dimostrato che per quanto riguarda il personale del comparto (complessive 2267 unità), la % più elevata si colloca nella fascia di età tra i 50 e i 54 anni, mentre per la dirigenza, sia medica che non medica (complessive 472 unità) si colloca nella fascia tra i 55 e i 59 anni; solo 16 unità si collocano sotto i 30 anni.

Della popolazione complessiva pari a 2739 unità ben 1702 unità si pongono fra i 45 e i 59 anni e solo 16 unità hanno meno di 30 anni.

Alcune peculiarità:

- oltre il 50% degli infermieri si colloca nella fascia di età tra i 40 e i 49 anni
- più anziani gli operatori socio sanitari che si collocano nella fascia tra i 50 e i 59 anni;
- più giovani i tecnici sanitari di radiologia medica: oltre il 50% ha meno di 44 anni di età;
- il profilo sanitario più anziano è quello dei tecnici della prevenzione ; su 62 unità ben 51 sono over 50;
- l'età media per personale amministrativo è di 55 anni.

Più anziana in media la componente "dirigenziale" per le motivazioni sopraindicate, in particolare quella della dirigenza TAP che è di 57 anni (59 la sola amministrativa), destinata ad evidente accrescimento dal momento che per tale personale non è previsto a breve possibilità di sostituzione né di collocamento a riposo per le sempre più stringenti prospettive previdenziali.

FASCE DI ETA'	COMPARTO	%	DIR. NON MEDICA	%	DIR. MEDICA	%	TOTALE	%
20-24								
25-29	16	0,71					16	0,58
30-34	92	4,06			5	1,25	97	3,54
35-39	166	7,32	7	9,59	30	7,52	203	7,41
40-44	392	17,29	1	1,37	56	14,04	449	16,39
45-49	458	20,20	6	8,22	53	13,28	517	18,88
50-54	525	23,16	17	23,29	61	15,29	603	22,02
55-59	446	19,67	27	36,99	109	27,32	582	21,25
60-64	169	7,45	15	20,55	84	21,05	268	9,78
>64	3	0,13			1	0,25	4	0,15

Distribuzione Anagrafica al 31/12/2014

FASCE DI ETA'	NUM.	%
25-34	113	4,13
35-44	652	23,80
45-54	1120	40,89
55-64	850	31,03
>64	4	0,15
TOTALE	2739	

FASCE DI ETA'	INFERMIERI	%	OSS	%	TSRM	%
25-29	12	1,13			1	1,37
30-34	52	4,91	2	0,72	13	17,81
35-39	87	8,22	19	6,83	14	19,18
40-44	295	27,88	26	9,35	16	21,92
45-49	270	25,52	52	18,71	5	6,85
50-54	201	19,00	73	26,26	9	12,33
55-59	114	10,78	80	28,78	11	15,07
60-64	27	2,55	26	9,35	4	5,48
TOTALE	1058		278		73	

FASCE DI ETA'	TECNICI LAB.	%	FISIOT.	%	OSTETRICHE	%
25-29					3	5,45
30-34					5	9,09
35-39	6	26,09			8	14,55
40-44	2	8,70	12	21,43	4	7,27
45-49	4	17,39	13	23,21	8	14,55
50-54	3	13,04	19	33,93	12	21,82
55-59	3	13,04	9	16,07	11	20,00
60-64	5	21,74	3	5,36	4	7,27
TOTALE	23		56		55	

FASCE DI ETA'	ASS. SAN.	%	AUTISTA 118	%
40-44			4	9,30
45-49	10	43,48	10	23,26
50-54	7	30,43	15	34,88
55-59	4	17,39	13	30,23
60-64	2	8,70		
>64			1	2,33
TOTALE	23		43	

FASCE DI ETA'	DIRETTORE STR. COMPLESSA	%
50-54	6	18,18
55-59	13	39,39
60-64	14	42,42
TOTALE	33	

IDONEITA' CON LIMITAZIONI

Distribuzione Anagrafica per Qualifica e Idoneità con Limitazioni

FASCE DI ETA'	INFERMIERI (1058)	%	OSS (278)	%	TSRM (73)	%
30-34	5	2,43			1	33,33
35-39	7	3,40	1	2,63		0,00
40-44	50	24,27	3	7,89	1	33,33
45-49	50	24,27	2	5,26		
50-54	46	22,33	9	23,68		
55-59	33	16,02	18	47,37	1	33,33
60-64	14	6,80	5	13,16		
>64	1	0,49				
TOTALE	206		38		3	

FASCE DI ETA'	MEDICI	%
40-44	2	8,00
45-49	3	12,00
50-54	4	16,00
55-59	5	20,00
60-64	11	44,00
TOTALE	25	

I dati disponibili sono relativi all'andamento anagrafico dell'età del personale nel 2014, le strategie da mettere in campo, saranno affrontate da specifico gruppo di lavoro come da obiettivi di budget 2015.

Al fine di favorire il ricambio generazionale nelle organizzazioni aziendali e di limitare il costo del personale, l'Azienda applicherà le facoltà riconosciute alle Amministrazioni Pubbliche sulla risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro, secondo quanto previsto dalla circolare regionale in materia.

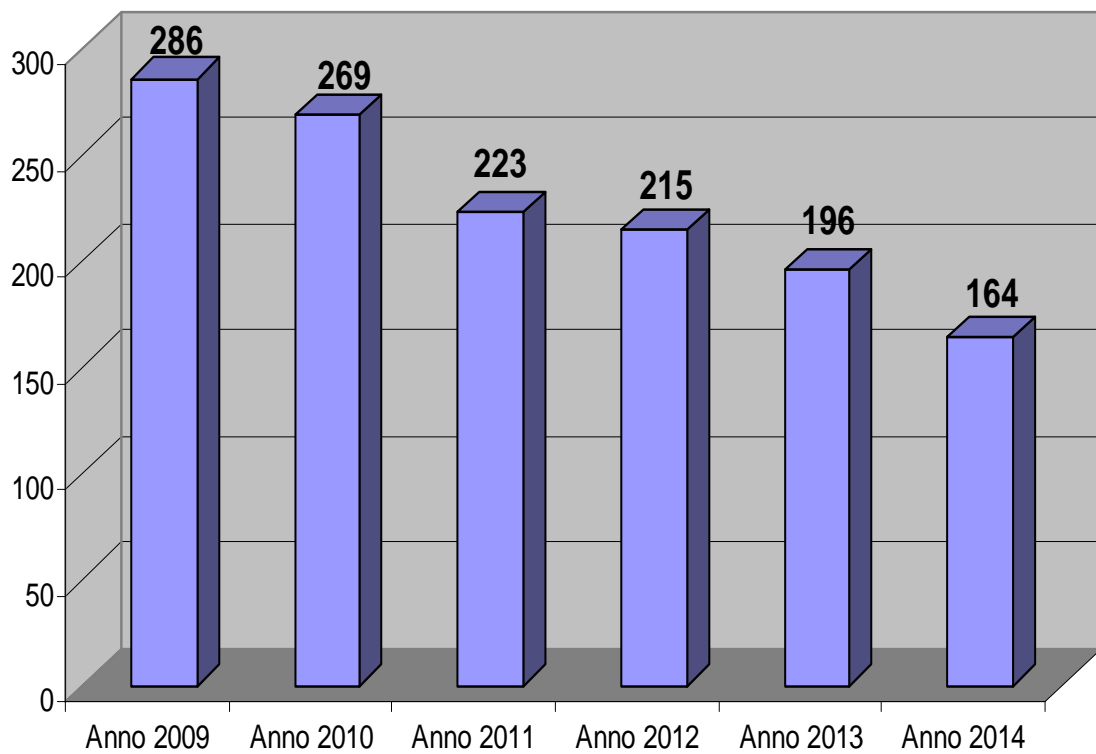
Gestione della sicurezza e degli infortuni

Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha tra i suoi compiti istituzionali la prevenzione, il monitoraggio ed il controllo degli infortuni occorsi agli operatori dell'Azienda Usl durante l'attività lavorativa.

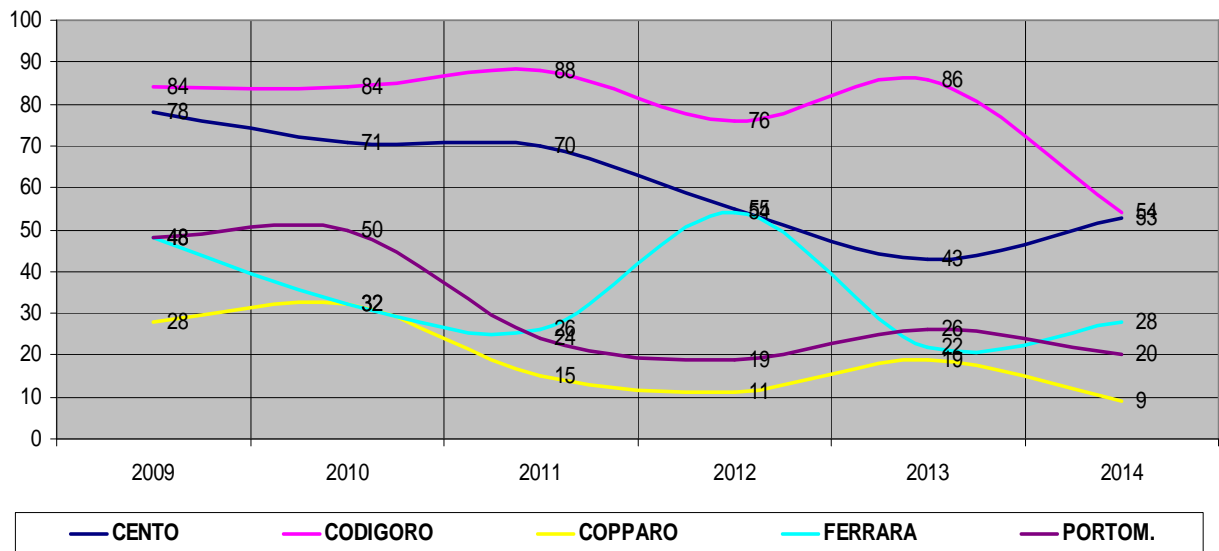
L'intero processo è gestito da una specifica procedura aziendale che prevede dal 2009 un'attività di verifica puntuale delle modalità di accadimento per gli infortuni biologici, da movimentazione manuale dei carichi/pazienti ed accidentali allo scopo di migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro ed attivare le necessarie azioni preventive e/o correttive.

Dal sistema informativo di supporto alla gestione dei dati infortunistici si riportano i seguenti indicatori con riferimento al 2014 dai quali si evince che nell'anno di riferimento il numero totale degli infortuni è calato rispetto all'anno precedente, confermando la tendenza, già evidenziata nel precedente anno, ad una costante diminuzione.

AZIENDA USL FE - INFORTUNI TOTALI 2009-2014

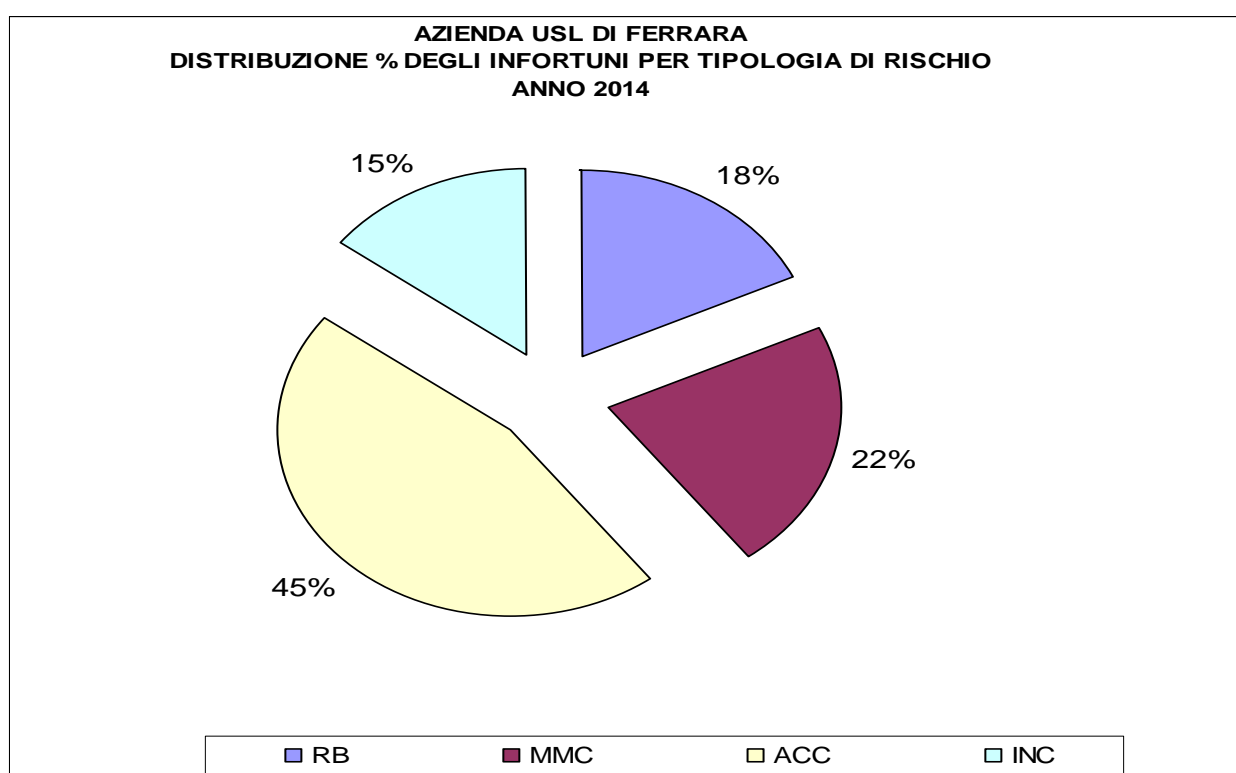


ANDAMENTO INFORTUNI PER AREE TERRITORIALI (OSPEDALI COMPRESI)



Infortunati 2014 divisi per aree territoriali (ospedali compresi) e tipologia

DISTRETTI	BIOLOG.	MMC	ACC	INC ITINERE	TOTALE
COPPARO	1	0	6	2	9
PORTOMAG.	1	4	11	4	20
FERRARA	1	6	15	6	28
CODIGORO	13	14	24	3	54
CENTO	12	10	20	11	53
TOTALE	28	34	76	26	164

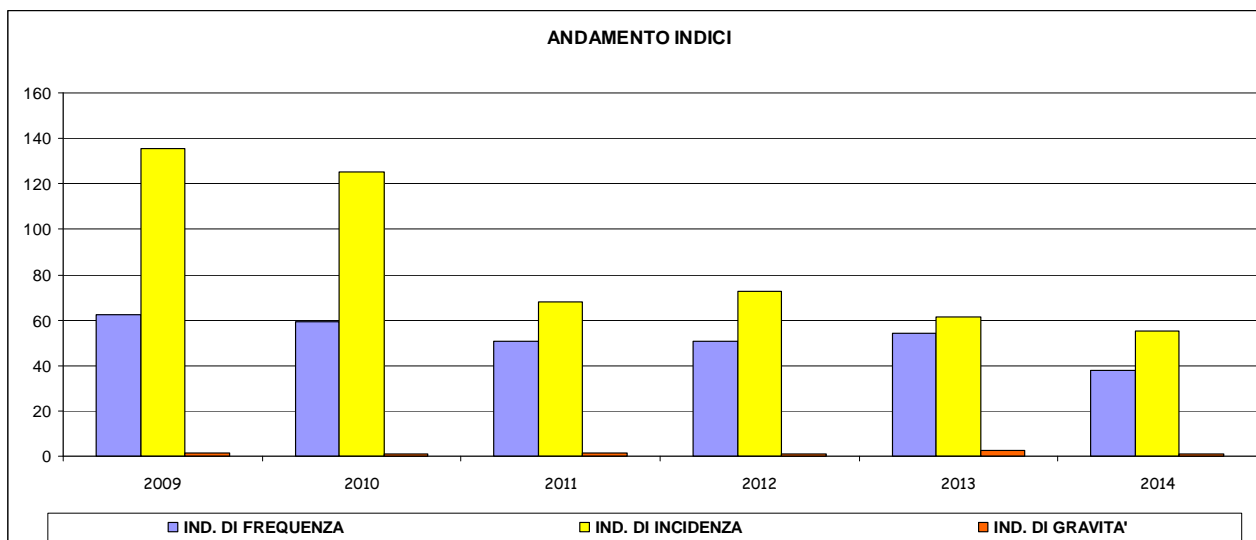


	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N° INFORTUNI	286	269	223	215	196	164
IND. DI FREQUENZA	62,14	59,10	50,36	50,53	54,17	37,87
IND. DI INCIDENZA	135,23	125,00	68,22	72,41	61,54	55,39
IND. DI GRAVITA'	1,3	1,20	1,34	1,00	2,55	1,05

IF(INDICE DI FREQUENZA)=N°INFORTUNI /N°ORE LAVORATE*1000000

II (INDICE DI INCIDENZA)=N°INFORTUNI/N°LAVORATORI*1000

IG(INDICE DI GRAVITA')=N°GG DI INABILITA' /N°ORE LAVORATE*10000



Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: linee generali

La risorsa “personale” costituisce un fattore determinante nella realizzazione delle strategie aziendali di rinnovamento e miglioramento richieste dalla crescente complessità organizzativa delle aziende sanitarie. L’Azienda USL di Ferrara ha attivato percorsi di valutazione del personale delle diverse aree della dirigenza e del comparto, sia per quanto riguarda la valutazione dell’incarico che del risultato.

Valutazione dell’incarico

Per quanto attiene il personale dirigente, il sistema di valutazione dell’incarico è disciplinato da specifico regolamento, sottoscritto con le organizzazioni sindacali delle aree dirigenziali nel 2002, che prevede un percorso su due livelli:

- il primo livello è quello della valutazione di 1° istanza. E’ realizzato dal “superiore gerarchico” del soggetto valutato;
- il secondo livello ovvero la valutazione di 2° istanza è realizzata da un collegio tecnico appositamente nominato.

La valutazione è improntata ai seguenti principi: trasparenza dei criteri, obbligo della motivazione della valutazione espressa, informazione e partecipazione del valutato attraverso la comunicazione e il contraddittorio nella valutazione, sia di 1° che di 2° istanza.

Lo strumento di valutazione è la “scheda” nella quale sono riportati i fattori che costituiscono gli elementi su cui basa la valutazione, che si effettua alle scadenze previste dai vigenti contratti di lavoro e quindi:

- a conclusione dell’incarico: quinquennale per i dirigenti di struttura complessa, triennale per i responsabili di struttura semplice, oltre alla valutazione dei capi distretto e Capi dipartimento, alla fine dell’incarico, con scheda specifica, di impatto sulla valutazione organizzativa ed individuale.
- a conclusione del quinquennio per i dirigenti neo assunti;
- al maturare dei cinque anni continuativi di attività ovvero dei quindici anni (a tempo indeterminato e a tempo determinato) ovvero cinque anni di ruolo per l’applicazione dei benefici previsti dagli artt. 3 e 5 del CCNL sottoscritto l’8/6/2000 – 2° biennio economico, tenuto conto delle limitazioni contenute nel d.l.78 del 2010, convertito nella legge n.122/2010. In particolare, per quanto riguarda l’attribuzione, ai dirigenti di prima nomina, dopo cinque anni di servizio di incarico con funzioni superiori, in linea con le note e i documenti di indirizzo tecnico – operativo delle

disposizioni di contenimento delle spese in materia di pubblico impiego, di cui al D.L. 78/2010 convertito con Legge 122/2010, predisposte dalla Conferenza delle Regioni e dalla Regione Emilia Romagna, l'effetto modificativo della posizione economica a beneficio del Dirigente di prima nomina, che si verifica al raggiungimento della prevista anzianità di servizio, è stato avviato nel corso dell'Esercizio 2013 con il riconoscimento dell'indennità di esclusività e di equiparazione a far tempo dalla data di assegnazione dell'incarico, ai sensi dell'art. 27, comma 1 lett. b) o c), del CCNL dell'8/06/2000 delle Aree delle Dirigenze.

Gli incarichi sono stati assegnati dall'Azienda, nell'Esercizio delle proprie prerogative, provvedendo ad attuare le conseguenti azioni organizzative mediante sottoscrizione di contratto individuale nel quale sono state specificate le mansioni proprie connesse alla natura dell'incarico stesso.

Nel corso dell'anno 2014 con un programmazione aziendale comunicata alle OO.SS. sono stati conferiti n. ___ incarichi ai Dirigenti che hanno maturato i requisiti previsti dalla normativa contrattuale ed è stato conseguentemente posto in pagamento il riconoscimento economico della retribuzione di posizione (nelle sue componenti maggiorate di minima unificata e variabile aziendale). Il riconoscimento dell'indennità di equiparazione, infatti, dal 1/01/2011 non può avvenire in via automatica (in applicazione delle disposizioni in materia di contenimento delle spese di personale delle Amministrazioni Pubbliche previste dal D.L. 78/2010 convertito con Legge 122/2010), ma è subordinato all'attribuzione di un incarico che sia almeno fra quelli previsti dall'art. 27, comma 1 lett. c) del CCNL – Aree della Dirigenze dell'8/06/2000. Da un punto di vista strettamente economico l'impegno di spesa conseguente alla retribuzione di posizione corrispondente al nuovo incarico affidato ai suddetti Dirigenti, è quantificato dalla griglia di graduazione degli incarichi, definita negli Accordi Sindacali del 23.12.2013 delle varie Aree Dirigenziali ed è stata finanziata con le disponibilità economiche del Fondo per la retribuzione di posizione del CCNL del 6/05/2010, previa verifica della necessaria disponibilità. L'indennità di esclusività è stata corrisposta come conseguenza dell'attribuzione dell'incarico stesso, previa verifica dei requisiti contrattuali (5 anni di servizio sia a tempo indeterminato, sia a tempo determinato purché continuativo), è stata invece posta a carico del conto economico specifico del Bilancio Aziendale.

Nell'ambito dell'individuazione degli incarichi e della relativa graduazione economica degli stessi all'interno del quadro provvisorio di finanziamento del trattamento economico accessorio, sono state raggiunte le intese con le organizzazioni sindacali per la definizione, in particolare, di:

OO.SS. Area della Dirigenza medica e veterinaria:

- Accordo sulla retribuzione di posizione anno 2013 del 23.12.2013 (per l'Area della Dirigenza Medica l'Accordo ha durata biennale: 2013-2014);

OO.SS. Area della Dirigenza Tecnica Professionale e Amministrativa:

- Accordo sulla retribuzione di posizione 2013 del 23.12.2013, in proroga per il 2014.

OO.SS. Area della Dirigenza Sanitaria:

Accordo sulla retribuzione di posizione 2014 del 19.12.2014.

Per tutti gli accordi sindacali sopra citati sono stati assolti gli obblighi informativi verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e verso la Regione con l'invio e la pubblicazione sul sito internet aziendale delle relazioni tecnico illustrative con le modalità previste dalla Circolare n. 25 del 19/7/2012 del MEF. Tutti gli accordi sindacali hanno ricevuto parere favorevole in ordine alla certificazione di compatibilità economico-finanziaria di cui all'art. 40 bis del D.lgs. N. 165/2001 da parte del Collegio dei Revisori.

I risultati della valutazione annuale delle prestazioni effettuata dall'Organismo di Valutazione Aziendale poi sostituito dall'Organismo Aziendale di Supporto concorrono alla formazione della valutazione da attuarsi, da parte del Collegio Tecnico, alla scadenza degli incarichi dirigenziali, così come definiti dai contratti di lavoro.

Nell'anno 2014, superata la fase sperimentale avviata nel 2013, è entrata a regime la valutazione della performance individuale annuale del Personale Dirigente di struttura complessa e di struttura semplice. Per tutti i dirigenti con incarico professionale è proseguita la fase sperimentale della valutazione individuale.. In questa fase, pur senza ricadute conseguenti sui valutati, l'Azienda ha ritenuto di doverne testare l'applicabilità assegnandola, quale obiettivo di risultato, ai Direttori di Dipartimento nei confronti dei Direttori delle Strutture complesse, semplicemente consigliandone la sperimentazione a questi ultimi ed ai Responsabili delle Strutture semplici. La scheda predisposta, per ragioni di semplicità volutamente unica per le diverse posizioni e ruoli, ma graduabile per le aspettative previste dai singoli Dirigenti in ciascuno degli item a seconda della posizione ricoperta, era stata presentata al Collegio di Direzione, alle OO.SS. ed al Personale aziendale ed erano state raccolte le osservazioni ed introdotte alcune modifiche

La valutazione del personale del comparto replica le modalità seguite per il personale della dirigenza. Accanto al sistema della Produttività Collettiva risorsa la cui entità generale è preliminarmente collegata alla percentuale di raggiungimento delle finalità definite nel Piano Annuale degli Obiettivi le finalità del sistema premiante sono perseguite, in via complementare, anche con il sistema della produttività Individuale, quale risorsa destinata al finanziamento di **"Progetti finalizzati"**.

Si tratta di progetti che hanno il carattere di innovazione, realizzano nuovi servizi ed attività, migliorano le modalità di erogazione di servizi preesistenti o, in casi eccezionali, sono finalizzati al recupero di situazioni di arretrato. Per tali progetti la partecipazione è riservata ad un numero limitato di dipendenti che sono individuati dal Responsabile apicale della struttura proponente ciascun progetto.

La progettualità correlata agli incentivi individuali è il presupposto per rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore ai risultati ottenuti ed al miglioramento dei servizi, apprezzandone il rendimento e le caratteristiche professionali.

Tale concezione pone una forte attenzione non solo alla progettazione del sistema affinché esso possa risultare funzionale rispetto alle specificità degli obiettivi prefissati, ma anche agli elementi strumentali e di processo che ne garantiscono la corretta applicazione, secondo un approccio trasparente che assicuri criteri omogenei e definisca con chiarezza regole, responsabilità e ruoli.

Con specifiche Linee Guida pubblicate sul sito istituzionale è stato anche definito il percorso di attivazione e accesso alla produttività:

- l'Azienda dà informazione delle linee guida ai Responsabili di Dipartimento per fornire uno strumento che si colloca nel più ampio processo di pianificazione strategica, di programmazione degli obiettivi coerenti con le strategie;
- i progetti finalizzati sono stati sottoposti al preliminare esame dell'Organismo di Valutazione Aziendale per la valutazione tecnica preventiva, il monitoraggio e il riscontro finale del grado di realizzazione degli obiettivi al termine delle attività programmate.

Il budget destinato al finanziamento dei progetti finalizzati è compreso all'interno degli specifici fondi contrattualmente previsti per il finanziamento della Retribuzione di Risultato ed è quantificato come di seguito rappresentato:

Area del Comparto € 70.000 di cui 20.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Medica € 70.000 di cui 20.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Veterinaria € 5.000 di cui 3.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Sanitaria non medica € 10.000 di cui 4.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa € 20.000 di cui 10.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Al fine di definire i criteri e le modalità di distribuzione della quota di risorse, per rendere più vicino alla struttura organizzativa che propone la realizzazione del progetto finalizzato il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore e dare più consapevolezza ed efficacia all'impiego delle risorse messe a disposizione nell'ambito del Fondo della Produttività Individuale, la quota complessiva, viene rimodulata e assegnata alle singole articolazioni aziendali che hanno proposto tali progetti secondo la metodologia per budget. Al termine del processo di valutazione dei progetti da parte dell'Organismo di Valutazione Aziendale, viene definito, a cura dell'Unità Operativa Gestione Trattamento Economico, il budget a disposizione per ogni articolazione organizzativa aziendale (Dipartimento o, in assenza, Unità Operativa/Modulo Organizzativo) alla quale sono stati validati i progetti a suo tempo presentati.

Il Responsabile della struttura ha cura di allineare il valore economico dei progetti da lui medesimo proposti in funzione del budget assegnato e di ridefinire conseguentemente la quota economica di produttività individuale ai propri collaboratori che partecipano alla realizzazione del progetto, dandone adeguata informazione agli stessi.

Nel corso dell'anno 2014 oltre agli obiettivi di programmazione, in via complementare, sono stati implementati "obiettivi finalizzati e specifici" basati sul presupposto di rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore ai risultati ottenuti ed al miglioramento dei servizi, apprezzandone il rendimento e le caratteristiche professionali; tali "obiettivi finalizzati e specifici" si sono sviluppati sul piano dell'efficienza organizzativa sia relativamente al personale impegnato nei processi assistenziali, sia relativamente al personale assegnato a funzioni amministrative con caratteristiche particolari per le aree di riferimento:

- **Obiettivi finalizzati e specifici sviluppati sul piano dell'efficienza organizzativa dal personale impegnato nei processi assistenziale e di supporto**

In continuità con il piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese anche nel corso dell'anno 2014 oltre agli obiettivi di programmazione, in via complementare, sono stati implementati "obiettivi finalizzati e specifici" basati sul presupposto di rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore ai risultati ottenuti ed al miglioramento dei servizi, apprezzandone il rendimento e le caratteristiche professionali.

Tali "obiettivi finalizzati e specifici" si sono sviluppati sul piano dell'efficienza organizzativa particolarmente in relazione al personale impegnato nei processi assistenziali e di supporto.

La sostenibilità economico-finanziaria per il periodo 2013-2016, ha richiesto e richiede un governo attento delle risorse disponibili e della spesa sanitaria, nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione della spesa oltre che di misure di riorganizzazione del sistema, stante il contesto economico finanziario, caratterizzato dalla riduzione contestuale delle risorse disponibili e dalla tendenza all'aumento dei costi gestionali.

Per l'Azienda USL di Ferrara, il processo di raggiungimento della sostenibilità economica, già iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico finanziario, è proseguito con la definizione del Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrara per il periodo dal 2013-2016, adottato con delibera n. 180 del 05/08/2013.

Nell'intento di perseguire il pressante vincolo di progressivo miglioramento economico del sistema provinciale il suddetto piano strategico ha declinato gli interventi programmatici e le azioni di razionalizzazione che hanno complessivamente coinvolto le reti cliniche assistenziali e interaziendali, l'assistenza territoriale e progetti di unificazione di area metropolitana e di area vasta Emilia Centro per alcune funzioni sanitarie, amministrative e tecniche.

Nell'ambito delle azioni contenute nel Piano Strategico di riorganizzazione, riqualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese si sono realizzate nel corso dell'anno 2014 sia interventi di razionalizzazione e di

riorganizzazione con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta per recuperare efficienza e ottimizzare l'utilizzo delle risorse di personale, sia azioni di esternalizzazione di servizi.

Le azioni di revisione organizzativa interna, realizzate attraverso le corrette procedure previste dal Sistema delle Relazioni Sindacali, hanno condotto a processi di riallocazione del personale a tempo indeterminato su posti di turn-over di equivalente profilo degli esercizi di riferimento, ovvero inserito nei piani di miglioramento e sviluppo di servizi approvati nell'ambito della programmazione sanitaria pluriennale di questa Azienda, coinvolgendo sia l'Area Ospedaliera che l'Area Territoriale operando delle profonde trasformazioni di modelli assistenziali.

L'Azienda, in accordo con le organizzazioni sindacale, ha valutato la necessità di riconoscere, attraverso l'istituto della produttività individuale, il valore delle risorse umane come miglioramento dell'efficienza dell'intero sistema. La progettualità realizzata, infatti, deve combinarsi con il riconoscimento di incentivi individuali, nel presupposto di considerare gli elementi che hanno determinato il risultato, ovvero, secondo un approccio trasparente che definisca con chiarezza: responsabilità, ruoli, impegno lavorativo, caratteristiche professionali;

In considerazione di quanto sopra esposto è stata destinata la somma di €. 493.200 a titolo di produttività individuabile sulla spendibilità del Fondo della Produttività Collettiva e Individuale **anno 2014** per la realizzazione degli obiettivi di efficienza organizzativa del personale impegnato nei processi assistenziali e di supporto.

Il riconoscimento ai dipendenti dell'area del comparto, afferenti alle **funzioni assistenziali** e che hanno partecipato alle specifiche progettualità previste finalizzate alla realizzazione degli obiettivi di efficienza organizzativa, **di una delle quote incentivanti una tantum** in relazione ai criteri individuati in base al grado coinvolgimento al fine di riconoscere il fattivo contributo delle risorse umane alla realizzazione delle azioni del Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese e ciò indipendentemente dalla qualifica o posizione funzionale gerarchica ricoperta.

L'attribuzione di tali quote una tantum di retribuzione individuale per l'attività, che per taluni progetti ha avuto inizio nell'anno 2013 e portata a definitivo compimento nel primo semestre dell'anno 2014 e per altri ha avuto completa realizzazione nel primo semestre 2014, è avvenuta sulla scorta della documentazione predisposta dalla Direzione Tecnica.

Processo di attribuzione degli obiettivi collegati alla componente variabile dello stipendio e sistema di valutazione del raggiungimento dei risultati attesi

La valutazione di risultato è annuale; essa è diretta a verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente nell'ambito del percorso di *budgeting*.

Essa fornisce :

- la valutazione dei risultati complessivi della gestione dei servizi,
- il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato / produttività per tutto il personale dirigenziale e del comparto.

L'Azienda, nel processo di Budget annuale, attribuisce gli obiettivi ai Direttori di Dipartimento (e di Distretto) che, a cascata, li attribuiscono ai Direttori di Struttura Complessa, questi ai Responsabili Struttura Semplice. All'interno delle Unità Operative i singoli Dirigenti possono vedersi attribuire tutti, alcuni od un solo obiettivo, a discrezione del proprio responsabile e coerentemente con l'organizzazione, gli incarichi e le attività. L'attribuzione avviene attraverso meccanismi di negoziazione e di concertazione; la condivisione e l'informazione degli obiettivi di Budget ai collaboratori rappresenta, già dal 2012 uno degli obiettivi di Budget assegnati ai Capi Dipartimento ed alle Strutture Complesse.

Gli obiettivi sono articolati in: Obiettivi economici e di Risorse e Obiettivi di Attività (espressi da indicatori).

Sistema di Valutazione

L'O.V.A. (Organismo di Valutazione Aziendale) che, alla fine del 2014, è stato sostituito dall'O.A.S. (Organismo Aziendale di Supporto) supporta la Direzione Aziendale nel percorso di valutazione (trimestrale e annuale) attraverso la documentazione prodotta dai rispettivi Direttori e quella acquisita dalla Programmazione e Controllo di Gestione, valuta il raggiungimento degli obiettivi negoziati all'inizio dell'anno; tali obiettivi possono essere eventualmente rinegoziati con la Direzione generale, in itinere, se vi sono esigenze cogenti ed ineludibili, secondo un processo ben definito, temporalmente nella fase di Revisione di Budget. Coerentemente con il risultato della valutazione ciascun Direttore valuta il contributo delle Strutture Complesse afferenti e dei loro Direttori che, a loro volta, valutano il contributo delle Strutture Semplici ad essi afferenti e così a cascata. Il risultato viene comunicato a ciascun Dirigente e, nei casi dubbi discusso. In caso di discordanza della valutazione ricevuta rispetto a quella attesa, ciascun dirigente ha facoltà di ricorrere ad una valutazione di secondo livello presso il superiore gerarchico diretto del proprio valutatore.

Collegamento alla componente variabile stipendio:

Dalla valutazione annuale del personale dirigente deriva la corresponsione della quota stipendiale legata allo stipendio di risultato. La valutazione è basata sul raggiungimento degli obiettivi di risultato fissati ad inizio anno (e a sua volta riguarda obiettivi operativi e, a seconda del ruolo, della posizione).

Il riconoscimento economico collegato alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget, deriva da specifici accordi con le OO.SS. I citati Accordi Sindacali determinano le modalità di assegnazione delle risorse economiche finanziate dai Fondi della Produttività/Risultato ridefiniti annualmente per le diverse aree di contrattazione. La quota economica, per il personale dirigente, è proporzionata al grado di conseguimento degli obiettivi e, di conseguenza, riconducibile ad una graduazione proporzionale articolata su 4 fasce:

1. in presenza di valutazione pari o superiore al 87% il risultato si intende integralmente conseguito;
2. per valutazioni comprese tra il 70% e l'86% si riconosce una valutazione pari al 75%;
3. per valutazioni comprese tra il 35% e il 69% si riconosce una valutazione pari al 50%;
4. per valutazioni inferiori al 35% nulla viene riconosciuto.

Per il personale dell'area del comparto, gli accordi sindacali, definiscono le quote individuali in modo equiparato per il personale dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera di Ferrara, con articolazione su tra fasce economiche in relazione alla professionalità espressa.

Valutazione e sistema di garanzia:

La valutazione annuale viene effettuata sugli obiettivi di Budget, così come declinati al punto I e II; in particolare dal 2012 sono valutati in capo ai Direttori di Dipartimento e Direttori di Strutture complesse anche gli obiettivi di informazione e comunicazione del Budget ai collaboratori.

Il modello comporta come riscontro documentale dell'avvenuta condivisione del budget per l'anno 2013 i verbali dei Comitati di Dipartimento, in quanto l'obiettivo è in capo ai Direttori di Dipartimento e di Distretto. Gli esiti delle verifiche trimestrali sono pubblicati a cura del Controllo di Gestione sul sito aziendale, trasmesse ad ogni Direttore di Dipartimento, alla Direzione gestione delle risorse umane e all'O.V.A/O.A.S., sull'andamento degli obiettivi di risorse (beni servizi e risorse umane) e sull'andamento degli obiettivi. La valutazione di prima istanza è in capo al diretto superiore gerarchico di ciascun Dirigente. Un eventuale contraddittorio tra un Dirigente ed il suo valutatore di prima istanza viene condotto dal superiore gerarchico diretto del primo valutatore, a garanzia della conoscenza del contesto e della materia del contendere. Il risultato delle valutazioni negative viene gestito dalla Direzione Aziendale, e dall'O.V.A/O.A.S..

L'Azienda, a seguito delle verifiche trimestrali del grado di raggiungimento degli obiettivi e dello stato di avanzamento dei progetti, corrisponde al personale dirigente, con lo stipendio mensile, una quota pari ad un dodicesimo del 50% del riconoscimento economico spettante in caso di completo raggiungimento degli

obiettivi assegnati. Il riconoscimento del conguaglio economico spettante a ciascun Dirigente, in positivo o in negativo rispetto agli acconti percepiti, secondo la valutazione riportata e gli accordi decentrati con le OOSS.

Accanto al sistema di retribuzione di risultato / produttività collegata agli obiettivi di budget, è previsto, per tutte le aree contrattuali, un sistema di produttività “speciale”, mediante finanziamento di progetti finalizzati, cioè di progetti che hanno un carattere di innovazione, destinata ad un numero circoscritto di operatori, individuati dal responsabile di struttura.

Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: Organismo di Valutazione Aziendale e percorso aziendale 2014

Premessa

Dall’emanazione del DLgs. n. 150/2009, la materia della valutazione è stata oggetto di una serie di precisazioni ed indicazioni operative da parte della Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), divenuta nel 2013 Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC), di integrazioni soprattutto ad opera della L. n. 135/2012 ed anche del DLgs. n. 33/2013, A seguito della L.R. 26 del 20/12/2013 e della DGR n.334 del 2014, dove si costituisce l’OIV unico regionale, l’Azienda ha recepito le indicazioni regionali con la Del. 332 del 15/12/2014 “Preso d’atto funzioni dell’organismo indipendente di valutazione (OIV) per il servizio sanitario regionale e istituzione organismo aziendale di supporto all’ OIV unico regionale” con la costituzione dell’O.A.S. (Organismo Aziendale di Supporto).

Agli Organismi Aziendali di Valutazione, competevano, oltre alla valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, la promozione e l’attestazione della trasparenza e dell’integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati nell’ente, il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni e la presentazione alla Direzione Aziendale di una relazione annuale sullo stato dello stesso e l’espletamento delle funzioni attribuite agli organismi di cui all’art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 2009 da successive leggi statali; tutto ciò in stretta collaborazione con il Responsabile della “trasparenza” e della “prevenzione della corruzione”, nominato dall’Azienda. Attualmente, a seguito della creazione di un Organismo Indipendente di Valutazione Regionale, la parte operativa di tali funzioni è svolta a livello locale dall’OAS, competendo sostanzialmente all’OIV regionale funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica.

L’Azienda ha in corso dall’inizio dell’anno 2011 un processo di revisione del proprio sistema di valutazione della performance del personale e di riconoscimento dei contributi e dei meriti, graduato sulla tipologia ed importanza degli incarichi ricoperti, orientato maggiormente alla trasparenza e sostenibilità degli esiti e ad una coerenza di “sistema” che ricerca l’impegno di tutti gli Operatori verso i medesimi obiettivi, ciascuno secondo ruolo, qualifica e posizione.

Tali innovazioni hanno seguito ed ancora seguono un percorso di introduzione graduale, preceduto da numerosi momenti di presentazione/formazione, condivisione, affinamento, alla ricerca di una cultura comune che riconosca la valutazione come verifica e riconoscimento trasparente dell’attività svolta e dei risultati conseguiti, come fase finale di un processo più complesso ed articolato che rivede tutte le fasi del processo gestionale, della individuazione degli obiettivi, condivisione, misurazione, monitoraggio e reporting, per poi ripartire nell’anno successivo con gli aggiustamenti eventualmente necessari.

Gli obiettivi e gli strumenti perseguiti ed adottati a livello Aziendale si sono rivelati del tutto in linea con quanto indicato dall’OIV regionale nella Delibera n.1 del dicembre 2014.

Il percorso, la cui pianificazione è stata trasmessa anche alla Regione, si trova ormai in avanzata fase di attuazione, ed ha comportato, dopo l’introduzione in via sperimentale attuata nell’anno 2013, l’assunzione

formale della valutazione annuale della performance individuale del Personale Dirigente, pur senza ricadute economiche conseguenti per i Professional. In sostanza, partendo dalle richieste contenute nelle ultime più importanti misure di riordino nazionale della disciplina in materia sanitaria e dalle indicazioni etiche e gestionali contenute nella dottrina, così come recepite anche dai contratti di lavoro, l'Azienda, con il contributo del proprio Personale Dirigente e delle Organizzazioni Sindacali di categoria, ha individuato dei criteri e degli ambiti per la valutazione annuale della performance del personale dirigente. Tali criteri ed ambiti, in considerazione della presenza di numerosi Dipartimenti interaziendali, sono stati condivisi anche con l'Azienda Ospedaliera S. Anna.

Anche per l'anno 2014 l'Organismo Aziendale di Valutazione ha prodotto un documento di sintesi del raggiungimento degli obiettivi di risultato da parte del Personale Dirigente, per evidenziare i miglioramenti conseguiti e ribadire quelli ancora perseguibili, in termini metodologici e secondo un angolo di osservazione esterno all'Azienda ed ai valutatori del Collegio di Valutazione Aziendale.

Ogni anno, a fine esercizio, l'Azienda rendiconta alla Regione Emilia-Romagna i risultati conseguiti sui propri obiettivi economici ed operativi attraverso uno specifico documento, supportato dalle rispettive evidenze. La Regione, a sua volta, analizza il materiale trasmesso e quello in proprio possesso, formulando un documento ufficiale di ritorno, vera e propria valutazione annuale dell'Azienda.

L'intero processo ha ricevuto di recente formale apprezzamento della Regione.

I documenti di cui sopra, pubblicati sul sito aziendale, rappresentano un esplicito esempio di trasparenza dell'Azienda non solamente verso il proprio personale, ma anche verso l'intera Utente. In termini di trasparenza poi, l'Organismo di Valutazione Aziendale ha provveduto, nel corso dell'anno 2014 a verificare ed attestare l'avvenuto assolvimento dei compiti di pubblicazione sul sito aziendale denominato Amministrazione Trasparente delle informazioni previste per il 31 dicembre 2013, con un successivo aggiornamento nel corso del 2014 (Delibere ANAC n. 50 e 77/2013) e ad esprimere il proprio parere/contributo relativamente al piano triennale per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione ed al codice di comportamento.

Materiali e metodi

Il nuovo percorso di valutazione individuale ed organizzativa, è stato presentato, nel corso dell'anno 2011, al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari ed ai Sindacati. Apportati alcuni aggiustamenti, è stato argomento di una intera giornata di presentazione e discussione con il Personale Dirigente e gli incaricati di Modulo Organizzativo del Personale del Comparto. Durante gli anni si sono utilizzate le occasioni opportune per il rinforzo ed i chiarimenti sul tema ed altre si sono appositamente create attraverso l'incontro con i Dipartimenti interessati e con singoli Dirigenti.

Voluto dalla Direzione Aziendale e concordato nei contenuti e nelle strategie dall'Organismo di Valutazione Aziendale con questa e con l'UO Programmazione e Controllo e Controllo di Gestione e con il Sistema Informativo, Committenza e Mobilità, esso è divenuto operativo fin dalle fasi iniziali del ciclo di budget, dalla individuazione di un numero più contenuto di obiettivi, alla loro rispondenza alla programmazione regionale ed aziendale, alla ricerca di indicatori misurabili e, quando possibile, di outcome, al monitoraggio del loro stato di avanzamento. Tutto ciò utilizzando anche le osservazioni rilevate durante gli incontri di presentazione ed i suggerimenti derivati dalla valutazione degli obiettivi di risultato degli anni precedenti.

La responsabilità dei risultati di tutti i progetti della struttura di riferimento, del loro coordinamento, monitoraggio e della loro reportistica sono stati attribuiti agli specifici Direttori che, a cascata, hanno assegnato i progetti di competenza alle strutture complesse e queste alle semplici, fino ai Professional. Anche la presentazione, la condivisione e l'aggiornamento sull'andamento in progress degli obiettivi tra tutti i Dirigenti delle UO attraverso specifici incontri sono stati declinati come loro obiettivo individuale.

Inoltre, come sopra riportato, nell'anno 2013 è stata introdotta, in fase sperimentale, la valutazione della performance individuale annuale del Personale Dirigente. La scheda predisposta, per ragioni di semplicità volutamente unica per le diverse posizioni e ruoli, ma graduabile per le aspettative previste dai singoli Dirigenti in ciascuno degli item a seconda della posizione ricoperta, era stata presentata al Collegio di Direzione, alle OO.SS. ed al Personale aziendale ed erano state raccolte le osservazioni ed introdotte alcune modifiche. Altri aggiustamenti erano stati apportati dopo successiva valutazione della scheda da parte di

Direttori rappresentanti della Dirigenza ospedaliera, territoriale ed amministrativa. Così rivista essa era stata di nuovo presentata alla Dirigenza, assistita in un ulteriore incontro prima della sua compilazione finale. Da segnalare inoltre come, in considerazione della presenza di numerosi Dipartimenti interaziendali nella provincia, sostanzialmente imm modificata nei propri item essa è stata “riorganizzata” in accordo con l’Azienda Ospedaliera con la finalità di una adozione comune nell’anno 2014, come di fatto avvenuto in questa Azienda, previa presentazione, ulteriore affinamento e concertazione con le OO.SS. .

La valutazione del raggiungimento da parte del Personale della Dirigenza degli obiettivi di risultato anno 2014, è stata effettuata sui report dei Direttori di Dipartimento, Distretto ed UO in staff alla Direzione, sui risultati dei monitoraggi aziendali relativamente all’impiego di risorse umane ed economiche e sulle integrazioni eventualmente richieste.

Il processo ha previsto l’invio, da parte dei Direttori di riferimento, dei report di autovalutazione all’UO Programmazione e Controllo di Gestione, quale report consuntivo anno 2014 dei risultati ottenuti relativamente agli obiettivi di risultato dell’anno, corredati delle indicazioni ed evidenze necessarie ad una valutazione esterna secondo le finalità indicate dalla RER. L’UO Programmazione e Controllo di Gestione, implementata la documentazione con il report a consuntivo annuale sul consumo delle relative risorse economiche e con quello relativo all’utilizzo di risorse umane ha riportato su supporto informatico, per ciascun obiettivo, una stringa comprendente il titolo, gli indicatori, i risultati, l’autovalutazione e le evidenze a supporto e le ha poi portate in seduta di valutazione collegiale con i rilievi e le richieste di integrazione del caso.

Le pratiche così istruite sono state sottoposte all’Organismo Aziendale di Supporto, attualmente costituito dal Direttore amministrativo, dal Direttore sanitario, dal Direttore dell’ U.O. Programmazione e controllo di gestione - con funzioni di Coordinatore - dal Direttore dell’U.O. Committenza, mobilità sanitaria e controllo di produzione, dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza ed integrità, dal Direttore del Dipartimento interaziendale amministrazione del personale e da un componente esterno con esperienza di valutazione. Le attività ed i progetti in carico ad alcune grosse strutture sono numerose, articolate e complesse. Fondamentale ai fini della valutazione la composizione del l’OAS, i cui membri sono stati in buona parte diretti testimoni dei lavori delle strutture: in taluni casi gli aggiustamenti intervenuti in corso d’opera, i rapporti con l’AO S. Anna, le evidenze in termini di atti formali, i rapporti con la Regione e con le altre istituzioni locali potrebbero essere pienamente evidenziati solamente con un costo, in termini di produzione documentale, in alcuni casi elevato e probabilmente eccessivo.

Di ogni incontro del Collegio è stato redatto apposito verbale.

Ciascun Direttore ha effettuato la valutazione di prima istanza del contributo prestato dalle UO di riferimento ed i loro Responsabili, a cascata, dai Dirigenti a queste assegnati. Il tutto coerentemente con i risultati conseguiti dalla struttura di appartenenza, con il principio della diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore e con quanto indicato nella Delibera n. 1/2014 dell’OIV della Regione Emilia-Romagna. Come avvenuto nell’anno precedente, in accordo con l’UO Sistema informativo, Committenza e Mobilità, alla quale fa capo la Segreteria dell’Organismo Aziendale di Valutazione, si è utilizzato e promosso per le comunicazioni il formato elettronico in luogo del cartaceo, ogni volta che le garanzie legali lo hanno consentito.

A conclusione dell’esame di tutte le relazioni il Direttore responsabile è stato informato delle valutazioni di obiettivi “non raggiunti o solo parzialmente raggiunti senza giustificazioni sostenibili”. A conclusione dei lavori poi, a ciascun Direttore è stata trasmesso l’esito riportato nelle valutazioni .

Gli obiettivi concordati negli incontri per la discussione del budget sono stati di tre tipi, regionali, aziendali e strategici per le Unità Operative. I macro-obiettivi regionali poi, per ragioni di contestualizzazione e di monitoraggio, sono stati suddivisi in obiettivi specifici, ciascuno con relativa relazione di consuntivo; soprattutto a queste fa riferimento il rendiconto riportato nel presente documento.

Complessivamente sono state esaminate 315 relazioni concernenti gli obiettivi in capo ai Direttori di Dipartimenti, Distretti, Strutture in staff, ciascuna delle quali relativa ad un obiettivo: gli obiettivi regionali sono stati declinati nell’Azienda in specifici e obiettivi per ciascuna struttura.

Per 35 di esse sono state richieste formalmente integrazioni riportate nei verbali, altre sono state prodotte spontaneamente dopo la comunicazione di mancato o parziale raggiungimento di alcuni obiettivi.

Molti Direttori delle strutture esaminate sono stati contattati informalmente per richiedere chiarimenti, talora anche più volte.

Altri chiarimenti o/e conferme sono stati richiesti direttamente ai Referenti Aziendali delle specifiche e trasversali materie.

Esito delle verifiche:

<i>Numero complessivo di obiettivi esaminati</i>	<i>Numero richieste di chiarimenti/integrazioni formalmente verbalizzate</i>	<i>Obiettivi complet. raggiunti</i>	<i>Obiettivi parzialmente raggiunti con giustificazione</i>	<i>Obiettivi non raggiunti con giustificazione</i>	<i>Obiettivi parzialmente raggiunti</i>	<i>Obiettivi non raggiunti</i>
315	40	272	4	20	19	0
%	12,70	86,35	1,27	6,35	6,03	0,00

L'attività ha richiesto sette incontri dell'Organismo di Supporto Aziendale (O.A.S.), oltre al lavoro di istruttoria della Programmazione e Controllo di Gestione, alle richieste di chiarimenti ed integrazioni, al lavoro della Segreteria, dell'U.O. Committenza, Mobilità e Controllo Produzione ed agli incontri con gli Uffici ed i Referenti.

La Programmazione e Controllo di Gestione, sulla base della valutazione finale da parte dell'OAS del raggiungimento degli obiettivi, ha provveduto al ricalcolo del punteggio per le schede di valutazione di ogni Dirigente e Professional al fine della determinazione della quota incentivante da erogare.

L'esito delle pratiche concluse positivamente è stato consegnato al Dipartimento Gestione delle Risorse Umane per il calcolo e la corresponsione della quota economica derivante dagli accordi sindacali vigenti e per l'inserimento nel fascicolo personale di ciascun Dirigente, come già in uso nell'Azienda ed ora richiesto anche dalla delibera dell'OIV regionale. Per gli obiettivi valutati come "non raggiunti o solo parzialmente raggiunti senza giustificazioni accettabili" si è provveduto ad informare il Direttore responsabile per la possibilità di accedere ad una valutazione di seconda istanza, come contrattualmente previsto, e per la valutazione conseguente e coerente delle UO cointeressate al mancato o parziale raggiungimento dell'obiettivo.

Puntando alla sostenibilità massima di ogni valutazione e cercando al contempo di appesantire al minimo il lavoro delle strutture, come avvenuto negli ultimi anni, si è concordato di accettare quali evidenze del raggiungimento degli obiettivi anche le dichiarazioni di avvenuta presentazione o trasmissione dei prodotti prefissati ad assemblee, settori, enti o istituzioni esterni all'Unità Operativa. Considerata la composizione dell'OAS, sono stati recuperati i riferimenti e non soltanto i documenti esistenti attraverso il contributo della Direzione, della Programmazione e Controllo di Gestione e del Sistema Informativo e Committenza. In taluni casi si è accettata anche la sola relazione, quando corredata in modo dettagliato dei relativi e specifici dati e quando la produzione delle evidenze fosse ritenuta eccessivamente onerosa. Con il contributo della Direzione Strategica è stato inoltre possibile entrare anche nel merito del contenuto di tali prodotti, avanzare osservazioni sulla natura degli obiettivi di risultato, sull'adeguatezza degli indicatori individuati ed anche su quelli da individuare a livello locale, nei casi possibili, relativamente agli obiettivi regionali che ne sono spesso sprovvisti o che talvolta vengono definiti in corso d'opera.

Ultimati i lavori della valutazione, è stata prodotta una relazione con la sintesi dei punti di miglioramento rilevati rispetto alle relazioni sugli obiettivi degli anni precedenti e di quelli ancora possibili, anche in termini di semplificazione.

Nessun contenzioso ha fatto seguito negli ultimi anni alle valutazioni di primo livello, verisimilmente anche a conferma della conoscenza del nuovo processo di valutazione, della sua trasparenza, dell'adeguatezza della composizione dell'OAS e della qualità del clima aziendale.

Miglioramenti rilevati e strategie aziendali in atto

Aggiornamento delle “Istruzioni operative sul sistema di valutazione aziendale”, poi divulgato e pubblicato sul sito aziendale nell’anno 2015, coerentemente con l’introduzione della valutazione individuale annuale del Personale Dirigente e con le indicazioni della Delibera n.1 dell’OIV regionale.

Contenuto il numero complessivo degli obiettivi, simile a quello dell’anno precedente, rispetto ai 509 nell’anno 2011, adeguata distribuzione sulle strutture aziendali degli obiettivi regionali, aziendali e buona coerenza degli obiettivi specifici delle singole strutture con quelli regionali ed aziendali.

Si è mantenuta proficua, oltre che contrattualmente congruente, la diretta responsabilizzazione dell’alta dirigenza su tutti gli obiettivi delle strutture di riferimento.

Complessivamente, ma ancora non sempre, rispettati i tempi per la trasmissione della reportistica all’UO Programmazione e Controllo di Gestione.

In termini di adeguatezza della reportistica il livello medio è sostanzialmente migliorato negli ultimi anni, per quanto ancora da migliorare ai fini di una agevole istruzione delle pratiche di valutazione da parte degli Uffici Aziendali e di un risultato sostenibile da evidenze documentali da parte dell’OAS. Complessivamente decisamente migliorato il sistema di individuazione degli indicatori, per altro quasi sempre misurabili, anche se in taluni casi va meglio definito se si tratti di risultati ai quali tendere o da raggiungere ipso facto.

Indispensabile e strategico, ai fini della conoscenza diretta, del lavorare insieme e dell’identificazione almeno nel proprio gruppo di lavoro, continua ad essere l’individuazione formale, quale obiettivo di risultato, della condivisione degli obiettivi e del loro stato di avanzamento all’interno delle varie strutture.

Altrettanto utile il sistema di monitoraggio della Programmazione e Controllo di Gestione che, per quanto basato sostanzialmente sull’autovalutazione, ma non per i dati relativi alle dotazioni di personale ed al consumo di risorse economiche, mensilmente aggiornato, consente all’Azienda una valutazione sull’andamento nel tempo dei vari progetti e sollecita i vari responsabili ad azioni di verifica in progress con la possibilità da parte dell’una e degli altri di eventuali interventi correttivi per il riallineamento.

Sicuramente utile dal punto di vista gestionale, necessaria in termini contrattuali, coerente con la progressione del proprio piano aziendale sul sistema di valutazione ed allineata con le recenti indicazioni dell’OIV regionale, è stata l’introduzione della valutazione della performance individuale annuale di tutto il Personale dirigente, pur senza ricadute economiche per i Professional. Tale sistema va ulteriormente migliorato soprattutto in termini di perequazione almeno tra unità operative appartenenti alla medesima struttura.

E’ continuata con profitto la disponibilità dei dati definitivi relativamente al consumo di risorse economiche, prodotti nei tempi utili, che consentono una valutazione sicura sia ai Direttori delle strutture che ai valutatori del grado di raggiungimento degli obiettivi economici. Di notevole utilità inoltre anche la reportistica relativa all’impiego di risorse umane, allineata ai tempi della valutazione e riportante il dato a consuntivo.

La Direzione Generale, in coerenza con il processo di miglioramento richiesto ed intrapreso, in occasione degli incontri per la discussione del budget ha posto in essere le azioni contenute nel documento del nuovo percorso di valutazione relativamente alla prima fase del ciclo di programmazione, controllo, verifica, indispensabili per le fasi successive. Tutto ciò risulta ora perfettamente coerente con quanto richiesto anche dall’OIV regionale ed ha di recente ottenuto il plauso anche formale della Regione. Ha allineato inoltre gli strumenti gestionali essenziali per la registrazione, la rilevazione, il monitoraggio e la verifica del consumo di risorse economiche, ora possibile con frequenza mensile. Lo stesso è stato messo in atto relativamente alle risorse umane. In sostanza, l’assunzione di questi strumenti gestionali si è dimostrata fondamentale anche per la valutazione annuale della performance organizzativa del personale.

Dal punto di vista organizzativo è stato decisamente utile l’utilizzo per ciascuna struttura di una stringa su supporto informatico, riportante l’obiettivo ed i relativi indicatori, a cui andare ad affiancare i risultati raggiunti. Ciò ha evitato inutili trascrizioni, controlli degli indicatori e la possibilità di errori. Alla stessa stringa, come richiesto nell’anno precedente, è stata allegata una casella riportante il materiale di evidenza allegato.

Pratica la presentazione sintetica, in formato tabellare, dei report finali delle varie strutture, sottoposti all’OAS per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi delle strutture.

Principali aree di ulteriore miglioramento

Per quanto riguarda il numero degli obiettivi dell'anno , sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente, esso potrebbe essere ulteriormente ridotto includendo nel novero degli obiettivi di risultato le attività correnti proprie delle Unità Operative e contrattualmente dovute solamente quando espressamente individuate come obiettivi da indicazioni regionali o quando rientranti in obiettivi quantitativi strategici aziendali.

Considerati i tempi di individuazione degli obiettivi regionali e quelli necessari per la negoziazione del budget a livello locale, si dovrebbe prevedere una riduzione del numero dei report di monitoraggio degli obiettivi operativi in corso d'anno, ferma restando la rilevazione mensile dell'impiego di risorse economiche ed umane.

Utile per il 2015 usare gli indicatori quantitativi del ministero e quelli pubblicati del piano esiti ai quali la regione Emilia Romagna ha aderito

Nel caso di obiettivi trasversali, non sempre risulta individuato il responsabile né le specifiche azioni con i responsabili delle singole fasi; talora poi l'obiettivo non risulta assegnato a tutte le strutture concorrenti.

Ancora in alcuni casi il calcolo della percentuale di raggiungimento dell'obiettivo prefissato non risulta sempre possibile, in quanto non è indicato il punto di partenza e, per contro, l'indicazione di un valore soglia, eventualmente non raggiunto per differenza minima potrebbe formalmente indurre al totale mancato riconoscimento delle attività e dell'impegno dedicati.

Per gli obiettivi di risparmio è necessario parametrare sempre la riduzione della spesa con la l'andamento quantitativo delle attività.

Pur migliorata, talora la reportistica assume ancora un carattere autoreferenziale, difettando delle necessarie evidenze. Attualmente, l'istituzione poi di un Organismo Indipendente di Valutazione della Regione, induce ad una ricerca ancora più forte delle evidenze, dovendo i risultati essere ancor più chiaramente ed immediatamente riconoscibili anche da terzi, in questo caso del tutto esterni all'Azienda e probabilmente poco propensi a richiedere i numerosi chiarimenti ed integrazioni che si sono resi necessari anche quest'anno.

Augurabile poi, in ragione della presenza di diversi Dipartimenti interaziendali, l'assunzione anche da parte dell'Azienda Ospedaliera della scheda di valutazione individuale annuale del Personale dirigente, già concordata ed ora da rivedere per eventuali aggiustamenti, alla luce di quanto emerso nell'applicazione anno 2014

Previsioni ed aspettative

A seguito dell'assunzione anche formale del documento di revisione del nuovo processo di valutazione, del buono stato di avanzamento in termini di sua implementazione anche relativamente alla valutazione individuale, è lecita, per gli obiettivi anno 2015, l'aspettativa di una situazione ulteriormente migliorata in termini di personalizzazione della scheda di valutazione, che si vorrebbe consegnata a ciascun Dirigente dal proprio Responsabile e controfirmata dallo stesso, entro i primissimi mesi dell'anno, per una valutazione globale che comprenda percentualmente una parte collegata ad obiettivi operativi, una parte incentrata sulla valutazione individuale (comportamenti, preparazione tecnica, capacità relazionali, gestionali, ecc.) ed una parte, per i preposti, basata sul rispetto degli obiettivi economici. Ai singoli obiettivi compresi nelle due o tre parti della scheda, andrebbe attribuito uno specifico peso. Il risultato delle valutazioni individuali annuali, ancora per l'anno 2015 , non dovrebbe avere impatto sul livello retributivo dei Professional. In ragione della presenza di Dipartimenti interaziendali tra l'AUSL e l'azienda Ospedaliera Sant'Anna, e dando seguito alla condivisione della scheda di valutazione individuale avvenuta con l'OAS dell'Azienda Ospedaliera, ci si attende l'introduzione anche per quest'ultima della scheda comune individuata.

Ci si aspetta inoltre che, nell'anno in corso, pervengano indicazioni dall'OIV regionale relativamente all'applicazione di un modello di valutazione del Personale del Comparto che colleghi, per quanto possibile, i suoi meccanismi di premialità con gli obiettivi del Personale Dirigente e, in sostanza, dell'Azienda: tante sono le attività che richiedono l'impegno congiunto, pur con ruoli diversi, di personale sanitario a diversa qualifica, ed anche di tipo tecnico-amministrativo e tanta importanza rivestono per i servizi diretti all'utenza e per le attività di supporto e gestionali anche i comportamenti propositivi, tecnici e relazionali di tutti i membri di un gruppo di lavoro. In attesa di indicazioni da parte dell'OIV-RER per un'omogenea

applicazione sull'intero territorio regionale, l'Azienda ha già predisposto un proprio modello ed avviato il relativo processo di condivisione. L'anno in corso verrà dedicato al coinvolgimento ed alla formazione.

Benessere organizzativo

Composizione dal CUG

In base alla delibera n. 98 del 24 marzo 2011 il CUG AUSLFE risulta composto da un totale di 62 membri di cui 32 titolari, oltre alla Presidente, e 29 supplenti; 35 aziendali e 27 di nomina sindacale, con apertura ad integrare in qualunque momento nomine sindacali ancora vacanti.

Come da suggerimento delle Linee guida, si è rispettata la stessa proporzione di componenti maschi (30) e femmine (33). Dai primi mesi del 2014 ci sono state variazioni quali pensionamenti o dimissioni, per destinazione ad altri incarichi. Si è deciso di attendere la scadenza naturale dell'Organismo, per consentire una rideliberazione complessiva.

Riunioni e azioni sviluppate dal CUG nel 2014

L'attività del CUG ha previsto sia azioni di progetto di cui parleremo di seguito, che riunioni periodiche, che nell'anno 2014 hanno consolidato l'istituto dell'audizione di interlocutori interni ed esterni.

Si ricorda che già dall'anno 2012 le riunioni CUG sono accreditate ECM con la formula della formazione sul campo. Per dar modo al più ampio numero di persone di essere al corrente e partecipi delle azioni del CUG, nonché di acquisire crediti ECM. Alle riunioni ufficiali sono state affiancate riunioni 'di recupero'. Si dettaglia di seguito il calendario delle riunioni.

Riunioni CUG 2014

10 febbraio 14

- ✓ Formazione: analisi delle valutazioni pervenute su CUG – formazione sul campo 2013; descrizione proposte PAF 2014;
- ✓ Accordo strategico territoriale con Consigliera di Parità provinciale: conseguenze;
- ✓ Proposte d'azione: 'Un Piano comunicativo per il CUG' a cura del dell'Ufficio Stampa e Comunicazione; 'Un esempio di health literacy applicata per i/le dipendenti' a cura dell'URP Aziendale;
- ✓ Aggiornamenti su: incarico Consigliera di Fiducia; Questionario e Carta diritti dei/le dipendenti con patologie oncologiche; bozza della delibera di rinnovo della composizione CUG; presentazione progetto "Piano Azienda 2.0" a cura del Dipartimento ICT; presentazione Protocollo Provincia di Ferrara a contrasto omofobia;
- ✓ Pianificazione CUG 2014: Attuazione della voce di Regolamento rapporti con il Direttore Generale;

4 Aprile 14

- ✓ Udienda conoscitiva con i Presidenti degli Uffici competenti per i procedimenti disciplinari Comparto e Dirigenze;
- ✓ Aggiornamento sull'indagine in merito alle conoscenze dei diritti de* dipendenti pazienti oncologiche/i e su avvenuta adesione al Protocollo a contrasto dell'omofobia della provincia di Ferrara;
- ✓ Descrizione della Relazione annuale delle attività del CUG (scadenza 31 marzo);

28 Maggio 14

- ✓ Comunicazione su protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda USL Ferrara e relative forme di tutela, A CURA DELL'Ufficio Competente;
- ✓ Presentazione della modalità con il quale verrà effettuata l'indagine sul benessere organizzativo – CIVIT – a cura dell'Ufficio Qualità;
- ✓ Illustrazione dello schema base per l'aggiornamento del "Codice di condotta CUG" – in collaborazione con Consigliera di Fiducia;
- ✓ Proposta di collaborazione con l'Università di Ferrara: acquisizione del Vademecum giuridico sulla violenza e proposta di azione congiunta per Corso di autodifesa femminile;
- ✓ Aggiornamento sull'indagine "diritti de* dipendenti pazienti oncologiche/i";

16 Ottobre 14

- ✓ Discussione testo del "Codice di condotta CUG" – Dott.ssa Fulvia Signani, in collaborazione con Consigliera di Fiducia;
- ✓ Primi risultati dell'indagine "Diritti de* dipendenti pazienti oncologiche/i" e piano di diffusione;
- ✓ Aggiornamento su Progetto Equità aziendale;
- ✓ Aggiornamento su Piano Formativo CUG;
- ✓ Informativa su partecipazione Tavolo provinciale su 'Protocollo d'intesa per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza sulle donne e sui minori'.

4 Dicembre 14

- ✓ Chiusura e approvazione testo del "Codice di condotta CUG" – in collaborazione con Consigliera di Fiducia;
- ✓ Udienda conoscitiva con Medico competente;
- ✓ Aggiornamento su Piano Formativo CUG e prefigurazione PAF 2015;
- ✓ Consultazione del Regolamento CUG e prefigurazione della scadenza degli organi;

Vengono invitati alle riunioni: i componenti del CUG titolari e supplenti, il Direttore Generale, la Direttrice Amministrativa, la Direttrice dell'U.O. Risorse Umane, il Referente per le relazioni sindacali, la Consigliera di Fiducia (a seguito di contratto rinnovato).

Il numero dei membri è soddisfacente. Le presenze alle riunioni, per la natura stessa dell'organizzazione del lavoro in sanità, risentono della giornata individuata. Per esempio fissare gli incontri di mercoledì pomeriggio penalizza le persone che in quel pomeriggio hanno impegni ambulatoriali fissi, mentre di giovedì pomeriggio, vengono penalizzate altre persone, in modo costante.

Azioni sviluppate dal CUG nel 2014

Adesione a protocolli

Carta per le Pari Opportunità e l'uguaglianza sul lavoro.

Si ricorda che l'Azienda USL di Ferrara nel maggio 2011 è stata la prima ad aderire alla Carta a livello nazionale, e nel 2013 ha ri - deliberato l'adesione alla Carta, a conferma dell'impegno costante ad implementare azioni di pari opportunità.

Bilancio di Missione 2014

Protocollo d'Intesa per la definizione di azioni e strategie di intervento in materia di discriminazioni basate sull'orientamento sessuale. E' del 29 novembre 2013 (Del. N. 295) "Adesione dell'AUSL di Ferrara al Protocollo d'intesa per la definizione delle strategie e azioni di intervento in materia di monitoraggio delle discriminazioni basate sull'orientamento sessuale, promosso dalla Provincia di Ferrara", su proposta del CUG e in base al quale l'Azienda entra a far parte di un Gruppo di lavoro provinciale che si sta dotando di dispositivi necessari a far proseguire il lavoro anche al di là della futura organizzazione delle Province. Con lettera del 30 Gennaio 2014 l'Amministrazione Provinciale invitava i direttori generali delle due Aziende Sanitarie ad aderire al testo definitivo del protocollo **ALL. 1** che è stato firmato da parte dell'Azienda USL di Ferrara in occasione della cerimonia del 16 Maggio tenuta presso l'Università.

Accordo strategico territoriale con Consigliera di parità. Conforme alle indicazioni delle linee guida per l'organizzazione dei CUG, l'Azienda con delibera n. 294 del 29 novembre 2013 ha approvato "Accordo di cooperazione strategica tra il CUG (Comitato Unico di garanzia...) dell'Azienda USL di Ferrara e la consigliera di Parità della provincia di Ferrara. Vista, infatti l'esperienza di collaborazione tra il CUG e la consigliera, nonché la volontà deliberata da altri Enti territoriali di intraprendere un percorso di collaborazione in relazione a iniziative e progetti condivisi, per favorire il formalizzarsi di una rete dei CUG territoriali. Nel 2014 non si sono verificate azioni specifiche derivate da questo accordo. Si annovera unicamente la proposta, peraltro inoltrata dalla stessa Azienda AUSL di sperimentare una rilevazione delle conoscenze dei diritti dei dipendenti con patologie oncologiche di cui si renderà conto all'ultimo punto di questo report.

Continuità nel promuovere la partecipazione dell'AUSL di Ferrara al progetto

Bollini Rosa – ONDA

I Comitati precedenti il CUG si erano fatti promotori fin dal 2008 a che l'Azienda partecipasse al Bando nazionale di O.N.D.A. Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, ottenendo dal 2011 tre bollini (il punteggio massimo) grazie anche all'azione originale 'Quaderno del Bollino rosa', curato dal CUG che ha raccolto i curricula di cento donne dirigenti e con posizioni organizzative. Ogni anno il CUG viene consultato per il perfezionamento della documentazione e l'orientamento riguardo alla segnalazione delle eccellenze aziendali in ottica di attenzione alla donna.

Reportistica

Bilancio di missione. Dal 2011 il CUG collabora con le altre articolazioni dell'Azienda nel curare una propria sezione informativa all'interno del volume annuale del Bilancio di Missione aziendale. Vengono descritti le azioni e progetti e valutazioni sui dati del personale che presenta caratteristiche inalterate rispetto ad una presenza generale del 70% circa di donne, ma una contrazione a meno del 50% nei livelli dirigenziali.

L'analisi della tabella riferita al 31 Dicembre 2013 riporta un numero di disabili e categorie protette molto esiguo, tanto da confermare il dato già emerso dal progetto regionale equità, di una "disattenzione" da parte delle Aziende Sanitarie di rispetto della normativa che prevede il rapporto tra dipendenti disabili/disabili; stupisce inoltre il numero di maternità che dalla tabella risulta nullo, ma che comunque conferma l'anzianità dei/le dipendenti, e come il tema della conciliazione vita/lavoro richieda attenzione non tanto per ciò che riguarda l'accudimento di bambini, ma di anziani **ALL. 2**

Osservatorio sulle postazioni di telelavoro (Funzioni del CUG)

Nel 2014 in Azienda si è proseguito il progetto di tre postazioni di telelavoro attive dal 2009 (dal '09 al '11 erano partite all'interno di un progetto di conciliazione vita e lavoro finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in base alla L.53/2000)

La comunicazione aziendale Prot. n. 31213 del 09.05.2012 citava "Il Comitato Unico di Garanzia CUG svolge la funzione di Osservatorio permanente sul telelavoro. Tale Osservatorio dovrà raccogliere dati e informazioni circa l'andamento del telelavoro, il suo impatto sul funzionamento dell'Amministrazione,

nonché sull'organizzazione di vita dei lavoratori, attraverso i report trimestrali dai Responsabili delle strutture di appartenenza dei telelavoratori”.

In ottemperanza a questa funzione è si sono tenuti contatti sull'esperienza dei telelavoristi, durante i quali si è confermata la forte criticità rispetto ad una delle tre posizioni. La situazione è stata presa in carico dal CUG che, attraverso la Presidente, ha continuato a fornire supporto organizzativo per la risoluzione della criticità che ha attraversato tutto il 2014.

Consigliera di fiducia e Sportello d'ascolto

Il CUG dal suo insediamento ha deciso di avvalersi della collaborazione dell'Avvocata del Foro di Verona, già nominata Consigliera di Fiducia con delibera n. 258 del 18 giugno 2010 (per gli anni 10-13) e riconfermata con graduatoria comparativa n 543 del 27.06.13 dal 25.11.13 al 24.11.14.

Per favorire i contatti con la Consigliera è stato allestito un indirizzo di posta elettronica consiglieradifiducia@ausl.fe.it e diffuso il numero di cellulare di suo riferimento. La funzione di Sportello d'ascolto, oggetto di numerose consultazione all'interno dell'assemblea CUG è stato mantenuto pro tempore dalla Presidente, in virtù del suo ruolo di Psicologa Dirigente.

CoDiLL, Codice per la tutela della Dignità delle Lavoratrici e dei Lavoratori dell'Azienda USL di Ferrara

Il CUG già dalla sua costituzione ha preso atto della Delibera n. 273 del 7 settembre 2009 'Recepimento e approvazione Codice di Comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda USL di Ferrara', nonché il testo di Codice correlato. Nel 2013 il CUG aveva deliberato di avviare l'aggiornamento del Codice, che si è concluso nel Dicembre 2014 denominato *CoDiLL Codice per la tutela della Dignità delle Lavoratrici e dei Lavoratori dell'Azienda USL di Ferrara (ALL. 3)*. Per la redazione del nuovo testo ha avuto importanza fondamentale l'impegno sui casi emblematici di stalking occupazionale, di invalidità al 100% con progetto di telelavoro e la considerazione della problematica legata alle patologie oncologiche.

Nell'agosto 2013 è stato pubblicato un avviso di procedura comparativa finalizzata al conferimento di un incarico libero professionale per le funzioni di Consigliere/a di Fiducia, della durata di un anno.

Formazione: Progettazione, sviluppo e offerta di seminari formativi ai componenti del CUG e a tutte/i le/i dipendenti. Offerte comprese nel PAF Piano Formativo Aziendale

In accordo con l'Ufficio Formazione Aziendale, si è convenuto di continuare l'attività formativa già programmata dai Comitati Pari Opportunità e Mobbing. Il tema delle Pari Opportunità era stato approvato del 2008 come tema trasversale della formazione. Dal 2012 ad esso è stato aggiunto il tema 'equità'.

Il Piano Formativo 2014 ha previsto per il CUG i seguenti seminari, tenendo conto che dal gennaio 2013 le riunioni del CUG vengono accreditate ECM come 'Comitati Aziendali permanenti', con l'attribuzione di 10 crediti ECM per 20 ore di frequenza:

- ✓ CUG Comitato Unico di Garanzia, Formazione sul campo 2014 (20 ore).
- ✓ Prevenire il disagio lavorativo e lo stress lavoro correlato in un'ottica di genere (8 ore).
- ✓ Comandare con gentilezza? Essere buoni conviene (16 ore).
- ✓ Lo stalking di genere come rischio lavorativo trascurato (12 ore).

Indagini

Collaborazione all'indagine RUSAN "OVER 50 in sanità" Il CUG si è reso disponibile a coadiuvare la raccolta dei dati necessaria per l'espletamento dell'indagine. In particolare ha curato i collegamenti con il servizio

personale, l'individuazione dei 100 nominativi dei dipendenti over 50, nelle proporzioni richieste dall'indagine, nonché comunicazioni e ripetuti inviti per favorire l'adesione del campione individuato. Si possono consultare i risultati che il CUG ha suggerito all'Azienda di considerare come utili spunti per le riorganizzazioni future.

Indagine sulla conoscenza dei diritti de/lle dipendenti con patologie oncologiche. Dopo circa un anno di lavoro tra Comitato Unico di Garanzia dell'AUSL di Ferrara, Direzione territoriale del Lavoro e Consiglieria di Parità provinciale, è stato redatto un questionario "Patologie oncologiche: tutele esistenti e soluzioni proponibili. Indagine su conoscenze e opinioni delle/i dipendenti dell'Azienda USL di Ferrara." Pubblicato nell'homepage aziendale dall'aprile al luglio 2014 ha permesso di testare il questionario appositamente ideato, che si è dimostrato di utile applicazione. I dati emersi consentiranno all'azienda USL di Ferrara di mettere in atto successive azioni comunicative per diffondere informazioni dettagliate sui diritti di chi lavora, ed è affetto da patologia oncologica, anche alla luce delle nuove normative. Ciò sia tra i lavoratori e le lavoratrici non toccate in prima persona, sia per chi sta vivendo la patologia e necessita di soddisfare l'esigenza sempre più presente, di conciliare lavoro e malattia anche in un'ottica ergoterapica.

Formazione

La Pianificazione della Formazione 2014

Il Documento di Pianificazione strategica del Collegio di Direzione relativo al triennio 2013-2015 è stato aggiornato per l'anno 2014 dalla Commissione Formazione/Comitato Scientifico in data 23.9.2013 ed approvato dal Collegio il 25.9.2013.

Il Piano Annuale della Formazione è stato formulato in coerenza con le linee strategiche triennali 2013/2015, definite dal Collegio di Direzione, in sintonia con i requisiti previsti dall'Accreditamento Istituzionale della Regione Emilia-Romagna e dal Sistema di Educazione Continua in Medicina.

Il Piano della Formazione rappresenta per i Dipartimenti uno strumento di fondamentale valenza programmatica ed operativa, sintesi di una diffusa e condivisa analisi dei bisogni in ambito organizzativo e professionale, rappresenta inoltre uno strumento per il raggiungimento dei propri obiettivi e per la risoluzione delle criticità rilevate con i diversi sistemi di monitoraggio, quali: i report URP, i report sulle Non Conformità rilevati attraverso gli audit interni, l'*Incident Reporting*, gli scostamenti rispetto agli standard programmati, la valutazione delle competenze e delle prestazioni dei professionisti.

Lo strumento che dà evidenza degli obiettivi formativi e delle strategie del Dipartimento, a cui sono collegate le proposte formative da inserire nel PAF, è il Documento di Pianificazione di Dipartimento, che sintetizza linee strategiche, obiettivi e priorità della formazione del Dipartimento e orienta il Dossier Formativo previsto dalla normativa ECM.

Il Documento di Pianificazione viene trasmesso dai Dipartimenti assieme alle proposte formative attraverso "FLOW", il sistema informatizzato della Formazione Aziendale che consente la gestione integrata dei processi di Pianificazione, Progettazione, Gestione e Verifica delle attività formative con la Rete aziendale della Formazione.

Nell'elaborazione del Piano Aziendale della Formazione, è stata presidiata:

- la coerenza con gli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale, riconducibili alle attività sanitarie e socio-sanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza e finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati;
- la coerenza con gli obiettivi aziendali, il rispetto dei requisiti previsti dal Sistema ECM, l'efficacia complessiva dell'attività formativa aziendale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse destinate alla formazione;
- la coerenza con i bisogni formativi rilevati, la partecipazione di tutti i profili alle attività formative e l'acquisizione dei crediti ECM da parte del personale sanitario, la realizzazione di percorsi formativi efficaci in termini di realizzazione degli obiettivi e di acquisizione di competenze.

Il Budget 2014 per la Formazione

Nel 2014 è stata confermata la somma resa disponibile per l'anno 2013, pari a € 200.000,00, ai quali è stato aggiunto il budget di € 40.000 destinato alla formazione continua dei Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta. Sono state previste, inoltre, diverse iniziative finanziate con specifici Fondi Vincolati.

Per far fronte alla necessità di rendere compatibile il finanziamento assegnato con il fabbisogno formativo dei professionisti e con i crediti ECM da garantire al personale sanitario, è stato ulteriormente rafforzato l'utilizzo della formazione sul campo ed il ricorso alla docenza interna.

Il Piano Annuale della Formazione 2014

Il Piano Annuale della Formazione è stato formulato in coerenza con il Documento di indirizzo del Piano Pluriennale della Formazione 2013-2015, elaborato dalla Commissione Formazione/Comitato Scientifico.

Secondo quanto previsto dalla Procedura aziendale, i Dipartimenti sono stati invitati ad elaborare i programmi formativi coinvolgendo il personale delle Unità Operative, avvalendosi della collaborazione dei Referenti Dipartimentali di Formazione che hanno offerto supporto metodologico e raccolto le proposte formative. Al termine di questa fase, il Responsabile Dipartimentale di Formazione ha presentato il programma formativo al Comitato di Dipartimento che, valutata la coerenza delle proposte con gli obiettivi del Dipartimento, ha formulato una graduatoria sulla base delle indicazioni di priorità concordate e tenendo presente la compatibilità economica con il budget assegnato.

Per ogni proposta formativa è stata compilata una Scheda di Macroprogettazione dell'evento formativo, che contiene tutti gli elementi essenziali per la progettazione di massima dell'iniziativa.

Le proposte approvate dai Dipartimenti Aziendali sono state inserite nel Sistema Informatizzato della Formazione "FLOW" assieme al Documento di Pianificazione del Dipartimento, nel quale sono riportati in sintesi gli obiettivi strategici di Dipartimento, l'analisi del fabbisogno e gli obiettivi formativi.

Dopo aver verificato l'adeguatezza della progettazione delle proposte pervenute e la compatibilità economica, l'Ufficio Formazione ha presentato la Bozza del Piano Formativo alla Commissione Formazione/Comitato Scientifico per la validazione.

Il PAF 2014 è stato validato il 15/1/2014 e, contestualmente, sono stati nominati i Responsabili Scientifici degli eventi inseriti.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2014 è stato inviato alle Organizzazioni Sindacali, quindi presentato al Collegio di Direzione per l'approvazione, avvenuta il 4/3/2014 e trasmesso alla Regione come previsto dalla normativa in tema di Accredimento Istituzionale dei Provider ECM.

I costi della Formazione e la realizzazione del Piano Formativo 2014

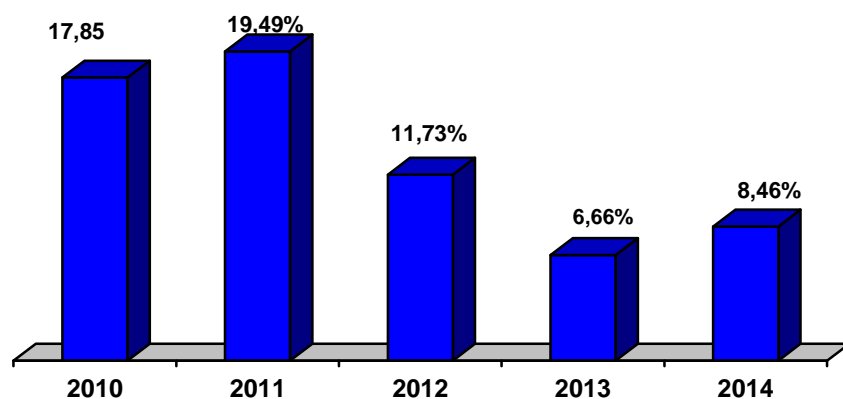
Analisi dei dati di spesa

La spesa complessiva per la formazione contabilizzata negli specifici conti economici è di € 378.946,82.

La spesa aggiuntiva, rispetto al budget assegnato di € 200.000, è determinata dall'utilizzo di Fondi Vincolati derivanti da finanziamenti regionali per la realizzazione di corsi in aree specifiche, dal costo della formazione del personale Convenzionato e da costi per formazione a pagamento, compensata dai relativi ricavi.

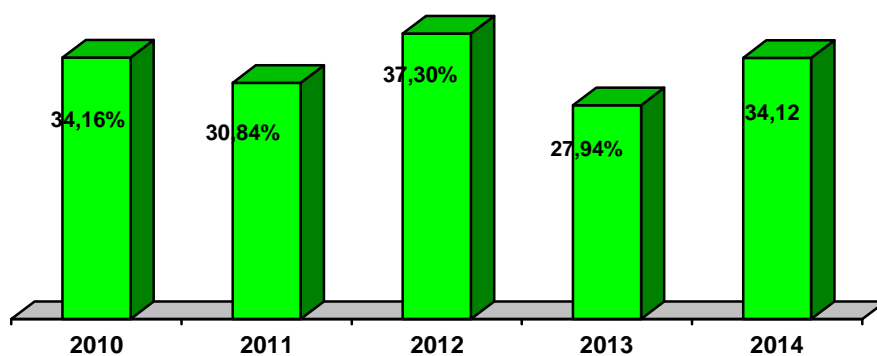
Costo medio per partecipante ai corsi interni

Il costo medio per partecipante ai corsi nel 2014 è € di 8,46, in lieve aumento rispetto al 2013 ma sempre decisamente ridotto rispetto agli anni precedenti.



Costo medio orario dei corsi interni per ora di formazione

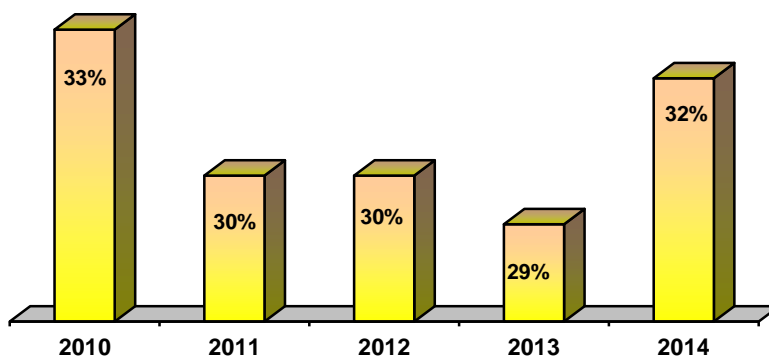
Il costo medio orario dei corsi interni è di € 34,12, in lieve aumento sul 2013.



Analisi dei dati di realizzazione dei corsi

I corsi realizzati nel 2014 sono stati 335 su 409 corsi programmati, vale a dire l'82% dei corsi previsti. I corsi annullati sono stati 135, il 33% dei corsi programmati, compensati da nuove proposte, presentate dai Dipartimenti ad integrazione del PAF, derivanti da esigenze formative che si sono presentate nel corso dell'anno, spesso a supporto di cambiamenti organizzativi.

I CORSI ANNULLATI SUI CORSI PROGRAMMATI



La partecipazione ai corsi

I partecipanti ai corsi interni sono stati complessivamente 15.459.

	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014
Partecipanti ai corsi interni	13.259	11.241	12.063	15.403	15.459

Complessivamente la partecipazione degli operatori alle attività formative è stata, anche per il 2014, molto elevata in relazione al numero dei corsi realizzati.

Corsi programmati	Corsi realizzati	Indicatore Corsi realizzati sui corsi programmati	Corsi annullati	Indicatore Corsi annullati sui corsi programmati
409	335	82%	135	33%

I dati ECM 2014 nella Azienda Usl di Ferrara

L'offerta aziendale ha garantito ai professionisti una copertura dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi pari al 89,31%. I Dipartimenti hanno, infatti, pianificato e realizzato molte iniziative "a costo 0" ed hanno incentivato la partecipazione dei dipendenti alle iniziative di Formazione Sul Campo.

Tutti i dipendenti appartenenti ai profili sanitari sono stati coinvolti nella pianificazione delle iniziative di formazione da realizzare in Azienda, assieme al personale convenzionato: i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici Specialisti Ambulatoriali ed i Medici di Continuità Assistenziale.

Hanno ottenuto i crediti previsti:

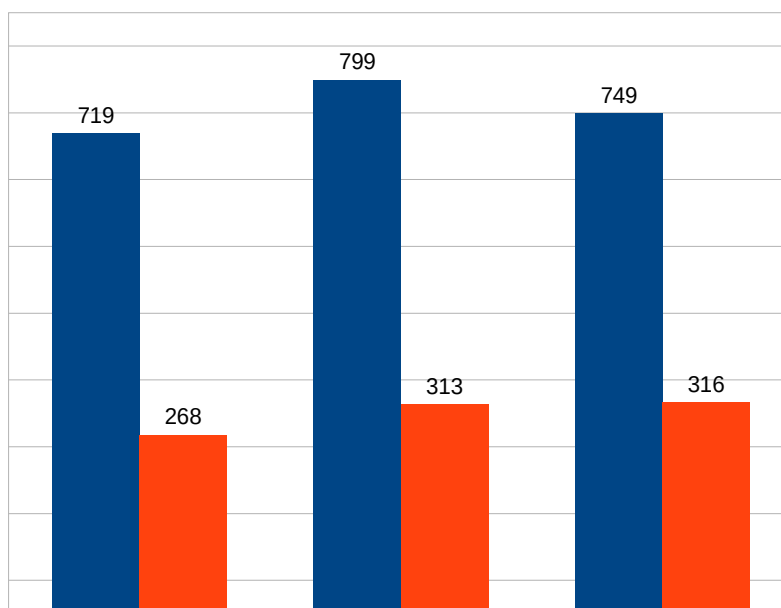
- il 92,72% del personale dipendente
- il 77,72% del personale convenzionato

Corsi ed edizioni 2014 accreditate

Gli eventi accreditati sono stati 316 ovvero il 92% dei corsi realizzati. Le edizioni accreditate sono state 741.

Complessivamente questi dati dimostrano l'impegno e lo sforzo organizzativo per garantire, pur in presenza di finanziamenti ridotti, un'ampia offerta formativa per i professionisti

Corsi ed edizioni ECM

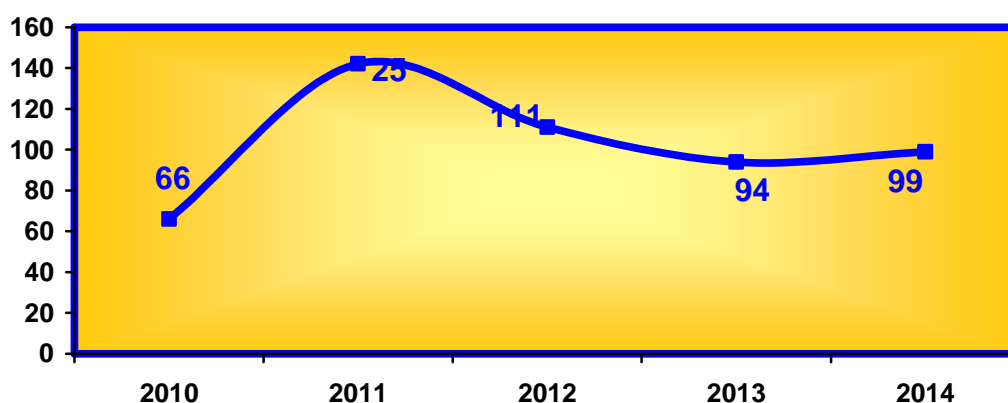


La Formazione sul campo

Nel 2014 le edizioni di Formazione sul Campo realizzate sono state 99.

Si conferma, quindi, una significativa offerta di percorsi di Formazione sul campo, tipologia formativa che garantisce un forte legame con le esigenze specifiche di sviluppo dei servizi e un concreto miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi

Corsi FSC realizzati



La Formazione a distanza (FAD)

Corsi su piattaforma aziendale "Moodle"

Si tratta di corsi rivolti a tutti i profili, realizzati nel periodo settembre-dicembre 2014.

I corsi sono erogati sulla piattaforma "Moodle", in stretta partnership con l'ICT aziendale.

In particolare si tratta dei corsi:

1) "Il Codice di comportamento dell'Azienda USL di Ferrara: i principi e le responsabilità"

- 2) “La prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità ed il regime delle incompatibilità”
 3) “La lettera firmata digitalmente”

I partecipanti sono stati in totale 162.

Corsi Consorzio Med3

Si tratta di corsi rivolti a personale sanitario, in particolare Infermieri e Medici, effettuati nel periodo giugno-dicembre 2014.

I corsi sono erogati sul sito di Med3, Consorzio senza fini di lucro tra Istituzioni Pubbliche dedicato all'e-learning, al quale la nostra Azienda ha aderito all'inizio dell'anno 2014.

In particolare si tratta dei corsi:

- 1) “La gestione infermieristica della terapia farmacologica”
 2) “Gas Medicinali - Ossigenoterapia”

I partecipanti sono stati in totale 266.

La valutazione e la verifica della qualità e dell'efficacia della formazione

Per la valutazione e la verifica dell'efficacia e della qualità delle iniziative formative realizzate, sono stati elaborati i dati rilevati dai questionari di gradimento compilati dai partecipanti e sintetizzati nella scheda ex-

post dove i Responsabili dei corsi riportano anche le proprie valutazioni sui docenti e sui corsi.

Anche questi dati sono inseriti ed elaborati annualmente nel programma informatico dell'Ufficio Formazione.

I risultati delle attività di valutazione e verifica sono monitorati attraverso indicatori specifici, i cui dati sono di seguito sintetizzati e commentati.

Il giudizio dei partecipanti sulle iniziative formative

Si conferma un quadro complessivo estremamente positivo circa il giudizio espresso dai partecipanti sui corsi, relativamente al gradimento delle iniziative formative, al raggiungimento degli obiettivi ed al gradimento della docenza espresso dai partecipanti.

<u>indicatore</u>	Risultati 2010	Risultati 2011	Risultati 2012	Risultati 2013	Risultati 2014
gradimento complessivo del corso	89%	90%	90%	90%	91%
raggiungimento degli obiettivi del corso	86%	87%	88%	87%	88%
gradimento della docenza	89%	89%	90%	88%	90%

Il giudizio dei responsabili dei corsi

Anche nel 2014 i pareri espressi dai Responsabili dei corsi sono decisamente positivi, come si evince dai dati riportati nella tabella che segue.

Queste valutazioni, inoltre, risultano coerenti con l'opinione espressa dai partecipanti ai corsi e rafforzano pertanto il giudizio globale sulle attività formative realizzate.

indicatore	Risultati 2010	Risultati 2011	Risultati 2012	Risultati 2013	Risultati 2014
giudizio globale sull'iniziativa	92%	92%	92%	92%	93%

valutazione dei docenti	91%	92%	92%	92%	93%
-------------------------	-----	-----	-----	-----	-----

L'efficacia delle attività formative

Nel 2014 hanno ottenuto l'attestato di fine corso il 99%, dei partecipanti alle iniziative formative. Il dato conferma il trend positivo rilevato anche negli anni precedenti.

indicatore	Risultato 2010	Risultato 2011	Risultato 2012	Risultato 2013	Risultati 2014
% dei partecipanti con attestato sul totale dei partecipanti ai corsi interni	97%	98%	98%	98%	99%

La valutazione dei docenti

L'individuazione e la verifica dei docenti è effettuata attraverso:

- la valutazione preventiva del docente, tenendo conto che, nel caso di servizi per la formazione, sono definiti specifici pre-requisiti per ricoprire il ruolo
- la raccolta dati e documentazione del docente, rilevabili dal "Curriculum"
- la verifica costante a fine corso, attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati di gradimento e di valutazione dei docenti, espressi sia dai partecipanti che dal Responsabile del corso, come è evidente dagli indicatori tracciati e commentati in precedenza.

I docenti che ottengono una percentuale complessiva di gradimento superiore alla soglia minima del 70% sono inseriti nell'Elenco dei Docenti Qualificati aggiornato annualmente con la valutazione dei nuovi docenti incaricati.

Anche nel 2014 tutti i docenti hanno ottenuto la percentuale di gradimento stabilita e sono stati pertanto inseriti nell'Elenco aziendale dei Docenti Qualificati.

Questo risultato conferma la professionalità e preparazione dei docenti, garanzia di qualità della formazione realizzata in azienda.

Inoltre, dalla lettura di questo dato emerge che l'individuazione dei docenti da parte dei Responsabili dei corsi è sempre più efficace e pertinente rispetto agli obiettivi del corso, grazie anche al rafforzamento delle competenze relative alla progettazione, sostenute negli anni con specifici incontri e percorsi formativi.

La formazione in Area Vasta Emilia Centro e Interaziendale

Nell'ambito della Formazione di Area Vasta, la nostra Azienda ha collaborato con l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale per la realizzazione di un percorso sulle tecniche e strategie di conduzione di *focus group*. L'obiettivo del percorso, rivolto a 16 professionisti di tutti i profili delle Aziende Sanitarie della Regione, era fornire tecniche e strumenti per la conduzione di *focus group* e di gestirne le dinamiche anche attraverso un confronto sulle esperienze di analisi qualitativa realizzate in Regione. Il corso si è tenuto a Rimini l'1 e 2 ottobre 2014. L'apprendimento dei partecipanti è stato valutato dai docenti attraverso le simulazioni di conduzioni di *focus group*, con risultati più che positivi.

Inoltre, per quanto riguarda la formazione in area amministrativa, il Collegio dei Direttori Amministrativi ha approvato il Piano Formativo 2014 di Area Vasta Emilia-Centrale, consolidando e rafforzando la collaborazione in atto fra le Aziende Sanitarie, ovvero l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL di Imola, l'Azienda USL di Ferrara, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, per la realizzazione di diverse attività formative in forma integrata finalizzate a raggiungere obiettivi sovraaziendali.

Nel 2014 si è ulteriormente consolidata la collaborazione, già avviata da diversi anni, fra le due Aziende Sanitarie ferraresi per la realizzazione di percorsi formativi interaziendali.

In particolare, i Servizi Formazione delle due Aziende hanno collaborato per la realizzazione di diversi obiettivi quali:

- integrazione ed allineamento delle due Aziende rispetto alle politiche sanitarie nazionali e regionali;
- sostegno dei processi di innovazione e riorganizzazione;
- supporto formativo all'attuazione delle strategie predisposte dai Dipartimenti Interaziendali finalizzate all'integrazione dei processi organizzativi (SPP, ICT, Farmaceutico, Ing. Clinica, etc.).

Nei rispettivi Piani della Formazione sono state previste iniziative specifiche interaziendali, suddivise tra le due Aziende in un'ottica di alternanza e di equilibrio delle risorse e dell'investimento economico.

Percorsi formativi di particolare rilievo realizzati nel 2014

Nell'anno 2014 sono stati realizzati alcuni percorsi di particolare rilevanza, a supporto delle strategie aziendali e al rafforzamento dell'efficacia delle attività formative realizzate in Azienda.

• Progetto formativo Intensità di Cura "Che cosa cambia per i professionisti nella rinnovata organizzazione ospedaliera". L'articolazione del progetto, iniziato in marzo 2014, prevedeva una formazione residenziale di 12 ore e una formazione sul campo, sempre di 12 ore, preceduta da una visita guidata presso l'ASL di Firenze, la cui finalità formativa era l'approfondimento delle diverse aree di analisi e sviluppo del modello per intensità di cura.

L'obiettivo prefissato era quello di elaborare, al termine dell'intero progetto formativo, un documento aziendale sulla riorganizzazione per intensità di cura e complessità dell'assistenza presso l'AUSL di Ferrara.

La partecipazione alla formazione d'aula, alla visita guidata e ai gruppi di lavoro ha coinvolto tutti i livelli di Direzione e di Coordinamento dei Dipartimenti (componenti istituzionali) e una rappresentanza medica e infermieristica per ogni servizio ospedaliero coinvolto.

Il team scientifico Aziendale, composto dal Direttore del Dipartimento di Assistenza Ospedaliera e lo staff di Direzione Medica, i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri Medico, Chirurgico e dell'Emergenza, la Direzione Infermieristica e Tecnica Ospedaliera, l'Ufficio Formazione e l'Ufficio Qualità, ha presentato alla Direzione Generale il documento "Linee di consenso tra i professionisti aziendali sulla riorganizzazione per intensità di cura e complessità dell'assistenza – Azienda USL di Ferrara"; il giorno 03 novembre 2014 si è concluso l'intero percorso con una giornata formativa dedicata alla presentazione del documento stesso rivolta a tutti i professionisti coinvolti.

L'intero percorso formativo, che ha previsto modalità didattiche innovative, caratterizzato da momenti di ricerca e approfondimento, con gli operatori di tutte le discipline e professioni, inerente i temi più critici e "delicati" del nuovo modello organizzativo, si è caratterizzato anche per la mobilitazione delle comunità professionali degli Stabilimenti Ospedalieri di Lagosanto, Cento e Argenta, al fine di favorire il confronto e l'integrazione professionale.

Il documento finale "Linee di consenso tra i professionisti aziendali sulla riorganizzazione per intensità di cura e complessità dell'assistenza – Azienda USL di Ferrara", identifica quindi i principali elementi di consenso emersi durante i gruppi di lavoro e definisce le linee generali di indirizzo della riorganizzazione secondo il modello per intensità di cura e complessità dell'assistenza presso la nostra Azienda.

• Percorso formativo per lo sviluppo delle competenze a sostegno della Valutazione della Formazione", rivolto ai Referenti della Rete della Formazione, responsabili di progetti formativi ed ai professionisti con funzione di coordinamento di realtà operative interessati alla valutazione di eventi formativi.

L'articolazione del percorso ha previsto tre fasi: due fasi di formazione in aula, ciascuna di 12 ore, intercalate da una fase di lavoro individuale di 10 ore formative con la supervisione e il supporto di tutor, per complessive 34 ore di formazione. Sono state realizzate 2 edizioni nel periodo settembre-dicembre 2014.

Gli obiettivi formativi specifici del percorso si possono così sintetizzare:

1. potenziare le conoscenze sui principali livelli di valutazione dei risultati formativi: gradimento, apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto;
2. potenziare le competenze relative alla progettazione di eventi formativi ai fini della valutazione dei risultati di apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto;
3. potenziare le conoscenze sui principali strumenti metodologici per la valutazione dei risultati di apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto;
4. condividere e definire linee di indirizzo/criteri di scelta per l'individuazione dei progetti formativi da valutare al livello della ricaduta formativa e ricaduta organizzativa/impatto;
5. sviluppare le competenze metodologiche in merito alla pianificazione di un sistema di valutazione dei risultati di apprendimento, ricaduta formativa, ricaduta organizzativa/impatto.

Il percorso si è concluso con un approfondimento dei lavori realizzati e la definizione di linee di indirizzo per l'individuazione di progetti formativi da sottoporre a valutazione di ricaduta formativa e di impatto da pianificare e progettare successivamente per l'anno 2015.

Il Sistema Informatizzato della Formazione

Nel 2014 è stato ulteriormente implementato il sistema informatizzato *online* per la gestione strutturata, in ottica di processo, delle comunicazioni e della documentazione necessaria a pianificare, progettare e realizzare le iniziative formative, finalizzato a migliorare il sistema di governo della Formazione.

Il Sistema Informatizzato consente la condivisione, tra Ufficio Formazione, Dipartimenti e Rete della Formazione, delle procedure, dei dati e delle informazioni, garantendo sia a livello centrale, sia a livello dipartimentale, il costante monitoraggio delle attività formative.

I Dipartimenti possono, infatti, seguire lo sviluppo "in itinere" del Piano Formativo di Dipartimento, verificarlo, monitorarlo e valutarlo, mentre i Responsabili dei Corsi ed i Referenti Amministrativi possono verificare "lo stato d'avanzamento" di ogni singola iniziativa formativa, potendo disporre di dati assolutamente certi ed aggiornati in tempo reale.

Il Piano Annuale della Formazione è aggiornato in tempo reale con il sistema informatizzato *online*, che si integra con il software per la gestione della banca dati relativa alle iniziative realizzate.

Questo consente anche l'elaborazione periodica dei dati di consuntivo delle attività, che ogni Dipartimento può visionare ed utilizzare ai fini della valutazione e della pianificazione della formazione per l'anno successivo.

In particolare sono state realizzate nuove funzioni per facilitare le attività di Gestione degli eventi formativi in capo ai Responsabili dei Corsi. Si tratta delle iscrizioni *online* da parte dei partecipanti e la sperimentazione della lettura ottica dei questionari di gradimento.

Tutti i dati relativi alle attività formative realizzate vengono inseriti in un database informatizzato, a cura dell'Ufficio Formazione e dei Referenti Amministrativi di Formazione.

L'elaborazione dei dati consente di rispondere alle diverse necessità di tipo informativo, interne ed esterne all'Azienda, garantendo inoltre le necessarie attività di valutazione e verifica.

In particolare, l'Ufficio Formazione:

- invia alla Regione, almeno 30 giorni prima dell'inizio, i dati a preventivo per ogni iniziativa formativa;
- trasmette i dati di realizzazione di ciascun corso con crediti ECM alla Regione e al Co.Ge.A.P.S., entro 90 giorni dalla conclusione del corso, per il riconoscimento dei crediti ECM attribuiti ai professionisti;
- fornisce alla Regione i report sulle attività ECM;
- redige il Rapporto Annuale della Formazione e la specifica sezione del Bilancio di Missione;
- pubblica *online* report specifici con i dati di consuntivo disaggregati relativi alle diverse articolazioni organizzative Aziendali;
- aggiorna in tempo reale il Piano Annuale della Formazione con le modifiche e le integrazioni autorizzate, i crediti ECM attribuiti ai corsi e le relative date di realizzazione e lo pubblica sulla Intranet Aziendale.

Il Centro Didattico Aziendale "LIFE" di Codigoro

Gli Istruttori del Centro LIFE realizzano la formazione nell'ambito dell'Emergenza-Urgenza agli operatori dell'Azienda ed agli esterni che richiedono corsi a pagamento. Per favorire la promozione del Centro anche all'esterno, l'Ufficio Formazione ha pubblicato sul sito Internet dell'Azienda la Brochure con le informazioni sulla tipologia dei corsi ed i relativi costi e sulle modalità di iscrizione e pagamento.

La qualità dell'offerta formativa è garantita dall'elevata professionalità e competenza didattica e metodologica degli Istruttori del Centro, adeguatamente formati secondo le Linee Guida internazionali dalle principali Associazioni riconosciute a livello nazionale.

Le competenze didattiche degli Istruttori del Centro, ormai consolidate nel corso degli anni nell'ambito della formazione di base e da alcuni anni anche dei corsi avanzati, rappresenta per l'Azienda un importante ed efficace investimento per il rafforzamento della *Clinical Competence*, in quanto consente di realizzare con docenti interni i corsi obbligatori previsti per determinate figure professionali che nel passato erano realizzati da docenti esterni ad un costo molto più elevato.

Nel 2014 sono stati realizzati 129 corsi aziendali e 126 corsi per esterni. Il grafico che segue contiene i dati dei corsi esterni realizzati dal 2007, anno di inizio rilevazione, al 2014.

Corsi per esterni Centro LIFE



La Formazione Universitaria

➡ ***I corsi di Laurea con sede didattica in Azienda, in convenzione con l'Università degli Studi di Ferrara***

Il Corso di Laurea in Infermieristica

La sede del corso è presso il Polo Scolastico-Universitario di Codigoro, struttura resa disponibile dal Comune di Codigoro con il quale l'Azienda ha siglato una specifica convenzione.

Il Direttore delle Attività Didattiche ed i Tutor pedagogici sono professionisti dell'Azienda che a tempo pieno, oltre a presidiare tutta l'attività di tirocinio, svolgono anche attività di docenza delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Per alcuni insegnamenti specialistici sono incaricati docenti professionisti della nostra Azienda e l'attività di tirocinio coinvolge circa 105 tutor aziendali. Nella sede di Codigoro sono presenti i tre anni previsti dal Corso di Laurea. Gli studenti iscritti nell'anno accademico 2014/2015 sono 115.

Per rendere omogenei e sistematici i percorsi e le attività connesse ai tirocini degli studenti, è stata redatta ed approvata dall'Ufficio Formazione una specifica Procedura per la progettazione, l'inserimento, l'accoglimento e la certificazione del tirocinio clinico dello studente iscritto al Corso di Laurea, integrata da quattro Istruzioni Operative con le attività ed i percorsi previsti per il tutoraggio clinico presso i Dipartimenti

Ospedalieri che accolgono gli studenti tirocinanti nelle loro Unità Operative. Per la gestione e la realizzazione del Corso di Laurea in Infermieristica di Codigoro, la Regione assegna ogni anno alla nostra

Azienda un finanziamento finalizzato, contabilizzato in uno specifico Fondo vincolato. Gli aspetti istituzionali ed amministrativi sono curati dall'Ufficio Formazione Aziendale.

Il Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

E' gestito dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Ferrara in convenzione con l'Università degli Studi di Ferrara. Il Coordinatore del corso è un professionista dell'Azienda, come del resto parte dei docenti e dei tutor di tirocinio, circa 12. Nell'Anno Accademico 2014/2015 si sono iscritti 32 allievi. Anche per questo corso la Regione stanziava ogni anno finanziamenti finalizzati.

➡ **La formazione dei Medici**

Il corso Integrato di Medicina del Territorio

Obiettivo essenziale del corso è di completare e ampliare il curriculum formativo dei Medici, ad oggi orientato sulla diagnosi e terapia delle patologie acute, con la formazione in medicina preventiva, delle patologie croniche, dell'assistenza domiciliare, o semplicemente delle patologie, cosiddette minori, ma che tali non sono per frequenza ed impatto sulla realtà sociale delle nostre comunità, e che raramente richiedono il ricovero ospedaliero.

Nel 2014, attraverso questa esperienza didattico-formativa particolarmente innovativa, circa 21 studenti seguiti da 18 tutor aziendali hanno conosciuto l'organizzazione generale dei servizi sanitari territoriali del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, sono stati preparati sulle prestazioni mediche e assistenziali erogate dai diversi moduli organizzativi della rete territoriale, sensibilizzati sulle più comuni patologie trattate nella rete delle cure primarie, sulle modalità di accesso per l'utente e sul corretto utilizzo da parte del medico dei vari servizi al fine di un loro ottimale sfruttamento e di un uso efficiente delle risorse.

La Formazione Specialistica

Particolare rilievo ha assunto in Azienda anche la formazione medico-specialistica, per la quale sono state sottoscritte 120 convenzioni, una specifica per ogni singola Scuola, la maggior parte delle quali con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ferrara. Circa 55 ogni anno sono complessivamente i Medici in formazione specialistica presenti in Azienda, seguiti da tutor aziendali. A diversi dirigenti dell'Azienda sono stati attribuiti incarichi di insegnamento presso Scuole di Specializzazione.

La nostra Azienda ha approvato un accordo specifico relativo alla valorizzazione e riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica.

➡ **La didattica**

Nel 2014 sono stati 227 i docenti dipendenti della nostra Azienda che hanno svolto attività didattica, prevalentemente in ambito universitario ed in particolare presso l'Università degli Studi di Ferrara.

Si consolida il rapporto di collaborazione fra i professionisti della nostra Azienda ed il mondo Accademico, che si avvale della loro esperienza e della loro conoscenza per la realizzazione dell'attività didattica nei Corsi e Master Universitari in particolare per la formazione dei medici e del personale sanitario.

➡ **Le convenzioni per attività di tirocinio**

Negli ultimi anni, in particolare, la nostra Azienda ha sviluppato notevolmente la collaborazione con le Università, sia in ambito regionale che extraregionale. Sono, infatti, circa 122 le convenzioni stipulate con diverse Università italiane per attività di tirocinio nelle strutture dell'Azienda.

Gli studenti in tirocinio presso le strutture dell'Azienda sono affiancati da un tutor che, sulla base di un progetto formativo condiviso con il tutor del corso di laurea, li segue per tutto il periodo del tirocinio.

La Formazione degli Operatori Socio Sanitari

Il titolo di Operatore Socio-sanitario viene conseguito in seguito alla frequenza di un corso di qualifica teorico-pratico della durata di almeno 1000 ore. Sono realizzati anche corsi di riqualificazione, con un

numero inferiore di ore, per i dipendenti delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private della Provincia, che devono completare la formazione.

Gli Operatori Socio Sanitari svolgono la loro attività sia nelle strutture sanitarie e ospedaliere, sia nelle strutture sociali, in collaborazione con professionisti dell'area sociale (assistenti sociali, educatori, ecc.) e dell'area sanitaria (medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) a seconda dell'area di intervento.

I corsi sono autorizzati dalla Provincia e dalla Regione Emilia Romagna e realizzati in convenzione con i Centri di Formazione Professionale accreditati.

Il 2 maggio 2012 le due Aziende Sanitarie ferraresi hanno sottoscritto un "Accordo Interaziendale" per la realizzazione di attività nell'ambito dei corsi per Operatore Socio Sanitario, privi di finanziamento pubblico. Nell'Accordo sono indicate le modalità condivise dalle due Aziende per la gestione dei corsi OSS in convenzione con i Centri di Formazione accreditati. Nel 2014 si sono realizzati 3 corsi di qualifica di 1000 ore ed un corso di riqualifica di 300 ore.

Formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di libera scelta (PLS)

Anche nell'anno 2014 l'Azienda Sanitaria si è impegnata nell'organizzazione di eventi formativi tali da ricoprire un monte di crediti formativi fino a un massimo di 32 equivalenti ad 8 eventi formativi.

Di questi eventi formativi quattro sono stati gli audit previsti dall'AIL, come per lo scorso anno i MMG della provincia di Ferrara al fine di ottemperare all'obbligo contrattuale hanno partecipato ad almeno tre di questi. Questi eventi, come da Accordi tra le OOS e l'Azienda si sono svolti di giovedì pomeriggio.

Nel corso del 2014 si sono inoltre svolti 2 seminari nella sala Conferenze dell'Ospedale di Cona, tali eventi sono stati di tipo aziendale, questo dettato dalla necessità di avere contenuti omogenei, cosa non garantita dalla frammentazione dei corsi, dalla minor difficoltà organizzativa e dalla disponibilità di una sede adeguata a costo zero. Questi eventi, come dai sopracitati accordi, si sono svolti al sabato mattina.

Per le rimanenti otto ore si sono svolti 4 eventi di NCP suddivisi in sedute di due ore ciascuna, due per semestre.

Titolo iniziativa	Obiettivi	Ambito Formativo
IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DEL TUMORE DEL POLMONE	CONFRONTARSI CON GLI SPECIALISTI DI RIFERIMENTO PER CONCORDARE LINEE GUIDA COMUNI E UN PERCORSO RIVILEGIATO CON TEMPI DI ATTESA ACCETTABILI	3 - PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
LA FIBRILLAZIONE ATRIALE IN MEDICINA GENERALE	ACQUISIRE LE COMPETENZE PER DIAGNOSI, MODALITA' DI INVIO ALLO SPECIALISTA, GESTIONE DELLA TERAPIA ANTIARITMICA E DELLA TAO, GESTIONE DEL FOLLOW-UP	9 - INTEGRAZIONE TRA ASSISTENZA TERRITORIALE ED OSPEDALIERA
IL MONITORAGGIO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI - PARTE I	MIGLIORARE ADESIONE E APPLICAZIONE DEGLI ACCORDI	4 - APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA
IL MONITORAGGIO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI - PARTE II	MIGLIORARE ADESIONE E APPLICAZIONE DEGLI ACCORDI	4 - APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA
IL MAL DI SCHIENA E LE PATOLOGIE DELLE GROSSE ARTICOLAZIONI: VALUTAZIONE DELL'ATTEGGIAMENTO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO, E CONFRONTO CON GLI SPECIALISTI DI RIFERIMENTO	CONFRONTARSI CON GLI SPECIALISTI DI RIFERIMENTO PER CONCORDARE LINEE GUIDA COMUNI	3 - PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
LA TERAPIA DEL DOLORE NEL PAZIENTE DOMICILIARE/AMBULATORIALE E RETE DI CURE PALLIATIVE	ACQUISIRE COMPETENZE SULLA TERAPIA DEL DOLORE NEL PAZIENTE A DOMICILIO E CONOSCERE LA RETE DI CURE PALLIATIVE	3 - PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
IL MONITORAGGIO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI. PARTE III	MIGLIORARE ADESIONE E APPLICAZIONE DEGLI ACCORDI	4 - APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA
IL MONITORAGGIO DEGLI ACCORDI REGIONALI E AZIENDALI. PARTE IV	MIGLIORARE ADESIONE E APPLICAZIONE DEGLI ACCORDI	4 - APPROPRIATEZZA PRESTAZIONI SANITARIE NEI LEA. SISTEMI DI VALUTAZIONE, VERIFICA E MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA ED EFFICACIA
LA PERSONA ANZIANA - LA SENILITA' ED ALCUNI ASPETTI PATOLOGICI NELL'AMBITO DI UNA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE	VALUTARE PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI CON IL GERIATRA DI RIFERIMENTO, PERSONALE INFERMIERISTICO, SOCIALE E ALTRE FIGURE DEL TERRITORIO	8 - INTEGRAZIONE INTERPROFESSIONALE E MULTIPROFESSIONALE, INTERISTITUZIONALE
LA PATOLOGIA TIROIDEA: IPOTIROIDISMO E NODULO TIROIDEO. CONFRONTO CON L'ENDOCRINOLOGO DI RIFERIMENTO ED IL MEDICO DI FAMIGLIA	MIGLIORARE LE COMPETENZE DIAGNOSTICHE NEI CONFRONTI DELLA PATOLOGIA TIROIDEA; INTEGRARE CON GLI SPECIALISTI I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI	3 - PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
MALATTIA DA VIRUS EBOLA: CRITERI DI DIAGNOSI, GESTIONE DEI CASI, GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE	FORNIRE I CRITERI PER LA CORRETTA DEFINIZIONE DI CASO, PER IL CORRETTO UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE PERSONALE E PER IL CORRETTO SMALTIMENTO DEGLI STESSI	20 - TEMATICHE SPECIALI DEL SSN E SSR ED A CARATTERE URGENTE E/O STRAORDINARIO INDIVIDUATE DALLA CN ECM PER FAR FRONTE A SPECIFICHE EMERGENZE SANITARIE

Nel corso del 2014 si sono inoltre svolti 4 eventi rivolti alla formazione del PLS relativi a diversi ambiti formativi :

Titolo iniziativa	Obiettivi	Ambito Formativo
PEDIATRIA E CONTINUITA' ASSISTENZIALE: INTEGRAZIONE DI INTERVENTI FRA TERRITORIO E PS	CONDIVIDERE CON I MEDICI DI CA ASPETTI TERAPEUTICI E RELAZIONALI	2 - LINEE GUIDA - PROTOCOLLI - PROCEDURE - DOCUMENTAZIONE CLINICA
LA MEDICINA BASATA SULLE EVIDENZE IN PEDIATRIA AMBULATORIALE: LA DIAGNOSI	RETRAINING IN METODOLOGIA DI RICERCA CLINICA IN DIAGNOSI	1 - APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN - EBP)
MALATTIE RARE METABOLICHE EREDITARIE	AGGIORNARE SUL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO DELL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE CON MR METABOLICA	3 - PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI/DIAGNOSTICI/RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA
RETRAINING PBLs-D	AGGIORNAMENTO TECNICHE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE	6 - LA SICUREZZA DEL PAZIENTE

Capitolo realizzato con la collaborazione di: Sonia Baldrati, Paola Bardasi, Sandro Bartalotta, Maria Grazia Bracci, Rino Cavallini, Katia Furegatti, Luigi Martelli, Marco Nardini, Gianna Paparella, Cristina Rossi, Fulvia Signani.



**5. Sistema di
relazioni e
strumenti di
comunicazione**

Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

L'Azienda USL di Ferrara ha assunto fra i propri valori fondanti il riconoscimento della centralità del ruolo del cittadino quale titolare del diritto alla salute sia a livello individuale che collettivo.

Il cittadino, infatti, rappresenta un interlocutore privilegiato in quanto destinatario dei principi ispiratori che guidano l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale.

In questa ottica l'Azienda USL di Ferrara ha attribuito agli Uffici relazioni con il pubblico il fondamentale compito **dell'ascolto, tutela, informazione e comunicazione** al cittadino, anche al fine di orientare l'offerta sanitaria ai reali bisogni di salute e di favorire una scelta consapevole e orientata nell'ambito dei servizi e delle prestazioni erogate.

Le attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico distrettuali

Attività di ascolto-accoglienza

Presso gli URP il cittadino può richiedere informazioni e chiarimenti, segnalare disservizi e reclami, ma soprattutto trovare spazi idonei nei quali essere ricevuto per esporre richieste o problemi più complessi della semplice ricerca di informazioni.

Nello specifico, gli operatori degli URP distrettuali si occupano di:

- **front office** con i cittadini, ovvero accoglienza e ascolto delle loro richieste, attraverso l'utilizzo dei seguenti canali: contatto diretto, e-mail, telefono, fax, lettera;
- **back office** finalizzato alla gestione delle segnalazioni dei cittadini e loro rappresentanti, sia in ambito aziendale, che in ambito regionale attraverso l'utilizzo del *sistema informativo di gestione delle segnalazioni*.

Book informativo per accedere all'Attività Libero Professionale



La L. n. 120/07 prevede che ogni azienda sanitaria divulghi periodicamente ai cittadini informazioni sull'attività erogata in regime libero-professionale, distinta da quella istituzionale. Lo strumento di informazione utilizzato è un *Book sulla Libera Professione* di tipo cartaceo, contenente le principali informazioni necessarie per accedere all'attività libero-professionale: specialità, cognome e nome dello specialista che la esegue, giorni e orari di visita e modalità di prenotazione. Tale book è disponibile alla consultazione presso le sedi degli URP, Centralini/Portinerie e in tutte le sedi dello Sportello Unico

dell'Azienda USL.

Nello specifico, l'URP centrale si occupa dell'aggiornamento, redazione e diffusione semestrale dell'attività aziendale libero professionale intramoenia tramite il book sulla Libera Professione che è disponibile anche on line sul sito aziendale.



Numero Verde Regionale

Attraverso il sistema informativo del Numero Verde regionale 800 033 033, vengono fornite ai cittadini informazioni aggiornate e complete sui servizi sanitari e socio-sanitari attivi in tutta l'Emilia Romagna, contenute in una banca dati gestita dalla RER.

L'operatrice URP dedicata a livello locale, implementa ed aggiorna la banca dati, mantenendo una costante collaborazione con il coordinamento regionale per garantire l'allineamento dei dati a livello generale. Per gestire il flusso dei dati informativi, è stata deliberata una rete di referenti locali che forniscono all'URP le informazioni relative a: sedi, orari di erogazione, modalità di pagamento e contatti telefonici, aggiornati in tempo reale. Inoltre l'URP risponde alle telefonate di secondo livello *passate* dal call center regionale dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.



Fascicolo Sanitario Elettronico

Gli URP sono sede di riconoscimento *de visu* per l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il cittadino che intende accedere ai servizi del *Progetto Sole Sanità on line* dopo essersi preregistrato sul sito www.progetto-sole.it, si mette in contatto con l'URP competente territorialmente, dove concorda un appuntamento per completare il percorso di abilitazione.

Adeguamento della segnaletica/cartellonistica nelle sedi dell'AUSL di Ferrara

Un altro capitolo su cui l'URP è fortemente impegnato è quello di garantire informazioni precise ai cittadini sull'accesso ai servizi, attraverso la revisione e implementazione della cartellonistica aziendale in tutte le sedi di erogazione di attività. A tal fine gli URP territoriali si sono dotati di adeguata strumentazione per realizzare in autonomia la cartellonistica interna di vari formati e tipologie, provvedendo anche alla definizione del bisogno informativo attraverso sopralluoghi e verifiche in loco.

I servizi segnalano agli URP le criticità informative ed il fabbisogno, in seguito si provvede a produrre e collocare gli strumenti realizzati per orientare al meglio i cittadini nelle strutture aziendali.

Nell'anno 2014 sono stati creati i seguenti strumenti di comunicazione esterna:

Sede⇒ Tipologia↓	Ferrara	Argenta e Portomaggiore	Cento e Bondeno	Copparo	Totale
Cartelli prodotti	220	212	221	--	653
Fuori porta	169	152	32	--	353
Poster	21	15	--	--	36
Sopralluoghi per redazione	11	27	4	--	42
Brochure per Servizi e UO	--	7	--	--	7
TOTALE					1091

Empowerment di comunità ed health literacy

Health literacy, o alfabetizzazione per la salute, è un insieme di tecniche e pratiche per migliorare la comunicazione in sanità, utilizzando questo approccio nell'anno 2014 sono stati curati diversi prodotti informativi (brochure).

Obiettivi:

- Condividere fra operatori e utenti materiale informativo co-progettato, per valutarne la ricaduta in termini di miglioramento percepito;
- Valutare la percezione delle informazioni contenute negli opuscoli in termini di utilità, chiarezza, appropriatezza e impostazione grafica.

Tipologie di materiale prodotto:

- Opuscoli informativi sul DH Oncologico a livello aziendale
- Opuscolo Area Medica Ricoveri per Intensità di Cure a livello aziendale
- Opuscolo Informazioni Utili Ospedale di Argenta
- Opuscolo Informativo sulla Casa della Salute di Portomaggiore e Ostellato
- Opuscolo Informativo Servizio Salute Donna a livello aziendale
- Opuscolo Informativo Servizio ADI ambito Portomaggiore
- Opuscolo Informativo sull'ambulatorio pre-ricovero e sul pre-ricovero del Day surgery di Argenta tradotto in Urdu, Inglese e Cinese

Coordinamento dei Comitati Consultivi Misti

I Comitati Consultivi Misti per il controllo della qualità dal lato degli utenti, rappresentano la possibilità di partecipazione organizzata delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, in attuazione delle normative vigenti con particolare riferimento alla legge regionale n. 19/94 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale", articoli 15 e 16, riconfermate dalla L.R. 11/2000 e alla Direttiva della Giunta della regione Emilia Romagna, delibera n. 320/2000, emanata per favorire la comunicazione verso i cittadini e le loro associazioni di tutela. Tra i principali compiti di questo organismo consultivo, descritti in un preciso Regolamento, ci sono quelli di assicurare i controlli di qualità dal lato dell'utenza e di sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio. All'interno dell'AUSL di Ferrara sono presenti e attivi 3 Comitati, uno per ogni Distretto. Coordinare l'attività dei CC.CC.MM. prevede un supporto organizzativo e segretariale nella realizzazione delle loro varie attività: incontri, promozione di conferenze a tema, realizzazione di indagini sulla qualità percepita.

Nel 2014 sono state svolte a livello trasversale le seguenti attività:

- 1) Giornate di formazione dedicate ai nuovi membri dei Comitati: il Coordinamento dei 4 Comitati provinciali (composto dai quattro presidenti e vicepresidenti dei Comitati, quindi 6 per l'AUSL e 2 dell'AOSPUN) ha concordato i temi sui quali concentrare la formazione: Azienda ospedaliero Universitaria S. Anna e Azienda USL Ferrara; Accreditamento e Qualità nelle Aziende Sanitarie ferraresi; Gli strumenti di tutela dei cittadini previsti dalle Aziende Sanitarie ferraresi; a queste giornate di formazione hanno partecipato anche alcuni membri della Commissione Mista Conciliativa;
- 2) Diffusione della Carta dei Servizi dell'AUSL di Ferrara presso le sedi delle associazioni rappresentate all'interno dei Comitati: su richiesta delle principali associazioni di Volontariato è stata consegnata e distribuita la Carta dei Servizi edizi one 2014;
- 3) Depliant sui diritti e doveri dei pazienti/medici di medicina generale: già approvato dal Comitato uscente, è stato validato dagli attuali CC.CC.MM., stampato e diffuso;
- 4) Restituzione indicatori di umanizzazione progetto "Agenas" e progetto di rilevazione sul campo per il 2015;
- 5) Attività di sensibilizzazione alla cittadinanza sul tema dell'interazione fra farmaci. Sono state realizzate 3 conferenze condotte da esperti e medici di medicina generale nei distretti, che hanno visto la partecipazione delle principali associazioni di volontariato e tutela dei cittadini presenti nelle singole realtà territoriali. Gli URP distrettuali hanno coordinato le iniziative con la collaborazione dei CC.CC.MM.

Ricorda

Assumere solo i farmaci prescritti

Non modificare da soli la terapia prescritta

Fare attenzione al dosaggio e all'orario di assunzione

Seguire le indicazioni per la conservazione dei farmaci: se in frigorifero oppure in un luogo fresco

Non cadere nella tentazione di "auto medicarsi"

Controllare sempre la data



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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



Per ogni dubbio bisogna consultare sempre il proprio medico di famiglia



Farmaci e interazioni: alcune attenzioni



6) Programma Breast Unit: E' stato presentato il programma di gestione del percorso mammella concordato fra le due aziende sanitarie ferraresi, con un approfondimento anche sull'attività di produzione dei farmaci antitumorali. E' stato progettato un percorso di collaborazione per creare materiale informativo sui percorsi, sul trattamento della patologia del tumore alla mammella e sugli aspetti amministrativi correlati.

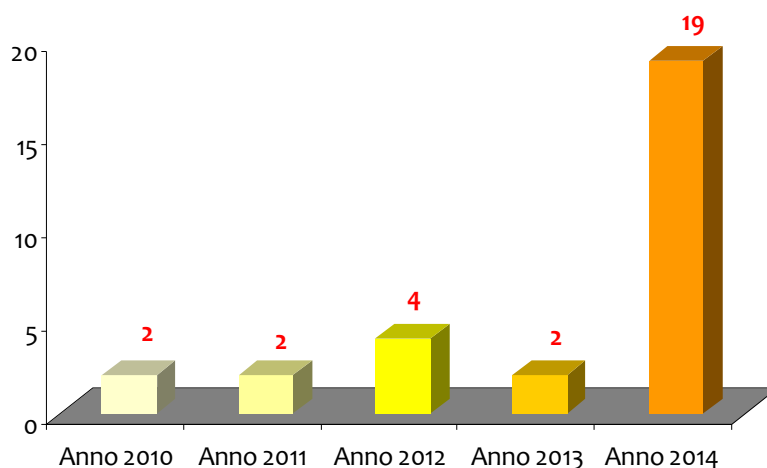
Segreteria della Commissione Mista Conciliativa

L'utente non soddisfatto dell'esito della sua segnalazione, può richiederne un secondo approfondimento da parte della Commissione Mista Conciliativa (C.M.C.), organismo di tutela costituito da rappresentanti dell'Azienda USL, da rappresentanti del Volontariato e presieduta da un presidente esterno, designato dalla Conferenza Sanitaria Territoriale della Provincia di Ferrara. L'attività di segreteria prevede la disamina dei casi proposti, la redazione di una relazione per ciascuno di questi e l'invio della risposta da parte della Direzione Generale al cittadino.

La Commissione Mista Conciliativa delle aziende sanitarie ferraresi è stata ricostituita con delibera n. 151 del 4/07/2013.

Da quando si è nuovamente insediata la CMC nel 2013: al 30/3/2015 sono giunte 35 segnalazioni, di queste:

- 29 sono state evase
- 6 sono in attesa di valutazione



Al 31 marzo restano da valutare 3 casi presentati nel 2014 e 3 nel 2015.

Dati generali delle segnalazioni trattate dalla Commissione:

- **Distribuzione delle segnalazioni per Presentatore:** nel 45% dei casi le segnalazioni sono giunte attraverso il CTDM, nel 55% dagli URP aziendali;
- **Distribuzione delle segnalazioni per Azienda di competenza:** delle 29 trattate 23 provengono dall'AOSPUN e 6 dall'AUSL;
- **Distribuzione delle segnalazioni per CCRQ (problema segnalato):** nel 77% dei casi i problemi segnalati afferiscono alla sfera economica, in particolare obiezioni sui ticket; per l'11% riguardavano gli aspetti tecnici professionali –sui quali la CMC non può esprimersi-; per il 3% gli aspetti relazionali, i tempi di attesa, gli aspetti normativi e quelli organizzativi;
- **Esiti delle segnalazioni:** nel 59% dei casi la risposta precedentemente data dall'Azienda Sanitaria al cittadino è stata confermata, nel 34% è stata cambiata e nel 7% dei casi la Commissione ha risposto di non essere competente per gli argomenti in oggetto -*aspetti tecnici professionali*-. Le segnalazioni che si sono concluse positivamente per il cittadino erano tutte relative ad aspetti economici, quindi è stato riconosciuto un rimborso/annullato il ticket precedentemente richiesto.

Indagini qualità percepita

Come previsto dalla comunicazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale PG N.46440 del 28/07/2014, nel 2014 ha avuto inizio la rilevazione della qualità percepita in tutte le Unità Operative di degenza e del Percorso Nascita.

Di seguito si propongono i dati principali di attività degli URP distrettuali:

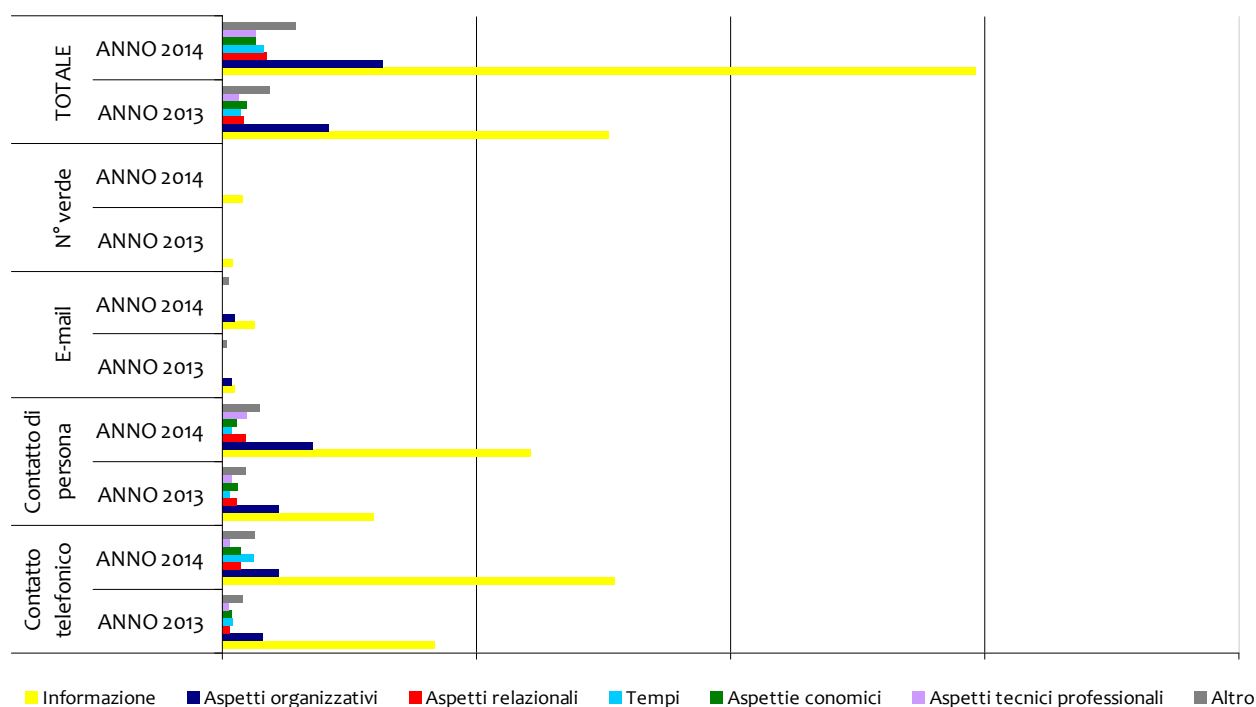
	gennaio-dicembre	2013	2014
<u>Attività</u> ↓			
Attività di <i>front office</i> con i cittadini		9813	17957
Abilitazioni Fascicolo Sanitario Elettronico – CUP WEB		1224	3923
Attività di <i>back office</i> finalizzata alla gestione delle segnalazioni		1001	879
Totale		12038	23554

Attività di *front office*: la banca dati per la gestione dei contatti informativi

Di seguito si propongono i dati aggregati di tutti gli URP distrettuali, 2014 VS 2013:

Attività ⇒	Telefonate		Cittadini accolti		Risposte e-mail		Tel N° verde		TOT	TOT
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Oggetto segnalato ↓										
Informazione generica	3342	6193	2375	4858	190	507	168	310	6075	11858
Aspetti organizzativi	620	909	903	1419	150	183	5	3	1678	2514
Aspetti relazionali	126	294	222	370	1	27	--	--	349	691
Tempi	176	495	112	139	6	25	1	--	295	659
Aspetti economici	145	301	236	219	12	23	--	1	393	544
Aspetti tecnici professionali	99	132	148	388	18	21	--	--	265	541
Altre categorie	313	497	364	573	80	95	1	1	758	1166
Totale	4508	8324	3996	7393	377	786	174	314	9055	17973

A cosa hanno risposto gli operatori URP nell'attività di *front office*: confronto 2013 vs 2014



Dai dati raccolti emerge chiaramente che i contatti tra i cittadini e gli URP sono raddoppiati da un anno all'altro. In particolare l'esigenza che è stata maggiormente espressa è il bisogno di informazioni: sull'attività, orari dei servizi, modalità di accesso, attivazione di percorsi complessi o di integrazione fra territorio e strutture ospedaliere. Nella misura in cui i servizi che svolgono attività per il pubblico diminuiscono la disponibilità di erogare informazioni, o riducono i contatti diretti tramite gli sportelli dedicati o offrono spazi telefonici non sufficientemente ampi da consentire alle persone di prendere la linea, aumentano le richieste all'URP. L'URP è chiamato sempre più spesso ad entrare nel merito di percorsi specifici e personali, sui quali non dovrebbe intervenire, sostituendosi impropriamente ai servizi/uffici competenti per prendere in carico dei cittadini che si sentono abbandonati e completamente isolati. Le cifre dimostrano chiaramente che il contatto diretto con la persona è necessario e spesso imprescindibile, specie se si tiene conto che la popolazione della nostra provincia è prevalentemente anziana e non utilizza altri canali per ottenere le informazioni.

Attività di *back office*: la banca dati per la gestione delle segnalazioni

Quadro sinottico andamento segnalazioni di disservizio (reclami e rilievi) per Dipartimento e URP distrettuale anno 2014

URP ⇨ Dip.to ↓	Centro Nord				Ovest		Sud- Est				TOT
	Ferrara		Copparo		Cento		Arg/Porto		Delta/Cod		
	Rec	Ril	Rec	Ril	Rec	Ril	Rec	Ril	Rec	Ril	
Cure Primarie	69	15	5	1	22	8	23	6	21	0	170
Servizi amministrativi distrettuali	46	13	3	0	21	13	10	4	10	1	121
Chirurgico	1	0	0	0	9	1	14	10	9	0	44
Emergenza urgenza	0	0	0	0	12	10	6	3	12	0	43
Medico	1	0	0	0	8	4	9	4	4	0	30
Dip.to inter.le Medicina Legale	16	3	0	0	1	0	2	0	0	0	22
PUO	0	0	4	0	4	2	7	3	2	0	22
AOSPUN -S. Anna-	12	2	0	0	1	0	0	0	0	0	15
Sanità Pubblica	2	3	0	0	1	0	2	1	4	1	14
LUP	0	0	0	1	5	2	1	0	2	0	11
DAI SM DP	4	1	0	0	1	1	1	0	1	0	9
Strutture private accreditate	7	1	0	0	0	0	0	0	1	0	9
Dip.to intr.le radiologia clinica diagnostica int.ca	0	0	1	0	2	0	0	1	5	0	9
Materno infantile	0	0	0	0	2	2	0	0	1	0	5
Staff DG,DS,DA	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	4
Dip.to amm.vo unico	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Attività tecniche patrim/tecnol.	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Totale	159	38	15	2	91	43	77	33	72	2	531

Quadro sinottico andamento **elogi** per Dipartimento e URP distrettuale anno 2014

Dip.to ↓	URP ⇒	Centro Nord		Ovest	Sud – Est		TOT
		Ferrara	Copparo	Cento	Argenta – Portomaggiore	Codigoro – Lagosanto	
Medico		0	0	28	33	43	104
Chirurgico		1	0	14	72	11	98
Cure Primarie		11	6	1	25	6	49
Emergenza urgenza		2	0	4	11	12	29
Dip.to intr.le radiologia clinica diagnostica int.ca		0	1	3	5	2	11
Materno infantile		0	0	6	0	3	9
Staff DG,DS,DA		1	0	0	5	1	7
DAI SM DP		2	0	0	0	1	3
Servizi amministrativi distrettuali		2	0	0	0	1	3
Strutture private accreditate		2	0	0	0	0	2
PUO		0	0	0	0	2	2
Sanità pubblica		2	0	0	0	0	2
Dip.to intr.le gestione acquisti e logistica economica		0	0	0	1	0	1
LUP		1	0	0	0	0	1
Totale		24	7	56	152	82	321

Analisi delle criticità rilevate a livello di URP distrettuale

Criticità rilevate nell'attività di *back office* attraverso il Sistema Regionale Segnalazioni Sanità

Di seguito vengono declinati gli oggetti degli eventi segnalati nei reclami e nei rilievi distribuiti per i Dipartimenti maggiormente interessati dalle segnalazioni:

- Dipartimento Cure Primarie
- Servizi amministrativi distrettuali
- Dipartimento Chirurgico
- Dipartimento Emergenza urgenza
- Dipartimento Medico
- Dipartimento interaziendale Medicina Legale
- PUO

Dipartimento ⇨	Cure Primarie	Servizi Amministrati vi distrettuali	Chirurgico	Emergenza / Urgenza	Medico	Interazioni della Medicina Legale	PUO
Oggetto⇩							
Aspetti organizzativi	43%	56%	18%	7%	18%	31%	23%
Aspetti tecnici professionali	18%	--	32%	23%	46%	--	9%
Aspetti relazionali	7%	3%	7%	2%	9%	5%	--
Aspetti economici	6%	7%	2%	14%	9%	5%	--
Aspetti alberghieri/ comfort	2%	--	34%	9%	3%	--	36%
Aspetti strutturali	--	--	--	2%	--	--	18%
Tempi	13%	28%	5%	31%	3%	31%	5%
Informazione	3%	5%	--	7%	3%	23%	9%
Adeguamento alla normativa	1%	--	2%	5%	3%	5%	--
Altro	1%	1%	--	--	6%	--	--

L'**elogio** è un'espressione/segnalazione di soddisfazione del cittadino utente, al soggetto erogatore del servizio. Esso deve essere scritto, contenere una firma leggibile e una data di riferimento.

Di seguito viene rappresentata graficamente la distribuzione degli elogi per oggetto segnalato nei Dipartimenti in cui sono stati più numerosi

Elogi: Dipartimenti per CCRQ

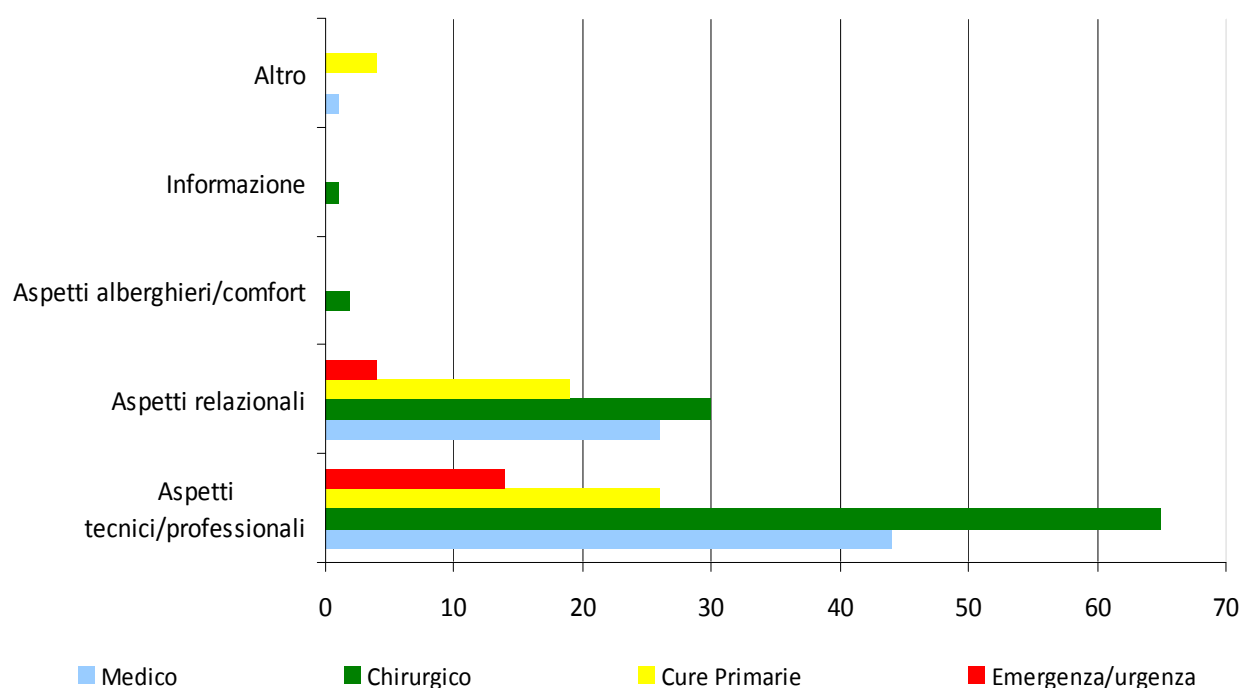


Tabelle di sintesi in cui i dati elaborati nel 2014 vengono confrontati con quelli del 2013

Tipologia di segnalazioni

	Elogi		Impropri		Reclami e Rilievi		Suggerimenti		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ferrara	30	7	11	9	166	197	5	4	212	234
Copparo	20	7	--	--	31	17	1	--	52	24
Cento	67	52	6	--	113	134	4	6	190	196
Argenta-Portomaggiore	141	152	3	2	139	110	3	1	286	265
Codigoro-Lagosanto	109	82	3	2	148	74	1	2	261	160
Totale	367	312	23	13	597	532	14	13	1001	879

Tipologia di presentatore: Chi presenta?

	Associazione		Cittadino		Ente		Studio legale		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ferrara	20	21	185	211	5	1	2	1	212	234
Copparo	--	--	52	24	--	--	--	--	52	24
Cento	7	4	182	191	1	1	--	--	190	196
Argenta - Portomaggiore	17	5	261	256	--	--	8	4	286	265
Codigoro – Lagosanto	20	9	241	151	--	--	1		261	160
Totale	64	39	921	833	6	2	10	5	1001	879

Modalità di presentazione: Come vengono presentate le segnalazioni?

	Altro		Cassetta		e-mail/ fax / web		Lettera		Stampa		URP		Totale	
	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14
Ferrara	--	1	29	33	77	94	54	45	3	2	49	59	212	234
Copparo	--	--	10	1	15	6	7	6	2	--	18	11	52	24
Cento	--	--	74	85	34	21	18	19	6	--	57	71	190	196
Argenta Portom.	--	1	80	91	31	26	83	47	7	9	80	91	286	265
Codigoro Lagosanto	2	--	39	11	26	18	29	17	9	3	156	111	261	160
Totale	2	2	232	221	183	165	191	134	27	14	360	343	1001	879

Distribuzione per tipologia di segnalazione e per oggetto della segnalazione

	Elogi		Impropri		Reclami e rilievi		Suggerimenti		Totale	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Aspetti tecnici professionali	200	197	--	--	167	89	--	1	367	287
Aspetti organizzativi	8	2	--	--	140	200	6	6	154	208
Aspetti relazionali	133	107	--	--	49	38	2	2	184	147
Tempi	--	--	--	--	75	69	--	--	75	69
Aspetti alberghieri e comfort	4	3	--	--	34	39	5	1	43	43
Aspetti economici	--	--	--	--	65	41	--	--	65	41
Informazione	6	5	--	--	21	27	--	--	27	32
Aspetti strutturali	--	--	--	--	11	16	--	2	11	18
Altro	16	7	--	--	9	7	--	1	25	15
Aspetti normativi	--	--	--	--	23	6	1	--	24	6
Privo di CCRQ *	--	--	23	13	--	--	--	--	23	13
Totale	367	321	23	13	597	532	14	13	1001	879

* Un evento classificato improprio non può avere da sistema un classificazione CCRQ

Altri dati significativi

	Richiesta di ricorso alla Commissione Mista Conciliativa		Il istanze		Richieste risarcimento		Persone risarcite		Azioni miglioramento		N° Casi di interesse per la gestione del rischio	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
AUSL FE	1	1	3	1	12	4	0	0	0	1	90	44

Tempi di chiusura dei RECLAMI

	N° RECLAMI complessivi		N° reclami CHIUSI		N° Reclami chiusi <u>entro</u> 30 giorni		N° Reclami chiusi <u>oltre</u> 30 giorni	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Ausl Ferrara	498	414	452	373	208	342	244	31

Distribuzione delle segnalazioni di disservizio (reclami e rilievi) e degli elogi per oggetto della segnalazione e singolo dipartimento/area dipartimentale

Categoria CCRQ e tipologia segnalazione ⇨	informazione		aspetti organizzativi		aspetti relazionali		tempi		aspetti economici		aspetti tecnici professionali		adeguamento normativa		aspetti strutturali		comfort		altro	
	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕
Dipartimento ↴	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕	⊖	⊕
Cure primarie	5	--	68	--	14	19	21	--	10	--	34	25	3	--	10	--	5	--	1	4
Chirurgico	--	1	8	--	3	30	2	--	1	--	13	65	1	--	--	--	16	2	--	--
Medico	1	--	10	--	2	39	1	--	2	--	10	64	--	--	--	--	2	--	2	1
Serv amm.vi ditrettuali	7	--	68	1	7	2	21	--	17	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--
Emergenza/urgenza	3	--	3	--	1	5	13	--	6	--	10	24	2	--	1	--	4	--	--	--
PUO	2	--	5	--	--	1	1	--	--	--	2	1	--	--	4	--	8	--	--	--
Medicina Legale	5	--	7	--	1	--	7	--	--	--	1	--	1	--	--	--	--	--	--	--
Radiol.clinica	--	--	2	--	2	1	1	--	--	--	4	10	--	--	--	--	--	--	--	--
Sanità pubblica	--	--	6	--	1	--	1	--	--	--	2	1	--	--	--	--	1	--	3	1
AOSPUN	--	--	6	--	--	--	2	--	3	--	3	--	--	--	--	--	1	--	--	--
Materno infantile	--	--	--	1	3	3	--	--	--	--	1-	3	--	--	--	--	1	1	--	1
LUP	--	--	8	--	--	--	2	--	--	--	--	1	--	--	1	--	--	--	--	--
DAI SM DP	2	--	2	--	3	2	--	--	--	--	2	1	--	--	--	--	--	--	--	--
Strutture private accredit	--	--	2	--	--	2	--	--	--	--	5	--	--	--	--	--	2	--	--	--
Staff DG,DS,DA	1	--	1	--	1	7	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Amministrativo unico	--	--	1	--	--	--	--	--	--	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Attività tecn/patrim	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--
Gestione acquisti/logistica	--	--	--	--	--	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Totale	26	1	197	2	38	112	72	0	40	2	87	195	7	0	16	0	41	3	7	7

Distribuzione delle risposte date ai cittadini alle segnalazioni presentate

Anno⇒	Altro		Chiarimento		Pratica aperta		Scuse		Conferma operato azienda		Risoluzione		Trasmissione servizio legale		Assunzione impegno		Rimborso		Ringraziamento per elogio		Totale	
	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14	'13	'14
Ferrara	40	43	62	54	1	4	27	19	13	13	33	76	1	0	1	1	2	3	30	24	212	234
Copparo	9	2	6	2	1	3	5	3	2	0	5	7	1	0	3	0	--	0	20	7	52	24
Cento	50	52	37	49	--	1	13	14	7	7	14	12	1	1	--	2	1	2	67	56	190	196
Argenta Portom.	26	21	32	14	28	30	14	17	6	7	23	14	11	3	5	7	--	0	141	152	286	265
Codigoro Lagos.	18	10	23	17	16	3	9	12	20	3	58	28	4	3	1	2	3	0	109	82	261	160
Totale	145	125	160	136	46	41	68	65	48	30	133	137	18	7	10	12	6	5	367	321	1001	879

Nel corso del 2014, l'Ufficio Stampa aziendale ha messo in campo iniziative pensate per target specifici di pubblico attraverso differenti strumenti di comunicazione con lo scopo di far conoscere e promuovere i progetti di riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria territoriale, ma al contempo anche per incentivare l'uso appropriato dei servizi da parte dei cittadini. Pertanto sono proseguite le attività di comunicazione per l'accesso ai servizi, così come è rimasto costante l'impegno nello svolgere attività di prevenzione su tematiche connesse al benessere ed alla qualità della vita delle persone.

Fra le attività che hanno caratterizzato il sistema di relazioni e gli strumenti di comunicazione nel 2014, merita una particolare menzione l'attività di organizzazione di eventi, seminari e giornate di studio che ha coinvolto l'Ufficio Stampa a supporto dei diversi servizi aziendali. Eventi come la "la salute ci sta a cuore, la clinical Competence del Soccorritore nell'emergenza urgenza; Casi di innovazione sanitaria, hanno permesso ai diversi professionisti dell'azienda Usl di promuovere le diverse attività svolte che possono essere utili al cittadino, così come i progetti in corso.

L'organizzazione del capitolo è strutturata seguendo la logica della relazione comunicativa: strategie, metodi e tecnologie.

La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi

Le guide per l'accesso alle strutture ed ai servizi

- *Gestione dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)*

Anche per il 2014 sono proseguite le attività di collaborazione e supporto alla riorganizzazione del percorso per la gestione dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO) con la revisione delle brochure informative per i punti TAO, al fine di semplificare le modalità di accesso ai pazienti e presentare loro le principali variazioni connesse alla nuova organizzazione.

- *Laboratorio Unico Provinciale LUP - sedi di Argenta, Cento, Cona, Lagosanto*

L'istituzione a livello provinciale Laboratorio Unico ha comportato l'attivazione di una campagna di comunicazione che prevedesse la realizzazione di materiale informativo dedicato.

Il LUP è una rete di attività di laboratorio che opera in modo unitario su tutto il territorio. I laboratori rispondono a tutte le richieste di esami dei cittadini di Ferrara e provincia e raccolgono i campioni provenienti da tutti i Punti Prelievo del territorio. Nelle sedi di Argenta, Cento e Lagosanto sono eseguite le analisi per i degenti e per gli utenti del Pronto Soccorso.

Le analisi di tutti i prelievi ambulatoriali sono curate dalla sede di Cona.

Le attività di comunicazione hanno insistito sul fatto che la nuova organizzazione assicura equità di accesso e standard qualitativi indipendentemente dal Punto Prelievo scelto dall'utente e fornisce al cittadino il referto

completo nei tempi definiti dai protocolli. Allo stesso modo, lo spostamento dei campioni dai Punti Prelievo ai laboratori e fra le diverse sedi dei laboratori è garantito dal sistema di trasporto aziendale cui si affianca un sistema di trasporto convenzionato.

- *Ambulatorio infermieristico Casa della Salute di Pontelagoscuro*

Prendendo come esempio le attività di comunicazione messe in campo per l'ambulatorio infermieristico attivato in Corso Giovecca, l'Ufficio Stampa e Comunicazione ha collaborato il dipartimento di cure primarie ed il personale infermieristico della Casa della Salute di Pontelagoscuro per presentare alla cittadinanza i servizi offerti anche nella nuova struttura di Pontelagoscuro. In particolare quali bisogni sanitari possono essere presi in carico e soddisfatti dal personale che opera in quella sede ed in che modo potervi accedere.

- *Ambulatorio infermieristico "La prospettiva"*

La continua crescita della Cittadella S. Rocco negli spazi dell'anello di Corso Giovecca ha comportato, per tutto il 2014, la revisione ed aggiornamento continuo del materiale informativo dedicato all'ambulatorio infermieristico "La prospettiva". Le informazioni hanno riguardato modalità di accesso, prestazioni erogate e funzioni generali della struttura. Il lavoro è stato svolto in stretta sinergia con il dipartimento di cure primarie ed il personale *infermieristico della struttura*.

La comunicazione istituzionale attraverso i media: i rapporti con la TV e la carta stampata

L'AZIENDA USL IN TV

- **Linea Salute News – rubrica in onda su Telestense**



Anche nel 2014 si è continuato l'attività di informazione televisiva.

Nella strategia comunicativa complessiva adottata dall'Ufficio Stampa riveste infatti particolare importanza il mezzo televisivo, per valorizzare le eccellenze, ma anche per promuovere i servizi territoriali che può offrire l'azienda sanitaria nel territorio provinciale con i suoi distretti e ospedali all'Azienda nel territorio provinciale.

Con l'emittente televisiva della provincia di Ferrara -Telestense – si è lavorato per una informazione istituzionale, promuovendo adeguati stili di vita, collegati anche a campagne di comunicazione regionali e locali. Con la rubrica televisiva "Linea Salute News" si vuole

veicolare un formato diverso di messaggio, rispetto a quello affidato alla carta stampata, in quanto consente di sfruttare la capacità evocativa delle immagini e di diffondere un messaggio chiaro e diretto, tipico della comunicazione orale. La cadenza programmata della messa in onda e le tematiche affrontate, hanno lo scopo di creare un appuntamento atteso da parte del cittadino, ma anche riuscire a mantenere un certo interesse per le loro caratteristiche di utilità ed attualità. I servizi hanno una durata di 7 -10 minuti con la messa in onda nella fascia oraria serale in prossimità del TG, il mercoledì alle 20 e con replica il sabato alle 20,30. Le trasmissioni solitamente sono realizzate per dare informazioni utili per un utilizzo appropriato dei servizi o per un corretto approccio ad un problema sanitario.

Servizi realizzati per la rubrica "Linea Salute News":

- *L'ambulatorio infermieristico di Corso Giovecca*
- *Ospedale di Cento: la ristrutturazione e la nuova organizzazione dei servizi per intensità di cure*
- *L'Ospedale per intensità di Cure: l'esperienza di Argenta*
- *Argenta: Organizzazione per intensità di cure in medicina, lungodegenza e fisioterapia*
- *Viaggiatori internazionali: consulenze e vaccinazioni nell'ambulatorio dell'Azienda USL di Ferrara*
- *Piccola puntura grande minaccia: lotta alle zanzare e agli altri insetti*
- *Cibi d'estate e sicurezza alimentare*
- *Potenziamento dei servizi sanitari nei lidi ferraresi per la stagione turistica 2014*
- *Mare pulito e pesca sicura ai lidi ferraresi con i controlli dell'azienda USL di Ferrara*
- *Il sistema di emergenza nell'alto ferrarese: il potenziamento della rete del soccorso*
- *Ospedali di Comunità: l'esperienza di Copparo e Comacchio*
- *Progetto Borselli: l'offerta dei servizi Socio sanitari dell'Azienda USL a Bondeno*
- *Prevenzione controllo delle malattie infettive: come i servizi dell'azienda USL di Ferrara fanno rete. L'esperienza dell'Aviaria*
- *I farmaci: nostri alleati ma da assumere con attenzione!*
- *Alzheimer e malattie dementi gene*
- *Il caffè della memoria*
- *La vaccinazione antinfluenzale per prevenire l'influenza*
- *Cittadella S. Rocco: la Casa della salute Cittadella di Ferrara*
- *I programmi dell'accesso RAI*

Nel 2014 è continuata l'attività d'informazione con il servizio pubblico televisivo e la messa in onda di servizi televisivi negli spazi riservati all'accesso istituzionale e sociale dal contratto di servizio pubblico di RAI Radio Televisione italiana per la regione Emilia-Romagna, trasmessi sul canale digitale terrestre di Rai 3-Emilia Romagna. Il format televisivo definito nel contratto prevede servizi giornalistici di tre minuti e trenta secondi. Questo, ha consentito di aiutare l'efficacia informativa favorendo l'essenzialità della notizia che l'ufficio stampa ha governato con totale autonomia professionale e giornalistica da stile, scelte di montaggio e regia.

I contenuti sono stati sviluppati in funzione delle esigenze aziendali informando su progetti, eventi, iniziative, notizie ed preminenze della sanità ferrarese.

Nel 2014 sono state prodotte quattro trasmissioni per RAI 3 Emilia Romagna, nello spazio riservato ai "Programmi per l'Accesso".

Questi gli argomenti presentati:

- *Write Aids edizione 2013: 4 anni in mostra*
- *Write Aids: presentazione Edizione 2014.*
- *Radiologia interventistica dell'Ospedale del Delta: la colonscopia virtuale.*
- *Progetto RELI: il bilancio.*

L'AZIENDA USL E LA CARTA STAMPATA

Nel 2014 le Conferenze stampa organizzate sono state 14 mentre il numero dei comunicati stampa, delle note stampa e lettere inviate ai media sono 124.

Per raggiungere i diversi target della popolazione ferrarese distribuita su tutto il territorio provinciale, si è deciso di continuare a collaborare le diverse redazioni di periodici locali già esistenti, presentando iniziative, eventi e campagne locali e regionali. E' continuata quindi la collaborazione con il settimanale, periodico di informazione, a cadenza quindicinale **"La Voce di Ferrara – Comacchio"** per raggiungere la popolazione del Distretto Centro Nord e Sud Est, così come è continuata la collaborazione con i periodici mensili a distribuzione gratuita **"Sport Comuni"** **"Il Centone"** che raggiungono la popolazione del distretto Ovest. Nel 2014 si è provveduto, inoltre, ad acquistare n.3 mezza pagine sui quotidiani locali de **"Il Resto del Carlino"** e **"La Nuova Ferrara"** per affrontare temi mirati alla prevenzione e all'educazione per la salute. Questi i temi pubblicati:

- o *Non lasciamoci ...influenzare. Non farti influenzare proteggi la tua salute.*
- o *Farmaci si... ma con attenzione. Come assumerli per usarli al meglio.*
- o *Le Case della Salute per la gestione dei pazienti cronici e la tutela della fragilità: le esperienze nel ferrarese.*

LA COMUNICAZIONE ON LINE

Il 2015 è stato caratterizzato dal consolidamento dell'attività di supporto all'aggiornamento puntuale e tempestivo della sezione web "Amministrazione Trasparente."

L'Ufficio Stampa ha, infatti, supportato fin dall'entrata in vigore del decreto il responsabile AUSL della trasparenza, garantendo adeguata visibilità agli adempimenti normativi previsti, progettando – in collaborazione con i tecnici ICT – soluzioni in grado di rispondere alle nuove indicazioni in materia di trasparenza all'interno delle Pubbliche Amministrazioni ed intensificando gli interventi di supporto degli operatori individuati ad implementare le pagine web dei siti istituzionali AUSL delle nuove sottosezioni attivate.

A fianco di questa impegnativa e complessa attività, ha proseguito l'impegno per garantire la concreta fruibilità delle informazioni pubblicate sui siti da parte di diversi interlocutori e destinatari: cittadini utenti e pazienti, associazioni, imprese, istituzioni e media, tentando di monitorare i contenuti disponibili sul web, il loro stato di aggiornamento, nonché assicurare la tempestività delle comunicazioni e variazioni più significative e collaborando con i redattori

Gli operatori dell'Ufficio Stampa e tecnici ICT assicurano, inoltre, l'attività di supporto ai servizi aziendali organizzando momenti formativi personalizzati sull'esigenza degli operatori abilitati nel ruolo di "scrittori", per l'addestramento di nuovi editor e l'aggiornamento degli "scrittori sporadici". Garantiscono, altresì, il supporto e consulenza comunicativa e informatica costante e quasi in tempo reale attraverso:

- mail (webmaster@ausl.fe.it)
- consulenze telefoniche
- incontri

Ufficio Stampa e Comunicazione e tecnici ICT, infine, supportano i servizi aziendali nella creazione di sezioni dedicate e contenuti speciali, elaborando soluzioni personalizzate sulla base delle esigenze comunicative ed informative manifestate.

Rimane piena responsabilità dell'Ufficio Stampa l'aggiornamento ed implementazione della sezione In Primo Piano pubblicata sulle home page dei siti aziendali, in cui vengono inserite le notizie dedicate sia al personale interno sia al pubblico esterno, connesse alle politiche sanitarie locali, regionali e nazionali.

Alcuni dati sul sito aziendale www.ausl.fe.it

I dati sono stati ottenuti grazie a Google Analytics mettono a confronto alcuni degli aspetti più significativi della comunicazione web (anni 2011-2014).

	2011	2012	2013	2014
Visite * <i>Numero di singole sessioni avviate da tutti i visitatori del sito. Se un utente non è attivo su un sito per 30 minuti o più, qualsiasi attività futura verrà attribuita a una nuova sessione</i>	416.422	463.112	453.147	471.363
Visitatori unici ** <i>Numero di visitatori non duplicati (calcolati una sola volta) di un sito web durante uno specifico periodo di tempo</i>	236.078	260.720	257.180	261.767
Visualizzazioni di pagina <i>Istanza di pagina caricata da un browser</i>	1.511.776	1.448.137	1.445.875	1.350.557
Pagine/Visita <i>Numero medio di pagine visualizzate per visita</i>	3,63	3,13	3,19	2,87
Durata media visita	00:02:18	00:02:03	00:02:17	00:02:25
Frequenza di rimbalzo <i>Percentuale di visite di una sola pagina, ossia le visite in cui l'utente ha abbandonato il sito dalla pagina di destinazione</i>	48,90%	52,06%	44,57%	49,13%
% nuove visite <i>Utenti che non avevano mai visitato prima il sito</i>	55,00%	53,72%	53,84%	52,42%

* Nel corso del 2013 questo indicatore è stato sostituito con “SESSIONI”, intendendo con questo termine “il periodo di tempo in cui un utente interagisce con il sito web, l'app e così via. Tutti i dati sull'utilizzo (visualizzazioni di schermate, eventi, e-commerce ecc.) vengono associati a una sessione”.

** Nel corso del 2013 questo indicatore è stato sostituito con “UTENTI”, intendendo con questo termine i soggetti che “hanno recentemente interagito con la tua applicazione. Include sia gli utenti nuovi sia gli utenti di ritorno”.

I dati evidenziano un aumento significativo delle visite, sia in termini di visite assolute che di numero di visitatori unici.

I visitatori consultano meno pagine ed abbandonano il sito dalla pagina di destinazione senza continuare a navigare altri contenuti del sito, cresce anche – seppur non in maniera incisiva – la durata media di visita sul sito www.ausl.fe.it.

EVENTI PUBBLICI

L'azienda USL ha non solo partecipato ad eventi pubblici organizzati da Enti Comunali locali ma ha anche organizzato manifestazioni fieristiche e convegnistiche che hanno interessato tutto il territorio provinciale.

- **Incontri pubblici sullo stato di avanzamento della Cittadella S. Rocco**

L'anno 2014 ha visto il trasferimento di molteplici servizi sanitari nell'anello di Corso Giovecca a Ferrara, coinvolto nella realizzazione della Casa della Salute “**Cittadella San Rocco**”. La nuova struttura ha come obiettivo quello di rispondere e soddisfare le diverse esigenze socio-sanitarie e assistenziali dei cittadini della città di Ferrara e non solo.

Durante l'anno, per presentare e verificare lo stato di avanzamento dei lavori all'interno dell'anello sono stati organizzati diversi eventi: una **conferenza stampa** che si è tenuta a marzo, a cui hanno partecipato tra gli altri, il Sindaco di Ferrara ed entrambi i direttori dell'azienda Sanitarie



e una **visita guidata** della Casa della Salute “**Cittadella San Rocco**” di Ferrara nel mese di novembre. L’incontro ha dato l’opportunità di accompagnare i giornalisti, presidente dei Comitati Consultivi Misti dell’Azienda USL ed alcuni stakeholder nei nuovi locali che ospitano i servizi sanitari e di sottoporre alla loro attenzione dei presenti gli interventi di miglioramento e innovazione.

- **Come cambia la gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale. Farmaci nuovi e tradizionali primi risultati della riorganizzazione provinciale**

Già dal 2013, le aziende Sanitarie di Ferrara hanno avviato un progetto di realizzazione di una rete unica per l’assistenza dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali (TAO e NAO) con un unico protocollo, equipe cliniche di riferimento e un unico centro laboratoristico specializzato. Il percorso si è concluso nel 2014 e, proprio per questo, è stata organizzata una tavola rotonda dedicata alla gestione dei pazienti in terapia anticoagulante orale.

La disponibilità di un laboratorio universitario con le tecnologie più avanzate e personale specializzato, ha reso omogeneo e di massimo livello qualitativo la refertazione analitica e il monitoraggio dei risultati clinico-laboratoristici.

L’integrazione delle equipe medica di Argenta, di cardiologia di Cento e del Delta con il Centro di Fisiopatologia della Coagulazione di Ferrara consente di gestire in coerenza con le linee guida regionali e le norme statali la prescrizione appropriata e controllata dei nuovi anticoagulanti orali (NAO), che prevedono una profonda modifica dei precedenti protocolli di monitoraggio laboratoristico.

La presa in carico dei pazienti da parte di medici specialisti ematologi, cardiologi ed internisti negli ospedali di Cento, Delta, Argenta e al Sant’Anna consente una maggiore continuità assistenziale tenuto conto che si tratta di persone con patologie già in trattamento presso gli stessi professionisti nei medesimi centri.

- **La Clinical Competence del soccorritore nell’emergenza-urgenza**

L’iniziativa pubblica “**Clinical Competence del soccorritore nell’emergenza-urgenza**” è stata organizzata da 118 ed Ufficio Stampa a Ferrara nel mese di giugno.

L’evento pubblico aveva lo scopo di valorizzare la figura del soccorritore che lavora in stretta collaborazione con il sistema di emergenza-urgenza del 118 ed è stata l’occasione per attribuire il giusto riconoscimento alle associazioni ed agli operatori che hanno partecipato attivamente a rendere la formazione elemento di valore aggiunto rispetto all’attività che quotidianamente compiono in favore della collettività.

All’iniziativa hanno partecipato: il direttore del Sistema Emergenza Urgenza Azienda USL di Ferrara, i direttori generali delle aziende Sanitarie ferraresi, l’assessore regionale alla Scuola, formazione professionale, università e ricerca, lavoro ed i presidenti delle associazioni ANPAS Comitato Regionale Emilia Romagna (Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze) e CRI (Croce Rossa Italiana) Emilia-Romagna.

A conclusione della giornata, sono stati consegnati degli attestati di formazione ai soccorritori delle Associazioni ferraresi della rete dell’emergenza, a certificare l’acquisizione delle competenze previste e richieste ad ogni operatore.

- **Il sistema di emergenza sanitaria nell’anno 2014**

Le importanti innovazioni che hanno coinvolto il sistema di emergenza sanitaria avviate dopo l’esperienza del terremoto del 2012, ma in particolar modo la realizzazione del nuovo Pronto Soccorso e l’adeguamento della radiologia dell’ospedale SS.Ma Annunziata di Cento sono stati i temi affrontati nell’incontro pubblico dedicato all’emergenza sanitaria che si è svolto a giugno a Cento. All’incontro hanno partecipato le amministrazioni e istituzioni del territorio locale e provinciale e tutta la cittadinanza.

L’evento è stata l’occasione per presentare nuovi servizi e progetti riguardanti la gestione dell’Emergenza, la rete dei mezzi di soccorso (considerata il punto di forza



del territorio provinciale) e l'attività dell'automedica di Casumaro. È stato presentato il progetto del nuovo Pronto Soccorso dell'Ospedale SS. Annunziata finanziato dalla Fondazione della Cassa di Risparmio di Cento, che oltre al rinnovamento strutturale ha comportato un ammodernamento complessivo dell'Ospedale stesso. **Dall'incontro, è emerso un nuovo modello organizzativo che trova il suo fondamento nella sinergia tra le reti dell'emergenza ferrarese, modenese e bolognese, dove la Centrale Operativa Emilia Est gioca un ruolo strategico di coordinamento fondamentale.** Emerge la garanzia di un'assistenza più efficiente in grado di superare i confini tra le diverse province, a vantaggio di un soccorso sempre più rapido.

- **Visita guidata ad Argenta**

Il 2014 è stato l'anno della riorganizzazione profonda dei servizi sanitari e socio-sanitari al cittadino. Proprio in quest'ottica nel mese di ottobre è stata organizzata una visita guidata al "Mazzolani Vandini" di Argenta. Il Sindaco di Argenta Antonio Fiorentini ed il Direttore Generale AUSL Ferrara Paolo Saltari, insieme ai tecnici dell'Azienda, hanno visitato la struttura interessata da importanti lavori di ristrutturazione.. La delegazione ha potuto visitare i nuovi locali che del centro servizi, centro prelievi e area direzionale. Leitmotive degli interventi di riqualificazione, la necessità di riorganizzare alcune attività sanitarie ed amministrative dell'Ospedale per favorire l'accesso, migliorare i percorsi, i servizi offerti all'utenza e razionalizzare l'attività svolta dal personale.

- **Viva 2014 - il 118 scende in piazza. Per salvare una vita metti le mani sul cuore**



Per il secondo anno consecutivo l'Azienda USL di Ferrara ha organizzato l'evento VIVA. Per il 2014 l'appuntamento è stato duplice: sabato 18 a Ferrara e Domenica 19 ottobre a Cento, si è svolta la seconda edizione della manifestazione nazionale **"IL 118 SCENDE IN PIAZZA. Per salvare una vita metti le mani sul cuore"**.

I cittadini ferraresi e quelli centesi hanno aderito all'iniziativa e le mani le hanno messe tutte e due sul torace del manichino: per essere addestrati - sotto la guida esperta degli operatori del 118 - a riconoscere un arresto cardiaco, ad allertare correttamente il servizio di emergenza e ad effettuare il massaggio cardiaco. Manovre semplici da mettere in atto, ma indispensabili, quando si è testimoni di un arresto

cardio-circolatorio.

Sono circa 300 le persone che sabato 18 ottobre, in piazza Castello, hanno risposto all'appello dell'Azienda USL di Ferrara per imparare alcune manovre rianimatorie. I centesi hanno dimostrato, dal canto loro, una spiccata sensibilità per l'iniziativa e domenica 19 quasi 200 persone che hanno provato il massaggio cardiaco ed ottenuto così l'attestato di bravo soccorritore.

Numerosa anche – in entrambe le giornate - la presenza dei bambini che con entusiasmo ed impegno si sono inginocchiati ed hanno effettuato l'esercitazione con serietà. Nel capoluogo era, inoltre, stata allestita una postazione apposta per loro - **"118 child corner"** - dove in totale libertà anche i più piccolini potevano fare disegni inerenti al 118 ed appenderli sulle bacheche.

A Ferrara, l'altissima adesione registrata è stata possibile grazie anche ad alcuni partner d'eccellenza: gli atleti del Fighter Team capitanati da Paolo Gherardi che hanno messo in campo alcune performance di kick boxing ed auto difesa, alcuni figuranti dell'Ente Palio ed i musicisti dell'orchestra giovanile del Conservatorio "G. Frescobaldi" di Ferrara coordinati dal M° Achille Galassi; a Cento, la preziosa collaborazione che ha consentito la buona riuscita dell'evento è stata assicurata dal Circolo della Stampa e dal suo presidente Giuliano Monari, dalla cantante e showgirl Stefania Cento, dall'Associazione 100%CUORE e dal suo presidente Biagio Sassone.

Anche le istituzioni locali – i Comuni di Cento, Ferrara e l'Amministrazione Provinciale – ed i loro rappresentanti hanno dimostrato grande attenzione alla manifestazione e numerosi sono stati gli amministratori in entrambe le città, che sono scesi in piazza per imparare il massaggio cardiaco. L'evento, proprio come lo scorso anno, è stato reso possibile grazie al contributo dell'Avv. Alessandro Bighi, curatore del lascito Avv. Rosanna Masotti.

- **Workshop aziendale il cambiamento tra vincoli e sostenibilità**



L'Azienda USL di Ferrara, per favorire un costante bilanciamento tra potenziamento, innovazione, cambiamento da una parte e vincoli di natura progettuale, tecnica, economica e sostenibilità dall'altra ha promosso un momento di riflessione e promozione del cambiamento consapevole, che coinvolge tutti i dipendenti di ruolo delle aree sanitaria, tecnica e amministrativa.

Il workshop aziendale "Il cambiamento tra vincoli e sostenibilità" tenutosi nel novembre 2014, ha rappresentato l'occasione per riflettere sulle principali aree di intervento a livello aziendale: le reti cliniche, gli ospedali per intensità di cura, le Case della Salute ed Ospedali di Comunità (OSCO) e le piattaforme di servizi tecnico-amministrativi.

L'Ufficio Stampa ha fornito il proprio contributo all'organizzazione della giornata ed alla promozione e divulgazione dell'evento, realizzando altresì il materiale informativo del workshop.

- **Maxiemergenza Berco**

L'evento si è svolto a Copparo nella sede dell'Azienda Berco S.p.A. ed ha visto la collaborazione del Sistema Emergenza Territoriale 118, delle associazioni convenzionate 118, dei Vigili del Fuoco (VVF) e del personale della Berco S.p.A.

La simulazione, ha preso vita da una "tradizione" iniziata alcuni anni prima e rappresenta la conclusione di un corso specifico per medici ed infermieri del 118 di Ferrara, dedicato alla gestione di eventi dannosi che colpiscono la popolazione, superando le ordinarie capacità di risposta del sistema di soccorso.

La simulazione di maxiemergenza, ha consentito alla Berco di verificare le proprie procedure interne, in rapporto anche alle procedure di altri soggetti coinvolti nei casi di emergenza. Allo stesso tempo i professionisti del soccorso hanno testato la propria capacità di intervento e gestione dell'emergenza all'interno di un polo industriale.



- **La nuova organizzazione oncologica nella provincia di Ferrara. Centrale farmaci antitumorali Breast Unit**

La messa in funzione a pieno regime della nuova centrale per la produzione di farmaci antitumorali all'Ospedale di Cona, per la preparazione dei dosaggi personalizzati di farmaci per la terapia oncologica in un unico laboratorio, è stata al centro di una visita guidata riservata ai giornalisti alla nuova struttura che ha permesso di ottimizzare le risorse a disposizione operando secondo elevati criteri di appropriatezza, qualità e tempestività.

A partire dal settembre 2013, infatti, è partita la graduale centralizzazione della preparazione dei farmaci oncologici nel laboratorio di produzione situato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (attivo dal 2002) che - oltre alle terapie dell'ospedale S. Anna - ha preso in carico la preparazione di quelle dell'ospedale di Argenta da settembre, di Cento da maggio 2014 e dell'ospedale di Lagosanto dallo scorso giugno.

La provincia di Ferrara è stata la seconda realtà in Emilia Romagna, dopo l'esperienza dell'IRST di Meldola che prepara i farmaci oncologici di Cesena, a realizzare la centralizzazione della preparazione di questi farmaci. Altre province come Parma, Reggio Emilia, Modena dovranno in futuro realizzarla, secondo quanto previsto dagli obiettivi regionali.

La struttura costituisce una parte importante del più ampio laboratorio di produzione farmaci che allestisce anche altri tipi di terapie e preparazioni farmaceutiche personalizzate (ad esempio per malattie rare o farmaci in dosaggi pediatrici o per sperimentazione clinica) che l'industria farmaceutica, per diversi motivi, non è in grado di fornire. Si tratta di un laboratorio caratterizzato da un elevato livello di tecnologia che risponde a specifici requisiti strutturali, impiantistici, tecnologici (pressioni differenti in funzione del tipo di attività prevista, controllo del livello di contaminazione ambientale, cappe a flusso laminare con filtri ad alta efficienza, ecc) ed organizzativi (rispetto di rigorose procedure e istruzioni operative, formazione continua del personale) al fine di assicurare al singolo paziente una terapia oncologica personalizzata con idonee garanzie di qualità (sterilità, assenza di particelle contaminanti, tracciabilità, ecc), garantendo al tempo stesso la sicurezza degli operatori sanitari che allestiscono questi farmaci citotossici.

Nei laboratori dedicati agli allestimenti delle terapie infusionali esiste un sistema di monitoraggio che funziona continuamente, sia nelle fasi di riposo che nelle fasi di attività produttiva, della temperatura, della pressione, della contaminazione microbiologica e particolare ambientale - cioè del numero di particelle sospese nell'aria che costituiscono un contaminante e devono essere nel minor numero possibile - secondo i parametri previsti dalle norme di buona preparazione nazionali e gli standard europei. In ogni istante è possibile verificare su monitor e registrare su computer la conformità a tali requisiti, garantendo la qualità del preparato allestito. Le preparazioni di farmaci oncologici, sulla base dei dati 2013, sono circa 30.000 di cui quasi il 30% di Azienda USL.

Le attività relative alla preparazione sono svolte, in stretta relazione con i medici oncologi e sulla base delle loro prescrizioni, da personale specializzato e costantemente formato in maniera specifica. Con l'ausilio di un software dedicato, attraverso l'utilizzo di codici identificativi sia degli operatori che dei farmaci nelle diverse fasi, viene effettuata la tracciabilità di tutto il processo a partire dalla prescrizione medica fino alla identificazione della terapia per il singolo paziente.

- **Local Fest**

L'Azienda USL di Ferrara ha rinnovato anche nel 2014 l'adesione al LOCAL FEST di Bondeno, allestendo un proprio stand nell'area espositiva dell'iniziativa. Tema principale dello stand: la prevenzione ed il benessere. Lo stand ha rappresentato il punto di riferimento per tutti i cittadini che volevano saperne di più su come migliorare la qualità della propria vita, ricevendo consigli sulle abitudini ed i comportamenti da adottare per vivere in salute.

Inoltre con la "Camminata al Tramonto" organizzata in occasione dell'evento fieristico si



è creata l'occasione per incontrare la popolazione nel loro territorio e allo stesso tempo fuori dagli ambienti prettamente sanitari per fare educazione alla salute. Qui infatti specialisti dell'azienda USL in occasione della camminata hanno affrontato temi legati alla prevenzione delle patologie croniche e come coniugare una buona alimentazione all'attività fisica.

- **Premio Write Aids**

Anche per il 2014 sono continuate le azioni e attività di informazione e prevenzione sul tema dell'HIV-Aids. La Commissione, con l'ormai collaudato ruolo di collaborazione ai contenuti e coinvolgimento operativo, dell'Ufficio Stampa ha realizzato e presentato un nutrito programma d'attività con: Formazione Giornalisti, Mostra, Flash Mob e Incontri con studenti.

La novità 2014 è stata la diffusione in streaming sul web degli incontri con gli studenti in un programma intenso arricchito da due "anteprime" rispetto al 1° Dicembre:

- Sabato 29 Novembre, una giornata di formazione professionale nazionale per giornalisti provenienti da tutt'Italia, in collaborazione con Ordine e Fondazione dei Giornalisti di Bologna.
- Domenica 30 Novembre, dalle 17.30, in Piazza Municipale a Ferrara, l'animazione di Write Aids Flashmob 2014, in collaborazione con l'associazione Ferrara By Night.

Il 1° Dicembre, giornata mondiale contro l'Aids, ha avuto luogo alla Sala Estense con circa trecento studenti e poi, in "replica" nei giorni seguenti i consueti incontri con studenti e insegnanti delle scuole medie superiori si sono sviluppati fino al 6 Dicembre alla Sala Estense, con, in più, due interventi in provincia, (Polo Scolastico di Codigoro e "R. Brindisi" del Lido degli Estensi) per un totale di circa mille studenti.

La Sala dell'Arengo del Comune di Ferrara, infine, ha esposto la mostra "WRITE AIDS STORY: l'Aids attraverso gli occhi e i pensieri dei giovani" con le opere vincitrici delle precedenti edizioni e le migliori azioni non premiate, in quattro anni di concorso e oltre duecento lavori: dai testi letterari e autobiografici, agli spot televisivi, ai video-corti, ai manifesti pubblicitari prodotti da cittadini di tutta l'Italia. La mostra, in seguito, è esposta, per una settimana, nelle scuole della provincia di Ferrara, interessate agli interventi formativi sui temi della prevenzione delle malattie, sessualmente trasmesse, realizzate dai centri specializzati dell'azienda Usl di Ferrara.

- **Dipendenze: diversi occhi, diverse percezioni.**

Seconda edizione

Il Servizio per le Tossicodipendenze-Sert, il Punto d'ascolto "Grattacielo 183", Agire Sociale Centro Servizi del Volontariato e Ufficio Stampa hanno promosso la seconda edizione della mostra fotografica "Dipendenze: diversi occhi, diverse percezioni" per continuare nel sensibilizzare la popolazione su un tema importante e complesso come quello delle polidipendenze.

L'iniziativa si è affiancata alle attività che il Punto "Grattacielo 183" ha attivato: momenti formativi per i volontari sulla comunicazione e i linguaggi giovanili, incontri aperti alla cittadinanza per fare cultura sui problemi delle dipendenze, ma anche temporary store di raccolta fondi.

- **Mestolone, prodotti d'insieme**

Nel 2014 è terminata la realizzazione di una rete produttiva tra comunità terapeutiche di recupero denominata "Il Mestolone: Prodotti d'Insieme". L'iniziativa rientra nel Progetto RELI "Insieme si può fare", finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroghie per il biennio 2012-2014, Programma Dipendenze aziendale in collaborazione con l'Ufficio Stampa.

Il progetto ha realizzato un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato rivolto a persone che presentano una dipendenza patologica, mediante l'attivazione di un network di organizzazioni produttive e di gruppi di coordinamento territoriali il cui scopo è offrire opportunità di cura, riabilitazione e reinserimento sociale anche attraverso il lavoro.

L'Ufficio Stampa ha contribuito alla realizzazione del "Mestolone: Prodotti d'Insieme" con competenze professionali sia nell'ambito dell'informazione e comunicazione d'impresa sia della formazione a questo nuovo scenario degli educatori di comunità, analizzando i mercati e individuando opportunità economiche ed organizzative per mettere in rete e commercializzare i prodotti sul mercato b2b e b2c locale, realizzate dalle comunità socio-riabilitative pubbliche-private facenti parte del Progetto. Un ruolo nodale che ha favorito processi interni come: team leadership, team developer; problem solving delle relazioni tra strutture e funzioni; individuazione del consulente agronomico; prima bozza delle azioni agronomico-produttive coordinate con agronomo; fattibilità di un e-market place e quantificazione dei costi servizi bancari per commercio elettronico; individuazione di prossimi mercati target con logica produttore-consumatore; esplorazione per new partner tecnico-professionali di progetto. L'Ufficio Stampa ha, infine, curato l'informazione a media e cittadinanza del bilancio finale dell'attività e il servizio di documentazione video-fotografica.

- **La giornata della Trasparenza**

Le Giornate della Trasparenza, come previsto dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e dalle Linee Guida CIVIT (Delibera n. 105/2010), sono a tutti gli effetti considerate l'occasione opportuna per fornire informazioni sul Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sul Piano e Relazione della Performance, nonché sul Piano anticorruzione a tutti i soggetti a vario titolo interessati e coinvolti.

La trasparenza concorre fortemente ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla Nazione.

Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive e dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

In data 6/11/2014 è stata organizzata la prima Giornata della Trasparenza delle Aziende ferraresi alla quale ha partecipato quale ospite illustre, S.E. il Sig. Prefetto di Ferrara.

La giornata ha costituito l'occasione per condividere esperienze e il sistema di valutazione all'interno delle Aziende Sanitarie Ferraresi.

L'incontro ha avuto lo scopo, oltre che di dare attuazione alle norme, di favorire lo sviluppo di una cultura amministrativa orientata all'accessibilità totale, all'integrità e alla legalità, al fine di testimoniare e stimolare comportamenti etici nel rispetto delle regole di legalità, trasparenza ed anticorruzione.



LA GIORNATA DELLA TRASPARENZA DELLE AZIENDE SANITARIE FERRARESI

6 novembre 2014

Aula Magna - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
Via Aldo Moro, 8 – Cona - Ferrara



LA COMUNICAZIONE INTERNA

Utentiposta@

L'utilizzo della **mailing list "utentiposta"**, che contiene gli indirizzi mail del personale aziendale (con estensione: @ausl.fe.it) è uno strumento di comunicazione ed informazione ormai consolidato all'interno dell'Azienda.

Negli anni il ricorso a questo canale, dedicato ad informazioni di servizio indispensabili per chi lavora all'interno delle strutture AUSL, è costantemente aumentato sia per comunicazioni di servizio sia per la promozione di eventi ed iniziative di livello istituzionale. Sono 37 le comunicazioni diffuse attraverso questo canale nel corso del 2014.

INFORMA USL – LA NEWSLETTER AZIENDALE

Già dal 2012 la newsletter dell'Ufficio Stampa e Comunicazione viene prodotta in formato digitale e scaricabile on line dall'Area Dipendenti, all'interno dell'Applicativo MyAliseo, allegata al cedolino stipendiale.

Costante come in passato, l'impegno della redazione affinché il foglio informativo sia uno strumento utile per rimanere aggiornati su ciò che accade in azienda, sulle novità provenienti direttamente dai servizi aziendali, sugli appuntamenti e le informazioni importanti per il personale dipendente. La nuova tempistica del foglio informativo, disponibile praticamente in tempo reale, consente l'inserimento in newsletter di novità ed ultimi aggiornamenti, rappresentando sempre più uno strumento in grado di informare in tempi brevissimi tutto il personale aziendale. La crescente richiesta da parte dei servizi aziendali di pubblicare contenuti nella newsletter on line, ha favorito l'adozione di una linea di programmazione piuttosto strutturata degli interventi da diffondere, definita sulla base dell'utilità ed attualità delle informazioni proposte.

Nel corso del 2014, inoltre l'Ufficio Stampa e comunicazione ha supportato il gruppo aziendale Sistema Gestione Ambientale (SGA) nella realizzazione dell'indagine promossa a livello regionale "Piano Spostamenti Casa Lavoro".

CLUB AZIENDALE S. ANNA



Per sostenere il percorso di integrazione di attività e servizi tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, ma anche per promuovere attività in grado di favorire tra i dipendenti la socializzazione e la solidarietà attraverso attività culturali, ricreative assistenziali ed educative, l'ufficio Stampa ha contribuito alla realizzazione del progetto "**Il Club S. Anna incontra i colleghi dell'azienda USL di Ferrara**". Nel 2014 è stato infatti stipulato l'atto d'intesa con il "Club aziendale S. Anna" che vede la possibilità di adesione da parte dei dipendenti dell'Azienda USL alle iniziative organizzate dallo stesso circolo ricreativo. Il Club Aziendale "S. Anna" è un'associazione di dipendenti per i dipendenti, creata con l'intento di favorire momenti di aggregazione sociale, occasioni di approfondimento culturale e di arricchimento intellettuale attraverso la condivisione di interessi personali. Le iniziative sono aperte a tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, ai dipendenti dell'Azienda USL di Ferrara e alle loro famiglie.

Al fine di informare i dipendenti sulle diverse iniziative a cui possono aderire e partecipare, l'Ufficio Stampa ha predisposto una sezione dedicata al Club S. Anna sul sito intranet dell'azienda USL nell'area dipendenti in cui sono pubblicate e aggiornate le diverse sezioni di interesse culturale ed informativo. Inoltre sulla newsletter mensile viene riservato uno spazio al Club in cui sono pubblicati gli appuntamenti e gli aggiornamenti che possono essere utili.



6. Ricerca e Innovazione

Ricerca e Innovazione

L'attività di ricerca e innovazione costituisce, alla luce di quanto introdotto dalla legge regionale 29/2004, condizione necessaria perché i servizi sanitari possano assolvere compiutamente la propria missione.

Affrontare il tema della Ricerca e Innovazione significa anche porsi il problema del governo dei processi di cambiamento all'interno dell'organizzazione sanitaria. Il tipo di ricerca di cui deve farsi carico il servizio sanitario riguarda soprattutto l'essere capace di accogliere in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni che la ricerca propone, contribuendo - laddove possibile - a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Da qui nasce la consapevolezza per l'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara di dover investire sul terreno dell'innovazione, soprattutto attraverso l'avvio di programmi di ricerca/intervento mirati a verificare le criticità sul piano dell'efficacia clinica, delle implicazioni organizzative e delle necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione. L'Azienda USL di Ferrara, in ottemperanza alla legge regionale n° 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e a quanto previsto dalle Direttive Regionali per l'emanazione dell'Atto Aziendale, annovera la funzione di Ricerca e Innovazione fra le proprie funzioni e la integra con l'attività di formazione cui è per natura strettamente connessa.

L'Azienda è particolarmente impegnata nella sperimentare nuovi processi organizzativi che trasferiti alla pratica clinica e assistenziale possono configurarsi come un valore aggiunto importante per i destinatari finali dei servizi erogati. Sul versante progettuale l'Azienda USL di Ferrara, nel corso del 2014, si è mossa nei seguenti ambiti:

- **Progetti a cofinanziamento regionale;**

- **Progetti a cofinanziamento europeo;**

- **Altre attività.**

Progetti a cofinanziamento regionale

PROGETTO DI MODERNIZZAZIONE

Il Programma di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari – individuato dal PSR – ha il compito di sviluppare progetti di innovazione organizzativa e gestionale sui temi del governo clinico, economico e finanziario delle Aziende sanitarie e del Sistema Sanitario Regionale, individuando come finalità fondamentali la sperimentazione, lo sviluppo delle culture aziendali e il miglioramento continuo nell'organizzazione sanitaria regionale.

Progetti di modernizzazione in qualità di azienda capofila:

L'Ausl di Ferrara ha partecipato al bando del Fondo Regionale di Modernizzazione 2010-2012 in qualità di azienda capofila presentando 4 progetti che sono stati approvati e finanziati:

Articolazione a)

Progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento direttamente conseguenti alle linee di indirizzo regionali:

a.2) "Sviluppo organizzativo della Casa della Salute: l'infermiere case manager nella gestione integrata delle patologie croniche" – cofinanziamento regionale concesso €. 120.000,00;

Il progetto che ha avuto inizio nel luglio 2013 nel corso del 2014 ha visto la realizzazione del fasi progettuali relative al primo anno di progetto; è in corso di elaborazione la relazione intermedia richiesta dall'area Ricerca dell'ASSR.

a.6) "Intervento per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai Sert e agli enti privati accreditati per le dipendenze: verso una comunità di pratica virtuale" - cofinanziamento regionale concesso €. 130.000,00;

Il progetto che ha avuto inizio nel marzo 2013, nel corso del 2014 ha visto il completamento delle fasi progettuali previste per il primo anno di progetto. E' stata inoltre inviata alla RER la relazione di rendicontazione intermedia e richiesta proroga di scadenza a marzo 2016 causa ritardo nella sperimentazione dello scambio di informazione tra SerT e Comunità Terapeutiche, coordinata dal servizio ICT della Regione Emilia-Romagna in collaborazione con Cup 2000, che ha prodotto la sospensione dell'avvio della seconda fase del progetto con una ricaduta sui tempi dei risultati finali attesi dal progetto complessivo.

a.7) "Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)" - cofinanziamento regionale concesso €. 130.000,00;

Il progetto ha avuto inizio nell'ottobre 2012 e a dicembre 2013 è stata presentata la relazione scientifica di rendicontazione del 1° anno congiuntamente alla quale è stata richiesta proroga al luglio 2015 per poter implementare alcuni nuovi strumenti di gestione del rischio clinico come la SWR (Safety Work Round) e definire un percorso omogeneo di gestione clinica della terapia farmacologica.

A gennaio 2014 è stato organizzato un workshop regionale, destinato a tutti i professionisti della sanità penitenziaria dei nove istituti di pena della regione, durante il quale sono stati diffusi i risultati del 1° anno di progetto.

Articolazione b)

Progetti di ricerca/valutazione riguardanti nuove proposte di cambiamento clinico, organizzativo, gestionale: Area: Sviluppo della ricerca e della innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi. "Appropriatezza in Diagnostica di Laboratorio: management delle logiche organizzative e diagnostiche" - cofinanziamento regionale concesso €. 150.000,00;

Il progetto ha avuto inizio nel dicembre 2012 ed è stata presentata la relazione scientifica di rendicontazione del 1° anno nell'aprile 2014; successivamente è stata richiesta una proroga di scadenza al dicembre 2015 per recuperare i ritardi di realizzazione di alcuni obiettivi di progetto conseguenti a problemi di malfunzionamento dell'applicativo "Prometeo" dedicato alla gestione della richiesta della diagnostica di laboratorio, e alla integrazione con l'interfaccia Aziendale di Laboratorio "Galileo".

Progetti di modernizzazione in qualità di unità di ricerca

L'Ausl di Ferrara partecipa al progetto "L'introduzione sistematica del braccialetto identificativo in un'Azienda Ospedaliera ed il confronto con le esperienze esistenti in Area Vasta Emilia-Cento", finanziato nel contesto del bando del Fondo Regionale di Modernizzazione 2010-2012 ed avente l'AOU di Ferrara nel ruolo di azienda capofila.

PROGRAMMA DI RICERCA REGIONE-UNIVERSITÀ 2010-2012

Partecipazione in qualità di unità di ricerca ai seguenti progetti:

- Area 1 Giovani Ricercatori "Implementing diagnosis and treatment of depression in subjects with recent diagnosis of HIV-positivity by means of inflammatory biomarkers and standardized psychiatric monitoring"- capofila AOU di Modena;

- Area 2 Governo Clinico "Effetti della terapia riabilitativa motoria e logopedica sulla disabilità e qualità della vita nei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica in ambito domiciliare e territoriale" - capofila AOU di Modena;

Progetti cofinanziati dall'Unione Europea

Sviluppare processi innovativi significa anche guardare al di là dei confini nazionali e far tesoro delle buone prassi e delle esperienze sviluppate da altri Paesi Europei. Al fine di promuovere le politiche comunitarie e l'inserimento delle Istituzioni nel processo di unificazione, l'Unione Europea propone un vasto numero di programmi volti all'accesso a finanziamenti specifici. L'Unione Europea promuove specifici programmi finalizzati alla ricerca, all'innovazione tecnologica e organizzativo gestionale affinché si metta in comune il

vasto tesoro di esperienze sviluppate dai singoli paesi membri. Nonostante la vasta offerta di programmi promossi dall'Unione la percentuale di Euro progetti socio-sanitari implementati da istituzioni italiane, soprattutto pubbliche è esigua in rapporto all'ammontare dei cofinanziamenti totali erogati dall'Unione Europea. Nell'anno 2013 l'Azienda Sanitaria di Ferrara nell'ambito dell'Euro Progettazione ha:

- Attivato il progetto europeo N. 3CE286P2 “**SPES: Support Patients through E-services Solutions**”. Supporto ai Pazienti Attraverso Servizi Telematici, cofinanziamento nell'ambito del bando CENTRAL EUROPE Managing Authority

Progetto SPES

Titolo de progetto: “SPES: Support Patients through E-services Solutions”.

Durata: 36 mesi dal 1° Aprile 2011

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO

La telemedicina rappresenta uno dei settori attraverso cui perseguire una maggiore coesione sociale tra i Paesi dell'Europa Centrale. Obiettivo di SPES è quello di mettere a valore le esperienze sviluppate dai partner in ambito socio-sanitario e contribuire all'identificazione di soluzioni innovative e condivise, contribuendo all'integrazione geografica dei territori coinvolti, al miglioramento della qualità della vita, alla prevenzione dell'aggravamento delle condizioni di salute del paziente e alla riduzione dei trasporti locali da e per le strutture sanitarie. In particolare, il progetto capitalizza le tecnologie sviluppate nell'ambito del progetto OLDES, cofinanziato nel VI Programma Quadro, con il coinvolgimento di ENEA, CUP 2000, Università di Praga e CETIC.

Attraverso una piattaforma di telemedicina e telecompagnia, gli utenti coinvolti nelle 4 città del partenariato hanno sperimentato le soluzioni tecnologiche innovative, con un focus specifico su 4 differenti problematiche: malattie respiratorie, demenza, handicap ed esclusione sociale.

Per quanto riguarda la compagine italiana, il caso pilota è stato sviluppato nell'area del ferrarese, su pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica.

ATTIVITÀ

- Definire un quadro di riferimento e identificare i requisiti riguardo l'utilizzo di sistemi di telemedicina e di e-Health nelle 4 aree di riferimento per il progetto
- Sviluppare un sistema di telemedicina condiviso che risponda ai bisogni dei servizi alla salute
- Sperimentare il modello di lavoro sviluppato nel progetto OLDES, attraverso 4 studi clinici in 16 mesi: i quattro studi pilota di Italia, Austria, Repubblica Ceca e Slovacchia sono sviluppati dall'Azienda USL di Ferrara con riferimento a pazienti con patologie respiratorie croniche; dall'Università di Vienna su persone affette da demenze; da Pro DEEP su pazienti con handicap fisici; dall'Università di Kosice, che ha testato la possibilità di erogare servizi sociali a persone anziane in condizioni di fragilità
- Raccogliere dati quantitativi sui 4 studi pilota per verificare il potenziale di successo della piattaforma su scala più ampia
- Creare un Comitato Etico di alto profilo, con la presenza di un rappresentante del Ministero della Salute con il compito di valutare i risultati del progetto
- Verificare la possibilità di trasferimento della buona prassi sviluppata ad altri stakeholder sui differenti livelli locali
- Sensibilizzare i policy makers in merito alle opportunità offerte da servizi di telemedicina

PARTNER INTERNAZIONALI DI PROGETTO

Italia

- ENEA - Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile;
- AUSL Ferrara
- Provincia di Ferrara;
- Cup 2000 SPA

Austria

- Fonds Soziales Wien;
- Universität Wien;

Slovenia

- Mesto Košice;
- Technická univerzita v Košiciach

Repubblica Ceca

- České Vysoké Učení Technické v Praze
- Pro DEEP o.s.

Belgio

- CETIC- Centre of Excellence in Information and Communication Technologies

TERMINE PROGETTO

Il termine del progetto è previsto per Giugno 2014. È in fase di realizzazione il report tecnico-economico delle varie fasi di progetto e note conclusive. Il report sarà condiviso con Central Europe, ente co-finanziatore, i partner di progetto, gli stakeholder dell'Azienda USL di Ferrara ed i pazienti coinvolti nel progetto. Le attività di monitoraggio comprendono rilevazioni periodiche, mediamente n. 3 misurazioni a settimana, del livello di saturazione di ossigeno nel sangue, rispondere a questionari clinici e di soddisfazione, visualizzazione di promemoria di attività da svolgere (es. recarsi in ambulatorio per l'appuntamento, ecc.). Inoltre, un numero ristretto di pazienti, clinicamente selezionati, ha svolto in autonomia presso la propria abitazione test di spirometria. I pazienti candidati all'impiego dello spirometro hanno eseguito test di funzionalità respiratoria a cadenza di 3-5 giorni. La durata della rilevazione dei dati spirometrici è stata mediamente di 2 settimane. I dati rilevati attraverso la spirometria ho consentito i clinici di valutare la possibile imminente riacutizzazione di BPCO.

STRUMENTI

Presso l'abitazione

Tablet touchscreen modello Acer Iconia W501, Pulso-ossimetro con collegamento senza fili tipo Bluetooth, Connessione internet tipo ADSL con sim card e connessione 3G.

Il tablet consente al sistema di: raccogliere dati, a livello locale, rilevati dal device clinico, archiviare i dati fino alla trasmissione al HUB Centrale, inviare in maniera propria e sicura i dati al HUB Centrale, mostrare all'utilizzatore una serie di funzionalità (es. Le misurazioni correttamente effettuate ed inviate dal sistema).

Device clinico

Dal punto di vista clinico il paziente affetto da patologia respiratoria cronica, che necessitano di ossigeno-terapia a lungo termine e ventilazione meccanica non invasiva può essere monitorato attraverso pulso-ossimetro in grado di rilevare il livello di saturazione d'ossigeno nel sangue, oltre alla frequenza del battito cardiaco. Inoltre, nella seconda fase del progetto è monitorato attraverso spirometro portatili modello Spirodoc della Ditta MIR, dotati di tecnologia Bluetooth.

Altri strumenti

Un questionario medico sarà somministrato ai pazienti al fine di effettuare valutazioni di segni e sintomi e dunque le condizioni di salute ed il benessere dei pazienti. Questionari su aspetti percepiti dal paziente saranno somministrati al fine di valutare il grado di soddisfazione nei confronti della telemedicina, l'impatto delle nuove tecnologie sulla propria vita, la qualità della vita.

RISULTATI

- Aumento della competenza e consapevolezza di tecnici, utenti e amministratori sui benefici apportati da sistemi di telemedicina
- Diminuzione dei costi e degli sforzi connessi agli accessi dei pazienti ai Servizi Sanitari/Ospedalieri (in termini di trasferimenti, tempi morti, procedure burocratiche, supporto e tempo dedicato dei

familiari), attraverso il monitoraggio dei pazienti situati nelle città e nelle periferie tramite un sistema centralizzato

- Rafforzamento dei Servizi Sanitari Locali grazie a servizi di telemedicina
- Miglioramento del benessere e dell'autonomia dei cittadini
- Miglioramento della valutazione clinica complessiva dei pazienti
- Riduzione del divario nell'accesso a diagnosi e al monitoraggio tra pazienti delle aree urbane e di quelle rurali
- Riduzione del traffico automobilistico indotto per l'accesso alle strutture sanitarie e conseguente miglioramento della qualità dell'aria e riduzione dell'inquinamento
- Diminuzione della spesa pubblica dei servizi sociali e sanitari
- Sviluppo di collaborazioni funzionali con istituzioni a livello nazionale per lo sviluppo e l'integrazione nella programmazione dei servizi di telemedicina
- Sviluppo di azioni di sensibilizzazione a livello locale volte a verificare la replicabilità degli interventi e la trasferibilità delle pratiche realizzate

CONCLUSIONI

Il progetto ha come obiettivo quello di accelerare il percorso di sensibilizzazione sull'uso e l'integrazione della telemedicina nei percorsi sanitari delle AUSL, partendo dalla **capitalizzazione** del progetto OLDES, che rende disponibile l'apparato tecnologico sviluppato nel corso dell'intervento progettuale.

SPES dimostra come sia possibile migliorare la gestione della malattia, l'autonomia e il benessere dei pazienti, nonché l'interpretazione e la gestione dei dati rilevati attraverso l'utilizzo di sistemi di telemedicina.

La volontà di promuovere l'utilizzo di sistemi di E-health in ambito regionale è avvalorata non solo dal processo di capitalizzazione in entrata, ma anche da quello in uscita (**Generatività**) che porta parte del partenariato regionale a continuare la sperimentazione nell'ambito di un altro progetto del VII Programma quadro e a siglare un protocollo di collaborazione allo scopo di avviare un processo di riorganizzazione della rete tecnologica/organizzativa dell'Azienda USL di Ferrara, rafforzando quindi il sistema di **governance** dei servizi di telemedicina a livello regionale e sviluppandone le potenzialità.

Tuttavia la scarsa attenzione e l'attuale situazione del sistema politico a livello nazionale e regionale rendono la possibilità di acquisizione dei risultati molto difficile, ponendo un veto allo sviluppo di processi di mainstreaming.

Nonostante le esperienze sviluppate sul territorio nazionale risultino significative e rilevante sia il coinvolgimento di stakeholder e istituzioni in progetti sulla telemedicina, la continuazione e la sostenibilità delle pratiche sviluppate stenta a ricevere sostegno dalla politica; il problema appare essere riferibile alla difficoltà di fare massa critica in un contesto caratterizzato dalla frammentazione di competenze (e di strumenti di programmazione) tra Information Communication Technology e Sanità e concretamente al fatto che l'attività di monitoraggio che i presidi ospedalieri dovrebbero svolgere è un'attività extra e quindi potenzialmente generatrice di un cambiamento organizzativo.

A livello regionale, FISTAR svilupperà una sperimentazione per permettere il collegamento tra i dati raccolti attraverso le rilevazioni effettuate sui pazienti con la rete SOLE e il Fascicolo Sanitario Elettronico, nel tentativo di facilitare l'acquisizione della pratica sviluppata come prassi di sistema.

Altre attività

- Sono state 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";
 - Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca;

- E' stata garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni, in particolare di sepsi, in terapia intensiva.
- E' stata garantita la partecipazione attiva al Comitato Etico della Provincia di Ferrara da parte dei due componenti individuati dall'Ausl di Ferrara.
- Si segnala una pubblicazione in materia di trasparenza dal titolo "Trasparenza: l'accesso civico quale nuovo diritto per il cittadino. (L'esperienza dell'Azienda USL Ferrara)" con autori il Dr. A. Fabbri e la Dott.ssa P. Bardasi pubblicato sul numero 359–360/14 di RAGIUSAN Rassegna Giuridica della sanità.
- Si segnala inoltre uno Studio di valutazione-intervento rispetto all'appropriatezza, efficacia, qualità, globalità ed equità dell'assistenza primaria in salute nell'Ausl di Ferrara dal titolo " la valutazione della qualità assistenziale nelle Casa della Salute come opportunità per la modernizzazione delle Cure Primarie" sviluppato in collaborazione con il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale - CSI del Dipartimento di scienze Mediche e Chirurgiche Alma Mater Studiorum Università di Bologna.



**7. Progetto per le
integrazioni strutturali
delle due aziende
sanitarie della
provincia di Ferrara**

Progetto per le integrazioni strutturali delle due aziende sanitarie della provincia di Ferrara

GLI INDIRIZZI STRATEGICI

La Delibera di Giunta Regionale n 86 del 2006 che approva la Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto Aziendale di cui all'art.3, comma 4 della L.R n.29/2004 individua quale forma di integrazione organizzativa interaziendale il Dipartimento sovra aziendale e il programma Interaziendale, in particolare specifica che I dipartimenti hanno di norma estensione intra-aziendale e possono interessare servizi ospedalieri e/o territoriali. Tuttavia, al fine di garantire la continuità assistenziale e/o di realizzare economie di gestione possono essere previste forme di integrazione funzionale fra dipartimenti di aziende sanitarie diverse, denominate programmi interaziendali. Si aggiunge che i programmi interaziendali costituiscono la forma ordinaria di coordinamento e di integrazione fra attività di dipartimenti di Aziende sanitarie diverse.

A distanza di pochi anni l'Azienda USL di Ferrara e l'Azienda Ospedaliera già nell'ambito del proprio Atto Aziendale approvato nel 2009 con delibera n. 100 per l'Azienda USL di Ferrara e n. 185 per l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara prevedono lo sviluppo di forme strutturate di integrazione e/o coordinamento tra le funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con quelle della Azienda U.S.L. di Ferrara rappresentate dai Dipartimenti Interaziendali, dai Programmi Interaziendali e dal Coordinamento Interaziendale.

Vengono pertanto costituiti costituiti:

- il Dipartimento interaziendale Farmaceutico;
- il Dipartimento interaziendale Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (SPPA);
- il Programma interaziendale Approvvigionamenti;
- il Programma interaziendale Geriatria e Lungodegenza;
- il Programma interaziendale Oncologia.

Specificando ulteriormente che erano in fase di costituzione altri :

- il Dipartimento interaziendale Informatico (ICT);
- il Dipartimento interaziendale Laboratorio analisi;
- il Programma interaziendale Chirurgia generale;
- il Programma interaziendale Cardiologia;
- il Programma interaziendale Diagnostica per immagini;
- il Programma interaziendale Oculistica;
- il Programma interaziendale ORL;
- Il Coordinamento interaziendale Odontoiatria.

Nel 2011 la Delibera di Giunta della Regione Emilia Romagna n. 927 fissa le direttive per la regolamentazione dei rapporti in ambito di Area Vasta; introduce un ulteriore livello di integrazione di ambito sovra provinciale, infatti ribadisce che le strategie e l'adozione di decisioni operative di Area Vasta, dovranno riguardare tanto la riorganizzazione delle reti cliniche quanto le funzioni tecnico ed amministrative di supporto.

Nel 2013 tali indicazioni per i servizi tecnico-amministrativi risultano ancor più forti, anche per effetto delle note difficoltà di ordine economico-finanziario che stanno caratterizzando il SSN

La deliberazione di Giunta Regionale n. 199 del 2013 che fissa le Linee di programmazione e finanziamento annuali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, evidenzia la necessità di fornire alle Direzioni Aziendali le indicazioni ed i riferimenti necessari per la assicurare un governo puntuale delle risorse disponibili; in particolare nell'allegato B specifica che le Aziende dovranno migliorare la qualità dell'offerta nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per

condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo.

Dovranno avviarsi politiche di razionalizzazione e in particolare di integrazione – per attività uguali o affini – delle strutture complesse. Viene ribadita la necessità di riorganizzazione su scala di Area Vasta o Provinciale le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie ad esclusivo o prevalente carattere logistico e di supporto, che attraverso la concentrazione possono perseguire sia obiettivi di qualità/specializzazione, sia obiettivi di efficienza, a sostenimento di un'azione di forte governo del turn over e di limitazione delle assunzioni su posto vacante.

Nel 2014 la Delibera Regionale di Programmazione n. 217, rende evidente uno stato di avanzamento del programma di integrazione dei servizi di supporto: afferma che già da alcuni anni è in corso un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, risorse umane e finanziarie. Sono stati incentivati lo sviluppo di forme di integrazione a livello provinciale e di Area Vasta relativamente sia agli aspetti sanitari/produttivi, sia ai cosiddetti "Servizi di supporto" nell'esigenza di migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi. .

Viene richiamato quanto già scritto nella precedente delibera del 2013 ma precisa ulteriormente che per alcune province tra cui Ferrara dove il processo è già stato avviato, i processi di integrazione strutturale dovranno essere completati.

Parallelamente alle disposizioni di Giunta, la Regione individua precise modalità operative, in particolare nell'ambito delle indicazioni fornite per la definizione e costruzione del piano assunzioni 2013-14 con le note n. . 81308 del 29 3 2013 e n. r 49256 del 21 2 2014 a firma del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna viene ribadita la necessità di procedere nel processo di integrazione di funzioni tra Aziende a livello provinciale e/o di Area Vasta relativamente, sia agli aspetti sanitari/produttivi sia ai servizi di supporto, indicando tra gli elementi da prendere in considerazione per la copertura dei posti vacanti "le possibilità di integrazione su scala sovraziendale". Nelle medesime note, in termini più strettamente operativi viene specificato che tra gli elementi che vengono presi in considerazione per la copertura dei posti vacanti è prevista la possibilità di integrazione su scala sovraziendale e che non è ammessa la copertura dell'incarico nel caso di strutture complesse di discipline e specialistiche assoggettate a processi di revisioni dei bacini ottimali di offerta e o volumi di soglia di attività.

Nell'ambito del "Piano Strategico di Riorganizzazione della Sanità Ferrarese 2013-2016" di cui alla Delibera n. 180 del 5/8/2013 approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nella seduta del 26 giugno 2013, al capitolo 3, viene ribadito il concetto che la Programmazione della Sanità nella Provincia di Ferrara orientata ai bisogni del cittadino si attua attraverso il pieno sviluppo del processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni.

Nell'ambito del percorso di introduzione, a livello regionale delle nuove modalità organizzative richiamate nel paragrafo, le Aziende Ferraresi hanno rivestito un ruolo di anticipatrici delle politiche regionali che hanno mostrato grande attenzione a questi percorsi.

OBIETTIVI DEL MODELLO DI INTEGRAZIONE

Alla luce dei chiari obiettivi enucleati è necessario adeguare l'organizzazione delle funzioni tecnico amministrative e dei servizi di supporto alle nuove sfide che si profilano per il Servizio Sanitario Regionale,

ottimizzando i costi dei servizi. Si riscontra la necessità di adottare modelli organizzativi, in cui far confluire funzioni e risorse fino a quel momento gestite separatamente, con i seguenti obiettivi di carattere generale:

- rivisitare i sistemi di utilizzo del personale e l'organizzazione tenendo conto della necessità di avviare un percorso di superamento delle criticità in coerenza con le linee di sviluppo e razionalizzazione del sistema Regionale;
- valorizzare le risorse strutturali, tecnologiche, professionali e finanziarie presenti nelle singole realtà organizzative delle due Aziende Sanitarie, tenendo ben presenti la loro storia e le peculiari caratteristiche che le contraddistinguono;
- eliminare le cause di possibile inefficienza, con particolare riferimento agli assetti organizzativi gestionali e operativi, da un lato, ed ai comportamenti/atteggiamenti dei singoli operatori dall'altro, sviluppando tutte le sinergie possibili, orientate ad un uso integrato delle risorse ed alla loro ottimizzazione;
- costruire reti organiche di servizi su base provinciale, dove si identifichino con chiarezza e razionalità i livelli di attribuzione delle competenze, tenendo conto delle molteplici eccellenze esistenti o comunque disponibili.
- conseguire una maggiore razionalizzazione nell'allocazione e nell'utilizzo delle tecnologie, specialmente in quei settori dove sono possibili margini per la realizzazione di Economie di Scala;
- realizzare programmi di formazione comuni nell'area di riferimento con la diffusione di best practice e di comportamenti più omogenei tra le aziende;
- conseguire maggiore facilità di scambi di ogni fattore di produzione e di cultura tra le due Aziende.

I modelli organizzativi devono rendere possibile l'utilizzazione delle risorse in generale e di quelle umane in particolare, con maggiore flessibilità ed efficacia nello svolgimento delle attività istituzionali sempre nel rispetto dei diritti/doveri del personale.

Il processo di riorganizzazione che si vuole mettere in atto precede il riordino istituzionale realizzando così un assetto organizzativo che di fatto risulta già coerente con le caratteristiche e i fabbisogni di contesto che si delinearanno nei prossimi anni. Vedasi la "ormai certa" riduzione delle risorse disponibili per il Servizio Sanitario che dovranno essere sempre più destinate ai servizi di erogazione dell'assistenza e la progressiva concentrazione organizzativa in Area Vasta.

MODELLI E STRUTTURE ORGANIZZATIVE FUNZIONALI ALL'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

I modelli organizzativi attualmente disponibili sono

- Il Dipartimento Interaziendale: articolazione organizzativa derivante dall'integrazione delle strutture complesse e strutture semplici appartenenti ad un ambito operativo omogeneo dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara. Costituisce un organismo unitario dal punto di vista gestionale su cui le Direzioni Generali esercitano in modo paritetico e cooperativo il ruolo di organi di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione a un Direttore unico che risponde in egual misura ad entrambe le aziende sanitarie.
- Il Programma Interaziendale: forma di integrazione funzionale fra attività sanitarie delle due Aziende, garantite da Strutture Complesse presenti in entrambe. Si connota per l'esercizio delle funzioni di progettazione, organizzazione e implementazione, governo clinico, valutazione e controllo.
- Il Coordinamento Interaziendale: rappresenta la forma di coordinamento volto a favorire, per specifiche funzioni od attività non rientranti in Dipartimenti o Programmi Interaziendali, l'adozione di procedure comuni fra le due Aziende e/o la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, la appropriatezza e la programmazione delle prestazioni;

- L'esercizio congiunto di funzioni o il trasferimento di funzioni con esercizio esclusivo da parte di una delle due Aziende rappresenta la forma organizzativa massima di integrazione in quanto con essa si realizza l'integrazione strutturale delle risorse assegnate e programmabili; l'organizzazione condivisa di tutte le attività intendendo prestazioni sia ospedaliere che territoriali; l'immediata riferibilità in un'unica Unità Operativa relativamente alla responsabilità nella gestione delle risorse e degli investimenti.

Percorso di Integrazione della Provincia di Ferrara Situazione a Dicembre 2014.

DIPARTIMENTI SANITARI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PREVENZIONE E PROTEZIONE (D.I.P.P.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FARMACEUTICO (D.I.F.)
- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DSM (DAI)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RADIOLOGICO

UNITA' OPERATIVE/SERVIZI UNICI INTERAZIENDALI SANITARI

- LABORATORIO UNICO PROVINCIALE (LUP)
- PEDIATRIA INTERAZIENDALE
- BREAST UNIT INTERAZIENDALE
- ONCOLOGIA INTERAZIENDALE
- NEFROLOGIA E DIALISI INTERAZIENDALE
- DIABETOLOGIA INTERAZIENDALE
- SERVIZIO INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE

PROGRAMMI E COORDINAMENTI INTERAZIENDALI

- PROGRAMMA INTERAZIENDALE CARDIOLOGICO
- COORDINAMENTO INTERAZIENDALE ODONTOIATRICO
- COORDINAMENTO INTERAZIENDALE RETE DELLE CURE PALLIATIVE
- PROGRAMMA COMMISSIONE PROVINCIALE DISPOSITIVI MEDICI – CPDM
- COMITATO CONTROLLO INFEZIONI
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI RIABILITAZIONE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE GERIATRICO
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGIA MINORE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI OCULISTICA

DIPARTIMENTI TECNICO AMMINISTRATIVI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI CONTRATTI E LOGISTICA (D.I.A.L.E.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (D.I.A.P.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITÀ TECNICHE E PATRIMONIALI (D.I.A.T.P.)
- IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE (D.I.C.T.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE INGEGNERIA CLINICA

UNITA' OPERATIVE/SERVIZI UNICI INTERAZIENDALI AMMINISTRATIVI

- SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDALE
- SERVIZIO FORMAZIONE INTERAZIENDALE
- SERVIZIO ASSICURATIVO INTERAZIENDALE

AREA AMMINISTRATIVA

Criticità

Nonostante un tangibile e diffuso orientamento al raggiungimento degli obiettivi previsti e gli interventi organizzativi compiuti, risultano ancora evidenti le criticità, di seguito indicate:

- Esistono ulteriori possibilità per conseguire sinergie operative essendo ancora presenti alcuni processi operativi non unificati;
- non sono stati rivisti i sistemi informatici utilizzati, limitando così la fungibilità degli operatori ed il livello di ottimizzazione degli investimenti. La situazione attuale presenta dualità per ciò che riguarda le seguenti procedure:
 - o le procedure ordini e gestione magazzino,
 - o le procedure di supporto al servizio tecnicole procedure stipendiali e di gestione delle risorse umane pur appartenenti ad uno stesso applicativo non sono state integrate;
- é stata realizzata l'integrazione fisica degli uffici, ma la gran parte delle procedure amministrative è gestita separatamente;
- l'unificazione fino ad ora attuata, non ha portato all'identificazione di processi "ex novo", pensati per soddisfare le esigenze di tutte le aziende, ma si è operato per aggiustamenti rispetto all'organizzazione precedente;
- le attuali strutture organizzative dipartimentali sono caratterizzate da una spiccata dimensione orizzontale, è presente un numero elevato di unità organizzative ad alto livello di specializzazione di funzioni. Ciò rende necessario che vengano attribuiti numerosi incarichi di coordinamento dipartimentale;
- scarsa realizzazione di reali economie di scala e di processo;
- l'elevato numero di unità organizzative fa sì che l'entità unitaria dei mezzi umani e materiali gestiti sia molto bassa (il rapporto tra il numero di persone attribuite alle strutture semplici e complesse e il numero complessivo di quest'ultime è al massimo di 10 per unità organizzativa, che diventa di massimo 3 persone se al denominatore si ricomprendono anche le posizioni organizzative);
- eccessiva correlazione tra sistema di progressione di carriera ed incarico di direzione delle strutture organizzative; l'incarico di direzione della struttura organizzativa è percepito come una rendita di posizione (diritto acquisito)
- Eccessiva onerosità evidenziata dai dati di confronto sui costi dei Servizi Amministrativi e di Supporto elaborata dal Servizio Programmazione Economico Finanziaria della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna che evidenzia nel biennio 2012-2013 un valore di Costo procapite per i servizi di Supporto amministrativo e tecnico logistico per la Provincia di Ferrara (AUSL + AOSP) pari a € 166 per il 2012 e € 169 nel 2013 contro una media Regionale di € 119 nel 2012 e € 121 nel 2013. A ciò si unisce il livello di retribuzione unitaria per posizione e risultato evidenziato dai dati di confronto forniti dalla Regione Emilia Romagna per il 2012 e il 2013 che evidenziano per la Dirigenza SPTA un valore di € 17.680 pro dipendente contro una media regionale di € 14.590

METODO

A fronte delle suddette criticità, assodato che il modello delineato dovrà presentare un elevato grado di coerenza e funzionalità rispetto all'obbiettivo più generale di integrazione dei servizi, si propongono i seguenti riferimenti concettuali di base e metodologie funzionali alla definizione delle soluzioni organizzative:

RESPONSABILITA'

- chiarezza nella individuazione delle responsabilità e nelle linee gerarchiche;
- l'unità organizzativa (anche di livello minimo) deve rappresentare un insieme organizzato e finalizzato di operatori in presenza di attribuzione di risorse specifiche, personale e mezzi coordinati da un responsabile formalizzato;
- l'organigramma deve essere funzionale ad una chiara e indiscutibile individuazione delle responsabilità. "chi fa che cosa e chi risponde del risultato".

RUOLI

- Concentrazione delle funzioni ed eliminazione delle duplicazioni;
- la struttura organizzativa e il sistema di attribuzione degli incarichi deve essere coerente con un funzionigramma che persegua la separazione tra funzioni di controllo gerarchico connesse a ruoli di gestione organizzativa e funzioni caratterizzate da competenze professionali connesse a ruoli ad elevata competenza professionale specifica;
- l'individuazione delle unità organizzative deve rendere evidente la separazione dei ruoli cui compete una competenza relazionale e gestionale da quelli cui compete una componente tecnica. In tal senso l'attribuzione degli incarichi nell'ambito dell'organigramma dovrà tener conto di:
 - o capacità organizzative, di coordinamento e gestionali per incarichi di direzione di strutture complesse o semplici
 - o conoscenze tecniche e specialistiche e livello di autonomia e responsabilità per incarichi di natura professionale

LIVELLI GERARCHICI

- Semplificazione dell'organizzazione e riduzione dei dirigenti a tempo pieno;
- riduzione del numero di incarichi di coordinamento Dipartimentale da realizzarsi mediante una struttura semplificata (con poche unità organizzative) e verticalizzata (di tipo gerarchico);
- nell'ambito dell'area amministrativa gestionale il modello organizzativo prevalente sarà di tipo funzionale realizzando in tal modo economie di scala e di processo;
- il controllo gerarchico e, conseguentemente, una struttura organizzativa di tipo verticale trova prevalentemente collocazione in contesti caratterizzati da maggiore standardizzazione produttiva. In tal senso sono maggiormente caratterizzati i servizi amministrativi gestionali rispetto a quanto avviene nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari.

SISTEMA PREMIANTE

- Valorizzazione delle competenze;
- il Sistema Premiante dovrà essere in grado di distinguere chiaramente tra obiettivi di gestione delle risorse ed obiettivi di connessi a miglioramenti degli output qualitativi e prestazionali.

Risposta Organizzativa

L'esercizio congiunto di funzioni o il trasferimento di funzioni con esercizio esclusivo da parte di una delle due Aziende rappresenta la forma organizzativa massima di integrazione in quanto con essa si realizza l'integrazione strutturale delle risorse assegnate e programmabili; l'organizzazione condivisa di tutte le attività intendendo prestazioni sia ospedaliere che territoriali; l'immediata riferibilità in un'unica Unità Operativa relativamente alla responsabilità nella gestione delle risorse e degli investimenti.

La Delega di Funzioni prevede il trasferimento delle attività in capo ad un direttore incaricato dalle due Aziende, ciò comporta:

- unica Direzione operativa
- attribuzione del personale e delle risorse
- Programmazione unitaria ancorchè condivisa da parte delle due Direzioni Amministrative

- tutte le procedure e le responsabilità sono in capo alla Direzione operativa.

Propedeutico a tale forma di gestione è la stipula della convenzione che deve contenere:

- Obiettivi Comuni e condivisi in una programmazione provinciale a monte del processo che rispettino gli ambiti strategici di competenza delle due Aziende
- Finalità e programmazione
- Durata
- Forma di consultazione
- Rapporti finanziari
- Obblighi e Garanzie
- Identificazione dei meccanismi operativi comuni.

Istituti del CCNL funzionali all'integrazione organizzativa

Per ciò che attiene lo svolgimento dell'attività lavorativa, in particolare per consentire l'utilizzo flessibile del personale da un punto di vista della collocazione funzionale tra le due Aziende Sanitarie gli istituti previsti dalla Vigente Normativa Contrattuale e Nazionale cui fare riferimento possono essere:

- comando (art. 21 CCNL 8.06.2000 Dirigenza Medica Veterinaria, Art. 21 CCNL Dirigenza Sanitaria, Professionale, tecnica e Amministrativa e Art. 20 CCNL Integrativo 1998/2001 Comparto) con possibilità di mobilità nell'ipotesi di una definitiva riorganizzazione dell'attività;
- assegnazione temporanea ai sensi dell'art. 23 Bis, comma 7 del D.lgs. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni.

Su tale materia è in corso di predisposizione un Intesa tra le Direzioni aziendali e le rappresentanze sindacali del Comparto delle due Aziende sanitarie nel quale le parti:

- condividono l'obiettivo comune di addivenire ad uno specifico accordo interaziendale mediante il quale formalizzare le regole da applicare sulle modalità di utilizzo del personale nell'ambito delle varie forme di integrazione di funzioni tra strutture delle due Aziende sanitarie provinciali;
- danno atto che il contenuto dell'accordo di cui al primo punto dovrà in particolare disciplinare gli effetti giuridici ed economici degli spostamenti del personale tra le varie sedi delle Aziende, tenendo conto di tutti gli strumenti normativi utilizzabili per le specifiche fattispecie organizzative;
- condividono l'opportunità di costruire un contratto integrativo provinciale collegato al nuovo modello organizzativo della rete dei servizi sanitari provinciali, tra i cui obiettivi vi è la valorizzazione delle competenze e i livelli di professionalità del personale, coerentemente con la costruzione di condizioni di sostenibilità economica del Servizio Sanitario Regionale nella logica di integrazione dei servizi sia a livello provinciale che di Area Vasta.

Per quanto riguarda gli accordi di compensazione economica

Si ritiene vincolante il principio secondo cui dall'adozione dei Modelli di Integrazione organizzativa non possono assolutamente derivare maggiori oneri per il Servizio Sanitario Nazionale.

Tra le due Aziende, che mantengono personalità giuridica autonoma, vige il principio che ciascuna sostiene i costi derivanti dall'espletamento delle attività prestate presso le rispettive sedi. Ciascuna Azienda provvederà in proprio a riconoscere ai rispettivi professionisti l'eventuale rimborso chilometrico o altre eventuali indennità, se previste dalla legge o dai contratti collettivi. Le Aziende si riservano di procedere ad eventuali rimborsi economici nell'ambito del contratto di fornitura, sulla base delle analisi effettuate dai controlli di gestione e collegate a due principi: equità nel riconoscimento dei costi e ricerca dell'efficienza che consentono il conseguimento di benefici da ripartire tra le due Aziende.

A tal fine è necessario individuare "Driver di costo" correlabili all'attività amministrativa ottenendo così le corrette ed oggettive basi di ripartizione degli oneri sostenuti dalle due Aziende

Per ciò che attiene l'attività amministrativa tale ripartizione deve essere necessariamente rivista, questo perché nella attuale fase del percorso di integrazione, le due Aziende hanno attribuito tutte le risorse svolgevano le attività assegnate e poi integrate ciascuno nel proprio ambito, senza "pesare" il contributo di ciascuna Azienda rispetto al lavoro richiesto. Tale decisione ha certamente facilitato il percorso di integrazione avviato, così come la scelta di inserire all'interno dei Dipartimenti interaziendali numerosi processi ed in modo completo.

Le Aziende concorderanno Meccanismi Operativi ad hoc che prevedano:

- Condivisione del modello da parte degli stakeholder
- Criteri di scelta «meritocratica» del responsabile unico del Servizio o Dipartimento
- Chiarezza dei livelli di autonomia - responsabilità e del loro contenuto
- Processo unico di Budget e correlato Sistema di valutazione della performance organizzativa ed individuale che tenga conto dei contenuti della L.R. 26 del 20/12/2013 e della DGR 334 del 17/3/2014 che costituisce l' Organismo Indipendente di Valutazione e il correlato Organismo Aziendale di Supporto.

Il Progetto consentirà la realizzazione di un sistema di direzione caratterizzato da **un unico punto di governo provinciale per servizi interaziendali unici:**

- Economato e Gestione contratti
- Gestione del Personale
- Information Technology
- Tecnico Edile Impiantistico
- Ingegneria Clinica
- Prevenzione e Protezione
- Medicina Legale
- Assicurativo
- Ufficio Legale
- Formazione

La realizzazione di un modello innovativo per le funzioni **amministrative territoriali ed ospedaliere coerenti con le nuove forme di assistenza e di accesso:**

- Servizi Integrati Ospedale e Territorio
 Funzioni amm.ve Territoriali
 Amministrazione del DSM Dp
- Accesso ai Servizi clinico assistenziali
- Funzioni amministrative del DSP
- Farmaceutica

La costruzione di sistema integrato **di supporto al sistema decisionale di Direzione**

- Economico Finanziaria e programmazione e Controllo
- Valutazione
- Accredimento e Rischio Clinico
- Analisi Reti cliniche e Dotazioni Organiche
- Affari Istituzionali e segreteria

Il "Piano di integrazione strutturale delle funzioni tecnico amministrative e di supporto delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara" si inserisce nel più ampio progetto per le integrazioni strutturali dei servizi Sanitari ed Amministrativi, che prevede a conclusione del percorso **un nuovo organismo di vertice**

interaziendale: direzione operativa interaziendale, formata dalle due direzioni strategiche con le seguenti funzioni:

- condivide la programmazione strategica con CTSS
- approva convenzione quadro e convenzioni specifiche per attività unitarie, sanitarie ed amministrative
- approva e negozia i budget con i capi dipartimento e servizi unici
- approva univoche modalità di valutazione della performance
- sviluppa il monitoraggio degli obiettivi e della programmazione, con staff che operano in modo sinergico

L'Azienda darà ulteriore implementazione al percorso di integrazione già avviato con la costituzione delle reti cliniche assistenziali interaziendali create per far fronte alla complessità dei bisogni senza duplicazioni dei servizi sul territorio; per sviluppare e rendere pienamente operativi percorsi diagnostici terapeutici e la presa in carico dei pazienti in modo uniforme sul territorio provinciale e con le migliori professionalità e risorse disponibili; per conseguire economie di scala grazie alla concentrazione di alcune funzioni; si prevede di implementare tale modello organizzativo mediante la costituzione di forme organizzative interaziendali. Attraverso l'approvazione entro l'anno 2015 di un nuovo atto aziendale verranno condivisi fra le due aziende tutti i Dipartimenti Ospedalieri con una conseguente riduzione di numero e la massima condivisione di professionalità e risorse.

Sul fronte dell' Integrazione dell' Assistenza Ospedaliera:

- Funzione unica di Direzione con valenza Interaziendale e mantenimento dei referenti sugli stabilimenti;
- équipes uniche, equita' e spinta alle "vocazioni" degli stabilimenti, ricercando equilibrio tra la necessaria concentrazione delle funzioni e la prossimita' per gli utenti, nel rispetto degli standard e della sicurezza;
- sistema provinciale integrato con università.

Sul fronte dell'Integrazione Ospedale Territorio

- Trasversalità delle funzioni ed inserimento nella Case della Salute dei servizi Salute mentale e DSP,
- Integrazione delle attività nelle Case della Salute. Identificazione di un responsabile della gestione,
- Integrazione delle Case della Salute con la Rete Ospedaliera (refertazioni H12 servizi cardiologici, radiologici, laboratorio,...).

Le attese

- Maggiore qualità dei servizi alla persona,
- Massimizzare l'efficienza del sistema di produzione e favorire la sostenibilità economica e finanziaria,
- Opportunità per l'università e per il SSR della Provincia di Ferrara di consolidare e sviluppare, su scala sovra-provinciale le competenze distintive nella formazione, nella ricerca clinica translazionale e nelle capacità di sviluppo organizzativo,
- Una governance dei servizi del territorio inclusiva, appropriata ed efficace, garantendo rapporti interistituzionali sinergici al fine di soddisfare la domanda dei cittadini e delle comunità nel rispetto delle specifiche missioni delle istituzioni coinvolte,
- La riduzione dei costi senza compromissione della garanzia di erogazione di servizi adeguati allo stato delle conoscenze scientifiche e ai bisogni dei cittadini,

- La semplificazione e la chiarezza nei livelli decisionali che operano sullo stesso livello assistenziale o sulle stesse funzioni afferenti all'amministrazione generale o al supporto logistico (unicità di direzione operativa),
- L'efficienza e l'economicità del sistema di produzione.

Capitolo realizzato da Paola Bardasi, Stefano Carlini.