

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

RELAZIONE
OBIETTIVI E RISULTATI
GESTIONE AZIENDALE
2012

	Premessa	Pag. 4
	IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI	Pag. 8
	Il quadro economico	
	Dal patto per la Salute 20/10/2012 alle ricadute delle manovre del Governo	
	La legge Finanziaria Regionale per il 2012, le risorse a disposizione del SSR e il finanziamento alle Aziende	
	Le risorse a disposizione del SSR e il finanziamento alle Aziende	
	La struttura dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari in Emilia Romagna	
	Il grado di copertura LEA	
	Le dinamiche di crescita dei costi dei servizi sanitari e socio-sanitari, le disomogeneità dei costi per LEA ed i risultati attesi nell'ipotesi di allineamento sulle best performances	
	Le linee di azione strategica: innovazione nei processi di cura	
	Rileggere e ridefinire i processi di cura	
	Le relazioni con i cittadini	
	Le strategie di integrazione in Area Vasta	
	Le politiche delle cure ospedaliere	
	Il governo delle risorse	
	Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie	
	Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio	
	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza	
	Il governo delle risorse umane	
	Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi	
	Il governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare	
	Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale	
	Il governo dello sviluppo ICT	
	Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo	
	GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI A GARANZIA DEI LEA	Pag. 47
	Dignità della persona	
	Qualità della comunicazione nella relazione di cura	
	Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore	
	Garantire l'ascolto, l'accoglienza, il supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento e abuso	
	Garantire il diritto alla salute delle persone detenute	
	Accessibilità, qualità, sicurezza e continuità delle cure	
	Le politiche per la sicurezza delle cure ed il risarcimento danni	
	Sviluppo dei processi di cure territoriali	
	I percorsi per la presa in carico	
	Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti	
	Assistenza alla gravidanza	
	Riduzione del taglio cesareo	
	Assistenza neonatale	
	Assistenza protesica	
	Assistenza farmaceutica	
	Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera	
	Indirizzi per il riordino delle funzioni chirurgiche	
	Sistema delle cure in ortopedia	
	Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa	
	Programma stroke care	
	Programma epilessia	

	Rete e percorsi oncologici	
	Rete e percorsi cardiologici	
	Sistema delle cure in area critica	
	Rete malattie rare	
	Donazione e trapianto di organi e tessuti	
	Piano Sangue Regionale	
	Pronto Soccorso	
	Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per i bambini e ragazzi con disabilità neuro-psico-motorie e per le persone con sofferenza psichica o dipendenze patologiche	
	Valutazione multidimensionale socio-sanitaria per la presa in carico integrata di anzianicon patologie psichiatriche e minori con patologie psichiatriche o disabilità	
	Accreditamento dei servizi sociosanitari	
	Continuità e presidio processi di cura , prevenzione e sostegno per adolescenti e giovani	
	Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori	
	Integrazione multi professionale nei processi di cura	
	Sviluppo dei processi di accreditamento e delle attività di audit nelle cure socio-sanitarie integrate	
	Sviluppo delle abilità di comunicazione e counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita	
	Promozione della salute, prevenzione delle malattie e del disagio	
	Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili	
	Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica e veterinaria	
	Promozione della salute , stili di vita salutari, nonché prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattie	
	Promuovere il benessere nella terza età	
	Programma di screening oncologici	
	Promozione della salute e prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro	
	Funzione di sorveglianza epidemiologica e sviluppo del sistema informativo dei Dipartimenti di Sanità Pubblica	
	Sviluppo delle funzioni ed attività di ricerca ed innovazione nelle Aziende Sanitarie	
	Le politiche per la ricerca ed innovazione	
	Le infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione	
	La tracciabilità dell'attività di ricerca	
	L'innovazione tecnologica	
	Le innovazioni clinico –organizzative	
	La formazione	
	RELAZIONE GESTIONE AZIENDALE 2012	Pag. 84
	Criteri generali di predisposizione della relazione	
	Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda	
	Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi	
	Assistenza Ospedaliera	
	Assistenza Territoriale	
	Prevenzione	
	L'attività del periodo	
	Assistenza Ospedaliera	
	Assistenza Territoriale	
	Prevenzione	

Premessa

La Provincia di Ferrara, con particolare riferimento ai Distretti Ovest e Cento Nord, ha vissuto nell'anno 2012, due eventi di eccezionale gravità: gli eventi sismici del 20 e 29 maggio 2012 e il trasferimento dell'Ospedale alla nuova sede dell'Ospedale di Cona.

I terremoti, verificatisi non solo nel nostro Paese, ma in tutto il mondo, hanno evidenziato con chiarezza che tra i più gravi ed urgenti problemi che interessano la popolazione sono quelli legati alla salute.

Per questa ragione, soprattutto negli ultimi decenni, le Organizzazioni sanitarie internazionali, hanno rivolto una particolare attenzione al ruolo dei servizi sanitari, di fronte ai bisogni di salute che emergono in occasione delle maxi emergenze.

Il duplice evento sismico del 20 e 29 Maggio che ha improvvisamente sconvolto ampie e popolose zone dell'Emilia – Romagna, nonostante la rapidità e la pericolosità del susseguirsi degli eventi, la risposta delle Istituzioni pubbliche alle molteplici domande di intervento e nei diversi ambiti assistenziali su tutto il territorio regionale è stata immediata ed efficiente, affidata ad un coordinamento che ha interessato Regione, Provincia, Comuni, e Prefettura, Protezione civile, Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine e Volontariato.

Gli interventi sanitari messi in campo sono stati immediati ed efficaci, con l'istituzione di un coordinamento delle attività sul territorio, realizzati dalle Aziende sanitarie e dall'Assessorato politiche per la salute della Regione, sostenuto da una valida rete di comunicazione ed informazione rivolta ai cittadini ed agli operatori.

Le esperienze internazionali forniscono chiare indicazioni rispetto alle cause degli alti tassi di mortalità e morbilità durante il terremoto. Le principali cause sono imputate a fattori come quelli traumatici, Los terremotos provocan altas tasas de mortalidad por traumatismos, asfixia, inhalación de polvo (distrés respiratorio agudo) o exposición al entorno (por ejemplo, hipotermia), asfissia, inalazione di polveri (sindrome da distress respiratorio acuto) o esposizione ambientale (ad esempio, ipotermia), ecc.

Oltre agli interventi sanitari, legati all'emergenza – urgenza e valutati in rapporto al grado di intensità, particolare importanza rivestono quelli di carattere clinico organizzativo su versanti diversi. Da un lato rivolgere l'attenzione ai danni, spesso importanti, subiti dalle strutture sanitarie, in particolare ospedaliere, dall'altro garantire la funzionalità dei servizi socio sanitari territoriali, che per le loro peculiarità rientrano tra i compiti dell'assistenza sanitaria primaria.

I servizi di Sanità Pubblica devono garantire un'attenta valutazione dei problemi igienico-sanitari e danni alle infrastrutture di particolare importanza come, ad esempio, quelli legati all'approvvigionamento idrico, fognature, linee elettriche, strade, telecomunicazioni e aeroporti.

Viene di seguito riportata l'esperienza di intervento per gli aspetti sanitari di urgenza e socio- sanitario effettuata dall'Azienda USL di Ferrara, in costante collegamento con le altre Aziende sanitarie e l'Assessorato politiche per la salute della Regione.

L'esperienza della Ausl di Ferrara

L'evento tellurico, per quanto riguarda la provincia di Ferrara, ha interessato un'area di 413 chilometri quadrati, pari al 16% dell'intero territorio provinciale, abitato da circa 79 mila persone.

Dal punto di vista sanitario, copre l'intero Distretto Ovest, comprendente i comuni di Bondeno, Cento, Sant'Agostino, Mirabello, Poggio Renatico, Vigarano Mainarda.

La risposta alle numerose richieste di intervento fornita dalle Istituzioni pubbliche, coordinate tra loro, anche per la Provincia di Ferrara è stata immediata ed efficace, con il coinvolgimento della Regione, Provincia, Comuni, e Prefettura, Protezione civile, Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, AUSL, Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara e Volontariato.

L'evento sismico ha determinato, per i danni provocati, l'inagibilità di una serie di strutture dedicate ai Servizi, in modo particolare :

- la parte più antica (149 anni dall'edificazione) del Presidio socio sanitario "F.lli Borselli" di Bondeno;
- la sede del Distretto a Cento;
- gli studi privati di alcuni Medici di famiglia del centro storico di Cento;
- elementi storici monumentali della parte antica dell'Ospedale di Cento (chiostro , Chiesa ..);
- crollo completo della sede Poliambulatoriale del Comune di Poggio Renatico.

Minori danni, che non hanno determinato l'inagibilità, hanno subito alcuni reparti dell'Ospedale di Cento (ad esempio l'Ostetricia e il Dh oncologico).

Attività di Emergenza- Urgenza 118

Il 20 maggio, già nella prima ora dall'evento sismico, nella Centrale Operativa 118 dell'Azienda USL di Ferrara, sono sopraggiunte circa 400 telefonate con richiesta di soccorso. Attivata la procedura di gestione delle maxiemergenze sono state implementate le ambulanze in servizio, con il contributo delle associazioni di volontariato e sono stati tempestivamente consultati gli infermieri e medici a domicilio per supportare i servizi anche di Pronto Soccorso.

Dopo i primi interventi, che hanno registrato 4 decessi nella prima scossa e diversi feriti determinati prevalentemente durante le fughe, non è stato ritenuto necessario attivare alcun Punto Medico Avanzato (PMA) ed il numero di feriti è stato tale da permettere una gestione con le risorse locali senza ricorrere a contributi da parte di altri moduli sanitari.

La seconda onda sismica si è verificata mentre era in corso un consistente trasferimento dei pazienti ricoverati tra le diverse sedi ospedaliere della provincia di Ferrara, il crono - programma di interventi previsto precedentemente al successivo evento naturale, ha comportato una importante anticipazione delle varie fasi sottoponendo il servizio di emergenza territoriale ad un notevole sforzo organizzativo.

La "Funzione 2 Sanità"- attività prevista dal Dipartimento della Protezione Civile della Provincia di Ferrara, per garantire la massima integrazione operativa - è stata attribuita al Responsabile del 118 che, con la Croce Rossa Italiana (CRI), ha coordinato le fasi del soccorso e partecipato all'evacuazione dell'ospedale di Bondeno e di alcune strutture sociosanitarie. Durante la sua attività la "Funzione 2 Sanità" ha tenuto regolari contatti telefonici ed e-mail, con le varie funzioni della sanità pubblica e con gli operatori del territorio, al fine di conoscere e provvedere a eventuali necessità, in particolare nelle aree di accoglienza e nelle strutture sanitarie campali dislocati in tutti i Comuni del Distretto Ovest e la Città di Ferrara, con visite periodiche e registrazione di criticità. Fino al 29 Luglio, data di fine emergenza, è stata effettuata quotidiana consultazione da parte dei Referenti regionali per ottenere aggiornamenti sulle attività sanitarie in corso e sulle eventuali necessità.

Quotidianamente, alle 12.00, 16.00 e 19.00, dalle Centrali Operative 118 delle Province di Ferrara, Bologna, Modena e Reggio Emilia, venivano inviati 3 bollettini con notizia di eventuali richieste di soccorso, con particolare riferimento a malori da calore.

Sono stati effettuati interventi di controllo e adeguamento organizzativo e tecnologico del sistema di emergenza 118 al fine di rafforzare sicurezza in caso di coinvolgimento anche degli stessi servizi di emergenza sanitaria. L'attività assistenziale nei campi è stata garantita dalla collaborazione tra servizi di emergenza sanitaria e CRI per rispondere alle richieste di urgenza, con la presenza di una ambulanza nel territorio tra Cento e Bondeno e personale sanitario in ambulatori dove hanno operato i medici delle cure primarie.

Il ruolo del Distretto nella gestione dei bisogni sanitari e sociali

Seguendo una metodologia strategica, le aree di intervento in ambito sanitario hanno interessato, oltre a quella dell'Emergenza - Urgenza ed Ospedaliera, anche quella dei servizi territoriali, propri dell'Assistenza Sanitaria Primaria e di Sanità Pubblica.

In questo contesto un ruolo di carattere strategico è stato assolto dal Distretto che, sotto la guida diretta della Direzione Generale dell' Azienda UsI, ha svolto ruolo di collegamento e collaborazione con le diverse istituzioni impegnate sul territorio e di coordinamento dei diversi ambiti professionali sanitari, al fine di garantire l'erogazione dei servizi e la relativa sicurezza, assolvendo al proprio compito istituzionale di garanzia dei Servizi.

Nel caso specifico tale funzione è stata verificata non solo nella "garanzia" della offerta di attività e prestazioni, ma soprattutto per quanto riguarda la "sicurezza" dei contesti in cui l'offerta si realizza, per gli utenti e per gli operatori.

Queste funzioni di "garanzia e sicurezza" svolte dal Distretto, mediante un'attività di coordinamento, sono risultate particolarmente utili, soprattutto in momenti particolarmente gravi, derivanti oltre che all' aumento del rischio clinico sanitario anche dai vari mutamenti logistici delle sedi dove è stato possibile mantenere l'erogazione dei servizi.

Nel contesto Provinciale di Ferrara, le occasioni di particolare delicatezza clinica ed organizzativa, con conseguente necessità di innalzare i livelli di sicurezza, hanno riguardato soprattutto il Distretto Ovest con attività di evacuazione e di rapida soluzione delle problematiche, per i gravi danni a strutture sanitarie, in particolare:

- 1) -evacuazione improvvisa degli Ospiti di una struttura protetta di S. Agostino;

- 2) -trasferimento dei reparti e degli ospiti di Geriatria - Lungodegenza post Acuti (LPA), Fisiatria, e Servizio di Dialisi, inoltre dei Servizi di Poliambulatorio, Guardia medica 8 continuità assistenziale), Punto di Primo intervento (PPI) e Servizio amministrativo sanitario di base (Sportello Unico) dall'Ospedale Fratelli Borselli di Bondeno;
- 3) -trasferimento della sede di Distretto di Cento con relativi servizi amministrativi e sanitari territoriali in situazioni logistiche temporanee in stretta collaborazione con le Amministrazioni comunali;
- 4) -organizzazione di ambulatori temporanei (mediante tende attrezzate) di cure primarie per quei Medici di medicina generale privati del proprio studio professionale;
- 5) -inserimento di nuovi Servizi e UUOO presso Ospedale di Cento e governo del momentaneo trasferimento di degenti dell'UO di Ostetricia e Ginecologia (temporaneamente inagibile) dello stesso ospedale;
- 6) -ricollocazione e riorganizzazione della rete di offerta specialistica ambulatoriale con il superamento anche della sede del Comune di S. Agostino;
- 7) -allestimento temporaneo (in tenda attrezzata) di punto di ascolto-soccorso psicologico.

Fortunatamente nel rimanente territorio della Azienda USL di Ferrara i danni strutturali, estesi anche al Distretto Centro Nord (comprendente il Comune capoluogo di Ferrara e i Comuni di Masi Torello, Voghiera, Copparo, Formignana, Tresigallo, Ro, Berra e Iolanda di Savoia), non hanno comportato importanti interventi riorganizzativi dei Servizi presenti in quanto gli esiti del sisma hanno provocato:

- l'inagibilità di parte della sede del vecchio Arcispedale " S. Anna ", le cui UUOO di degenza e i Servizi sono stati traslocati - come previsto dalla pianificazione dell'Az. Osp. Fe - nella nuova sede di Cona;
- lesioni a pareti e soffitti con danni materiali vari alla sede centrale della Az.Usl Fe di via Cassoli consentendo di mantenere però in loco e in sicurezza tutti i Servizi sanitari e amministrativi.

Per far fronte alla domanda dei molteplici bisogni assistenziali ed organizzativi è stata attivata con successo dal Distretto una modalità di intervento interprofessionale ed interistituzionale che ha visto impegnato a fondo e coordinato tutto il personale dell'Azienda USL di Ferrara, con la Protezione Civile, i VVF, alcuni Corpi dell'E.I., i Servizi Sociali e le Polizie municipali. Le diverse Strutture operative dell'Az. USL Fe sono state coinvolte in particolare:

- 8) *-Servizio Emergenza Urgenza Territoriale - 118*, per la specificità operativa di controllo complessivo e tempestivo sul territorio, in particolare per le urgenze, in integrazione con i diversi servizi ed Istituzioni;
- 9) *-Dipartimento di Rianimazione Emergenza PS*, per il governo dell'afflusso dei diversi pazienti affetti da patologie traumatiche o di urgenza medica;
- 10) *-Direzione Sanitaria di Presidio*, per le specifiche funzioni in ambito ospedaliero, in particolare per il trasferimento di reparti e messa in sicurezza di altri;
- 11) *-Dipartimento Tecnico*, per le continue verifiche legate alla sicurezza strutturale e impiantistica delle numerose sedi presenti sul territorio
- 12) *-Dipartimento di Salute mentale*, per una governance clinica legata alla possibile insorgenza dei numerosi stati d'ansia e relative complicazioni;
- 13) *-Dipartimento di Sanità pubblica*, per garantire gli interventi di carattere igienico-sanitario, legati alla tutela e la sorveglianza della salute di quanti ospitati nelle varie e diverse forme di comunità; corretta conservazione, preparazione e distribuzione degli alimenti, in particolare nei campi di accoglienza, anche in considerazione delle diverse abitudini multi-etniche;
- 14) *-Dipartimento farmaceutico* per la distribuzione di farmaci ed integratori nei campi di accoglienza ;
- 15) *-Dipartimento interaziendale gestionale ICT (Tecnologia della comunicazione e dell'informazione)* per il ripristino delle infrastrutture telematiche;
- 16) *-Dipartimento Amministrativo Economato Provveditorato*, per la gestione e monitoraggio delle risorse finanziarie;
- 17) *Servizio Comunicazione e Ufficio Stampa*, per le necessarie informazioni con i media e la cittadinanza;
- 18) *-Dipartimento delle Cure Primarie*, per garantire la continuità dei percorsi assistenziali e l'attuazione di interventi sanitari e sociali, in particolare l'assistenza ai campi di accoglienza e il mantenimento delle attività ambulatoriali sia di base da parte dei medici di medicina generale, che specialistici.

Per gestire l'ondata di calore, verificatasi in quel periodo, come tutte le altre Aziende USL della Regione Emilia – Romagna interessate dal terremoto, anche a Ferrara è stato attivato un monitoraggio quotidiano delle condizioni di salute della popolazione ed in particolar modo di quella ospitata nei campi di accoglienza, considerata più a rischio, come bambini di età inferiore ai 6 anni ed anziani di età superiore ai 75 anni, con lo scopo di individuare, in caso di criticità, eventuali soluzioni abitative alternative.

Per fronteggiare i possibili danni da caldo, inoltre:

- tutti i campi di accoglienza sono stati dotati di sistemi di climatizzazione e di teli ombreggianti;
- il Servizio di Sanità Pubblica regionale ha inviato al DIComaC (Direzione di comando e controllo corpo vigili del fuoco, struttura decisionale regionale di supporto) e ai territori colpiti dal sisma, indicazioni specifiche per contrastare gli effetti dell'ondata di calore
- il Servizio 118 ha attivato un collegamento costante con il coordinamento regionale degli interventi sanitari per la segnalazione di eventuali criticità legate all'ondata di calore.

Oltre a fornire assistenza a tutti i cittadini presenti nelle abitazioni comprese nell'area del sisma, particolare attenzione è stata riservata a quanti erano ospitati in strutture protette (disabili ed anziani), ricoverati in Ospedale o in carico assistenziale domiciliare – ambulatoriale, individuando immediatamente un punto di riferimento che consentisse il coordinamento razionale delle risposte sanitarie nell'assetto stravolto del sistema locale.

In particolare il **Dipartimento di Cure Primarie**, già dalle prime ore della mattina del 20 maggio, dopo la prima forte scossa, attraverso un coordinamento dei referenti delle Medicine di Gruppo, in collaborazione con il Dipartimento Tecnico dell'AUSL, ha effettuato una prima valutazione dei danni, al fine di garantire la continuità delle attività degli studi medici e disporre di un elenco dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di libera scelta (PLS) effettivamente operanti sul territorio, con i numeri di telefono cellulare per contatti h12.

Attivata anche una immediata redistribuzione dei punti di Continuità assistenziale, con incremento di un ulteriore punto nel Distretto Ovest, non solo per rispondere alla inevitabile aumentata domanda di chiamate domiciliari; ma ridefinendo il tipico ruolo di "attesa" in una attività "pro-attiva", necessaria a presidiare i campi di accoglienza e garantire una costante assistenza sanitaria.

Per gli studi dei medici di famiglia inagibili sono stati organizzati punti di erogazione alternativi presso i campi di accoglienza, tende o container o presso gli studi dei medici di medicina generale che non avevano subito danni, e un temporaneo punto unico di cure primarie in tenda presso l'Ospedale di Cento.

Di particolare utilità è risultato l'utilizzo del sistema "SOLE (Sanità On LinE)", rete informatica di collegamento tra Aziende sanitarie e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta del territorio emiliano-romagnolo. Tale strumento ha consentito la prosecuzione delle attività dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera Scelta al di fuori delle tradizionali sedi, potendo continuare a esercitare l'attività, disponendo di tutte le informazioni necessarie, registrate nei vari applicativi in uso e in rete.

Il **Dipartimento Attività Tecniche Patrimoniali** a seguito delle scosse sismiche del 20 e 29 maggio 2012, ha avuto un ruolo fondamentale con i suoi Tecnici che, su indicazioni della Prefettura di Ferrara ed in coordinamento con il Centro di Coordinamento Provinciale della Protezione Civile, si sono immediatamente attivati nella effettuazione dei sopralluoghi di tutte le strutture dell'Azienda presenti su tutto il territorio provinciale, e non solo per quelle dell'area maggiormente colpita dal terremoto.

Queste visite, finalizzate alla verifica degli eventuali danni subiti dai fabbricati, si sono svolte grazie alla disponibilità di tutti i tecnici del Dipartimento, che a più riprese (anche a seguito richieste del personale sanitario preoccupato delle continue scosse) hanno provveduto a visitare diverse volte i medesimi fabbricati, valutando la necessità di dichiararne l'eventuale inagibilità temporanea, che in alcuni casi, dopo sopralluogo della Protezione Civile, ha comportato l'emissione dell'Ordinanza del Sindaco di Inagibilità come nel caso dell'Ospedale di Bondeno. Nelle successive 72 ore rispetto al sisma del 29 maggio 2012, sono state ordinate e realizzate tutte le opere di messa in sicurezza che hanno comportato interventi per circa 42.000 euro. Già dal Giugno 2012 si sono avviati i primi lavori di ripristino e miglioramento strutturale (primo tra tutti la chiesa di S. Carlo a Ferrara, che aveva riportato il crollo di una porzione del tetto e della copertura del campanile). Contemporaneamente gli stessi tecnici del dipartimento, suddivisi per squadre, hanno provveduto alla stima dei danni subiti, in base alla quale si è potuto inoltrare richiesta in Regione dei Fondi Europei per la ricostruzione, e parallelamente la richiesta di rimborso danni all'Assicurazione Aziendale. Ad oggi, tutti

gli interventi autorizzati con Ordinanza del Commissario relativi ai Fondi Europei sono in corso, i cantieri stanno regolarmente procedendo con l'obiettivo di terminare tutte le opere entro l'anno 2013. Per gli interventi di ripristino e miglioramento strutturale di maggiore entità (es. Ospedale di Cento e Bondeno) sono stati affidati a professionisti strutturali gli incarichi di redazione dei rispettivi progetti, incarichi già espletati ed in corso di valutazione da parte del Dipartimento, per la preparazione delle gare di affidamento lavori. Tali lavori saranno finanziati con fondi di cui alla Legge Regionale n.16/2012 e con rimborso della compagnia di Assicurazione.

Il confronto di attività

In occasione di maxi emergenze come il terremoto, anche in ambito sanitario, occorre mettere in campo interventi appropriati, integrati e coordinati. Il confronto delle diverse esperienze tra servizi dei territori colpiti, risultano di fondamentale importanza.

Concluso il periodo di massima emergenza, l'Azienda USL di Ferrara ha accolto favorevolmente l'idea di un confronto sulle esperienze vissute ed ha organizzato con il Comune di Cento, un incontro su "Sisma: condividere le esperienze per migliorare le risposte", con il patrocinio oltre che del Comune di Cento, dalla Regione Emilia-Romagna e del Comune dell'Aquila (Associazione Onlus ALBA: composta da una rappresentanza di Medici e sanitari). Hanno partecipato i medici delle province di Ferrara, Reggio Emilia, Bologna e Modena coinvolte dal sisma emiliano e i medici dell'Aquila.

Sostegno all'iniziativa anche da parte degli Ordini dei Medici di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia e l'Aquila e l'Associazione Medici di Famiglia Volontari per le Emergenze (AMFE).

Scopo dell'incontro è stato quello di mettere a confronto le esperienze derivanti dal sisma aquilano del 2009 e dal recente sisma emiliano, con l'obiettivo di elaborare strategie operative condivise, accrescere il livello di comprensione dei fenomeni, e di migliorare l'efficacia della risposta complessiva sul territorio.

L'Azienda USL di Ferrara ha anche sviluppato una collaborazione con Medici di Medicina generale dell'Associazione A.L.B.A. dell'Aquila, per una valutazione clinica degli eventi legati allo stress sviluppato nella popolazione a seguito del terremoto e i livelli di possibile cronicizzazione, nei soggetti colpiti di mutamenti degli stili di vita che possono rappresentare come esito un rischio clinico, come in particolare: ansia, depressione, insonnia, disturbi alimentari e ipertensione.

La comune esperienza ed il confronto continuo rappresenta una opportunità per la realizzazione di linee guida e protocolli operativi condivisi ed appropriati, per i diversi setting territoriali da adottare in caso di eventi naturali avversi di eccezionale gravità, come appunto i terremoti, con particolare attenzione anche agli aspetti gestionali dell'Assistenza Sanitaria Primaria sul territorio.

IL QUADRO ECONOMICO E LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI

Il quadro economico

Lo scenario in cui si è trovata ad operare l'azienda nel 2012 è stato caratterizzato dalla particolare criticità dell'evento sismico. A fianco di tale elemento l'azienda ha dovuto affrontare il trasloco dell'ospedale S. Anna presso la nuova sede di Cona, con conseguenti impatti gestionali.

La gestione rigorosa, l'attenzione ad un corretto utilizzo delle risorse e l'analisi dell'offerta riorganizzata secondo i principi di sostenibilità, sicurezza ed equità hanno consentito di ottenere un rientro complessivo a livello di equilibrio economico, primo passo di un lungo e difficile percorso di consolidamento.

La gestione 2012 ha raggiunto l'obiettivo fissato dalla Regione Emilia Romagna con Delibera di Giunta n. 653/2012 e ha chiuso con un lievissimo utile di 12.693 euro corrispondente ad un sostanziale pareggio economico di bilancio, a fianco del quale si è provveduto a costituire fondi spese future e rischi di adeguata entità. Tale risultato tiene conto dell'integrazione regionale che, per la prima volta quest'anno (ved. DGR 2175/2013), finanzia direttamente la quota di ammortamento dei beni ancora in uso ma acquistati precedentemente al 2010.

Si tratta di una buona performance, ottenuta proseguendo nel percorso e nelle modalità gestionali ed operative già avviate nel 2011, anno che ha segnato l'inversione di tendenza rispetto ai precedenti andamenti economici.

Il 2012 ha visto il concretizzarsi di azioni rigorose di gestione delle risorse, in applicazione di norme nazionali e regionali.

Le conseguenze del duplice evento sismico sul Bilancio 2012 sono riconducibili a oneri straordinari incrementativi e a minori entrate conseguenti a provvedimenti agevolativi nei confronti della popolazione colpita, come ad esempio esenzione dal ticket e dal pagamento di prestazioni e sanzioni del Dipartimento di Sanità Pubblica.

L'evento sismico ha comportato, tra l'altro, il verificarsi di un fenomeno consistente di fuga di pazienti provenienti dalle zone terremotate verso le strutture delle Aziende sanitarie limitrofe, generando così un maggior costo per mobilità passiva.

Complessivamente in sede di chiusura di Bilancio sono stati rendicontati circa 2,6 milioni di euro di maggiori costi e minori entrate, di cui circa il 50% rientra nei piani di rimborso che ha previsto il Commissario Straordinario della Protezione Civile nelle Ordinanze 25, 47 e 51 emanate nel 2013 e contabilizzate nell'attuale esercizio (2013). Sempre con riferimento alle conseguenze del sisma, ulteriori costi sono emersi nel corso del 2013, più precisamente nel mese di Luglio, a seguito della rendicontazione regionale 2012 relativa alla mobilità dei pazienti residenti nel territorio ferrarese verso altre regioni. Tali costi, pari a 2,4 mln., vengono registrati nell'esercizio di competenza 2013 quale componente straordinaria e saranno, quasi certamente rimborsati dalla Protezione Civile con una successiva ordinanza.

Il periodo di transizione coincidente con l'apertura del nuovo ospedale provinciale ha determinato un incremento nel numero di pazienti ferraresi ospitati presso strutture situate in altri territori regionali in particolare per DRG appartenenti all'MDC di cardiocirurgia, neonatologia, ortopedia e per una serie di DRG ad alta complessità prodotti dall'Azienda ospedaliera provinciale di riferimento.

EVENTO SISMICO: conseguenze economiche

Le conseguenze sul Bilancio sono state già rilevate nella verifica di settembre.

Nell'ambito dei ricavi si registra un calo nella mobilità attiva prodotta dagli ospedali situati nelle zone terremotate, inizialmente quantificabile in 200.000 euro; la DGR 747/2012 introduce misure a favore delle popolazioni colpite dal sisma per ciò che riguarda l'esenzione dal ticket, la mancata applicazione delle tariffe per le prestazioni rese dai Dipartimenti di Sanità pubblica e la sospensione dei termini di pagamento nei confronti dei titolari delle attività produttive, si registrano, inoltre, cali nelle visite fiscali, conseguenti anche agli effetti della L. 135/2012 (spending review).

Minori introiti:

Ticket specialistica 700.000

Ticket farmaceutica 100.000

Prestazioni e sanzioni del DSP 140.000

TOTALE = 940.000

L'evento sismico ha comportato il verificarsi di un fenomeno consistente di fuga di pazienti provenienti dalle zone terremotate verso le strutture delle Aziende sanitarie limitrofe, in particolare Bologna, Ravenna, Imola ciò ha generato un maggior costo per mobilità passiva infraregionale da pubblico per 190 mila euro.

Complessivamente il Bilancio 2012 evidenzia maggiori costi conseguenti al sisma e non coperti da una previsione di finanziamento da parte della Protezione Civile per circa **1.333.000 euro**.

Riduzione Mobilità attiva 200.000

DGR 747/2012 940.000

Aumento Mob. Passiva da pubblico 190.000

Apertura Ospedale di Cona

Il periodo di transizione coincidente con l'apertura del nuovo ospedale provinciale ha sicuramente provocato una consistente riduzione della produzione dell'Azienda ospedaliera rispetto all'accordo di fornitura, valorizzabile in 15 milioni di euro, al quale si è fatto fronte con la proprie strutture e con quelle limitrofe o con le case di cura accreditate. Inoltre, il trasloco ha determinato un incremento nel numero di pazienti ferraresi ospitati presso strutture situate in altri territori regionali in particolare per DRG appartenenti all'MDC di cardiocirurgia, neonatologia, ortopedia ed in particolare per quasi tutti i DRG di alta complessità prodotti presso l'Azienda ospedaliera provinciale di riferimento. Il fenomeno ha interessato le strutture di Bologna, Parma e Ravenna il cui effetto è pari a circa oltre 1,5 milioni di euro, in proiezione annua. In particolare, l'importo economico dell'incremento dei DRG di alta complessità consumati in mobilità passiva dai cittadini ferraresi nei primi 7 mesi 2012 rispetto all'analogo periodo 2011 è stata pari a 1 milione di

euro in proiezione annua.. Complessivamente i maggiori costi riferibili all'evento sismico e non coperti da rimborsi da parte di fondi messi a disposizione dalla Protezione civile, al trasloco di Cona sono quantificabili in **2 milioni di euro**.

I due fenomeni straordinari hanno provocato di riflesso l'adeguamento degli importi conseguenti agli accordi di fornitura di degenza sottoscritti con le altre Aziende Sanitarie Regionali; l'adeguamento dell'assetto dei trasporti del servizio Emergenza per garantire sicurezza al centro cittadino.

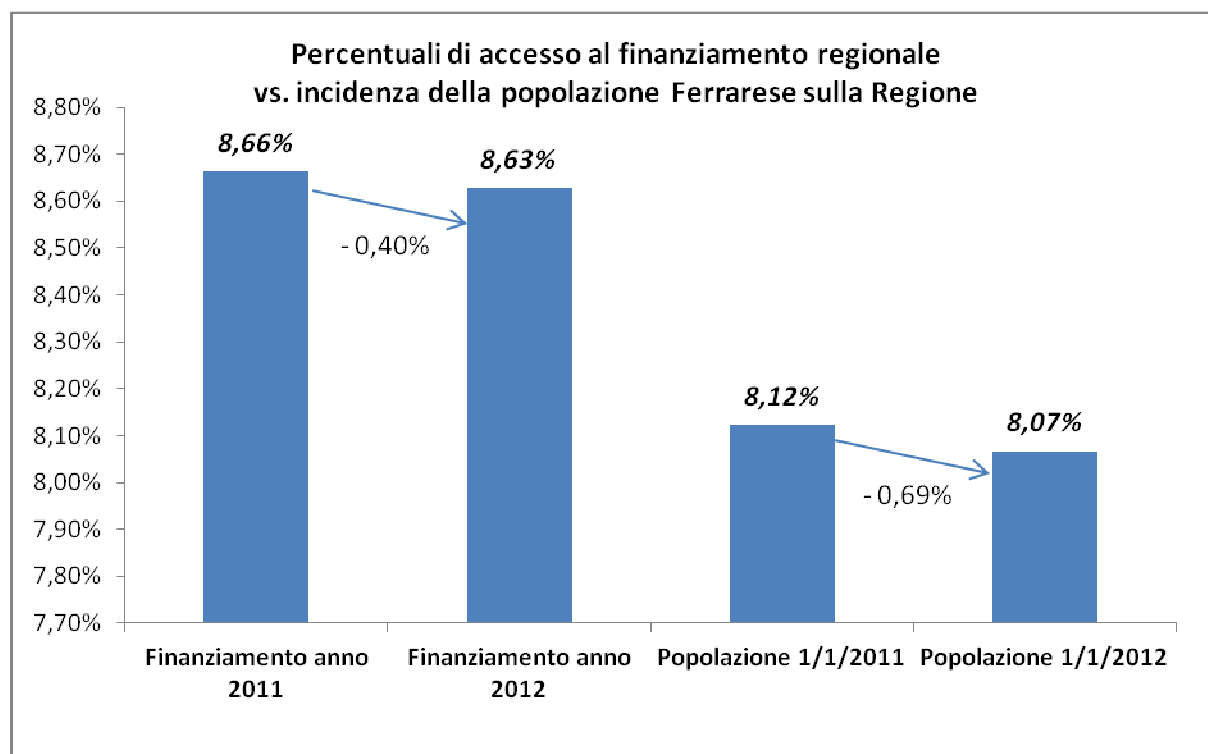
Infine, l'aumento dei prezzi del combustibile, il non prevedibile elevato numero di pazienti emofiliaci in trattamento, i maggiori oneri finanziari conseguenti alla sottoscrizione del Mutuo e al ricorso all'anticipazione di tesoreria per consentire la riduzione dei tempi di pagamento con i fornitori, hanno completato un quadro che al mese di ottobre evidenziava una situazione di bilancio critica, anche se non drammatica.

La valorizzazione complessiva e progressiva del differenziale negativo rispetto all'obiettivo economico era pari, a ottobre a oltre 9 milioni di euro.

In tutte le contingenze dell'anno 2012, l'Azienda è sempre stata reattiva, ha fronteggiato ogni situazione con prontezza anticipatrice, rigore, fermezza, e facendo fronte alle richieste di servizi nel contempo potenziando le azioni nelle quali si era evidenziata una divaricazione con i costi procapite medi regionali 2011: farmaceutica, assistenza ospedaliera medicina di base ed operando sui fattori di produzione più critici: consulenze beni e servizi non sanitari, appalti.

Le risorse del FSR devono coprire il fabbisogno di una popolazione che per l'Emilia Romagna è in crescita dello 0,6 % rispetto all'anno precedente; dinamica che, al contrario, per l'Azienda USL di Ferrara si riduce del - 0,08%

La quota di accesso al finanziamento regionale per la provincia di Ferrara rappresenta nel 2012 l'8,63% contro l'8,66% dell'anno 2011, corrispondentemente la quota di popolazione rappresentata da Ferrara sul livello regionale è passata dal 8,12% del 1/1/2011 all'8,07% del 1/1/2012. E' evidente che, accanto ai problemi di scarsità di risorse e di maggior copertura dei costi legati agli ammortamenti, la provincia Ferrarese deve fare i conti con una dinamica decrescente del finanziamento legata alla decrescente popolazione di riferimento.



Ad ulteriore conferma dello sforzo che viene richiesto a questa Azienda, la Regione per il 2012, ha concentrato l'attenzione verso quelle Aziende che hanno beneficiato da tempo ed in misura significativa di un livello di risorse distribuite a garanzia dell'Equilibrio economico finanziario, quali ad esempio la Provincia di Ferrara.

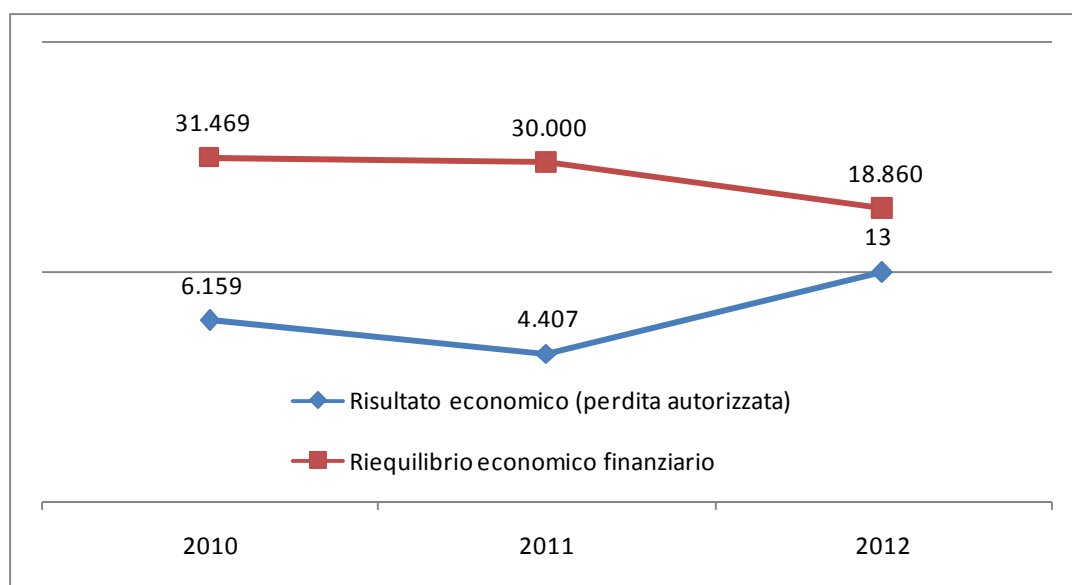
Gli indicatori economici sintetici che aiutano a comprendere l'andamento gestionale complessivo dell'Azienda USL sono rappresentati dal Fondo regionale a garanzia del riequilibrio e dal risultato economico assegnato dalla Regione che per l'area ferrarese, al contrario di quanto accade per altre province, non ha mai considerato il riassorbimento degli ammortamenti precedenti il 2009.

I risultati economici rendicontati nel corso degli ultimi tre anni hanno confermato il rispetto dell'obiettivo economico assegnato dalla Regione.

Valori in migliaia di €	2010	2011	2012
Risultato netto di esercizio	-6.159	-4.407	+13

	Fondo riequilibrio	coperture ulteriori	TOTALE
Anno 2010 DGR 536/2011	31.469.000		31.469.000
Anno 2011 DGR 440/2012	24.500.000	5.500.000	30.000.000
Anno 2012	18.860.000		18.860.000

La rappresentazione grafica seguente evidenzia la progressione temporale del risultato economico negativo, che si riduce nel corso dei tre anni, così come si riduce, in un percorso virtuoso, il fondo di riequilibrio economico finanziario assegnato.



Valori in migliaia di euro

Il valore obiettivo, fissato dalle linee guida regionali per il 2012 (DGR 653/2012), prevede l'integrale copertura degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'esercizio 2012, riferiti alle immobilizzazioni entrate in produzione negli anni 2010, 2011 e che si prevede entreranno in produzione nel corso dell'anno 2012. Inoltre, è stato necessario conseguire anche l'ulteriore copertura della variazione delle quote di ammortamento conseguente all'applicazione delle modalità e delle aliquote di ammortamento previste dal Dlgs 118/2011.

Il valore obiettivo così determinato corrisponde ad una perdita pari a 5,023 milioni di euro.

La gestione 2012 raggiunge l'obiettivo e chiude, ulteriormente con un lieve utile di 12.694 euro corrispondente ad un sostanziale pareggio di bilancio; le risorse regionali hanno, per tutte le Aziende e per la prima volta quest'anno (ved. DGR 2175/2013), finanziato direttamente la quota di ammortamenti dei beni ancora in uso ma acquistati precedentemente al 2010.

I risultati conseguiti nel 2011 e nel 2012, anni nei quali si evidenzia una inversione di tendenza sia rispetto al valore delle risorse aggiuntive, sia rispetto alla tenuta del risultato economico, derivano dalle azioni che sono state messe in campo, seppure con un respiro annuale, su alcuni fattori critici, quali l'assistenza farmaceutica, la manutenzione alla rete dell'assistenza ospedaliera, il governo delle risorse umane, le aree trasversali dei servizi amministrativi e di supporto, il potenziamento dell'attività di Area Vasta, le unificazioni e le sinergie in ambito provinciale.

Grazie ai risultati conseguiti dalle azioni di riorganizzazione e di razionalizzazione delle modalità di offerta, nonché di controllo sulle dinamiche degli oneri gestionali, i costi di produzione si riducono del 1,9% tra il 2011 e il 2010 e del 4% tra il 2012 e il 2011, a fronte di un valore medio regionale relativo alle Aziende USL con Azienda Ospedaliera pari a -1,2%

Nel corso del 2012, sinteticamente si possono riassumere i seguenti fatti gestionali significativi.

La **verifica semestrale 2012** evidenziava una performance peggiorativa rispetto all'obiettivo economico a causa essenzialmente di:

- una sovra stima degli incassi da ticket, calcolati secondo i parametri regionali, come conseguenza di attese manovre governative, non realizzate, che rendeva chiara la scarsa realizzabilità dei maggiori ricavi stimati per i Ticket per l'attività specialistica, per oltre 2,5, milioni di euro;
- i restanti fattori di spesa mostravano comunque un sostanziale controllo delle previsioni.

A luglio 2012, la Legge 135/2012, la cosiddetta Spending Review varata dal Governo Monti, apporta al bilancio aziendale la riduzione del finanziamento pari a € 4.808.030, dei quali l'Azienda ha recuperato, in base alle azioni di ricontrattazione dei contratti di beni e servizi e con le strutture accreditate circa 1 milione di euro, secondo percentuali in linea con le altre Aziende AVEC (21%)

Nella **verifica di Settembre 2012** sono state evidenziate, accanto alla riduzione del finanziamento, gli effetti dell'evento sismico e del trasloco di Cona.

Mancato realizzo previsione di incremento Ticket conseguente a manovre governative	2.520.000
Riduzione finanziamento L135/2012	4.808.030
Mancati ricavi conseguenti all'evento Sismico	1.330.000
Effetto trasloco Cona sulla Mobilità Passiva	700.000
Totale maggiori oneri e minori ricavi 2012 vs. previsione	9.358.030

La valorizzazione complessiva e progressiva del differenziale negativo rispetto all'obiettivo economico era pari, a ottobre in proiezione annua, ad oltre 9 milioni di euro.

In tutte le contingenze dell'anno 2012, l'Azienda è sempre stata reattiva, ha fronteggiato ogni situazione con prontezza anticipatrice, rigore, fermezza, e facendo fronte alle richieste di servizi nel contempo potenziando le azioni nelle quali si era evidenziata una divaricazione con i costi procapite medi regionali 2011: farmaceutica, assistenza ospedaliera medicina di base ed operando sui fattori di produzione più critici: consulenze beni e servizi non sanitari, appalti.

La perdita, che si sarebbe attestata ad un valore superiore all'obiettivo per 9 milioni di euro, è stata aggredita con manovre incisive, seguendo il percorso e le modalità operative già sperimentate nel 2011, che si sono concretizzate in azioni volte al recupero economico, fino ad ottenere un rientro complessivo all'equilibrio economico; tale evento richiede un necessario consolidamento, e va interpretato come "primo passo" in un cammino che ci si attende nel prossimo triennio per dare strutturabilità ad una situazione virtuosa e contingente.

Effetti economici Azioni di riduzione dei costi 2012 vs. previsione	
Beni di consumo e servizi logistici manutentivi	-3.800.000
Rinegoziazione accordo di fornitura con l'Azienda Ospedaliera (minore produzione)	-1.000.000
Farmaceutica convenzionata e somministr. Farmaci	-2.000.000
Medici convenzionati	-180.000
Rette per strutture sanitarie e riabilitative	-200.000
Service di Laboratorio	-300.000
Risorse Umane e rapporti Libero professionali	-2.400.000
Totale effetti economici Azioni 2012	-9.880.000

Nel corso della gestione 2012 l'Azienda è stata in grado di riassorbire una riduzione nel finanziamento pari a circa 14 milioni di euro di mancate rimesse dal livello Regionale a diverso titolo, e da ulteriori 1,3 milioni di mancate entrate derivanti dal Sisma, per un totale di circa 15 milioni di euro.

L. 135/2012	- 4.808.000
Riduzione Fondo di riequilibrio	- 9.000.000
Mancate entrate Sisma	- 1.300.000
	15.000.000

Si tratta di un primo risultato, che richiede un consolidamento e che deve poggiare le proprie basi su solide fondamenta:

- una rete di servizi strutturata secondo un modello innovativo;
- una strategia pluriennale che veda l'interpretazione, la sinergia e la promozione di rapporti strutturati con l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna;
- una conseguente struttura dei costi provinciali pro-capite conosciuta, sperimentata e in linea nella gestione ordinaria e caratteristica con i valori medi regionali delle altre Province delle RER, a partire dal livello dei costi tecnici ed amministrativi

Si declinano le diverse **azioni prioritarie** sulle quali l'azienda si è concentrata nel 2012:

- Manovre effettuate nell'ambito della spending review per circa un milione di euro così come comunicato al Direttore Operativo Avec il 15 Novembre 2012. L'Azienda ha dato seguito a quanto disposto rinegoziando i contratti sia di Area Vasta che Aziendali nella misura di una riduzione che va dal -5% alla mancata applicazione degli indici inflattivi. In particolare ci riferisce alle:
 - manutenzioni e ai servizi di riscaldamento compresi nell'ambito di contratti di Global Service;
 - ai contratti di fornitura di servizi logistici;
 - Riduzione dei tetti di produzione delle strutture private accreditate con le quali sono stati sottoscritti accordi di fornitura;
 - blocco dell'incremento ISTAT sui contratti di locazione;
 - rinegoziazione dei Budget Aziendali, in particolare con riferimento ai volumi di consumo dei fattori produttivi.
- Revisione dei budget delle attività e delle prestazioni, da pubblico e da privato accreditato (-0,5%), nonché dei budget interni (-3,3%), nel rispetto della Spending Review; i recuperi sono ottenuti anche grazie all'applicazione degli effetti (trascinati) delle gare Intercenter e di Area Vasta e ad una ulteriore riduzione degli acquisti aziendali ed in economia, pressochè azzerati;

- Ulteriormente si è fatto ricorso ad una politica di rigore dei consumi di beni e servizi e nella gestione delle risorse umane, messa in campo nel corso dell'ultimo anno.
- Recupero sulla spesa per le risorse umane, eccedenti rispetto alle performance medie regionali, conseguenti ad un attento governo del turn over e degli incarichi a tempo determinato e professionali. Ciò ha consentito una riduzione del 2,4 % rispetto al 2011, inferiore a quanto previsto per l'Azienda nella Delibera di programmazione per il 2012 (-0,8%); L'indice di Turn over, calcolato in base alle indicazioni regionali, è stato inferiore al 20%. I posti vacanti al 31.12.2012 sono stati determinati per differenza fra le cessazioni dell'anno, numero 106 e le assunzioni dell'anno stesso o comunque riconducibili alla programmazione 2012 anche se in parte realizzatesi nel 2013 per motivi connessi alle dinamiche procedurali della assunzioni/trasferimenti, escluse quelle per effetto di stabilizzazioni o di internalizzazione di servizi per un consuntivo a saldo di n. 19 unità.
- Il governo degli accordi aziendali del personale convenzionato in particolare della medicina generale e degli specialisti convenzionati; nella prima area si è agito in modo coerente alla ridefinizione del piano presidi territoriali ed ospedalieri e alla oculata attivazione di Medicine di gruppo e al contenimento delle prestazioni di particolare impegno professionale, realizzando un primo passo per il riallineamento alla media regionale, dal quale questa Azienda dista sia rispetto ai valori di costo pro-capite (7 €) sia rispetto agli incrementi medi 201-2011 degli accordi aziendali (+ 7 Azienda / + 3% RER) nella seconda area verso un attento governo delle sostituzioni ed una riorganizzazione e centralizzazione dei punti di erogazione dei servizi; valore e percentuale
- Ulteriore miglioramento dei costi e del governo dell'assistenza protesica, che già per l'Azienda fa registrare performances migliorative rispetto ai valori medi regionali
- limitazione al ricorso delle forme di lavoro atipico fino a ridurre la spesa al di sotto del -7% rispetto al consuntivo 2011;
- minori oneri legati a servizi logistici e manutentivi conseguenti anche alla pervenuta inagibilità di alcune strutture ;
- ricontrattazione ed omogeneizzazione del livello di costi previsti per il rimborso delle personale infermieristico presso le strutture socio sanitarie
- Rinegoziazione e transazione, approvata dal livello regionale, dell'eccedenza produttiva 2010 delle strutture private accreditate provinciali;
- Completamento Laboratorio unico provinciale e trasferimento a Cona degli esami per esterni del Delta, con un recupero netto sull'Azienda di minori costi pari a 0,3 milioni di euro, piu' consistente ancora a livello provinciale
- Il nuovo accordo integrativo aziendale con i MMG, siglato a maggio 2013, basato su obiettivi di appropriatezza della prescrizione farmaceutica, ha contribuito alla buona performance della farmaceutica convenzionata pari al -11,35% vs. 2011 contro un -9,4% inizialmente previsto, a fronte di un valore medio regionale ancora più basso.

2 La struttura dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari in Emilia Romagna

2.1. Il grado di copertura dei LEA¹

La popolazione residente nell'Azienda USL di Ferrara al 1° gennaio 2012 ammonta a 359.686 abitanti, in lieve calo rispetto all'anno 2011. La popolazione residente, cresce da 10 anni meno della media regionale, nel 2012 si assiste per la prima volta ad una riduzione rispetto all'anno precedente.

La popolazione è distribuita con discreta disomogeneità nei tre Distretti:

Centro-Nord: circa 177.898 abitanti, Sud-Est circa 102.687 abitanti, Ovest circa 79.101 abitanti.

Lo scarso numero di abitanti per chilometro quadrato (136,8 abitanti/Kmq rispetto ai 201,6 della Regione Emilia Romagna) è un parametro importante per i costi in sanità, che se non corretti, rischiano di mostrare una relazione inversa automatica.

¹ I dati si riferiscono all'ultima edizione del Bilancio di Missione – Anno 2011, in attesa degli aggiornamenti da parte della Regione Emilia-Romagna.

Il distretto Sud-Est con 77,2 abitanti per chilometro quadrato ha una densità paragonabile alle aree di montagna. Solo 4 Comuni fungono da poli di attrazione per il 60% della popolazione ferrarese (Ferrara, Cento, Comacchio e Argenta). Il restante 40% degli abitanti è distribuito su un ampio territorio con differenze di densità demografica di quasi 20 volte, si va infatti dai 552,0 abitanti/kmq di Cento ai 28,2 abitanti/kmq di Jolanda di Savoia.

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 è maggiore di quasi 3 anni rispetto all'età media in regione. Questa caratteristica è dovuta alla concomitante presenza nella provincia di Ferrara di un'alta percentuale di over 65 (25,8%), tra le più alte in Italia, e di una bassissima percentuale di under 15 (11,1%), la più bassa in Italia. Il distretto Ovest, rispetto agli altri distretti, presenta la percentuale più alta di popolazione inferiore ai 40 anni (77,6% rispetto al 72,9% del Centro Nord e 74,0% del Sud Est) e di conseguenza anche il più basso indice di vecchiaia (164 individui con 65 anni o più ogni 100 individui in età 0-14 anni). La popolazione ultra sessantacinquenne residente a Ferrara nel 2012 risulta pari a 92.648 persone su una popolazione di 359.686 abitanti (25,8%). I ferraresi ultra75enni sono pari a 48.041 persone (13,4% dei residenti; in regione sono l'11,7%). Le persone con più di 85 anni possono essere considerate come un gruppo di popolazione interamente bisognoso di assistenza: si tratta di 13.835 persone pari al 3,8% dei residenti (in regione: 3,6%). Una stima più accurata della popolazione anziana a rischio di fragilità e con disabilità è possibile sulla base dei risultati dell'indagine PASSI d'Argento effettuata nel 2009. In generale, l'indice di vecchiaia (valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi) è in diminuzione in tutta la Regione [sono in ripresa le nascite] (167,3 vs 170,2 dell'anno 2010), sebbene rimanga a livelli elevati. L'indice più alto si registra nella Provincia di Ferrara (231,01). Sull'Appennino e nel basso ferrarese l'indice di vecchiaia è in genere molto elevato, riflettendo il progressivo spopolamento del territorio con permanenza della sola componente anziana. Nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani. In questo modo numeratore e denominatore variano in senso opposto esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione. Ferrara si è distinta nel corso degli anni per una presenza più ridotta di stranieri rispetto alla regione: nel 2012 erano residenti 29.067 stranieri pari a 8,1 stranieri ogni 100 abitanti (8,6 femmine e 7,5 maschi) rispetto all'11,9 della regione.

Il capoluogo conta il maggior numero di stranieri residenti (11.581), mentre il comune di Portomaggiore con 1.710 stranieri residenti presenta la più elevata percentuale di stranieri rispetto al totale della popolazione (13,8%). La modesta presenza di stranieri nel ferrarese ha comportato nell'ultimo periodo un incremento relativo di stranieri maggiore in alcune aree del ferrarese rispetto a molte altre aree della regione.

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 2011 la provincia di Ferrara ha registrato il tasso di mortalità più alto in Regione Emilia Romagna (1.048 per 100.000 abitanti, rispetto a 952 dell'Emilia-Romagna). Gli anni di vita potenzialmente persi (PYLL) (calcolati sul triennio 2009-2011) sono stati 9,99 per le femmine (RER=10,71) e 11,66 nei maschi (RER=12,25). 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 delle principali cause di morte (grandi gruppi), seguono poi le malattie dell'apparato respiratorio, apparato digerente e le morti da trauma.

Centrale nell'analisi dei costi è l'indicatore **costi pro-capite** per livelli di assistenza, espresso come rapporto tra il costo per livelli di assistenza e la popolazione pesata di riferimento, ossia la popolazione residente integrata con criteri di ponderazione equi e trasparenti.

I dati disponibili sono relativi all'anno 2011, per i quali si presenta un sintetico commento. Nell'anno 2012, le elaborazioni aziendali evidenziano un miglioramento di circa 15 euro pro-capite, ma non si dispone ovviamente di confronti con i valori medi regionali.

Il costo medio pro capite sostenuto dalle singole Aziende Usl per garantire i livelli di assistenza presenta consistenti differenze fra i diversi contesti provinciali.

Le Aziende Usl che storicamente hanno un costo pro-capite inferiore alla media regionale, o che negli ultimi anni si sono portate in linea con la media, sono Reggio Emilia, Parma, Rimini, Piacenza e Modena, mentre tutte le altre Aziende Usl, come Ferrara, hanno avuto negli anni un costo pro-capite superiore alla media.

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

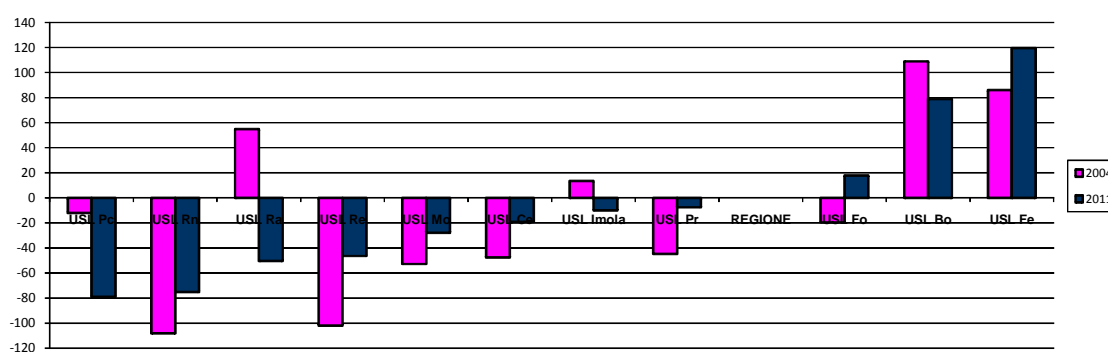
E' pertanto doveroso compiere tutti gli sforzi necessari a perseguire migliori performances, con la riduzione delle aree di inappropriata erogativa ed il recupero dei margini di efficienza nella produzione ed erogazione delle prestazioni.

La tabella che riepiloga il periodo 2004-2011 mostra in modo evidente come, fino al 2010, l'Azienda USL di Ferrara, intesa come sommatoria dei costi sostenuti dall'Azienda Territoriale e dall'Azienda Ospedaliera sia arrivata all'ultimo posto della Regione facendo registrare il peggior risultato, con uno scostamento che tende, in assenza di correttivi alla rete dei servizi, ad aumentare in modo esponenziale; il sistema sanitario regionale non è più in grado di sostenere queste performances, soprattutto in un sistema di riduzione di risorse complessive, nel quale il principio di equità dei cittadini e del loro pari trattamento risulta fondamentale. Nel 2011 si vede un lieve recupero di circa 3 Euro, il segno dell'inversione di tendenza che andrà consolidata e strutturata negli anni a venire.

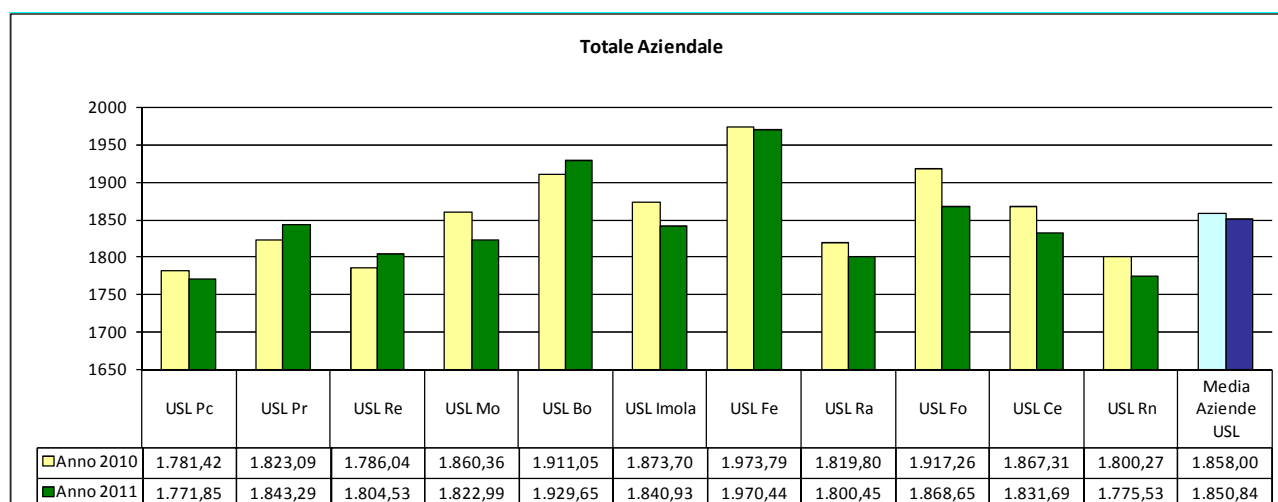
SCOSTAMENTO DALLA MEDIA ANNI 2004 - 2011

PARTE 1	2004				2011			
	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	scostament o totale aziendale	Costo livello (k€)	Popolazione Pesata	Costo procapite (€)	scostament o totale aziendale
USL Pc	426.560	283.757	1.503	-12	532.403	300.478	1.772	-79
USL Rn	377.585	268.323	1.407	-108	558.652	314.639	1.776	-75
USL Ra	578.886	368.656	1.570	55	718.315	398.965	1.800	-50
USL Re	648.140	458.572	1.413	-102	912.579	505.716	1.805	-46
USL Mo	918.110	627.758	1.463	-53	1.239.306	679.822	1.823	-28
USL Ce	266.923	181.843	1.468	-47	369.156	201.539	1.832	-19
USL Imola	187.184	122.436	1.529	13	243.028	132.014	1.841	-10
USL Pr	616.895	419.438	1.471	-45	822.275	446.091	1.843	-8
REGIONE	6.214.992	4.101.324	1.515	0	8.203.738	4.432.439	1.851	0
USL Fo	268.694	179.624	1.496	-19	357.903	191.530	1.869	18
USL Bo	1.341.267	825.766	1.624	109	1.697.288	879.582	1.930	79
USL Fe	584.749	365.150	1.601	86	752.832	382.062	1.970	120

Scostamento del costo pro-capite aziendale dalla media Aziende USL



Come detto, nel biennio 2010-2011, si evidenzia una lieve inversione di tendenza nei costi complessivamente sostenuti dalle due Aziende provinciali, un miglioramento pari a 3 euro pro-capite, tale miglioramento è riferibile all'azione congiunta delle due Aziende Sanitarie ferraresi, rappresentate congiuntamente nei grafici e tabelle qui riportate. Il grafico che segue rappresenta in sintesi lo scostamento, ancora eclatante, del Costo pro-capite, nel rapporto domanda/offerta della provincia nel contesto Regionale ove si evidenzia per la provincia di Ferrara un valore 2011 pari a 1.970,44 Euro rispetto a quello Regionale di 1.850,44 con uno scostamento dalla media aziendale di +119,6 euro pro-capite (+6%).



Le criticità che più delle altre condizionano gli scostamenti dalla media RER, in particolare sono collegati a:

- Specialistica + 48,72 euro p.c. (+15%)
- Degenza + 57,68 euro p.c. (+8%)
- Salute mentale adulti +12,58 euro p.c. (+16%)
- Emergenza 118 +10,75 euro p.c. (+29%)
- Sanità Pubblica + 9,61 euro p.c. (+17%)
- Assistenza Domiciliare +8,16 euro p.c. (+16%)
- Medicina di Base +7 euro p.c. (+6%)
- Farmaceutica + 3 euro p.c. (+1,37%)

Se si considera il maggior costo per ciascun cittadino ferrarese pari a 119,06 € e lo si moltiplica per la popolazione pesata pari a 382.062 abitanti si ottiene la dimensione del divario strutturale che separa la Provincia di Ferrara dalla media regionale: 45,694 milioni di euro, che è necessario recuperare con un Piano di sostenibilità pluriennale ed un riassetto manutentivo, già iniziato nel 2011 e consolidatosi nel 2012.

Il raggiungimento dell'equilibrio di Bilancio nel 2012 costituisce un punto di riferimento fondamentale per il buon esito delle strategie aziendali, in quanto evidenzia da un lato la concreta bontà di azioni virtuose ed incisive, in linea con un adeguato quali-quantitativo dei servizi; allo stesso tempo consente di programmare il 2013, anno particolarmente critico in termine di finanziamenti senza alcuna eridarietà negativa riferita all'anno precedente.

2.2 Le dinamiche di crescita dei costi dei servizi sanitari e socio-sanitari, le disomogeneità dei costi per LEA ed i risultati attesi nell'ipotesi di allineamento sulle best performances

Le criticità che più delle altre condizionano gli scostamenti del Costo pro-capite dalla media RER, in particolare sono collegati a:

- Specialistica + 48,72 euro p.c. (+15%)
- Degenza + 57,68 euro p.c. (+8%)
- Salute mentale adulti +12,58 euro p.c. (+16%)
- Emergenza 118 +10,75 euro p.c. (+29%)
- Sanità Pubblica + 9,61 euro p.c. (+17%)
- Assistenza Domiciliare +8,16 euro p.c. (+16%)
- Medicina di Base +7 euro p.c. (+6%)
- Farmaceutica + 3 euro p.c. (+1,37%).

Per ciascuna di queste Aree critiche sono state progettate ed in parte già avviate nel 2011 azioni volte a:

- ridurre il consumo inappropriato di prestazioni specialistiche,
- concentrare e unificare le sedi erogatrici di offerta,
- rivedere i contratti aziendali con i MMG per connotarli maggiormente rispetto alla prescrizione appropriata, sia specialistica che farmaceutica,

- iniziare lo studio del progetto di revisione del Sistema Emergenza e partecipare attivamente ai lavori della unificazione della Centrale Operativa 118 a livello di Area Vasta (inclusa Modena).

3. Le linee di azione strategica: innovazione nei processi di cura

3.1 Rileggere e ridefinire i processi di cura

L'obiettivo ha riguardato la prevenzione attiva delle conseguenze sociali legate alla condizione di solitudine, di fragilità e di non autosufficienza nei programmi di ambito distrettuale realizzando un fattivo supporto delle forme aggregative, delle reti relazionali e sociali esistenti sul territorio.

Nei tre Piani distrettuali per la non-autosufficienza (realizzati con la partecipazione ed il concorso degli operatori dell'Az. USL), sono state inserite azioni che, finalizzate a garantire una migliore qualità della vita delle persone fragili

- teleassistenza, telecontrollo e telesorveglianza assicurare un contatto mediante telefonate programmate per verificare la situazione della persona e con la finalità di aumentare il senso di sicurezza di autonomia e di benessere della persona;
- potenziamento del punto di accesso telefonico (call contact center) attraverso il quale il cittadino può ricevere informazioni ed accedere ai servizi sociali e socio-sanitari;
- attività ed iniziative con valore preventivo e di mantenimento delle autonomie e degli equilibri personali e sociali;
- attività per gruppi omogenei di destinatari (contrasto della solitudine e dell'isolamento, ginnastica per anziani, ecc.)
- azioni per favorire il mantenimento della salute e la qualità della vita delle persone anziane che vivono sole e maggiormente esposte alla perdita di autonomia e alla possibilità di allontanamento dal loro domicilio (Progetto "Giuseppina" del Comune di Ferrara).

Realizzazione di un Piano distrettuale per la non autosufficienza per ogni distretto con previsione di azioni a contrasto della fragilità.

N. persone anziane coinvolte:

- Distretto Ovest: > 200;
- Distretto Centro-Nord: > 1.000;
- Distretto Sud-Est: >300.

Sono stati adottati i Piani Distrettuali per la Non Autosufficienza. Le azioni previste dall'obiettivo sono state progettate ed avviate. E' stata adottata la Delibera del Direttore Generale per l'attuazione delle azioni promosse dall'Az. USL di Ferrara (Vedi Delibera DG n. 188/2012).

3.2 Le relazioni con i cittadini

Il percorso relazionale con i cittadini prevede l'adozione di strumenti e processi di ascolto, condivisione, costruzione partecipata dei processi di cura, monitoraggio, valutazione e rendicontazione degli esiti.

L'AUSL di Ferrara vanta un impegno decennale sulle pari opportunità. Nell'anno 2012 il Comitato Unico di Garanzia (CUG) ha rinnovato il Piano delle Azioni Positive, già attivo. Dall'anno 2008 l'AUSL nel proprio Piano Formativo Annuale ha inserito, come tema trasversale, le pari opportunità, cui nel 2012 ha aggiunto il tema dell'equità.

A differenza dei precedenti Comitati, il CUG assumendo un ruolo propositivo, consultivo e di valutazione/monitoraggio, pare possa prefigurare un'azione più efficace ed incisiva e stabilire una fattiva cooperazione interna all'Azienda.

L'attività del CUG si è svolta in continuità con l'attività e le azioni poste in essere dai precedenti Comitati Pari Opportunità e contrasto al fenomeno Mobbing. L'Azienda aveva già deliberato un solo Comitato per ogni tipo di tema trattato ed aveva scelto un unico Presidente: la stessa persona poi confermata per il CUG. Ciò ha favorito una sorta di sperimentazione pre-CUG, con riunioni congiunte Pari Opportunità e Mobbing già dall'anno 2011, incrementando l'efficacia/efficienza.

Le azioni svolte dal CUG dal maggio 2011 al dicembre 2012 sono sintetizzabili nelle seguenti iniziative:

- Adozione del Regolamento CUG,
- Realizzazione dell'area dedicata al CUG sul sito WEB,

- Istituzione della casella di posta elettronica,
- Comunicazione alla Consigliera Regionale e Provinciale di Parità,
- Codice etico di comportamento,
- Consigliera di fiducia e Sportello d'ascolto,
- Formazione: Progettazione, sviluppo e offerta di seminari formativi ai componenti del CUG e a tutte/i le/i dipendenti. Offerte comprese nel Piano Formativo Aziendale PAF,
- Inviato programma di lavoro al Direttore Generale,
- Osservatorio sul telelavoro,
- Reportistica,
- Promuovere la partecipazione al progetto ONDA,
- Progetti finanziati, candidati al finanziamento, e proposti.

Il Comitato Consultivo Misto nel 2012 si è riunito 11 volte, esaminando vari argomenti e documenti specifici del territorio Distrettuale:

- Problematiche per la cittadinanza ferrarese a seguito dell'apertura dell'Ospedale di Cona,
- Ospedale di Copparo: Palestra, Ambulatorio H12, qualità percepita, gestione pazienti cronici,
- Conferenze sui temi dell'Osteoporosi – MOC (con distribuzione del Depliant realizzato dai CC.CC.MM.), sulla prevenzione degli incidenti domestici e sul corretto uso dei farmaci,
- Gruppi di lavoro tematici:
 1. analisi delle segnalazioni di disservizio raccolte dagli URP di Copparo e Ferrara, comprese quelle raccolte nelle cassette CCM
 2. gruppo di lavoro interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa, insieme al CCM dell'AOSPUN.

3.3 Le strategie di integrazione in Area Vasta

Nel corso dell'anno 2011 è stato avviato il percorso per la definizione dell'Accordo Quadro di AVEC, secondo quanto previsto dalle Direttive Regionali sull'istituzione delle Aree Vaste, che è stato portato a termine nell'anno 2012 con la validazione di conformità da parte dell'Assessorato regionale alla Salute. A tale percorso l'Azienda ha attivamente partecipato, anche nella delegazione trattante con le OOSS confederate.

Inoltre, ha visto una prima applicazione delle Convenzioni tra ASL, attraverso la costituzione del Registro Tumori di Area Vasta con documento n. 380 sottoscritto in data 28/12/2012.

L'Azienda di Ferrara ha partecipato attivamente alle tematiche sviluppate nel corso dell'anno in seno all'AVEC, sia come Direzioni tecniche amministrative e sanitarie, sia come gruppi di lavoro di professionisti. Le attività maggiormente significative sono state:

1. Formalizzazione dell'Accordo Quadro AVEC e istituzione nuovi organismi (decorrenza 12.10.2012; documento di riferimento prot. 37/01-12 del 6.11.2012);
2. Commissione del Farmaco di AVEC (documento di riferimento prot. 17/01-12 del 17.05.2012);
3. Completamento dell'iter istruttorio, costituzione ed avvio attività del Registro Tumori di AVEC (documento di riferimento prot. 30/01-12 del 15.10.2012);
4. Attività dei gruppi di lavoro per la definizione di protocolli e procedure condivise, studi ed approfondimenti e percorsi progettuali, in materia amministrativa:
 - a) adempimenti per l'applicazione del "Decreto Balduzzi" per quanto concerne l'Attività Libero Professionale — ricognizione presso le Aziende Sanitarie (documenti di riferimento del dicembre 2012);
 - b) "Certificazione di bilancio" documento inoltrato alla Regione quale contributo per la definizione degli adempimenti delle Aziende, organizzando anche un corso di Area Vasta, insieme alla ASL di Bologna, per tutti i professionisti tecnico- amministrativi AVEC.
5. Procedure di gara comuni svolte in AVEC;
6. Partecipazione al progetto per l'unificazione dei Servizi Acquisti di AVEC validato dal Comitato dei Direttori Generali;
7. partecipazione alla attività dei gruppi per la definizione di protocolli e procedure condivise, studi ed approfondimenti e percorsi progettuali in campo sanitario/assistenziale:

- a) IMA STEMI - 118 (documento di riferimento prot. 21/01-12 del 11.07.2012)
 b) Audit gruppo riabilitazione su "Frattura del femore nell'anziano" (documento di riferimento prot. 28/01-12 del 10.10.2012);
 c) Documento su "Medicina dello Sport" (documento di riferimento prot. 2/01-12 del 10.01.2013);
 d) Progetto Laboratorio Unico di AVEC (documento di riferimento prot. 56/01-12 del 13.12.2012) con analisi dei costi sviluppati dai controlli di gestione;
8. Attività formativa - area tecnico amministrativa, gestita e svolta in ambito AVEC, sviluppando congiuntamente alle altre Aziende i corsi formativi di cui al paragrafo 4.5.1.

Come previsto nel **Piano Formativo AVEC 2012 per l'Area Amministrativa**, approvato dal Collegio dei Direttori Amministrativi delle Aziende sanitarie associate, nel 2012 la nostra Azienda ha realizzato il corso: "Manovra Monti: Impatto sul Pubblico Impiego", rivolto in particolare agli operatori delle strutture aziendali di gestione del personale, al quale hanno partecipato 65 dipendenti delle Aziende Sanitarie di Area Vasta.

L'iniziativa formativa, della durata di 8 ore, è stata realizzata il 18 dicembre 2012 presso l'Hotel Carlton di Ferrara. L'obiettivo specifico era quello di verificare ed analizzare l'impatto dei contenuti della Manovra sul rapporto di lavoro dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale; come risulta dai dati di valutazione espressi nel questionario di gradimento sia dai partecipanti che dal Responsabile del corso, è stato raggiunto nella misura del 87%.

Anche la valutazione relativa al docente è stata positiva con un gradimento del 90%, come del resto il giudizio complessivo con un valore del 87%.

A conclusione del corso è stato consegnato a tutti gli operatori presenti il materiale didattico con un'ampia bibliografia e l'attestato.

PIANO FORMATIVO AVEC 2012 - AREA TECNICO AMMINISTRATIVA -				Allegato 2	
AZIENDA	TEMATICA	NOTE / VALUTAZIONI	NUMERO PARTECIPANTI	COSTO €	
USL IMOLA	Regolamento di attuazione del Codice dei Contratti Pubblici con particolare riferimento alle problematiche inerenti l'aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa	rilevanza argomenti: da abbastanza a molto rilevante 83 qualità: da soddisfacente a eccellente 83 efficacia evento: da abbastanza a molto efficace 75 aspettativa: da soddisfatto a molto soddisfatto 79	91	€ 3.792,32	
AOSP FERRARA	La Decertificazione della P.A. con privati in base alla L. 183/2011 e collegamenti con il decreto legge sulle semplificazioni"	2 edizioni: la I per dirigenti - la II per tutto il personale interessato	126	€ 5.303,00	
AUSL FERRARA	MANOVRA MONTI: IMPATTO SUL PUBBLICO IMPIEGO - CORSO DI AREA VASTA (Titolo iniziativa modificato)	La valutazione sul giudizio dei partecipanti ha dato esito molto positivo sia rispetto al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti, sia rispetto al docente. Lo stesso giudizio è stato espresso anche dal Responsabile del corso.	65	€ 1.380,00	
USL BOLOGNA	La sicurezza elettrica nell'utilizzo delle apparecchiature elettromedicali	Si segnala che hanno superato la prova 397 professionisti su 399, sono state organizzate 13 edizioni e 1 edizione per la sede IOR Sicilia pagata ma non accreditata da AUSL BO	399	1.146,19	

IOR	Parte applicativa del Codice dell'Amministrazione Digitale limitata alla posta certificata, alla firma digitale, etc....	Il corso di natura residenziale, ha presentato un'introduzione agli innumerevoli temi trattati dal Codice dell'Amministrazione Digitale. Ha suscitato un vivo interesse da parte dei partecipanti, emerso anche dai questionari di gradimento, tant'è che per questo anno proponiamo un approfondimento sempre nell'ambito del Codice dell'Amministrazione Digitale	95	€ 760,00
AOSP BOLOGNA	1. I livelli di relazioni sindacali alla luce dei decreti legislativi 150/09 e 141/11 - Campo d'intervento e limiti della contrattazione collettiva; 2. Obblighi informativi alla corte dei conti: sentenze di condanna civili e penali, transizioni, danno all'immagine, provvisoria, etc		45	€ 1.887,00
			74	€ 138,00
AVEC in collaborazione con Società di Brokeraggio (Segreteria organizzativa AOSP Bologna)	La centralità della gestione sinistri		44	0
TOTALE			939	€ 11.621,51

Con riferimento alla Area Sanitaria, l'azienda sanitaria ha partecipato ai progetti di Area Vasta, nonché a sviluppare, consolidare ed implementare il modello di lavoro per gruppi professionali, partecipando, alla programmazione delle attività.

Durante l'anno 2012 si è concorso direttamente alla:

- Implementazione delle migliori pratiche relative al Percorso Nascita presenti nelle Aziende AVEC;
- Attivazione ed all'avvio delle attività della Commissione Unica del Farmaco AVEC
- Attivazione ed all'avvio delle attività del Registro Tumori di AVEC;
- partecipazione al progetto del Laboratorio Unico di AVEC;
- Integrazione in AVEC delle attività di Epidemiologia;
- Integrazione in AVEC delle attività di Medicina dello Sport,
- Predisposizione capitolato gara in Area Vasta per Laboratorio Unico.
- partecipazione al progetto per la gestione dei Disturbi del Comportamento Alimentare in AVEC;
- partecipazione attiva alla progettazione del Corso di formazione manageriale per i direttori di Struttura Complessa dell'AVEC, all'interno del quale il Direttore sanitario ed amministrativo dell'Azienda sono peraltro docenti.

Con riferimento alle attività relative agli acquisti ed alle procedure di gara, si rimanda allo specifico paragrafo 4.5 "Il governo dei processi d'acquisto dei beni e servizi".

3.4 Le politiche delle cure ospedaliere

I mutamenti degli Obiettivi di salute, delle opportunità diagnostico-terapeutiche, degli standard di prodotto e dell'assetto organizzativo provinciale e sovra-provinciale delle 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.

In particolare sono stati attivati percorsi progettuali ed operativi sulle seguenti Aree:

1) Dipartimento di Chirurgia

- a. Centralizzazione delle attività chirurgiche (Ordinaria e di Day Surgery) da 5 sedi su 3 sedi (Delta; Cento Argenta).
- b. Centralizzazione delle attività di endoscopia da 5 sedi su 3 sedi (Delta; Cento Argenta). (Progetto Interdipartimentale Dip. Chirurgia e Dip. Medicina).
- c. Riorganizzazione della U.O. di Chirurgia di Argenta con integrazione a U.O. Chirurgia Delta.
- d. Superamento della Degenza di Chirurgia Ordinaria e di Day Surgery Ospedale di Comacchio.
- e. Progetto di riorganizzazione delle attività aziendali di Urologia.

- f. Progetto di Riorganizzazione delle attività aziendali di Ortopedia.
 - g. Attivazione della 5 days surgery Ospedale Cento ed Argenta.
- 2) Dipartimento di Medicina
- a. Superamento della U.O. di Gastroenterologia Ospedale del Delta.
 - b. Riorganizzazione M.O. Medicina Ospedale di Comacchio.
 - c. Riorganizzazione Cardiologia Territoriale.
 - d. Attivazione Medicina a Bassa Intensità di Cure (Copparo-Comacchio).
 - e. Percorso di Integrazione Medicina di Cento e LPA Cento.
 - f. Azioni di Collaborazione ed Integrazione con l’Azienda Ospedaliera di Ferrara nuova sede di Cona.
 - g. Azioni di integrazione dell’Assistenza Diabetologica Specialista-M.M.G. e interaziendale.
 - h. Integrazione funzionale tra le U.O. di Cardiologia di Cento-Delta
- 3) Dipartimento Emergenza
- a. Integrazione nel Dipartimento della centrale Operativa -118 (ex. AOU S. Anna).
 - b. Sviluppo del nuovo assetto provinciale del 118.
 - c. Supporto alla riorganizzazione del Dip. Chirurgico ed al Trasferimento di S. Anna a Cona.
 - d. Programma di superamento del P.P.I. di Copparo.
 - e. Attivazione doppia presenza medico 118 PS Argenta.
- 4) Dipartimento Materno Infantile
- a. Riorganizzazione delle funzioni del Dipartimento
 - b. Riorganizzazione funzioni di Pediatria e superamento dell’Ambulatorio pediatrico ad accesso diretto dell’H. del Delta.

4 Il governo delle risorse

4.1 Il vincolo dell’equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie

In sede di predisposizione del Bilancio preventivo si è provveduto a determinare l’obiettivo economico in linea con le indicazioni regionali.

Con riferimento agli effetti d’impatto della Dlgs 118/2011 è stato compilato per la regione la scheda di valutazione dei nuovi coefficienti di ammortamento.

Sono stati elaborati i materiali per la verifica straordinaria di Giugno, Settembre e Preconsuntivo Dicembre secondo le indicazioni e gli schemi regionali.

Si è proceduto ad una progressiva riduzione dei tempi di pagamento nei confronti dei fornitori di beni e servizi fino al raggiungimento dei 230 gg. limite come richiesto dalla Regione.

Esposizione Debitoria

L’Azienda USL di Ferrara ha dato seguito ad un consistente piano di pagamenti nel corso del 2012, che nei limiti delle possibilità offerte dall’esposizione Debitoria nei confronti della Tesoreria mediante il ricorso all’anticipazione ha consentito il raggiungimento del risultato evidenziato in tabella:

	ANNO 2012	Anno 2011
Beni economici	230	300
Beni farmaceutici	230	300
Servizi in appalto	180	200
Farmaceutica convenzionata	30	30
Casi di cura (*)	150	120
Assistenza Termale	120	120
Cooperative sociali	90	90
Enti gestori case protette	90	90
Protesica	130	130
Attrezzature	150	150

Il ricorso medio mensile all'anticipazione di tesoreria è passato da 31,3 milioni del 2011 a 35,4 milioni del 2012.

Con riferimento all'erogazione straordinaria di cassa disposta dalla Regione con DGR 740/2012 finalizzata a garantire il supporto finanziario alle imprese situate nelle zone colpite dal sisma, l'Azienda USL di Ferrara ha disposto periodici pagamenti mensili tesi a garantire la liquidazione immediata delle fatture corrispondenti a debiti certi nei confronti delle Aziende situate nei Comuni indicati con DM del 1 giugno 2012.

Allo stato attuale sono stati effettuati pagamenti per un valore complessivo pari a 6 milioni di euro. E' intenzione dell'Azienda USL di Ferrara continuare anche per tutto il 2013 a garantire tale disponibilità nei confronti delle suddette imprese. Un ulteriore elemento di attenzione nei confronti dei Fornitori è rappresentato dall'attivazione del Portale Fornitori "Profis", al quale ciascun fornitore può accedere autonomamente, ricevendo informazioni in tempo reale, per controllare gli "estratto conto" delle proprie fatture nell'ambito della contabilità dell'Azienda USL

4.2 Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio

Nel corso del primo semestre, sono state eseguite le seguenti attività:

- è stata prodotta per la regione la scheda di valutazione d'impatto dei nuovi coefficienti di ammortamento Dlgs 118/2011,
- sono stati adottati gli schemi contabili di cui al DLgs 118/2011 nella formulazione del Bilancio preventivo, in particolare per quanto attiene lo schema economico e il rendiconto finanziario preventivo,
- è stata riscontrata e completata la matrice regionale concernente la situazione creditoria e debitoria nei confronti delle altre Aziende Sanitarie, riscontrando i reciproci rapporti di scambio per prestazioni,
- è stata completata la rilevazione regionale in merito allo stato dei fondi rischi iscritti in contabilità,
- in Area Vasta Centro si è partecipato alla redazione di un documento riguardante gli effetti economico organizzativi conseguenti all'applicazione del DLGS 118/2011 e della certificabilità del bilancio,
- E' stato aggiornato il Piano dei Conti Aziendale secondo lo schema del Dlgs 118 e in base alle indicazioni Regionali.

Sono state effettuate le prove di compatibilità del Piano dei conti Aziendali con il Piano dei conti Regionale, producendo esito positivo.

Progetto di certificazione in Area Vasta Centro

L'Azienda ha partecipato alla stesura di un documento di Area Vasta Centro contenente gli effetti organizzativi ed economici legati al rispetto dei requisiti richiesti per la certificabilità.

E' stato organizzato, dall'Azienda un primo evento formativo aziendale di sei giornate nel periodo di fine Marzo 2012, cui hanno partecipato operatori amministrativi di tutta l'azienda con l'obiettivo di approfondire le conoscenze contabili in vista della certificabilità del Bilancio.

Sono stati inseriti sulla piattaforma internet numerosi regolamenti operativi concernenti le procedure contabili, oltre che una nuova versione del piano dei conti aziendali.

Organizzazione congiunta con AUSL di Bologna del corso per "La certificazione delle procedure amministrative nelle Aziende sanitarie nella Regione Emilia-Romagna - Area Vasta Emilia Centrale" tenutosi in due edizioni (Dicembre 2011 e Gennaio 2012), con il coinvolgimento integrato di numerose figure delle aree amministrative e sanitarie.

4.3 Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Le risorse del FRNA per l'anno 2012 sono state ripartite fra i distretti dalla CTSS nella seduta del 14 maggio 2012 come è rappresentato nel Bilancio preventivo approvato con delibera n. 111 del 27/04/2012- la ripartizione è stata recepita con apposito provvedimento deliberativo 154 dell'8 giugno 2012:

C.T.S.S. Ferrara				
Ripartizione ai Distretti delle Risorse per la Non Autosufficienza (FRNA-FNA) Anno 2012				
RISORSE FRNA-FNA 2012 RIPARTITE AI DISTRETTI	Azienda Usl	Distretto OVEST	Distretto CENTRO-N	Distretto SUD-EST
A. 1. Quota ripartita per ONERI "RETE STORICA" strutture residenziali e semiresidenziali per anziani al 31.12.2008 (+ 12 p.l. art.20 L.67/88 S. Agostino)	19.177.749	3.148.685	10.645.241	5.383.823
% Pop. >75 al 01/01/2011	100,00	19,14	52,43	28,43
A.2. Rimanente quota FRNA ripartita su popolazione => 75 anni al 1.1.2011	10.237.180	1.959.396	5.367.353	2.910.430
A. Totale ripartizione Quota FRNA 2012 assegnata su popol. = >75 anni al 01/01/2011	29.414.929	5.108.081	16.012.594	8.294.253
B.1. Quota gravissime disabilità acquisite DGR 2068/2004 (Ripartiz. "Storico" 2010)	1.056.515	169.090	529.385	358.040
% Pop. 15-64 al 01/01/2011	100	22,16	49,13	28,71
B.2. Quota RETE DISABILI (Ripartiz. per popolazione 15-64 anni)	8.012.349	1.775.537	3.936.467	2.300.345
C. Accreditemento-solo quota aggiuntiva per gestioni particolari	601.016	135.750	245.244	220.022
TOTALE RIPARTIZIONE DISTRETT. ASSEGNAZIONI FRNA 2012	39.084.809	7.188.458	20.723.691	11.172.661
% Distrettuale della quota aggiuntiva per gestioni particolari (C.)	100	22,59	40,80	36,61
D. Accantonamento FRNA 2011 risorse per verifica gestioni particolari (punto h) DGR 1799/2011) - ripartizione su % C.	104.710	23.654	42.722	38.334
% Pop. >75 al 01/01/2010	100,00	19,16	52,39	28,45
E. FNA su pop. > 75 anni al 01.01.2010	164.512	31.523	86.184	46.805
% Pop. >45 al 01/01/2011	100	19,80	51,27	28,93
F. FNA su pop. > 45 anni al 01.01.2011 - SLA	333.392	66.012	170.930	96.450
TOTALE RIPARTIZIONE DISTRETTUALE RISORSE DA PROGRAMMARE NEL 2012 FRNA+FNA (al netto dei trascinamenti)	39.687.423	7.309.646	21.023.526	11.354.250
residui	6.077.426,79	1.607.820,27	2.617.377,01	1.852.229,51

La distribuzione del FRNA sui tre distretti dell'Azienda è stata realizzata, secondo la prassi consolidata, considerando cioè la suddivisione storica dei servizi e dei presidi socio-sanitari sul territorio. Il sistema di accreditamento ed il

passaggio ad un sistema tariffario omogeneo nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani e disabili è stato funzionale ad una ripartizione assolutamente razionale. I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano e i Comitati di Distretto hanno programmato un risparmio di risorse per poter affrontare la mancanza del FNA. Oltre al risparmio programmato si è realizzato un ulteriore risparmio nelle voci che vedono un partecipazione dei bilanci sociali e negli assegni di cura.

Ai sensi della DGR 1206/2007 allegato 1, il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza ha contabilità separata a destinazione vincolata nell'ambito del bilancio delle Aziende USL.

I dati di seguito indicati sono i risultati di bilancio delle spese sostenute nel corso dell'anno 2012.

I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano ed i Comitati di Distretto hanno programmato le risorse prevedendo un trascinarsi al 2013 di 3.000.000 di €, al fine di compensare il venir meno del finanziamento del Fondo per la Non Autosufficienza nazionale. I dati del consuntivo 2012 hanno registrato un ulteriore incremento delle risorse da trascinarsi nel 2013 per effetto della contabilizzazione dei "residui" (differenza tra programmato ed utilizzato) e per la mancata contabilizzazione alla chiusura d'esercizio di circa 700.000 €. di spese sostenute dal Comune di Ferrara e da questi rendicontate successivamente a tale chiusura. Di fatto, i "residui", come differenza tra quanto realmente programmato e quanto utilizzato nell'anno 2012, ammontano a circa 3.700.000 €.

DISTRETTO	RESIDUI F.R.N.A. 2012 (da trascinare nel 2013)
OVEST	1.643.048,05
CENTRO-NORD	3.675.049,83
SUD-EST	2.113.175,94
TOTALE AUSL FE	7.431.273,82

Vanno rilevate alcune criticità riscontrate in particolare nell'organizzazione dell'"accesso", con particolare ricaduta sull'area della "domiciliarità", dovute anche e soprattutto alle restrizioni in tema di personale ed ai provvedimenti che regolano e condizionano l'attività dei comuni.

4.4 Il governo delle risorse umane

Per il 2012 il governo delle risorse umane è risultato pesantemente condizionato dal quadro normativo di riferimento che ha orientato le azioni aziendali nell'ottica della contrazione dei costi. Si fa riferimento all'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni del 03.12.2009, recepita dalla L. 191/2009 (finanziaria 2010) che, all'art.3 prevede l'impegno delle regioni a **contenere ulteriormente la spesa del personale** del SSN attraverso:

- la definizione di misure di riduzione stabile della spesa del personale in servizio e conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa.
- la definizione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento.

Si aggiunge il Decreto legge 31 maggio 2010 n. 78 "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica " convertito in Legge 30 luglio 2010 n.122, che, per le parti applicabili anche al S.S.N., che prevede specificatamente:

- blocco del rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro, valido fino al 2014;
- fissazione di un tetto massimo al trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti;
- impossibilità di aumentare il livello economico degli incarichi, dirigenziali e non, se non a fronte di un reale aumento delle funzioni conferite nonché di progressioni " automatiche" di carriera, quindi blocco delle c.d. fasce economiche;
- riduzione di voci quali la formazione e il trattamento di trasferta;
- l'obbligo di riduzione dei rapporti di lavoro a tempo determinato e a rapporto flessibile, quindi lavoro autonomo, collaborazione coordinata e continuativa e prestazioni occasionali.

Il quadro normativo di riferimento, il ridotto finanziamento, le indicazioni regionali pertanto hanno determinato l'obbligo di attenersi a criteri estremamente rigorosi nell'utilizzo delle risorse.

Pur nell'autonomia della determinazione della spesa complessiva per le risorse umane, compatibili con l'equilibrio economico complessivo, l'AUSL si è attenuta alle indicazioni fornite dalla Regione Emilia Romagna con le linee di programmazione del 2012, tese a garantire omogeneità nella gestione del personale e della relativa spesa in tema di turn-over e di lavoro flessibile, compreso il rispetto dell'equilibrio complessivo di bilancio e la verifica del suo raggiungimento. Con riferimento agli andamenti di gestione del periodo 2007 – 2011, l'AUSL di Ferrara ha rispettato il divieto di procedere a nuove assunzioni in misura superiore alla copertura del 65% del turn-over riducendo contestualmente le spese complessive per il personale di 2 punti percentuali rispetto al bilancio consuntivo 2010. E' stata effettuata un'attenta valutazione anche sulle assunzioni a tempo determinato, limitandole esclusivamente a quelle necessarie a coprire lunghe assenze o situazioni d'emergenza o comunque ritenute necessarie per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Accanto al contenimento della spesa per il personale dipendente complessivamente inteso come sopra evidenziato, l'AUSL ha agito in maniera consistente sulla **spesa per il c.d. "lavoro flessibile"**, limitando nell'esercizio 2012 il ricorso all'utilizzo di contratti di lavoro flessibile, con una riduzione di almeno il 7% della cifra iscritta nel bilancio consuntivo 2011, escludendo da tale prescrizione le collaborazioni in qualunque forma, finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne all'Azienda. Questo comporta per l'AUSL di Ferrara di rispettare un limite di spesa pari a Euro 158.086.000 personale dipendente, anche comprendendo, al netto dei comandi passivi del personale del 118 (quantificati a consuntivo in € 2.133.194) funzione trasferita all'AUSL dal 01/01/2012. Per il "lavoro autonomo" l'AUSL è pervenuta all'obiettivo di spesa pari a euro 1.491.015,19 mentre, a consuntivo, la spesa per il personale dipendente si è consolidata in Euro 155.581.395, escluso i comandi del 118.

CONSUNTIVO 2010			OBIETTIVO RIDUZIONE SPESA RISORSE UMANE PER PREVISIONE 2012					
LAVORO FLESSIBILE	COSTO PERSONALE	TOTALE	RIDUZIONE		LAVORO FLESSIBILE	SPESA RISORSE UMANE CONSUNTIVO 2012 escluso comandi 118	TOTALE	DIFFERENZA DALL'OBIETTIVO
3.042,00	160.080,00	163.122,00	2,00%	3.262,44	1.475,00	155.581,39	157.056,39	2.803,17

Pur in un contesto economico finanziario difficile, a fronte di ridotti finanziamenti, l'impegno della AUSL si è comunque orientata a garantire il massimo livello di offerta dei servizi anche grazie all'utilizzo di tutte le misure di miglioramento dell'efficienza possibili, ad una gestione accurata delle risorse che consentano la miglior risposta possibile al fabbisogno di assistenza all'utenza. Una capillare analisi organizzativa in grado di evidenziare ogni eventuale ridondanza, associata alla verifica della possibilità di ottimizzare ulteriormente le risorse presenti è stata intrapresa congiuntamente al costante monitoraggio e presidio della spesa del personale, pena il blocco parziale o totale del turn over. Pur in tale severo contesto di contenimento della spesa, l'AUSL ha portato a termine l'obiettivo di stabilizzazione del personale e ha concluso il percorso delle progressioni verticali del personale del comparto, completate nei termini dell'anno 2011. Nell'ottica della maggior partecipazione e valorizzazione del capitale umano, la Direzione ha dedicato particolare attenzione alla diffusione delle informazioni del contesto economico finanziario migliorando il percorso di "budget" che ha visto, per il 2012, un periodo di coinvolgimento molto ampio della intera Direzione strategica nonché dei dirigenti e, a ricaduta, di tutto il personale assegnato. La metodologia intrapresa, che ha visto l'interazione di tutti le unità operative coinvolte nella valutazione dei dati: risorse umane, controllo di gestione, programmazione finanziaria, sistema informativo, etc verrà adeguatamente raffinata e sviluppata, favorendo ogni sinergia possibile. L'impostazione è orientata ad una logica di fabbisogno collegata ai dati di attività e agli obiettivi della direzione e con riferimento alla programmazione. Sul piano organizzativo è proseguito il percorso di valutazione e revisione dell'organigramma aziendale; ne sono esempio la costituzione di un unico dipartimento della Cure primarie, l'approvazione del nuovo assetto del dipartimento di Sanità pubblica. E' stato rinviato alla fine del 2013 il comando del personale del Sistema emergenza territoriale 118 attualmente dipendente dall'Azienda ospedaliera universitaria e questo in attesa della conclusione del percorso organizzativi regionale che vede una centralizzazione della funzione in area vasta. La riorganizzazione già intrapresa ha consentito, fino ad oggi, la revisione di vari incarichi dirigenziali con riduzione di strutture complesse. Nell'ambito delle iniziative da intraprendere nel corso del 2012 per il contenimento dei costi del personale secondo le indicazioni di finanza pubblica, nel rispetto dei criteri fissati dalla deliberazioni

regionali assunte a tal proposito, per quanto riguarda l'applicazione del divieto di superamento nel triennio 2011-2013 dell'ammontare delle risorse destinate al trattamento accessorio dell'anno 2010, l'Azienda ha proseguito gli adempimenti, già avviati, per la prima volta con riferimento all'esercizio 2011. Per garantire anche nel 2012 il rispetto delle disposizioni introdotte dal comma 2 bis dell'art. 9 del D.L. n. 78/2010, infatti, l'Azienda continuerà a seguire, con un costante monitoraggio, l'utilizzo delle risorse finalizzate al finanziamento del trattamento economico accessorio, raffrontandolo con la dinamica della consistenza della dotazione di personale. In esito alle verifiche sul personale, si provvederà, nelle situazioni di riduzione della dotazione organica, alla decurtazione proporzionale dei fondi contrattuali del personale sia dell'Area della Dirigenza sia dell'Area del Comparto.

La prima **riduzione dei fondi contrattuali** è stata applicata, in termini di rateo, sugli stanziamenti del 2011 con riferimento alla riduzione del personale in servizio. Il primo automatismo in termini di riduzione di quote annuali, quindi, va applicato alle risorse dell'anno 2012 (per la parte rimanente al rateo già decurtato), con riferimento alla riduzione del personale in servizio avvenuta nel corso dell'anno 2011, il secondo alle risorse dell'anno 2013, con riferimento alle cessazioni dell'anno 2012, ed il terzo alle risorse dell'anno 2014, in relazione alle cessazioni dell'anno 2013. Con riferimento all'anno 2012, è stata formulata in via preliminare e cautelativa un'ipotesi di prima consistenza complessiva delle risorse, operando la detrazione del "trascinamento" delle decurtazioni computate sulla base dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2011, complessivamente determinata in € 190.248,42, oltre agli oneri contributivi a carico dell'Azienda.

A chiusura dell'esercizio 2012, sempre per ciascuna area di contrattazione collettiva, sulla base della consistenza complessiva delle risorse al 31.12.2011 e dell'evoluzione della consistenza occupazionale dell'anno 2012, si è determinata l'entità delle risorse per l'anno 2012 con le riduzioni conseguenti.

Rispetto alle cessazioni relative all'anno 2012 di titolari di incarichi dirigenziali per il personale della dirigenza, di titolari di posizioni organizzative e di posizioni di coordinamento per il personale delle categorie/livelli, l'Azienda provvederà alla rivisitazione degli assetti organizzativi. Nelle situazioni di soppressione degli incarichi si sono determinati ulteriori interventi di decurtazione dei fondi contrattuali da contabilizzarsi secondo le norme di legge determinandosi la seguente situazione riassuntiva relativamente alle decurtazioni dei Fondi:

	DECURTAZIONI 2012 AREA DIRIGENZA			
	Fondo Posizione		Fondo Risultato	
	Dec. ann.le sopp. 2011	cess. e Dec. rateo cess. e sopp. 2012	Dec. ann.le cess. 2011	Dec. rateo cess. 2012
MEDICI	96.311,52	241.250,06	32.538,77	35.102,88
VETERINARI	9.683,55	2.022,59		
T.A.P.		23.009,00	9.782,38	4.393,29
TOTALE	105.995,07	266.281,65	42.321,15	39.496,17
ONERI (*)	30.208,59	75.890,27	10.758,04	10.039,93
TOTALE	136.203,66	342.171,92	53.079,19	49.536,10

	DECURTAZIONI 2012 AREA COMPARTO			
	Fondo Fasce/Pos.Org.		Fondo Produttività	
	Dec. ann.ne cess. 2011	Dec. rateo cess. e sopp. 2012	Dec. ann.ne cess. 2011	Dec. rateo cess. 2012
competenze	14.652,57	15.406,28	25.257,04	24.368,02
Oneri (*)	4.175,98	4.390,79	6.420,34	6.194,35
TOTALE	18.828,55	19.797,07	31.677,38	30.562,37

Le riduzioni dei fondi contrattuali determinate dagli interventi sopra descritti, unitamente alla piena attuazione, anche per il 2012, del divieto di qualsiasi automatismo di alimentazione (come RIA e maggiorazione indennità infermieristica) delle risorse, il blocco delle progressioni economiche orizzontali, e, non da ultimo, il blocco dei rinnovi contrattuali che durerà fino al 2014, sono fattori importanti e fortemente innovativi che avranno un forte impatto sulla politica delle retribuzioni anche a livello aziendale. E' senza dubbio necessaria un'azione di governo delle risorse per contemperare gli aspetti di rigorosa applicazione delle norme di finanza pubblica con la garanzia di livelli retributivi adeguati ai mutamenti degli assetti organizzativi adottati a salvaguardia dei livelli prestazionali. Sul versante della politica salariale, l'Azienda nel corso del 2012, è stata impegnata, da una parte, al riesame dei meccanismi di distribuzione delle risorse

destinate al trattamento economico accessorio della produttività e, dall'altra, anche ad una valutazione strategica di pesatura economica degli incarichi aziendali.

Sono stati pertanto avviati e conclusi i necessari **confronti con le organizzazioni sindacali**, anche di livello interaziendale, con gli interlocutori istituzionali dell'Azienda Ospedaliera, per la definizione, per l'anno 2012, degli accordi sulla Produttività collettiva ed individuale per l'Area del Comparto e sulla retribuzione di risultato per l'Area della Dirigenza, con revisione delle quote economiche in un'ottica di coerenza tra la destinazione delle risorse possibili e obiettivi da raggiungere. Sempre nell'ambito della gestione dell'Istituto della Produttività, le finalità del sistema premiante sono state perseguite, in via complementare, anche con il sistema della Produttività Speciale, quale risorsa destinata al finanziamento di "Progetti finalizzati". Tali progetti, nel corso del 2012, troveranno una disciplina di accesso sistematica, preliminarmente concordata con i sindacati, ispirata a criteri di equità, rotazione, e saranno inseriti in un percorso valutativo che permetterà di certificare il risultati ottenuti. Relativamente alla retribuzione di posizione per l'Area della Dirigenza, fermo restando la piena applicazione dei principi introdotti dalla legge n. 122/2010 che consentono la variazione di tale trattamento economico esclusivamente a fronte della modifica dei contenuti dell'incarico dirigenziale attribuito che devono esprimersi attraverso l'esercizio di funzioni superiori e di maggiore responsabilità rispetto quelle precedentemente possedute, è stato avviato un percorso di profonda rivisitazione dei criteri di affidamento degli incarichi oltre ad una differente rimodulazione delle competenze e del valore economico correlato coerente con le risorse economiche disponibili che proseguirà anche nel 2013.

Il comma 2 dell'articolo 9 del D.L. n. 78/2010 convertito con modificazioni nella L. 122/2010, prevedeva che, a decorrere dal 1° gennaio 2011 e sino al 31 dicembre 2013, la riduzione dei trattamenti economici complessivi dei singoli dipendenti superiori a 90.000 euro lordi annui:

- a) del 5% per la parte eccedente il predetto importo fino a 150.000 euro;
- b) del 10% per la parte eccedente l'importo di 150.000 euro.

La Corte Costituzionale con sentenza n. 233 del 8/10/2012, pubblicata il giorno 11/10/2012, ha dichiarato incostituzionali le disposizioni contenute nella Legge Finanziaria 2010 relativamente alle trattenute del 5 e del 10% sopradescritte.

Già dal mese di novembre 2012 sono state sospese le trattenute in argomento e nel mese di Dicembre sono operate le restituzioni delle trattenute operate nel 2012 e nel 2011.

Per il 2012, conformemente alle indicazioni normative più volte richiamate, non sono stati previsti accantonamenti relativi al personale dipendente e l'onere relativo all'applicazione della vacanza contrattuale, calcolato sul monte salari 2009, è contabilizzato tra i costi del personale dipendente, in continuità con l'anno precedente.

Negli incontri sindacali del 27 febbraio 2013, del 10.04.2013 (area della dirigenza) e del 6.03.2013 (personale dell'area del comparto) è stata data una prima informazione alle organizzazioni sindacali sulla consistenza dei fondi del 2012 e del 2013 in relazione alle conteggi delle decurtazioni che derivano dalla dinamica del calo dell'organico per effetto delle cessazioni e delle soppressioni di funzioni per quanto riguarda il rateo del 2012 e la stima dell'effetto "trascinamento" di tale calo del personale avvenuto nel 2012 sul 2013.

Nell'ambito 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 Comparto:

- Accordo sulla Produttività collettiva e individuale anno 2012 del 20.12.2012;
- Accordo sulla Progressione economica del 20.12.2012, fermo restando l'applicazione del divieto dell'automatismo della progressione delle fasce;

OO.SS. Area della Dirigenza medica e veterinaria:

- Accordo sulla retribuzione di risultato anno 2012 del 20.12.2012;
- Accordo sulla retribuzione di posizione anno 2012 del 20.12.2012;

OO.SS. Area della Dirigenza Sanitaria tecnica Professionale e Amministrativa:

- Accordo sulla retribuzione di risultato 2012 del 20.12.2012;
- Accordo sulla retribuzione di posizione 2012 del 20.12.2012.

Per tutti gli accordi sindacali sopracitati 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.

Processo di attribuzione degli obiettivi collegati alla componente variabile dello stipendio e sistema di valutazione del raggiungimento dei risultati attesi

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 di Risorse (Umane e strumentali, beni e servizi), espressi in termini quantitativi, Obiettivi di Attività (espressi da indicatori) e Obiettivi descrittivi, sempre "misurabili con indicatore numerico".

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE (ALPI)

All'inizio del 2012 la Direzione ha disposto di procedere all'aggiornamento del regolamento aziendale sulla libero professione intramuraria, la cui adozione risale ormai al 2002.

Con nota del DG prot. 30389 del 4 maggio 2012 è stato costituito un gruppo di lavoro incaricato di rivedere il regolamento e di adeguarlo alle modifiche normative e, soprattutto, a quelle organizzative, indirizzandolo nel contempo ad un più sistematico superamento di alcuni aspetti non più allineati ad una visione di totale trasparenza della fase organizzativa, come delineata dalla Regione Emilia Romagna, quali la completa tracciabilità delle prestazioni rese, la verifica dei costi sostenuti dall'Azienda.

Nel frattempo l'entrata in vigore delle disposizioni contenute nel "decreto Balduzzi" hanno ampliato l'intervento di verifica e di gestione dell'istituto.

In ossequio a quanto previsto del d.l. 158/2012, convertito nella L.189/2012, (decreto Balduzzi), nonché delle disposizioni fornite dalla RER, entro il novembre 2012 si è proceduto alla verifica degli spazi aziendali disponibili per l'esercizio della libera professione nonché dei volumi di attività espletata nel biennio 2010-2011, adempimento preliminare e necessario alla regione cui è demandato l'onere di fissare regole atte ad individuare le condizioni per confermare le autorizzazioni ad operare in studi privati da parte dei professionisti attualmente in "allargata".

La normativa prevedeva la possibilità di autorizzare, fino al 30/04/2013, il mantenimento dell'attività libero professionale in spazi sostitutivi, termine ora spostato al 31/10/2013 dall'Assessorato regionale per le Politiche per la Salute della RER, che ha accolto l'indicazione fornita in tal senso dalla Conferenza Stato Regioni.

L'AUSL ha provveduto agli adempimenti richiesti, anticipando, all'inizio del 2013, gli indirizzi ministeriali e regionali in materia di piena tracciabilità dei flussi, estendendo ai professionisti che operano in spazi sostitutivi il medesimo sistema di prenotazione attualmente utilizzato anche da quelli che operano all'interno dell'Azienda.

Dall'1.01.2013 l'Azienda opera la trattenuta prevista dal "decreto Balduzzi" di un ulteriore 5% sul compenso del professionista.

La gestione amministrativa della libera professione è attualmente coordinata a livello regionale da uno specifico "Osservatorio" costituito proprio nel corso del 2012, che tra le varie finalità, si è posto anche quella di individuare modalità di definizione di tariffe omogenee a livello regionale.

SISTEMA DI VALUTAZIONE

Il Nucleo di Valutazione, supporta la Direzione Aziendale nel percorso di valutazione (trimestrale e annuale) attraverso la documentazione prodotta dai rispettivi Direttori dei Dipartimenti 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 (che avviene ad Agosto/Settembre di ogni

anno); di tali incontri viene redatta apposita verbalizzazione, trasmessa ai Direttori di Dipartimento ed al NIV. Coerentemente con il risultato della valutazione ciascun Direttore di Dipartimento 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 90% il risultato si intende integralmente conseguito;
2. per valutazioni comprese tra il 70% e l'89% 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 in apposita scheda informativa; 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 2012 i verbali dei Comitati di Dipartimento, in quanto l'obiettivo è in capo ai Direttori di Dipartimento. 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 al NIV ora OVA, 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 dal NIV.

L'Azienda, a seguito delle verifiche trimestrali del grado di raggiungimento degli obiettivi effettua l'anticipo con lo stipendio mensile di 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.

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE:

Il Nucleo di Valutazione Aziendale, per il 2012, ha operato con la composizione di tre elementi esterni all'Azienda con comprovata esperienza nella valutazione delle risorse umane e delle organizzazioni, anche a garanzia dell'indipendenza dell'autonomia e della terzietà del percorso di valutazione.

Le caratteristiche professionali dei componenti del Nucleo di Valutazione prevedono requisiti di conoscenza e professionalità nei campi del management, della pianificazione e controllo di gestione e della misurazione e valutazione delle performance delle strutture e del personale nelle amministrazioni pubbliche.

4.5 Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

Dalla rendicontazione AVEC che si riporta nel suo complessivo documento, si evidenzia quanto segue:

1) Nell'anno 2012 sono state espletate n. 70 procedure di gara.

Si sottolinea che n. 51 procedure sono state svolte dal Servizio Acquisti Metropolitan e n. 19 procedure dal Dipartimento Acquisti Provinciale di Ferrara.

L'importo totale annuo di aggiudicazione é di €. 29,47 mln. con un risparmio di spesa complessivo di Euro 3,91 mln, pari al 13,28% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti. Tutte le Aziende registrano importanti risparmi.

2) Sono state inoltre espletate n. 14 procedure di rinnovo nell' anno 2012. Si registra un importo di rinnovo di Euro 5,45 mln. con un risparmio di €. 52.297,51 pari allo 0,96% in seguito alla comparazione degli stessi volumi di beni e servizi acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

3) Sono state espletate complessivamente n. 84 procedure di gare e rinnovi in unione d' acquisto relative a B&S sanitari e non sanitari e ad attrezzature: di queste, n. 64 sono state svolte dal Servizio Acquisti Metropolitan e n. 20 dal Dipartimento Acquisti Provinciale di Ferrara.

In particolare, si evidenzia che l'importo totale di aggiudicazione di Euro 33,88 mln. con un risparmio di spesa complessivo di Euro 3,96 mln, pari all'11,70% conseguente alla comparazione degli stessi volumi di beni, servizi e attrezzature acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti.

4) Di seguito si riporta il confronto a livello di AVEC fra i risultati dell'attività svolta negli anni 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012: in quest'ultimo anno, a fronte dell'aumento del numero medio di procedure concluse (36 nel 2005, 33 nel 2006, 43 nel 2007, 63 nel 2008, 59 nel 2009, 51 nel 2010, 49 nel 2011 e 84 nel 2012) risulta, rispetto al 2011, un aumento dell'importo totale di aggiudicazione (€. 35,02 mln. nel 2005; E. 107,28 mln. nel 2006, €. 71,08 mln. nel 2007; E. 60,05 mln. nel 2008, E. 28,24 mln. nel 2009, €. 44,69 mln. nel 2010, E. 32,76 nel 2011 ed €. 33,88 nel 2012).

Si registra nuovamente, rispetto al 2011, un aumento globale del risparmio sia in termini di valore (3,96 mln €.) che in termini percentuali (11,70%): quest'ultimo dato costituisce il maggior risultato raggiunto dal 2005 ad oggi (fa eccezione l'anno 2006 caratterizzato dall'aggiudicazione della procedura per l'acquisto di farmaci, come evidenziato nella nota sottostante alla tabella 1).

Si registrano inoltre i seguenti risparmi per singola Azienda conseguenti alla comparazione degli stessi volumi di beni, servizi e attrezzature acquistati alle condizioni economiche dei precedenti contratti: Azienda USL Bologna: € 1.322.869,29;

- Azienda Osped. Univ. di Bologna: € 1.238.960,42;
- Istituto Ortopedico Rizzoli: € 86.238,81;
- Azienda USL di Imola: € 133.751,28;
- Azienda USL di Ferrara: € 217.261,16;
- Azienda Osped. Univ. di Ferrara: € 747.292,50.

TABELLA 1 - CONFRONTO RISULTATI ATTIVITA' AVEC

	2005	2006*	2007	2008	2009	2010**	2011	2012
N° procedure concluse (gare + rinnovi)	36	33	43	63	61	51	49	84
Importo totale aggiudicazione (Mln €)	35	107,28	71,1	60,05	30,88	44,69	32,76	33,88
Risparmio totale in valore (Mln €)	2,58	10,30	2,61	4,10	2,15	-1,52	2,56	3,96
Risparmio %	8,91	11,80	4,59	6,86	6,99	-3,40	7,83	11,70

* Comprensivo dell'ultima gara farmaci, successivamente svolta da Intercent-ER, che da sola vale 66 mln. di aggiudicato con un risparmio di 8,65 mln;

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

Nel corso del 2012, in linea con gli ambiti di attività affrontati dal Dipartimento Acquisti di AVEC, è stata effettuata la seguente iniziativa formativa a livello di Area Vasta per gli operatori coinvolti nei processi di acquisto:

- Regolamento di attuazione del Codice dei Contratti Pubblici con particolare riferimento alle problematiche inerenti l'aggiudicazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa.

Grande rilevanza ha avuto, nel 2012, l'applicazione della Legge 135/2012 cosiddetta "Spending Review".

Rilevazione sull'applicazione legge 135/2012 "Spending Review".

L'Azienda USL di Ferrara ha continuato ad applicare le disposizioni previste dal Decreto legge n 95/2012 convertito nella Legge 07.08.12 n. 135.

Alla data del 31.12.2012 gli esiti dell'applicazione di tali norme hanno dato i seguenti risultati, con ricaduta sull'anno 2012, qui elencati.

Si riportano qui di seguito le azioni intraprese ed elencate nella nota suddetta del 15.11.2012 con l'aggiornamento al 31.12.12 dei risultati ottenuti conseguenti alle risultanze delle ultime trattative con le ditte:

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI E LOGISTICA ECONOMALE

Per quanto attiene la lettera a) dell'art. 15 comma 13 - riduzione del 5% degli importi e connesse prestazioni dei contratti in essere:

- è stata inoltrata una disposizione indirizzata a tutte le UU 00 con la quale si comunica che si procede alla riduzione del 5% delle richieste di fornitura e delle aggiudicazioni, rinnovi e proroghe con contestuale riformulazione dei budget,
- è stata inoltrata a tutti i fornitori aziendali la lettera di richiesta di riduzione degli importi contrattuali come da nota della RER 28-8-12 e si stanno completando gli incontri di negoziazione iniziando con le Ditte più grosse per concordare riduzioni specifiche,

- si è sospeso al riconoscimento dell'Istat a tutti i fornitori con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto (6 luglio 2012), considerandolo come sconto che concorre alla percentuale del 5%. Tuttavia su indicazione di AVEC laddove le Ditte non siano d'accordo, onde evitare contenzioso, si procede al riconoscimento e ove possibile in termini ridotti.

Le ditte sulle richieste di sconto hanno risposto negativamente, mentre sono state disponibili a trattare sulle prestazioni, sempre che le Aziende sanitarie indicassero le aree prestazionali su cui agire.

E da sottolineare che in proposito si sono espressi:

- Assobiomedica nota da settembre 2012 " Il taglio del 5%...Sul punto è bene chiarire che la suddetta norma determina una riduzione dei volumi contrattuali e dei corrispondenti importi, ma non sembra consentire alle amministrazioni pubbliche la possibilità di richiedere una riduzione dei sola importi contrattuali a quantitativi invariati (cosiddetto sconto) L'associazione procederà quindi alla contestazione delle richieste che perverranno dalle amministrazioni...."

- Ministero della Salute prot. 7151 del 18.9.2012: "...va preliminarmente osservato che la disposizione di cui al predetto art. 15 comma 13, lett. a) e b) va interpretato nel senso che la prevista riduzione del 5% degli importi dei contratti in essere per la fornitura di beni e l'appalto di servizi a favore degli enti e aziende del S S N e da conseguirsi attraverso una corrispondente diminuzione del volume delle prestazioni contrattuali e cioè dei beni forniti o dei servizi resi da parte delle ditte titolari dei singoli contratti di fornitura o di appalto".

Intercent sta provvedendo a sua volta per i fornitori delle convenzioni attive ed anche per quelle scadute con ordini di fornitura ancora attivi.

Parallelamente le aziende capofila di AVEC ciascuna per le proprie gare di competenza hanno provveduto in tal senso.

Considerazioni sintetiche sugli effetti reali della manovra ex lett. a)

Il valore pratico della disposizione normativa non è rappresentato tanto dagli sconti, pur chiesti a tutte le Ditte fornitrici, bensì dal lavoro di negoziazione sulle prestazioni effettuate prendendo in esame ciascun contratto ed ogni singola prestazione, molte volte con l'ausilio del fornitore a ciò resosi disponibile. Soltanto pochissimi fornitori hanno accordato qualche sconto molto esiguo.

Nella tabella allegata viene dettagliato analiticamente per ogni contratto l'azione intrapresa ed il risultato ottenuto, ad eccezione dei contratti relativi alle Strutture accreditate che ricadono nelle previsioni normative specifiche della Legge 135/2012.

Per quanto attiene la lettera b)

"Differenze oltre al 20% dei prezzi unitari corrisposti rispetto ai prezzi di riferimento pubblicati dall' AVCP".

I prezzi pubblicati riguardano soltanto alcuni prodotti e servizi. Tuttavia i prezzi pubblicati sono stati messi in discussione dalle associazioni di categoria che hanno richiesto una verifica più puntuale da parte di AVCP delle definizioni di dettaglio dei prezzi stessi.

Per i contratti aziendali si sono confrontati i prezzi con quelli di riferimento e si sono ultimate le trattative di negoziazione con le Ditte interessate.

Intercent sta provvedendo ai confronti dei prezzi per, le categorie oggetto di determinazione dei prezzi di riferimento (alcuni principi attivi, dispositivi medici, materiali di guardaroba, prodotti di cancelleria, servizi di ristorazione, pulizia e lavanderia).

Parallelamente le aziende capofila di AVEC ciascuna per le proprie gare di competenza stanno provvedendo in tal senso.

Il confronto con i prezzi di riferimento pubblicati da AVCP risulta assai difficoltoso, non avendo a monte che scarse informazioni su come l'Autorità di vigilanza ha effettuato le rilevazioni prezzi, questo in particolare per quanto riguarda i servizi.

Tuttavia si è effettuato per le gare aziendali il confronto dei prezzi e laddove vi era scostamento si è ricondotto il singolo prezzo nell'ambito di quello stabilito da AVCP. Poiché le differenze sono risultate minime, la ricaduta economica è pressoché irrilevante.

Complessivamente il recupero economico al 31.12.12 è di € 650.478,29.

UO SISTEMA INFORMATIVO, COMMITTENZA E MOBILITA'

Gli importi economici pari allo 0,50/5 del liquidato 2011 sono stati decurtati dal budget anno 2012 previsto per ogni singola struttura privata accreditata con cui l'AUSL di Ferrara ha in essere un contratto per l'acquisto di prestazioni sanitarie.

L'importo complessivo di riduzione resta confermato a € 75281,26 euro.

DIPARTIMENTO ATTIVITA' TECNICHE

Sono stati attivati percorsi di riduzione della spesa nell'ambito della Spending Review anche per i canoni di locazione passiva oltre al blocco dell'aggiornamento relativo alla variazione indici ISTAT, ai sensi dell'art 3, 1° comma. E' stato richiesto ai diversi locatari, una riduzione dei rispettivi canoni in coerenza della ratio che ispira il 4° comma della medesima disposizione (le riduzioni ottenute a seguito delle trattative saranno indicate per l'anno 2013) Con riferimento alle negoziazioni con i singoli fornitori e locatori, il recupero economico resta confermato a € 69417,93.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Sul versante Istat, partendo da una percentuale di + 1,5%, il Dipartimento ha negoziato riduzioni e/o mancati incrementi per un importo complessivo stimato in € 109 746,36.

Sul versante materiale riabilitativo vario si è proceduto ad ogni possibile riduzione degli acquisti il cui esito è rendicontato dal Dipartimento Acquista che gestisce direttamente i contratti ed è pari ad € 6.100,00.

SPORTELLO UNICO

E' stato recuperato l'Istat (+3,1% da agosto 2012) per il servizio di odontoiatria di via Montebello per un importo complessivo di € 6 785,85 confermato al 31.12.12.

TECNOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INFORMAZIONE (ICT-Ced)

E' stata inoltrata una disposizione indirizzata a tutte le UU.OO. con la quale si comunica che si procede alla riduzione del 5% delle richieste di fornitura e delle aggiudicazioni, rinnovi e proroghe con contestuale riformulazione dei budget.

Era già stata inoltrata sin dall'Aprile 2012 a tutti i fornitori aziendali la lettera di richiesta di revisione degli importi contrattuali e si stanno completando a seguito della legge 135/2012 gli incontri di negoziazione.

Tali azioni determinano un recupero aggiornato al 31.12.12 di complessivi € 62764,62.

PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

Si è proceduto alla razionalizzazione delle prestazioni con la ditta esecutrice del servizio analisi laboratorio genetica medica prenatale con un recupero di complessivi € 25 000,00 confermato al 31.12.12.

Inoltre nell'ambito dell'attività della Spending Review, l'Azienda ha provveduto, con l'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione, ad una rassegna del budget dei costi diretti dei beni sanitari con riduzione complessiva di 1.234.509, tenendo conto di particolari situazioni di emergenza nell'area del distretto ovest a seguito dell'evento

Le azioni sono state attuate a livello aziendale con la partecipazione di tutte le strutture aziendali, con la fattiva collaborazione di tutte le professionalità sanitarie, tecniche e amministrative presenti in azienda, volte a promuovere la revisione della spesa ed attuare i meccanismi correttivi sulle diverse tematiche previste l'applicazione delle disposizioni stabilite dalla Legge 135/2012 e le successive applicazioni a livello regionale.

Il budget dei costi diretti dei beni sanitari è stato riassegnato ai dipartimenti a settembre 2012.

Tale manovra è stata condivisa in sede di comitato di dipartimento. Il budget complessivamente riassegnato ha portato ad una riduzione complessiva di 1.234.509, tenendo conto di particolari situazioni di emergenza nell'area del distretto ovest a seguito dell'evento sismico.

4.6 Il governo degli investimenti e della gestione del patrimonio immobiliare

ATTUAZIONE PIANO INVESTIMENTI

Il piano triennale degli investimenti 2012-2014 redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna ed approvati con atti del D.G. n.152 del 04/06/2012 "Bilancio Economico Preventivo per l'esercizio 2011 dei servizi sanitari" e n.153 del 04/06/2012 "Piano Programmatico e Bilancio di Previsione Pluriennale 2012-2014 dei Servizi Sanitari", ed approvati con atto della Giunta regionale n. 1131 del 30/07/2012.

L'importo complessivo delle opere e dei lavori previsti dal Piano triennale 2012-2014 ammontavano a 37,120 milioni di € di cui 16.143.000€ da realizzare nell'anno 2012.

Principalmente il 2012 è stato un anno di proseguimento degli interventi principali già iniziati negli anni precedenti; infatti ha visto il completamento di alcune opere ed ha visto l'avanzamento lavori dei principali cantieri, oltre all'impostazione di un'ulteriore piano di contenimento dei costi del Bilancio d'esercizio.

Più nel dettaglio, come di seguito specificato, nel 2012 sono state completate e attivate le seguenti strutture relativamente ai rispettivi finanziamenti:

1	Ferrara	Acquisto SPDC presso Ospedale di Cona	Fondi Aziendali	€ 2.000.000,00
14	Codigoro	Impianti Anticendio	Fondi Aziendali	€ 782.000,00

Int. 1 – Ferrara: Acquisto SPDC presso Ospedale di Cona.

A seguito del completamento dei lavori di costruzione dell'Ospedale di Cona si è potuto trasferire il reparto SPDC dall'ospedale S.Anna a Cona. Come da atto sottoscritto tra l'AUSL e l'AOSP che prevedeva il pagamento da parte AUSL di 2mln di euro, è stata versata la rimanente quota di 1.500.000€. L'intervento è stato finanziato mediante fondi propri AUSL, in coerenza con le fonti normative annesse.

Int. 14 – Codigoro: Impianti Anticendio.

Si sono conclusi i lavori di adeguamento anticendio della struttura Socio-sanitaria di Codigoro finalizzati all'ottenimento del Certificato Prevenzione Incendi. L'intervento è stato finanziato mediante fondi propri AUSL.

INTERVENTI IN CORSO AMMESSI A FINANZIAMENTO

6	Interv. 509	Cento	Ristrutturazione Reparti di Medicina e Ortopedia	Progr. RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002	1.849.100,00	Intervento sostanzialmente ultimato
10	Interv. 92	Codigoro	Ampliamento Centro Diurno "il Faro"	Art.48 L.R. 2/2003 e art. 10 comma 2 L.R. 5/2004	480.000,00	Intervento in corso di realizzazione

Int. 6 – Cento: Ristrutturazione dei reparti di Medicina ed Ortopedia dell'Ospedale.

I lavori di manutenzione straordinaria ed adeguamento normativo dei due reparti in oggetto, iniziati nel luglio 2011, nonostante il sisma del maggio 2012 che ha particolarmente colpito questa zona, non hanno subito significativi ritardi. Al contrario, la tempestività dei lavori della prima parte di Medicina, che ne vedeva l'ultimazione già a maggio, ha consentito di accogliere i pazienti provenienti dall'ospedale di Bondeno, dichiarato inagibile con Ordinanza del Sindaco il 24/05/2012.

Nel 2012 i lavori sono sostanzialmente ultimati anche per la parte di Ortopedia e sono in fase di collaudo tutti gli impianti.

Int. 10 – Ampliamento Centro Diurno Residenziale “Il FARO” di Codigoro:

Proseguono, seppure con grandi rallentamenti, i lavori di costruzione della nuova ala dell'esistente fabbricato, destinato all'ampliamento del Centro Diurno Residenziale.

Il cantiere, iniziato nel marzo 2011, vede terminata la costruzione della nuova ala e si sta per procedere al trasferimento in essa degli utenti del Centro, al fine di proseguire nella sistemazione impiantistica della parte esistente, a completamento del nuovo ed unico impianto di riscaldamento/climatizzazione. Si prevede l'ultimazione lavori entro la prossima primavera 2013. L' intervento, il cui costo totale ammonta a 480.000€, è destinato a strutture socio-assistenziali e socio sanitarie in attuazione dell'art. 48 legge reg. 2/2003 ed art.10 comma 2 legge regionale 5/2004 ed è finanziato per 220.000€ con cod. Int. N°92, ammesso a contributo con Del. Giunta n. 1355 del 14/9/2009.

INTERVENTI CON PROGETTO DEFINITIVO APPROVATO E AMMESSI A FINANZIAMENTO.

18	Interv. H.34	Cento	Ristrutturazione Ospedale	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 1° stralcio.	2.200.000,00	Lavori in corso
19	Interv. H.35	Copparo	Adeguamento Funzionale Ospedale	Accordo di Programma ex art. 20 L.67/88 – IV fase 1° stralcio.	2.259.460,74	Lavori in corso

Int. 18 – Cento: Ristrutturazione Ospedale.

I lavori di manutenzione straordinaria ed adeguamento normativo del reparto destinato a Terapia Intensiva, iniziati nel giugno 2012, stanno proseguendo nel rispetto dei tempi contrattuali. L'ultimazione lavori è prevista per giugno 2013.

Int. 19 – Copparo: Adeguamento funzionale dell'Ospedale.

I lavori, iniziati nell'ottobre 2012, prevedono interventi di demolizione e nuova costruzione dell'ex ala depositi-officine per la realizzazione degli spazi destinati a CUP, Deposito e distribuzione Farmaci, ed altri interventi di manutenzione straordinaria in varie aree del Presidio.

Nel 2012 il presidio ha modificato la destinazione da Ospedale a Casa della Salute, e questo sta portando, in corso d'opera, ad una verifica sulle originarie destinazioni d'uso dei locali oggetto di intervento, ai fini di una eventuale perizia di variante.

I lavori sono attualmente in corso e si prevede l'ultimazione a fine ottobre 2013.

INTERVENTI INIZIATI NEL 2012:

Int. 9 – Ferrara: Ristrutturazione chiesa di S. Carlo 1° stralcio:

I lavori sono iniziati nel maggio 2012, interrotti a seguito del terremoto e ripresi dopo gli interventi di messa in sicurezza.

In questo primo stralcio funzionale e funzionante sono ricomprese le opere strutturali di rinforzo/ricostruzione della copertura e di parte della muratura perimetrale della chiesa; a seguito del sisma si è reso necessario intervenire anche nel campanile, danneggiato sia nelle pareti sia nel tetto. Queste ulteriori lavorazioni sono oggetto di Perizia di Variante sviluppata in collaborazione con la Soprintendenza per i Beni Architettonici e Paesaggistici, ora in corso di approvazione.

E' prevista l'ultimazione dei lavori di questo primo stralcio entro Aprile 2013.

L'intervento è finanziato in parte mediante fondi propri AUSL ed in parte dalla Soprintendenza.

Int. 11 e 12 – Portomaggiore: Realizzazione Casa della Salute:

I lavori sono iniziati nel luglio 2012, con termine contrattuale al 30/03/2014. (Delibera Aggiudicazione 412 del 19/12/2011).

Inseriti nel Programma RER investimenti in sanità - Art. 36 L.R. 38/2002, sono stati progetto pilota per la redazione delle Linee Guida sulle Case della Salute.

Inizialmente previsti in due fasi (da qui la motivazione dei due finanziamenti regionali identificati con codici I.22 pari ad € 1mln + cod. L.22 pari ad €1,5mln per complessivi € 2,5mln), si è proceduto alla realizzazione di un unico intervento funzionale e funzionante consistente nell'ampliamento della struttura socio-sanitaria esistente con due nuove volumetrie: una destinata al nuovo atrio-accoglienza utenti e sovrastante piano ambulatori, l'altra costituita dall'ulteriore accesso con nuovo impianto elevatore a servizio di un'ala del fabbricato; entrambe collegate da percorso pedonale coperto inserito nell'area esterna riprogettata a parco urbano per una migliore integrazione della struttura con il contesto cittadino.

A fine anno 2012 lo stato dei lavori era di completamento di tutte le strutture portanti e della copertura dei due volumi.

INTERVENTI PROSEGUITI NEL 2012:

Int. 15 - Adeguamento normativo rete di distribuzione gas medicali.

Nell'ambito del progetto generale di messa a norma degli impianti di erogazione dei gas medicali sono stati implementati e/o completati gli impianti relativi agli ospedali di Lagosanto, Copparo, attraverso la realizzazione delle idonee linee di distribuzione, quadri di riduzione ed allarmi, come previsto dalla normativa vigente per un importo pari a 59.000€.

Int. 17 – Extracanone Multiservice – Straordinaria Verde – Segnaletica – Progetto Automezzi.

In questa voce sono ricompresi quegli interventi di piccola entità che annualmente si rendono necessari a seguito di eventi imprevedibili e che ricadono, per tipologia, tra quelli che incidono sul valore del patrimonio aziendale. Dei 251.000€ inizialmente previsti, ne sono stati effettivamente spesi 205.000€

ALTRI INTERVENTI CONCLUSI NEL 2012:

Int. 13 - RISPARMIO ENERGETICO: Completamento del primo pacchetto di interventi.

a) Il pacchetto ci ha visti ampiamente impegnati, agendo sul fronte della sensibilizzazione ai colleghi tenuto conto che il risparmio energetico inizia dall'adozione di comportamenti virtuosi come definito nel decalogo "io spengo lo spreco" indicato dalla RER.

b) Microinterventi con operatori interni tesi al miglioramento e all'efficienza degli impianti e relativi consumi.

c) completamento di tutti interventi di rilevante impegno economico quali:

a. automazione sistemi di illuminazione, per un importo pari a	€ 844.000,00
b. fotovoltaico, per un importo pari a	€ 738.000,00
c. cogenerazione, per un importo pari a	€ 745.592,40

L'andamento dei consumi elettrici nell'anno 2012 ha visto un contenimento dei consumi rispetto all'anno precedente, dovuto in parte alle chiusure di alcuni fabbricati (o parte di essi) per effetto del sisma del maggio 2012, ma per buona parte per effetto dell'azione dei sistemi suddetti.

L'incremento dei costi dell'energia elettrica è stato conseguentemente limitato al solo aumento del costo unitario dell'energia (quasi +15%) grazie agli interventi finalizzati al risparmio energetico sopra descritti.

Int. 21 – Verifiche Tecniche di Vulnerabilità Sismica.

Sono stati affidati tutti gli incarichi di progettazione e sono state effettuate le indagini strumentali per la redazione dei documenti, nei limiti stabiliti dalla norma della RER, entro il 31/12/2011 (limite prorogato al 31/12/2012).

Al 31/12/2012 risultano completate le verifiche relativamente a tutte le strutture Aziendali oggetto di indagine:

- Ospedale di Argenta;
- Stabilimento di Comacchio;
- Ospedale di Lagosanto;
- Stabilimento di Bondeno;
- Strutture Socio Sanitarie di Codigoro, La Luna (FE);

- Chiesa di S. Carlo Borromeo (FE).
- Ospedale di Cento;
- Stabilimento di Copparo;
- Struttura Socio Sanitaria di Portomaggiore.

Il costo complessivo delle verifiche ammonta ad euro 404.000,00 , di cui 220.112,49 finanziati RER in attuazione dell'Art. 33 L.R. 24 /2009.

A seguito del sisma del maggio 2012 si stanno confrontando le verifiche con l'effettivo comportamento delle strutture dei Presidi colpiti dal terremoto, e dopo i primi interventi in urgenza di messa in sicurezza, si sta procedendo al ripristino/miglioramento strutturale utilizzando le varie forme di finanziamento (Fondo Europeo, Legge Regionale, Assicurazione,...) in coordinamento con Protezione Civile, Soprintendenza e RER.

Int. 24 - Manutenzione straordinaria + permuta immobile sito in via Francesco del Cossa.

All'interno di questa voce del Piano Investimenti, che per l'anno 2012 prevedeva un importo pari ad euro 2.400.000 e di cui ne sono stati effettivamente realizzati euro 1.619.000,00 , sono comprese le opere di manutenzione straordinaria effettuate sia a seguito eventi imprevisi , sia relative a progetti di riorganizzazione e/o adeguamento normativo da realizzarsi per piccoli stralci, di cui si elencano i principali interventi:

Ferrara via Ghiara – Lavori per trasferimento attività DSM	70.000,00
Strutture aziendali – Interventi extracanonone Multiservice	100.000,00
Osp. Argenta – Interventi per trasferimenti reparti e adeguam. antincendio	390.000,00
Sostituzioni impianti ascensori	100.000,00
Sostituzioni impianti termoidraulici	200.000,00
Strutture aziendali – Fondo di riserva per emerg. - Interventi in economia	730.000,00

La "Permuta Francesco del Cossa" inserita nella voce Manutenzione Straordinaria si riferisce al costo sostenuto dall'Azienda per la permuta con il Comune degli appartamenti di Corso Porta Mare a Ferrara con 2 appartamenti in via F. Del Cossa , più una differenza in euro di circa 77.000,00 euro.

ALTRI INTERVENTI

Int. 23 – Acquisto Anello S.Anna:

Era prevista una spesa di 1.300.000,00 euro in caso di rogito di acquisto dell'Anello S.Anna per gli ulteriori mq necessari all'Azienda secondo l'ultima versione del progetto , denominata "Ipotesi 3". Essendo stato prorogato l'atto di rogito fino a ottobre 2013, tale spesa non è avvenuta.

Int. 25 - Realizzazione Nuovo Pronto Soccorso di Cento:

Il completamento della progettazione e la realizzazione dell'opera è in corso direttamente da parte della Fondazione Cassa di Risparmio di Cento, che si è impegnata a finanziare 1.500.000 euro. Nel Piano Triennale sono previsti ulteriori 300.000,00 euro, di cui si farà carico l'AUSL con fondi propri, per eventuali maggiori costi derivanti dalla modifica strutturale dell'adiacente Radiologia nel punto di collegamento al nuovo Pronto Soccorso, e per i costi degli arredi ed attrezzature di Pronto Soccorso. Al momento è in corso la redazione del Progetto Esecutivo.

Int. 26 – Primi interventi di manutenzione straordinaria Anello S.Anna:

Era prevista una spesa di 500.000,00 euro, in caso di rogito di acquisto dell'Anello S.Anna, per i primi interventi sui fabbricati dell'Anello interessati dai trasferimenti previsti dall'AUSL secondo l'ultima versione del progetto , denominata "Ipotesi 3". Essendo stato prorogato l'atto di rogito all'aprile 2013 tale spesa non è avvenuta.

Int. 22 - PIANO INVESTIMENTI IN BENI MOBILI ed ATTREZZATURE INFORMATICHE

Nell'anno 2012 sono stati previsti investimenti in beni mobili per un totale di € 2.645.000,00, dei quali effettivamente spesi € 1.604.000 di cui: € 1.398.000,00 per beni mobili (investimenti sanitari per sostituzione apparecchiature vetuste, sostituzione 2 ambulanze vetuste, adeguamenti normativi apparecchiature); € 206.000,00 di investimenti per informatizzazione.

Come da delibera n.5 del 4 gennaio 2012, avente ad oggetto " Approvazione piano di acquisti di beni mobili indifferibili ed urgenti anno 2012", il Direttore Generale ha deliberato l'acquisto di beni informatici per un valore complessivo di € 600.000,00 da parte del Dipartimento Interaziendale Gestionale ICT e di seguito si riporta una descrizione delle caratteristiche tecniche dei beni che sono stati oggetto di acquisto da parte del Dipartimento ICT. Tali interventi si collocano comunque in un contesto generale, che prevede il perseguimento degli obiettivi definiti nel piano programmatico regionale 2012, nei progetti ICT regionali e di Area Vasta.

L'Azienda Usl di Ferrara a seguito di un'attività di assessment informatico e tecnologico, ha rilevato la necessità di procedere ad un significativo intervento di consolidamento della proprie basi dati aziendali con particolare riferimento a quelle che trattano dati sanitari e sensibili. In particolare l'obiettivo che si intende raggiungere attraverso l'adozione di tecnologie consolidate di Relational Data Base Management System (RDBMS) e di Storage Area Network (SAN) , è di creare i presupposti per una gestione dei dati clinici e sanitari secondo i maggiori standard di sicurezza tecnologica disponibili e rispettosi dei requisiti minimi di legge previsti dalla normativa vigente in materia.

A tal fine si è provveduto quindi l'acquisto di n. 2 licenze perpetue di RDBMS di tipo Enterprise e di un nuovo sistema di storage e backup dei dati per la sala server aziendale.

Un ulteriore obiettivo strategico, che l'Azienda Usl intende perseguire nel triennio, consiste nella re ingegnerizzazione dell'attuale sistema informativo sanitario aziendale per costruire i presupposti di massima integrazione informatica tra i servizi territoriali e i servizi ospedalieri provinciali. In particolare le azioni previste mirano a garantire un livello di dotazioni informatiche tecnologicamente avanzato che consentano agli operatori sanitari da un lato e all'utenza dall'altro, di poter sfruttare al massimo le potenzialità di integrazione tra le tecnologie disponibili, semplificando e agevolando l'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari.

In tal senso il Dipartimento ICT ha effettuato per l'anno 2012 la realizzazione di un primo step di upgrade tecnologico del sistema informativo sanitario aziendale e di rinnovo di circa n. 200 postazioni di lavoro per i reparti ospedalieri e gli ambulatori territoriali.

Nell'anno 2012 sono stati effettuati investimenti per l'acquisto di arredi e attrezzature sanitarie da sostituire perché fuori uso o obsolete oppure indispensabili all'adeguamento tecnologico quali apparecchiature ecografiche, sistemi per anestesia, dotazioni strumentali per endoscopia, incubatrici neonatali da trasporto e varie apparecchiature elettromedicali tra le quali defibrillatori, ECG, Monitor multiparametrici, saturimetri, per arredi necessari al completamento di progetti aziendali o, ad esempio, per la sicurezza e la privacy e per attrezzature tecnico-economiche.

4.7 Politiche per l'uso razionale delle risorse dell'energia e la corretta gestione ambientale

Viene richiamato il Programma regionale "Il Sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile"; visti: il Piano energetico regionale approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa 14/11/2007, n. 141 – l'Atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti di rendimento energetico e sulle procedure di certificazione energetica degli edifici approvato con Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 156 del 25/3/2008, il Dipartimento dell'Ausl di Ferrara ha redatto il progetto relativo agli interventi mirati all'uso razionale dell'energia con l'obiettivo di implementare i sistemi per l'uso razionale dell'energia (cogenerazione, fotovoltaico, ecc.) nel rispetto dei vincoli previsti per la realizzazione degli investimenti in conto capitale.

Come negli anni precedenti, anche nel 2012 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.

Si descrive di seguito quanto è stato fatto finora nei vari ambiti.

OTTIMIZZAZIONE GESTIONE RIFIUTI SANITARI

Sistri

- E' stato posto in essere quanto necessario ai fini dell'adeguamento alla normativa SISTRI.

Progetto rilevazione produzione rifiuti infettivi per centri di costo

- E' stato esteso anche agli altri ospedali il progetto che prevede la rilevazione della produzione dei rifiuti infettivi per centri di costo, iniziato nel 2011 presso l'Ospedale del Delta.

- E' stata assicurata visibilità al progetto attraverso gli strumenti di comunicazione interna aziendale tradizionalmente utilizzati: newsletter dipendenti e intranet aziendale.

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.

Accordi raccolta differenziata

- E' stato rinnovato l'accordo con HERA estendendolo anche alle Medicine di Gruppo di Ferrara.

- E' stato posto in essere quanto necessario per il rinnovo degli accordi in scadenza (Area e CMV) attraverso l'elaborazione delle relative bozze di accordo in attesa dei relativi incontri.

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.

- E' stata realizzata la consulenza successiva alla somministrazione dei questionari attraverso la missione in Palestina.

MOBILITA' SOSTENIBILE

Questionario mobilità

- A seguito della costituzione da parte della Direzione Amministrativa Aziendale di un apposito gruppo di lavoro ha preso avvio l'elaborazione dei questionari raccolti all'interno della rilevazione Piano Spostamenti Casa Lavoro (PSCL). Il lavoro del gruppo si è concluso con la redazione di una relazione di presentazione dei risultati ottenuti, in grado di illustrare le principali abitudini dei dipendenti nel tragitto casa-lavoro-casa.

INIZIATIVE REGIONALI

Partecipazione agli incontri promossi dalla Regione nell'ambito della gestione dei rifiuti, della mobilità sostenibile e della gestione ambientale.

Si è provveduto all'inserimento dei dati previsti in merito alla produzione dei rifiuti speciali come da indicazioni regionali.

ATTIVITA' FORMATIVA GESTIONE AMBIENTALE

Partecipazione all'attività formativa organizzata dalla Regione in merito all'inserimento dei dati relativi ai rifiuti, alla mobilità e alla gestione ambientale.

POLITECNICO DI MILANO

L'Azienda USL è stata selezionata come realtà da indagare per quanto fatto nel corso degli anni nel campo della gestione ambientale da parte del Dipartimento di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano.

4.8 Il governo dello sviluppo ICT

FIRMA DIGITALE

Attualmente la firma digitale è utilizzata per firmare:

- i referti di laboratorio,
- i referti di radiologia,
- i referti di Anatomia Patologica,
- le determine e le delibere (dirigenti AUSL),
- il mandato informatico verso il tesoriere,
- gli ordini Intercenter (economato),
- i certificati di malattia (autenticazione nel sito regionale dei medici guardia medica).

I certificati di firma sono contenuti nelle carte CNS distribuite dall' Azienda ai propri dirigenti di area sanitaria, tecnica e amministrativa dotati di potere di firma.

Nel corso del IV trimestre 2012, per garantire il continuo funzionamento dello strumento firma digitale, il Dipartimento ICT ha consolidato presso il proprio servizio di Help Desk un servizio aziendale centralizzato per la raccolta delle richieste di attivazione, revoca e riemissione delle carte CNS con certificato di firma digitale a bordo.

RICETTA ELETTRONICA

Il progetto aziendale prevede l'assegnazione a ciascun medico prescrittore (specialisti ambulatoriali e medici di reparto; per i medici di base è stato incaricato CUP2000) di un ricettario virtuale con 100.000 numeri di ricetta elettronica (NRE). L'assegnazione del ricettario virtuale deve essere richiesta a SOGEI. La Regione Emilia Romagna ha recentemente completato la realizzazione di un'Anagrafe Regionale dei Medici Prescrittori (ARMP), che trasmettere a SOGEI l'assegnazione del ricettario di ciascun medico, gli NRE utilizzati (prescritti) e gli NRE le cui prescrizioni sono state erogate.

Il modulo di prescrizione elettronica realizzato dall'Azienda Usl provvede alle seguenti funzioni:

- Ricezione delle credenziali del medico proscrittore,
- Gestione del consumo degli NRE di ciascun medico,
- Trasmissione al portale (SOGE/ARMP) delle ricette prescritte,
- Trasmissione al server SOLE delle ricette prescritte,
- Trasmissione al portale (SOGEI/ARMP) delle ricette le cui prestazioni sono state erogate.

Per consentire la piena operatività del modulo di ricetta elettronica nel corso del IV trimestre 2012 sono state completate le attività di integrazione del modulo di prescrizione con gli applicativi dipartimentali aziendali dell'AUSL e dell'AO e in particolare con il Sistema Informativo Ospedaliero dell'Azienda Osp. e con il gestionale dell'endoscopia dell'Azienda Usl.

Sono stati assegnati i primi ricettari elettronici a due medici individuati dalla Direzione Sanitaria dell' AOU che il nuovo DM 2.11.2012 e l'art. 20 del decreto crescita hanno ridefinito profondamente modalità e tempi di applicazione della de materializzazione della ricetta rossa tramite l'uso della Nuova Ricetta Elettronica.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi e delle modalità di applicazione delle nuove direttive ministeriali, che prevedono l'introduzione massiva dell'uso della ricetta elettronica entro la fine del 2013, nel corso del IV trimestre 2012 il Dipartimento ICT ha partecipato regolarmente ai tavoli tecnici regionali.

L'attuazione della de materializzazione presuppone infatti molte modifiche ai sistemi ICT tra cui i software prescrittivi, di prenotazione, accettazione ed erogazione che dovranno essere realizzati nel corso del prossimo anno.

DIFFUSIONE DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO DELL'ASSISTITO (FSE), CUPWEB E PAGONLINE.

Sono circa 750 i fascicoli sanitari attualmente attivati dopo il rilascio delle credenziali di accesso. Si sta valutando, insieme ai referenti regionali, la concreta opportunità di iniziare ad utilizzare il FSE come strumento di consegna dei referti.

Nel corso del collegio di direzione del 25 settembre u.s. il servizio è stato presentato ai dirigenti aziendali con la finalità di valutarne l'usabilità come strumento di trasmissione al paziente dei propri documenti clinici.

Nel corso dell'ultimo trimestre 2012 il Dipartimento ICT in collaborazione con la Direzione del Distretto di Ferrara ha costituito un tavolo di lavoro per la definizione di una serie di azioni volte a migliorare e potenziare ulteriormente le funzionalità dei servizi on line del FSE del CupWeb e di Pagonline.

POTENZIAMENTO DELLO SCAMBIO ELETTRONICO DI INFORMAZIONI CLINICHE TRA PROFESSIONISTI – RETE SOLE

Ad oggi in provincia di Ferrara il 98% dei medici di base e dei pediatri sono collegati a SOLE a cui inviano le prescrizioni e da cui ricevono:

- referti di radiologia,
- referti di laboratorio,
- referti delle visite specialistiche,
- notifiche di ricovero (ADT) e lettere di dimissione,
- referto di dimissione del Pronto Soccorso,
- referti e dati clinici Centri Antidiabetici.

Tutti i percorsi di integrazione SOLE sono attivi e i livelli di utilizzo sono in media o superiori a quelli riscontrati nelle altre aziende di Area Vasta Emilia Centro.

Nel corso del collegio di direzione del 25 settembre u.s. sono stati presentati i dati di attività del I semestre 2012 relativi ai volumi di documenti sanitari scambiati in SOLE in provincia di Ferrara. In particolare si segnala un significativo incremento per i volumi di scambio di referti di specialistica ambulatoriale e di Pronto Soccorso.

Nel corso del IV trimestre 2012 sono stati completati rispettivamente il progetto di realizzazione del Laboratorio Unico Provinciale (LUP) e di condivisione dei referti di radiologia tra i servizi di diagnostica strumentale delle due aziende.

ATTIVAZIONE TS-CNS

Le nuove Tessere Sanitarie con certificato di Carta Nazionale dei Servizi vengono distribuite ai cittadini dall'Azienda UsI tramite gli sportelli della rete Cup. Il servizio è a regime e viene condotto con regolarità.

Anche nel corso del IV trimestre il servizio di attivazione delle tessere TC-CNS è stato condotto con regolarità dal Dipartimento ICT.

4.9 Gli strumenti informativi a supporto delle azioni di governo

Vengono inviati al portale regionale i flussi informativi relativi alle varie attività sanitarie. Continuamente vengono intraprese attività per adeguare i flussi agli aggiornamenti dei contenuti (tracciato record), per predisporre i nuovi flussi e per migliorare la qualità delle informazioni trasmesse. La finalità è quella di consolidare nel portale regionale una descrizione realistica della attività svolte in AUSL, che sia di aiuto alle valutazioni e alle azioni di governance.

Parallelamente si sta attivando il modulo STATUS della suite di gestione amministrativa aziendale, per reingegnerizzare l'attività di raccolta dati degli indicatori di attività necessari al Controllo di Gestione e al Sistema Informativo.

Nel corso del 2012 è proseguita l'attività di predisposizione delle modalità di alimentazione dati in STATUS estrapolati dalle procedure sw di gestione ricoveri, di gestione del personale; sono altresì proseguite le attività di affinamento e consolidamento di alimentazione del sistema STATUS con i dati di ricovero, di attività specialistica ambulatoriale e di costo del personale presenti nelle banche dati aziendali.

Progetto Tessera Sanitaria e monitoraggio della spesa sanitaria (art. 50 legge 326/2003 e DPCM 26/3/2008).

La trasmissione in Regione e da qui al Ministero (SOGEI) dei dati del prescritto per la parte di assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza farmaceutica territoriale avviene in modo regolare e in ottemperanza alle scadenze previste.

Nel corso del III trimestre è proseguita in collaborazione con la Regione e per il tramite della rete SOLE, l'attività di alimentazione dei dati del prescritto verso il MEF.

In particolare il nuovo DM 2.11.2012 e l'art. 20 del decreto crescita hanno ridefinito profondamente modalità e tempi di applicazione della de materializzazione della ricetta rossa tramite l'uso della Nuova Ricetta Elettronica anche in relazione alle future modalità di trasmissione dei dati del prescritto al MEF.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi e delle modalità di applicazione delle nuove direttive ministeriali, che prevedono l'introduzione massiva dell'uso della ricetta elettronica entro la fine del 2013, nel corso del IV trimestre 2012 il Dipartimento ICT ha partecipato regolarmente ai tavoli tecnici regionali.

Anagrafe degli assistiti

In provincia di Ferrara è operativa un' Anagrafe Provinciale Centralizzata (APC interaziendale) per la gestione degli assistiti (Anagrafe Medicina di Base) e dei pazienti occasionali.

Viene letta da tutti i sistemi informatici che trattano dati anagrafici ed è integrata con scambio di informazioni con gli applicativi:

- CUP interaziendale,
- SAP (area sanitaria e amministrativa AOU),
- Polaris (RIS e PACS interaziendali),
- Med-Office (endoscopia digestiva e screening).

L'APC, oltre ai dati anagrafici specifici, raccoglie e distribuisce anche le esenzioni, le fasce di reddito, il consenso al trattamento dei dati (anche interaziendale).

Nel corso del III trimestre è stata garantita l'attività di allineamento dell'Anagrafe Medicina di Base e dell' Anagrafe Provinciale Centralizzata con la Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (NAAR). In particolare sono stati caricati in APC i dati relativi alle auto certificazioni per la dichiarazione di appartenenza alla fasce di reddito secondo quanto previsto dall'art.17 della legge finanziaria 2011.

Anche nel corso del IV trimestre sono proseguite con regolarità le attività di gestione e manutenzione di allineamento dell'Anagrafe Medicina di Base e dell' Anagrafe Provinciale Centralizzata con la Nuova Anagrafe Assistiti Regionale (NAAR).

Inoltre il Dipartimento ICT ha partecipato ai tavoli tecnici di Area Vasta Centrale (AVEC) per la realizzazione del progetto della nuova anagrafe centralizzata di AVEC.

Anagrafe Medici Prescrittori

E' attiva la collaborazione con il progetto "Anagrafe Regionale Medici Prescrittori" (ARMP) e si stanno svolgendo test di funzionamento.

Il citato modulo di prescrizione elettronica delle ricette funziona in collegamento con l'ARMP.

Nel corso del III trimestre è stata garantita la corretta e tempestiva alimentazione dell' "Anagrafe Regionale Medici Prescrittori" (ARMP) mediante la trasmissione dei dati relativi ai ricettari SSN distribuiti ai medici dipendenti e convenzionati.

In particolare il nuovo DM 2.11.2012 e l'art. 20 del decreto crescita hanno ridefinito profondamente modalità e tempi di applicazione della de materializzazione della ricetta rossa tramite l'uso della Nuova Ricetta Elettronica anche in relazione alle future modalità di trasmissione dei dati del prescritto al MEF.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi e delle modalità di applicazione delle nuove direttive ministeriali, che prevedono l'introduzione massiva dell'uso della ricetta elettronica entro la fine del 2013, nel corso del IV trimestre 2012 il Dipartimento ICT ha partecipato regolarmente ai tavoli tecnici regionali.

Tessera Sanitaria

Le nuove Tessere Sanitarie con certificato di Carta Nazionale dei Servizi vengono distribuite ai cittadini dall'Azienda Usl tramite gli sportelli della rete Cup. Il servizio è a regime e viene condotto con regolarità.

Anche nel corso del III trimestre il servizio di attivazione delle tessere TS-CNS e di alimentazione della banca dati TS è stato condotto con regolarità.

Nel corso del IV trimestre 2012 è proseguito con regolarità il servizio di attivazione delle tessere TS-CNS e di alimentazione della banca dati TS.

Sistema Informativo dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA)

Viene inviato al portale regionale il flusso informativo relativo alle Attività di Specialistica Ambulatoriale, di Laboratorio Analisi e di Radiologia. Continuamente vengono intraprese attività per adeguare il flusso agli aggiornamenti del tracciato record e per migliorare la qualità e la completezza delle informazioni raccolte.

Anche nel corso del III trimestre è proseguita con regolarità e nel rispetto delle scadenze previste dalla circolare regionale, l'alimentazione del flusso ASA.

Inoltre è in corso di completamento la definizione da parte del Dipartimento ICT di un indicatore di qualità relativo al flusso ASA.

Nel corso del IV trimestre il Dipartimento ICT ha proseguito gli interventi tecnici sui software dipartimentali aziendali finalizzati ad un ulteriore miglioramento della qualità del flusso ASA aziendale. In particolare sono stati realizzati una serie di ulteriori controlli di completezza e correttezza dei dati inseriti nelle maschere dei software e sono state raffinate le modalità di integrazione dati con la procedura del CUP.

Anagrafe delle strutture autorizzate ed accreditate

L'Azienda Usl di Ferrara provvede ad aggiornare con regolarità e tempestività l'anagrafe delle proprie strutture eroganti autorizzate e accreditate.

Anche nel corso del IV trim è proseguita con regolarità l'alimentazione dell'anagrafe regionale delle strutture autorizzate ed accreditate. In particolare alcuni nuovi inserimenti si sono resi necessari per l'alimentazione del flusso sulla distribuzione diretta di farmaci (FED).

Sanità Pubblica: SMIA, Screening e Anagrafe Vaccinale

L'Azienda Usl di Ferrara sta procedendo all'implementazione del nuovo flusso regionale per il monitoraggio dell'attività del programma di screening della mammella.

Per quanto riguarda l'Anagrafe Vaccinale questa viene regolarmente alimentata in fase di svolgimento della campagna vaccinale antinfluenzale tramite le cartelle cliniche dei medici MMG e PLS integrate in SOLE.

Nel corso del III trimestre è stato possibile procedere alla produzione dei primi file contenenti i dati di attività relativi allo screening della mammella.

Nel corso del IV trimestre l'Anagrafe Vaccinale è stata regolarmente alimentata in fase di svolgimento della campagna vaccinale antinfluenzale tramite le cartelle cliniche dei medici MMG e PLS integrate in SOLE ed è proseguita l'attività di consolidamento del nuovo flusso regionale dei dati di attività della campagna di screening per il tumore della mammella.

Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici

L'Azienda Usl di Ferrara provvede ad alimentare con regolarità e tempestività le banche dati regionali per l'attività dell'assistenza farmaceutica territoriale AFT e ospedaliera AFO e FED e per i dispositivi medici DIME.

Nel corso del III trimestre l'attività del Dip. ICT è stata principalmente rivolta a migliorare la qualità del flusso FED. Sono stati aggiornati i prontuari farmaceutici della procedura sw del SERT e si è iniziato l'invio dei dati di attività anche per i centri anti diabetici (CAD).

Nel corso del IV trimestre l'attività è stata prevalentemente rivolta a migliorare ulteriormente la qualità del flusso FED completando l'estrazione dei dati di attività relativa ai CAD aziendali dalla cartella clinica diabetologia Eurotouch e recuperando i dati di attività del I semestre dei SERT che si è resa necessaria a seguito dell'aggiornamento del prontuario farmaceutico. Il risultato di tale attività ha consentito di ottenere una riduzione di circa 9% di scarto tra il dato di attività AFO e FED riducendolo dal 34% al 25%.

Sui dispositivi medici è in corso una analisi interaziendale per la costruzione di un repertorio unico in modo di migliorare la qualità della codifica.

Il Sistema Informativo Consultori (SICO)

Nel corso del primo semestre 2012 l'Azienda Usl ha attivato il flusso inviando in Regione i dati relativi al secondo semestre 2011 e al primo trim. 2012.

Nel corso del IV trimestre 2012 l'invio dei dati di attività per il flusso SICO è avvenuto regolarmente.

Nel corso del primo semestre 2012 sono stati condotti una serie di incontri con la Direzione del Dipartimento di Cure Primarie (DCP) e con i fornitori di procedure software per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera della disciplina di ostetricia e ginecologia al fine di valutare le caratteristiche e compararle con quella del sistema attualmente in uso presso l'Ausl di Ferrara. Parallelamente sull'attuale procedura in uso è stato realizzato un processo di estrazione di una quota parte di dati di attività dei consultori aziendali già presenti nelle banche dati aziendali della specialistica ambulatoriale con cui iniziare ad alimentare il flusso SICO.

In particolare a marzo 2012 sono stati inviati in Regione i dati relativi al secondo semestre 2011 e a fine maggio i dati del I trim. 2012.

Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo già nel corso del I semestre, evidenziando che nel corso del III trimestre 2012 l'invio dei dati di attività per il flusso SICO è avvenuto regolarmente.

Nel corso del IV trimestre è proseguita l'attività di alimentazione del flusso SICO.

Nuovi flussi informativi del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche

L'Azienda Usl di Ferrara provvede ad alimentare con regolarità e nel rispetto delle scadenze regionali le banche dati regionali per l'attività del Dipartimento salute mentale e delle dipendenze patologiche. L'attività è proseguita con regolarità anche nel corso del IV trimestre.

Il sistema informativo del 118 e Pronto Soccorso

L'Azienda Usl di Ferrara provvede ad alimentare con regolarità e nel rispetto delle scadenze le banche dati regionali per l'attività dei servizi 118 e Pronto Soccorso.

Anche nel corso del IV trimestre è proseguita con regolarità e nel rispetto delle scadenze previste dalla circolare regionale, l'alimentazione del flusso.

I database clinici

Con la finalità di realizzare un modello di database clinici integrati, si sta preparando il capitolato tecnico per l'acquisizione di applicativi di gestione della Specialistica Ambulatoriale e dei Consultori. In questo modello di database clinici sarà possibile successivamente comprendere anche gli eventi clinici prodotti dagli altri sistemi dipartimentali sanitari (Laboratorio, Radiologia, Degenza, P.S., CAD, Anatomia Patologica, Endoscopi Digestiva, ecc.).

Nel corso del IV trimestre è stata completata la stesura del suddetto capitolato tecnico ed è stata inoltrata la richiesta al DIALE di espletamento della procedura di agra.

I data base amministrativi ed il conferimento a PARER

PROGETTO ARCHIVI: COLLABORAZIONE ALLA REALIZZAZIONE AL PROGETTO REGIONALE PARER

Nel corso del primo semestre sono state condotte le attività tecniche di supporto all'attivazione della procedura software per l'adozione informatizzata delle determinazioni aziendali. In particolare il ciclo di produzione di tali documenti segue le logiche della de materializzazione, dal processo di stesura sino a quello di apposizione della firma digitale.

Trattandosi di un processo di de materializzazione e in applicazione della normativa vigente in materia, si è quindi reso necessario individuare anche un percorso di riversamento in conservazione sostitutiva delle determinazioni firmate digitalmente. A tale scopo è stato siglato un accordo tra l'Azienda Usl di Ferrara e il Polo Archivistico Regionale PARER, ente deputato alla gestione dei processi di conservazione sostitutiva degli atti e dei documenti della pubblica amministrazione firmati digitalmente. Inoltre sono in corso di svolgimento i test di riversamento delle determinazioni firmate digitalmente da Ausl verso Parer secondo uno schema di disciplinare tecnico già predisposto.

Nel corso del III trimestre si è proceduto alla sottoscrizione del disciplinare tecnico, che regola l'utilizzo dei servizi di riversamento messi a disposizione dal PARER.

Si è proceduto inoltre, in collaborazione con il tesoriere, all'adeguamento della procedura sw EUSIS del bilancio per gestire informaticamente i mandati di pagamento elettronici.

Nel corso del IV trimestre con Parer sono state definite le modalità operative per procedere al riversamento in conservazione sostitutiva dei mandati e reversali di pagamento elettronici.

Infine è stata attivata la procedura di riversamento in conservazione sostitutiva dei referti di radiologia ed è stato predisposto il relativo disciplinare tecnico.

Seguire e supportare adeguatamente tutti i progetti di informatizzazione assegnati ai Distretti e ai Dipartimenti.

Premesso che il Dipartimento Interaziendale ICT collabora con le proprie risorse all'implementazione e alla gestione delle procedure software sanitarie e amministrative aziendali, garantendone nel tempo la continuità di funzionamento, nel corso del primo semestre 2012 le risorse dell' ICT sono state impegnate nelle attività tecniche di implementazione e supporto tecnico di primo e secondo livello dei seguenti processi aziendali:

Sistema di gestione informatizzata determinazioni: attivato nel corso del I semestre.

Nel mese di luglio è stata attivata la nuova procedura di gestione delle risorse umane, per la parte di calcolo e predisposizione dei cedolini stipendiali.

Inoltre nel corso del III trimestre per quanto riguarda la procedura sw del bilancio è stata completata l'attività di informatizzazione della trasmissione alla tesoreria dei mandati di pagamento e nel corso del IV trimestre è stata attivata la nuova procedura di de materializzazione delle fatture passive per il Servizio Tecnico.

Per quanto riguarda invece la nuova procedura di gestione delle risorse umane, nel corso del IV trimestre sono proseguite le attività di attivazione dei moduli presenze assenze e giuridico della nuova procedura di gestione delle risorse umane.

Distribuzione referti Laboratorio Analisi.

Nel corso del primo semestre 2012 sono stati condotti una serie di incontri con la società regionale Cup 2000 S.p.A. per valutare se, in linea con quanto previsto anche dagli obiettivi RER 2012, sia possibile utilizzare lo strumento del Fascicolo Sanitario Elettronico per distribuire on line i referti di laboratorio analisi.

Contemporaneamente si sta valutando con la ditta fornitrice del sistema informatico del laboratorio analisi unico provinciale (LUP) una soluzione commerciale da hoc.

Nel III e IV trimestre lo sforzo del Dipartimento ICT è stato orientato a rafforzare il più possibile i presupposti per utilizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico FSE come canale di distribuzione dei referti on line al cittadino, cercando di scongiurare la necessità di adottare una soluzione onerosa per la nostra azienda. In particolare, si è completata l'operazione di realizzazione del nuovo Laboratorio Unico Provinciale per la parte di esami per pazienti esterni e si è cercato di promuovere anche presso le Direzioni Aziendali di Ausl e di AO l'utilizzo massivo del Fascicolo Sanitario Elettronico presso la popolazione della provincia di Ferrara.

Integrazione socio-sanitaria

L'assolvimento del debito informativo relativo alle rilevazioni ADI (assistenza domiciliare) e FAR (residenzialità e semiresidenzialità per anziani), oltre al flusso SMAC per gli assegni di cura, è reso possibile in maniera uniforme in tutto l'ambito aziendale grazie alla messa a regime di appositi applicativi del gestionale Garsia di cui sono stati dotati i servizi dei Comuni, dell'Azienda USL e tutte le strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie accreditate.

Per ciò che attiene alla reportistica in area disabili, sono assicurati puntualmente i debiti informativi con le modalità richieste dalla Regione.

Privacy – Legge 196/2003

Aggiornamento del "Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari" secondo quanto previsto dall'art. 20 del D Lgs 196/03 e s.m.i.

L'Azienda USL Ferrara ha partecipato ad incontri tenuti presso l'Assessorato alla Sanità della Regione (Febbraio 2012) al fine di contribuire alla revisione ed all'aggiornamento delle singole schede che compongono il regolamento. La metodologia di lavoro ha comportato lo studio e l'aggiornamento di alcune schede per ciascuna azienda sanitaria: l'Azienda USL Ferrara ha revisionato le schede n. 21 "Attività amministrative correlate ad assistenza specialistica ambulatoriale e riabilitazione", 22 "Promozione e tutela della salute mentale" e 23 "Attività amministrative correlate alle Dipendenze (tossicodipendenze e alcooldipendenze).

Partecipazione all'incontro organizzato in Regione Emilia Romagna per l'esame delle schede dopo il parere rilasciato dall'Autorità Garante.

Obiettivo Mandato informatico

La Dematerializzazione dei Mandati di Pagamento e Reversali è stata avviata nella fase di parallelo (su carta e digitale) sin dal Mese di Novembre 2012. Dal 1 Febbraio 2013 saranno emessi Mandati nella sola forma Digitale.

Per quanto riguarda il percorso di dematerializzazione fatture sono stati installati due scanner ed è stata attivata la dematerializzazione delle fatture del servizio Tecnico – Manutentivo e informatico, Più recentemente è cominciata la fase di dematerializzazione delle fatture inerenti l'acquisto di Farmaci. Il progetto proseguirà nel 2013 per consentire l'estensione della procedura ad altre tipologie di documenti.

Produzione piattaforma Internet da utilizzare per la consultazione di regolamenti e procedure contabili

Questo progetto risponde all'esigenza di dare trasparenza, chiarezza e omogeneizzazione nelle modalità di gestione dei processi contabili connessi a fattispecie gestionali simili. Consiste nel rendere disponibili ai servizi "clienti" dell'UO. Programmazione economica contabilità e bilancio le informazioni necessarie per l'avvio di procedure che comportano specifici trattamenti contabili. In particolare ci riferisce a Donazioni, sperimentazioni cliniche e trattamento dei Fondi finalizzati o vincolati.

Informatizzazione dei flussi documentali. Sviluppo e messa in atto della nuova procedura del personale del personale compatibile con i sistemi presenti in Area Vasta.

In esito alla specifica gara é stato avviato sin dal mese di gennaio il confronto con gli operatori individuati dalla ditta WINDEX per la realizzazione dell'obiettivo di dismissione dell'attuale procedura informatizzata della gestione stipendiale fornita da ADS a favore della nuova procedura ALISEO, compatibile con i sistemi presenti in area vasta. Al termine di un lungo percorso di parametrizzazione del nuovo programma informatizzato del trattamento economico é stato possibile valutare i risultati avviando un controllo di funzionalità della struttura delle diverse voci che portano alla definizione del cedolino stipendiale dei dipendenti. Tale verifica si é svolta con esito positiva sul cedolino del mese di gennaio 2012 che é stato confrontato con le analoghe modalità di funzionamento delle voci stipendiali di ADS. É stato inoltre testato, con risultati soddisfacenti, il risultato prodotto sull'imponibile fiscale lordo e netto del cedolino del mese di giugno, prodotto in parallelo dalla due procedure informatizzate. Il confronto ha permesso di selezionare dei risultati diversificati che, in una prima fase, rappresentano una consistenza di 300 dipendenti. Da una analisi più approfondita, tali discrepanze sono risultate giustificate da alcuni fattori "strutturali" che caratterizzano le due architetture di sistema. Con effetto dal 1 di luglio la nuova procedura informatizzata ALISEO é entrata "in produzione" per quanto riguarda il modulo stipendiale. Dal mese di luglio, inoltre, é in corso un ulteriore controllo sulla elaborazione parallela delle competenze stipendiali su entrambe le procedure che consente di operare gli opportuni controlli per interventi per la messa in produzione del sistema. Per quanto riguarda la parte giuridica il programma ALISEO risulta implementato relativamente all'anagrafica e la parte contrattuale da parte degli operatori dell'U.O. Sviluppo amministrazione gestione del personale. Per quanto riguarda infine la procedura presenze assenze il programma ALISEO - Modulo Economico, é implementato per ricevere mensilmente i flussi economici relativi alle assenze, conguagli e variabili da parte del sistema presenze SIPERT che sarà a sua volta dismesso per essere sostituito con la piattaforma ALISEO. L'avvio della parametrizzazione del nuovo programma presenze é avvenuta con effetto dal 16/10/2012 come previsto dalla programmazione aziendale e dal progetto in esame (cioè entro la fine dell'anno 2012).

Controlli

CONTROLLI (AREA "GOVERNO DELLE RISORSE"). L'attività di controllo interno ed esterno viene svolta secondo quanto definito nelle DDGGRR 1171/2009, 1890/2010 ed in modo particolare 354/2012. Nello specifico in data 4/5/2012 con nota prot. 30281 si é provveduto ad inviare i dati dell'attività di controllo relativa all'anno 2011 espletata dall'U.O. Sistema Informativo – conclusa nel mese di aprile 2012 - alla Direzione Generale dell'Assessorato. Al riguardo sono state valutate 4428 cartelle interne e 828 cartelle di Strutture Private. Inoltre ci si é coordinati con l'Azienda Ospedaliero Universitaria per i controlli esterni di 11.330 cartelle. Complessivamente il volume é stato pari a 16.586 cartelle, tra controlli interni ed esterni. Per l'anno in corso ci si é rapportati attivamente con CUP 2000 per velocizzare la digitalizzazione delle cartelle cliniche e rendere più efficienti le operazioni di controllo. Nel mese di giugno é in corso la consegna delle cartelle cliniche del primo trimestre 2012 dei 6 stabilimenti ospedalieri dell'AUSL; si tratta delle cartelle cliniche che dovranno essere verificate dal mese di luglio su supporto informatico. Il campione del 1° trimestre, che é oggetto di controllo, é così composto:

- ➔ Qualità della documentazione (7.025 dimessi -> 370 controlli, pari al 5,27% della produzione complessiva),
- ➔ Ricoveri randomizzati (5.026 cartelle -> 359 controlli, pari al 5,11% della produzione complessiva),
- ➔ Ricoveri potenzialmente inappropriati (1361 cartelle -> 632 controlli, pari al 9% della produzione complessiva).

Sui trasporti sanitari ordinari effettuati nel corso del 2012 sono stati eseguiti i seguenti controlli:

- Controllo mensile e liquidazione delle fatture emesse dalle Associazioni di Volontariato convenzionate a rimborso delle spese sostenute per i servizi prestati,
- Controllo trimestrale del budget di spesa autorizzato,
- Controllo e liquidazione dei costi a rimborso delle spese sostenute dall'Azienda Ospedaliera S. Anna per i trasporti di competenza dell'Azienda USL,
- Controllo e recupero dei costi sostenuti per i trasporti di competenza di Case di Cura e Case di Riposo.

GLI OBIETTIVI DI SALUTE E LE AZIONI A GARANZIA DEI LEA

Dignità della persona

1.1 Qualità della comunicazione nella relazione di cura

Il Progetto di Mediazione Interculturale Interaziendale, ha confermato nel quarto trimestre il trend positivo monitorato nel primo trimestre di applicazione. Il 2012 si è definito come ultima annualità di gestione locale dell'appalto per la fornitura del servizio di mediazione interculturale. Nel 2012 è stato approvato il bando di Area Vasta per la fornitura del servizio a valere da gennaio 2013. Nel quarto trimestre 2012 hanno mantenuto l'attività tutti i 7 nodi di rete:

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (Ente capo fila)

1. Ufficio Accoglienza e Mediazione

Presidi Ospedalieri e/o Servizi dell'Azienda USL di Ferrara:

DISTRETTO Centro Nord

2. Ferrara - Salute Donna e Pediatria di Comunità

3. Ferrara - Dipartimento di Sanità Pubblica di Ferrara

DISTRETTO Sud-Est

4. Lajosanto - Ospedale del Delta

5. Portomaggiore - Salute Donna e Pediatria di Comunità

6. Argenta - Ospedale di Argenta

DISTRETTO Ovest

7. Cento - Ospedale di Cento e Salute Donna Ambulatorio dedicato alle Donne straniere.

Il Progetto nel 2012 ha superato la valutazione di certificazione sia sul livello di coordinamento interaziendale della mediazione, secondo i seguenti obiettivi:

- Rendere omogenea organizzazione dei percorsi di mediazione interculturale, disponibili presso la rete dei servizi socio-sanitari provinciali;
- Monitorare l'evoluzione dei bisogni del territorio per fornire informazioni utili alla programmazione;
- Diversificare l'offerta di mediazione interculturale secondo le caratterizzanti del territorio, del tipo di competenza linguistica e del tipo d'intervento richiesto;
- Assicurare un corretto utilizzo delle risorse disponibili nel rispetto delle indicazioni fornite nel Piano Operativo Interaziendale di Mediazione;
- Diffondere tra gli operatori le conoscenze e le informazioni riguardo alle possibili risposte da fornire agli utenti stranieri;
- Sviluppare le competenze dei professionisti affinché siano i primi attori della mediazione;
- Assicurare il livello di competenza dei mediatori interculturali;
- Garantire la definizione e il monitoraggio di standard di qualità sulla funzione di mediazione.

Sul livello di valutazione della funzionalità di mediazione, secondo i seguenti obiettivi:

- Promuovere percorsi non condizionati dalle differenze culturali e linguistiche per tutti coloro che hanno bisogno di cura, assistenza sanitaria ospedaliera/territoriale, sostegno sociale;
- Facilitare gli operatori dei Servizi nell'accogliere l'utenza straniera;
- Facilitare i cittadini stranieri nell'accesso e la fruibilità dei servizi;
- Tutelare la riservatezza dell'utente straniero nella comunicazione con l'operatore, dando la possibilità di scegliere di usufruire del mediatore invece che parenti o amici.

Nel 2012 il progetto di mediazione interaziendale è stato inserito nella programmazione di Area Vasta con relativa emanazione di un nuovo capitolato triennale di aggiudicazione del servizio esterno di mediazione. Questa occasione ha permesso di rivalutare tutto il fabbisogno nelle tre fattispecie di mediazione erogata nei servizi di pertinenza dell'Azienda USL: a chiamata urgente, mediazione programmata, mediazione in postazione fissa.

Totale mediazioni richieste in Interaziendale N. 3041 Totale Mediazioni Svolte N. 3012

N. 29 Annullate per Dimissioni o Utente NON si è presentata.

Indicatore del 99%. Standard >90%

INTERVENTI SVOLTI PER SEDE INTERAZIENDALE

Sede	N. Interventi 2012
AOU di Ferrara	1419

Argenta	18
Cento	559
Delta	345
Salute Donna P.d.O e P.d.L. Portomaggiore	330
Salute Donna P.d.C. Ferrara	188
Sanità Pubblica	117
Varie	36
TOTALE	3012

Salute Mentale, Servizi Sociali, Neuropsichiatria Infantile.

N. 6 incontri del tavolo di governo interaziendale del progetto di mediazione interculturale. (attesa annua n. 6/8 incontri).

Il Progetto di Mediazione Interaziendale produce una risposta, in termini quantitativi, al bisogno di accompagnamento/orientamento alla cura del cittadini stranieri, totalmente allineata alla crescita numerica delle residenze dei cittadini stranieri nel territorio provinciale. In termini qualitativi produce un aumento di competenza diffusa tra le diverse professionalità coinvolte nelle U.O. e nei Servizi.

L'obiettivo correlato prevede la partecipazione aziendale al progetto formativo regionale Health Literacy e una sperimentazione locale in area oncologica.

L'azienda ha partecipato con 4 professionisti al percorso formativo regionale che si è concluso nel mese di dicembre 2012. Sulla base delle competenze già acquisite nella prima parte del percorso e delle linee di indirizzo elaborate dal gruppo regionale H.L. L'azienda attivata una ricaduta formativa aziendale di tipo residenziale (PAF ME 21/12). L'iniziativa, denominata "Health Literacy: la qualità dell'assistenza nei D-H oncologici", ha previsto la realizzazione di due edizioni di un corso, della durata di otto ore, destinato ai professionisti dei D-H oncologici aziendali e ai rappresentanti dei C.C.M. L'obiettivo didattico si prefiggeva di fornire ai discenti gli strumenti operativi di base per garantire una comunicazione efficace nei confronti degli utenti di ambito oncologico.

Durante il percorso formativo è emersa l'importanza di realizzare, utilizzando i criteri della HL, del materiale informativo cartaceo sui D-H. oncologici destinato agli utenti e ai loro familiari.

Nel corso della formazione sono emersi gli elementi più importanti da includere nel prodotto finale (opuscolo) e la necessità di differenziare le informazioni in base ai criteri d'uso (un opuscolo finalizzato ad illustrare l'offerta della rete Oncologica Aziendale e l'altro dedicato agli aspetti terapeutici, ai servizi erogati e alla loro specificità).

Gli operatori formati a livello regionale (2 comunicatori ed un sanitario) hanno realizzato le bozze dei due opuscoli informativi e trasmessi poi alla referente infermieristica dei D-H. per la loro validazione.

Gli opuscoli informativi rispettivamente denominati "Sai cos'è il DH Medico Oncologico" e "Per saperne di più...le terapie antitumorali", sono attualmente ancora in formato bozza.

E' in fase di pianificazione una verifica del livello di gradimento/comprendimento da parte dell'utenza attraverso l'utilizzo di un questionario la cui distribuzione è prevista per i primi mesi del 2013.

A Ferrara il progetto "il CaFE' della memoria" nasce a partire da un documento di programmazione generale, definito nell'anno 2010 grazie al contributo di tutte le istituzioni coinvolte nell'assistenza alle persone affette da demenza, in sintonia con la principale associazione di riferimento per i familiari.

Le azioni finora sviluppate o programmate, hanno seguito un percorso simile, condiviso in tutte le aree distrettuali, prevedendo fasi di coinvolgimento attivo con le diverse figure professionali interessate.

1.2 Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore

Nel Distretto Sud Est, dove è presente un Hospice per le cure palliative, è stato costituito un coordinamento locale di tutti i nodi della rete attraverso un progetto che prevede la presa in carico del paziente terminale attraverso l'integrazione tra la medicina generale, l'assistenza domiciliare, l'ambulatorio delle cure palliative, il day hospital e l'hospice, l'attività ambulatoriale, l'assistenza domiciliare, i ricoveri in hospice sono stati monitorati ogni trimestre attraverso report di attività.

Cure palliative

Attivazione sperimentale di un ambulatorio di cure palliative nell'hospice di Codigoro.

L'ambulatorio delle cure palliative è stato attivato nella seconda metà del mese di Marzo dopo aver concordato il progetto con i Medici di Medicina Generale referenti del DCP e dopo aver effettuato adeguata informazione ai MMG di tutto il Distretto Sud Est. L'ambulatorio è stato organizzato all'interno dell'hospice di Codigoro dove sono stati visitati, dai medici dell'hospice insieme agli infermieri, i pazienti inviati dai MMG del Distretto Sud Est e dagli specialisti al fine di gestire ambulatorialmente la malattia che necessita di cure palliative.

Terapia del dolore e Trattamento del dolore da parto

Completamento della rete degli ambulatori di terapia antalgica, erogazione della partoanalgesia presso le sedi di Cento e Delta secondo le modalità stabilite dalla DGR n.1921 del 10/12/2007.

Consolidare i processi di cure palliative e terapie del dolore:

- Dolore da parto: prosecuzione di obiettivo dell'anno precedente. L'attività 2012 ha coperto il 24% (84 su 375) dei parti naturali presso l'Ospedale del Delta ed il 13% dei parti naturali presso l'Ospedale di Cento.

- Terapia del dolore: nel corso del 2012 è stata completata la rete degli ambulatori territoriali con l'affiancamento dell'ambulatorio di Copparo a quelli già esistenti di Cento e del Delta. Si è inoltre rilevato un significativo incremento dell'attività soprattutto nell'area Est.

Si è voluto prevenire il dolore da procedura nel neonato, ricoverato al Nido, attraverso l'utilizzo di tecniche non farmacologiche (tecniche di contenimento, succhiamento non nutritivo, somministrazione di Saccarosio al 24%). Si è voluto quindi promuovere l'uso delle scale di valutazione del dolore e dei protocolli di prevenzione e trattamento del dolore in epoca neonatale.

Nel piano formativo è stato previsto un incontro di aggiornamento con gli operatori coinvolti, e successivamente si è favorita la formazione continua del personale medico e non medico.

È stato standardizzato il comportamento secondo le linee guida e i principi del progetto "Ospedale senza dolore" e applicati i protocolli e raccomandazioni delle Società Scientifiche nazionali ed estere. È stata utilizzata la scala PIPP per la misurazione del dolore.

1.3 Garantire l'ascolto, l'accoglienza, il supporto diagnostico e la presa in carico delle persone vittime di maltrattamento ed abuso

Nel 2012, le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali hanno firmato la procedura di accoglienza e presa in carico integrata fra tuffi i presidi sanitari della provincia, Accoglienza e trattamento delle donne vittime di violenza: protocollo operativo.

La Procedura, è finalizzata a garantire a chi ha subito una violenza sessuale e in ambito domestico, il diritto di trovare immediato soccorso in un luogo dove operatori sanitari competenti sappiano affrontare non solo la visita e la raccolta delle prove, ma anche garantire la capacità di accogliere, ascoltare, comprendere.

In particolare, la procedura vuole:

- facilitare e standardizzare l'espletamento delle azioni e dei rilievi necessari per tutti gli operatori,
- offrire una migliore accoglienza alle vittime di violenza creando un percorso specifico, garantire riservatezza, disponibilità all'ascolto, testimonianza del fatto accaduto,
- conoscere ed utilizzare informazioni riguardo ai riferimenti legislativi ed agli obblighi di legge previsti per il fatto,
- ottemperare agli obblighi di rilevamento delle prove del fatto, raccogliere e conservare correttamente il materiale reperito ed inviarlo al centro di raccolta. La Procedura unificata costituisce il cardine centrale delle azioni formative programmate nel biennio 2012-2013.

Si è concluso l'iter amministrativo e programmatico per la realizzazione del 1° corso di alta formazione per operatori sanitari, n.50, di durata annuale, finanziato dal Dipartimento di Pari Opportunità del Ministero degli Interni. Nel dicembre 2012 si è attivato anche il tavolo operativo interaziendale per un protocollo interno sulla gestione della assistenza nei casi di trasporto dai presidi locali alla Azienda Ospedaliero Universitaria con referto aperto.

Per la validazione della procedura integrata interaziendale è da considerarsi come indicatore la continuità di partecipazione degli operatori indicati dalla USL come esperti e provenienti da diverse UUOO. Partecipazione 100%. standard >90% n. 26 adesioni al piano formativo.

100% delle richieste rivolte alle UUOO e copertura totale dei posti riservati dal bando nazionale alla USL. Standard >90%.

1.4 Garantire il diritto alla salute delle persone detenute

Indicazioni operative fornitura farmaci per la popolazione detenuta

In applicazione al DPCM 1/04/2008 e della delibera di Giunta regionale 2/2010 sono state redatte Indicazioni operative per la fornitura dei farmaci alla popolazione detenuta ad integrazione del "Programma Aziendale della salute negli Istituti Penitenziari" al fine di ottimizzare la gestione del farmaco nei confronti della popolazione detenuta per razionalizzarne il consumo. In tali indicazioni operative, oltre ai farmaci di fascia A (anche in questo caso con indicazioni sulla prescrizione), ovviamente garantiti come al resto della popolazione, si è provveduto a stilare una lista, condivisa con tutto il personale medico e infermieristico dell'infermeria del carcere dei farmaci in fascia C che, stante le condizioni di particolare disagio sociale e economico della popolazione detenuta e in considerazioni della promiscuità ambientale, sono comunque garantiti.

L'andamento delle nuove istruzioni operative è avvenuto sia mediante raffronti tra il personale infermieristico e il coordinatore assistenziale che tra i medici e il responsabile di modulo sia in corso delle periodiche riunioni di equipe.

Nel corso del quarto trimestre si è provveduto a monitorare il consumo farmaceutico anche se non sono noti i costi sostenuti in questo ultimo trimestre.

L'impegno profuso dal personale medico ed infermieristico nell'introduzione delle nuove istruzioni operative ha consentito di ottenere una razionalizzazione nel consumo farmaceutico laddove si deve tenere comunque presente che tale consumo è soggetto a numerose variabili alcune delle quali non prevedibili e che fanno riferimento all'eterogeneità delle patologie sofferte dai pazienti il cui tempo di permanenza spesso non è certo e che alcune patologie, soprattutto quelle infettive, richiedono un utilizzo di farmaci anche a costi molto elevati.

Programma salute nelle carceri

Garantire il diritto alla salute delle persone detenute "Assistenza protesica".

Oltre all'assistenza primaria garantita nelle 24 ore alla popolazione detenuta ristretta presso la casa Circondariale di Ferrara, coadiuvata dall'assistenza infermieristica garantita per 15 ore, è possibile accedere a diverse prestazioni specialistiche previste all'interno dell'Infermeria e che soddisfano rilevanti problematiche specifiche quali quelle psichiatriche e di tossicodipendenza, cardiologiche, dermatologiche, orl, odontoiatriche e pneumologiche (controllo della tbc).

Per quanto attiene all'assistenza protesica, è stato stilato nell'arco di questo anno, presso questa Azienda, un protocollo relativo alla fornitura di protesi odontoiatriche alla popolazione detenuta; i criteri di selezione per accedere al diritto di protesizzazione sono ricavati dalle indicazioni contenute nella deliberazione di giunta regionale 2/2010.

Dal mese di settembre 2012 è attiva fattivamente la fornitura protesica agli aventi diritto; a tutt'oggi sono state fornite 2 protesi e 4 sono in corso d'opera.

GARANZIA PER L'ACCESSO ALLE CURE IN SEDE CARCERARIA: è stata costituita l'équipe della Salute mentale in carcere (SerT e Psichiatria Adulti) la quale garantisce il trattamento specifico e la continuità terapeutica. All'atto della scarcerazione, la dimissione verrà effettuata in linea con la normativa regionale.

Rispetto alla continuità terapeutica, all'atto della scarcerazione, la dimissione avviene secondo le seguenti modalità:

a) la trasmissione delle informazioni relative alle terapie sostitutive per i pazienti detenuti tossico-alcoldipendenti, al fine di garantirne la continuità tra i SerT ed il Carcere, è regolata dai contatti telefonici e dalla cartella informatizzata Sister, in uso anche nel carcere da maggio 2012.

Poiché nell'Infermeria del carcere non c'è il fax, in caso di scarcerazione nei giorni festivi, viene consegnata la terapia in affidamento, fino al giorno in cui i pazienti potranno recarsi al SerT di competenza territoriale, oltre al piano di prescrizione (metadone, alcover, buprenorfina)

b) la trasmissione delle informazioni relative a pazienti detenuti che presentano problematiche psichiatriche viene così regolamentata: attualmente lo Psichiatra che opera in carcere, al momento della prima visita in carcere, prende contatto con il SPT di competenza territoriale, per garantire la continuità delle terapie in corso. Allo stesso modo, in

prossimità della scarcerazione, lo Psichiatra contatta il Medico referente del SPT territoriale per fissare un appuntamento da consegnare al paziente ed invia una relazione.

In caso di esordio di una diagnosi psichiatrica in carcere in un paziente sconosciuto al SPT, lo Psichiatra contatta il SPT di competenza territoriale, dopo avere concordato con il paziente detenuto la necessità di una continuità terapeutica dopo la scarcerazione. Viene pertanto inviata al SPT una relazione con descrizione del quadro clinico, della diagnosi e della terapia prescritta.

PROGETTO NUOVI GIUNTI: attuazione del progetto attraverso l'interfaccia del "Servizio Nuovi Giunti" dell'équipe Salute Mentale-SerT per la prevenzione del rischio suicidario e la presa in carico personalizzata del paziente detenuto proveniente dalla libertà.

Per quanto riguarda l'Obiettivo "Progetto Nuovi Giunti" ed il relativo indicatore "istruzione operativa inerente l'ingresso (Nuovi Giunti)", è stato analizzato il processo inerente l'ingresso e sono state discusse le modalità operative finalizzate alla redazione della Istruzione operativa, in attesa della nuovo incarico per il Coordinamento del Programma Carcere e delle direttive regionali.

E' stata costituita l'équipe della Salute mentale in carcere, (SerT e Psichiatria Adulti). Il lavoro presso la Casa Circondariale è stato ritardato causa il terremoto (più del 50% dei detenuti sono stati trasferiti presso altri carceri e lo psichiatra è andato a lavorare a Cento per il Sisma).

2. Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure

2.1 Le politiche per la sicurezza delle cure ed il risarcimento dei danni.

GESTIONE DIRETTA DEI SINISTRI

Con L.R. Emilia Romagna n. 13 del 7/11/2012 ad oggetto " Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli Enti del Servizio sanitario Nazionale "sono state approvate le norme per la gestione diretta da parte delle Aziende Sanitarie di tutte le richieste di risarcimento danni per responsabilità civile terzi in regime di cosiddetta "autoassicurazione" cioè senza più polizze di assicurazione.

Nel corso dell'anno 2012 è stata garantita la collaborazione con la formulazione di osservazioni scritte sulle varie proposte regionali presentate, fondamentali per la realizzazione di detto progetto di autoassicurazione.

Garantita la partecipazione al corso di formazione organizzato dal broker Marsh e atto a formare professionalità in materia all'interno delle Aziende sanitarie ed elaborazione del progetto in collaborazione con l'AOSP.

SICUREZZA DEI PROCESSI DI CURA.

Il sistema di segnalazione di eventi sentinella costituisce una modalità di raccolta di eventi indesiderati, che permette una successiva analisi delle criticità ,al fine di predisporre strategie ed azioni di miglioramento finalizzate alla riduzione degli eventi.

1. rilevazione dei casi di evento avverso di particolare gravità (scambio identità),
2. root cause analysis condotta dal norc,
3. elaborazione di istruzione operativa di esecuzione pap test, trasversale, da applicare in tutti gli amb. di prelievo pap-test aziendali,
4. eliminazione dei registri cartacei.

A seguito dell'evento, si sono svolte n°3 riunioni, è stata elaborata n° 1 istruzione operativa, è prevista una riunione di condivisione tra gli operatori interessati.

Sicurezza Dei Sistemi RIS PACS

A livello Aziendale si è costituito un gruppo di lavoro composto da Medici e Tecnici di Radiologia per la predisposizione delle procedure previste dalla delibera Regionale 1706/2009 in materia di sicurezza dei sistemi RIS – PACS. Sono state predisposte le seguenti istruzioni operative: "Gestione Work list", "Gestione credenziali utenti" e "Gestione correzione dati su PACS". Tali istruzioni operative sono state oggetto di approfondimento anche a livello interaziendale in quanto è presente un sistema RIS interaziendale.

Il sistema RIS è stato allineato all'anagrafica provinciale centralizzata.

Attualmente sono in corso:

- approfondimento in tema di privacy per la condivisione delle immagini radiologiche tra le due aziende sanitarie ferraresi;
- deliberazione per l'individuazione degli amministratori tecnici di sistema.

Identificazione Paziente

Nell'ambito del Presidio Unico Ospedaliero l'identificazione del paziente/utente esterno avviene attraverso le seguenti modalità:

- Punti di Accesso quali Servizi di Radiologia, Laboratorio e Pronto Soccorso: l'utente viene identificato dall'operatore visivamente con la presentazione di un documento di identità in corso e per via informatica attraverso la lettura del codice a barre presente sulla tessera sanitaria;
- U.O. di degenza: l'utente viene identificato visivamente con la presentazione di un documento di identità in corso di validità ed attraverso la lettura del codice a barre presente sulla tessera sanitaria.

Per tutti gli utenti/degenti interni dei servizi del Presidio Unico Ospedaliero è adottato il braccialetto identificativo che riporta nome, cognome e data di nascita.

L'identificazione del paziente che accede alla Sala Operatoria prevede diverse fasi di identificazione del paziente e della sede di intervento con il coinvolgimento di diversi professionisti per cui è presente una procedura aziendale. La correttezza della documentazione sul processo di identificazione del paziente è oggetto di sistematica revisione (trimestrale) da parte dell'Azienda Sanitaria, i risultati sono inviati ai direttori di dipartimento e di U.O. per le azioni correttive conseguenti.

Qualora si verifica un evento critico di identificazione del paziente viene attivato come da indicazioni ministeriali/regionali un gruppo di revisione Aziendale per comprendere quali problematiche organizzative o professionali sono intervenute e per mettere in atto delle azioni correttive. Sono in corso azioni di applicazioni di ulteriori supporti informatizzati per la identificazione paziente in ambito di Pronto Soccorso.

Profilassi Antitromboembolica in Chirurgia

A livello Aziendale è presente una procedura aziendale per la profilassi antitromboembolica in Chirurgia. A livello operativo il chirurgo effettua una valutazione all'ingresso/presa in carico del grado di rischio tromboembolico e definisce secondo procedure omogenee la terapia da effettuare sia nella fase preoperatoria che nelle fasi successive all'intervento. Nell'ambito delle valutazioni trimestrali sulla correttezza documentale viene rilevata l'adesione alla procedura da parte dei professionisti.

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 multi professionale sulla correttezza documentale. L'azienda realizza a valenza trimestrale un audit esterno sulla qualità della documentazione sanitaria. Le cartelle cliniche vengono estratte in modo casuale dal database e vengono assegnate per la revisione ad un auditor opportunamente formato.

Per la valutazione delle cartelle viene utilizzata una check list che è stata realizzata a partire dallo standard regionale ed adattata alle esigenze locali.

Dei risultati degli audit vengono periodicamente informati i direttori di dipartimento e di unità operativa. L'azienda ha partecipato all'Audit Regionale sulla qualità della documentazione sanitaria. Nel 2012 proseguono gli audit sulla qualità della documentazione sanitaria.

Assistenza Post-Operatoria

Nell'ambito del Dipartimento Chirurgico è stato creato un gruppo di lavoro per la standardizzazione dei comportamenti assistenziali nelle fasi post operatorie.

Ad inizio 2012 il gruppo di lavoro ha redatto la procedura Aziendale per "l'Assistenza Post Operatoria".

Comunicazione ai Pazienti e Comunicazione Istituzionale Pubblica

Nel 2012 prosegue l'applicazione ed il monitoraggio dei processi relativi alle:

- procedure di informazione e consenso nell'Azienda USL di Ferrara,
- check-list per la verifica delle cartelle cliniche che prevede anche la valutazione dell'aderenza alle procedure aziendali,

- procedura per la gestione e la comunicazione istituzionale e pubblica nonché la comunicazione ai pazienti in caso di evento clinico maggiore.

Progetto di prevalenza

Alcuni operatori del NOIS hanno partecipato alla formazione in regione. Formazione rivolta a formare i formatori aziendali, in previsione dello studio di prevalenza nazionale.

Sono state elaborate le procedure su:

- sistema di segnalazione rapida regionale, il sistema alert organism, l'igiene delle mani,
- prevenzione del rischio infettivo già in Docweb,
- sterilizzazione con la collaborazione dell'ingegneria clinica,
- gestione del cateterismo vescicale.

Sicurezza in Sala Operatoria

- L'azienda ha aderito al progetto nazionale/regionale SOS_Net formando un gruppo di professionisti a livello aziendale per l'introduzione della check list per la sicurezza in Sala Operatoria. La check list è stata introdotta attraverso una integrazione informatica al registro operatorio ed ha previsto in una prima fase di pilotaggio il coinvolgimento di alcune unità operativa del Delta e di Cento. Nel corso del 2012 è prevista l'estensione del progetto SOS_Net a tutte le U.O. Chirurgiche degli ospedali di Delta e Cento.

RISCHIO INFETTIVO

Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

- Le attività svolte dal NOIS (Nucleo Operativo Infezioni in Sanità) nell'anno 2012 sono le seguenti:
- Gli operatori del NOIS mantengono stretti rapporti con la "Rete Regionale di Comitati per le infezioni sanitarie" partecipando regolarmente agli incontri regionali con cadenza trimestrale. Nell'anno in corso gli argomenti trattati dalla Rete CIO regionale sono:
 - Le infezioni da Acinetobacter spp. nella Regione Emilia-Romagna: evidenze disponibili, misure di sorveglianza e controllo
 - le infezioni da Clostridium difficile, con l'istituzione di un gruppo ad hoc per la gestione dei casi
 - gli enterobatteri resistenti ai carbapenemasi (CRE)
 - il lavaggio delle mani: siamo stati coinvolti nella compilazione di un questionario specifico inviato dalla regione ad ogni azienda
 - discussioni di progetti con l'obiettivo di misurare la frequenza delle infezioni correlate all'assistenza, l'uso di antibiotici, delle resistenze antibiotiche e le risorse disponibili per il controllo delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani, nei diversi paesi europei
- progetto di prevalenza
- progetto SiCh-ER
- coordinamento per la compilazione di vari questionari (relativo alla situazione l'aziendale) su vari temi: malattie sessualmente trasmissibili, l'igiene delle mani, progetto Laser, gestione della sorveglianza e controllo delle infezioni in azienda, progetto SiChER.

Progetto SiCher

- Progetto SiCh-ER, si mantengono i contatti con la ditta che fornisce il programma informatico, con i referenti medici ed infermieristici delle UU.OO per la qualità dei dati.
- Sono stati elaborati i dati delle U.O. di chirurgia di Cento e del Delta, Urologia di Cento e del Delta dall'inizio della sorveglianza al primo semestre 2012, si sta procedendo alla elaborazione dei dati del secondo semestre,
- Sono stati inviati i nostri dati di sorveglianza della ferita chirurgica in regione dall'inizio della sorveglianza.
- Attivati percorsi di formazione per gli operatori interessati.
- Revisione del protocollo locale Igiene delle mani.

Indagini epidemiologiche

- Sono state eseguite indagini epidemiologiche e prestatato supporto ai reparti per i quali sono emersi problemi infettivi evidenziati dal settore di microbiologia del laboratorio analisi (aler, cluster, epidemie ecc.)
- E' stata elaborata una brochure in collaborazione con gli operatori della lungodegenza di Bondeno sul clostridium difficile avente come target i pazienti e i visitatori/familiari. Tale brochure è stata diffusa in tutti i reparti con analoghe problematiche.

- Si è proceduto all'aggiornamento dei dati provenienti dal laboratorio analisi degli isolamenti di clostridium difficile avuti nella nostra azienda al settembre 2012, mantenendo così un osservatorio di isolamento del microrganismo in tempo reale in grado di allertare in caso di cluster o epidemie.
- Si è attivato il flusso informativo mensile con l'Agenzia Sanitaria Regionale in merito di isolamento di Acinetobacter baumannii multifarmacoresistenti.
- Si è proceduto alla elaborazione degli isolamenti degli Acinetobacter baumannii multifarmacoresistenti dal 2008 al settembre 2012, mantenendo così un osservatorio di isolamento del microrganismo in tempo reale in grado di allertare in caso di cluster o epidemie.
- Sono stati gestiti tutti i casi di isolamento di CRE (enterobatteri produttori di carbapenemasi) secondo le indicazioni regionali e mantenendo con la stessa dei rapporti di consulenza.
- Garantita la partecipazione al gruppo di lavoro sulla Legionella. Valutazione dei dati relativi ai campionamenti che vengono effettuati nelle strutture sanitarie Aziendali. Nel caso che i dati culturali escano dai parametri di sicurezza, viene "lanciato" l'alert sanitario" per la sensibilizzazione dei Medici e viene allertato il Servizio Attività Tecniche per la bonifica degli impianti interessati.

Progetto Laser

E' in via di definizione una nuova procedura da condividere con i Medici ed è stata chiesta la nostra consulenza relativamente alla elaborazione di una scheda raccolta dati da parte di operatori del Pronto Soccorso del Delta. Annualmente viene assolto il debito informativo verso la Regione sulle infezioni in Terapia Intensiva mediante "Prosafe" gruppo GiViTi (Rianimazione del Delta). Dal 01.01.2013 la Rianimazione del Delta è inserita nell' osservatorio epidemiologico provinciale VIGGuard.

2.2 Sviluppo dei processi di cura territoriali

LE CASE DELLA SALUTE

Nella Casa della Salute di Portomaggiore Ostellato sono stati implementati e attivati percorsi di presa integrata di pazienti affetti da patologie croniche monitorati ogni trimestre attraverso report redatti dal PDA.

Sviluppo dell'attività dell'ambulatorio h 12 e dei percorsi integrati nella Casa della salute di Portomaggiore.

Nel primo trimestre è stata attivata la registrazione informatizzata degli accessi all'ambulatorio h 12 e avviata un'analisi relativa al n. degli accessi nell'ambulatorio di NCP aperto dalle ore 12 alle ore 16. l'ambulatorio h12 è gestito per la durata di 8-9 ore dai medici della medicina di gruppo di Portomaggiore. L'attività ambulatoriale è garantita anche nell'arco delle 4 ore 12-16 dall'ambulatorio di NCP dove prestano la loro attività a turno tutti i MMG del NCP di Portomaggiore, Ostellato per dare continuità assistenziale ai cittadini residenti in quel territorio.

Il percorso integrato del paziente con scompenso iniziato nel 2011 è stato implementato nel 2012 con ulteriore reclutamento dei pazienti. al 31 marzo sono stati reclutati 13 nuovi pazienti che si vanno ad aggiungere ai 119 in carico nel 2011. Nel II trimestre sono stati reclutati ulteriori 11 pazienti. Nell'anno 2012 in totale i pazienti presi in carico per scompenso cardiaco sono risultati n. 49 pazienti in più rispetto al 2011 pari al 41%.

In riferimento al progetto suddiviso in fasi, si evidenzia che la Casa della Salute è attiva dal mese di settembre 2012 (10/09/2012) presso la struttura sanitaria di Copparo in via Roma la medicina di gruppo in Ro è attiva dal mese di giugno 2012(2/06/2012) e quella di Berra dal mese di Novembre 2012 (01/11/2012). Mentre il PPI è stato chiuso nel mese di settembre 2012 (17/09/2012), la piccola traumatologia è stata presa in carico presso l'ambulatorio H12 e sono stati attivati collegamenti con l'ortopedia del Delta. Altre attività assimilabili ai codici bianchi che transitavano presso il PPI vengono prese in carico dall'ambulatorio medico ed infermieristico.

Le strutture sono funzionanti e seguono un monitoraggio costante.

Riorganizzazione dell'attività delle UVG.

L'obiettivo prevede due azioni parallele ed integrate:

- 1) l' analisi della situazione organizzativa esistente, la socializzazione delle criticità e delle esperienze a carattere sperimentale, con l'intento di ridefinire percorsi in ottica dipartimentale, semplificando ed omogeneizzando le procedure di presa in carico;
- 2) l'attuazione di un attento programma operativo a sostegno dei percorsi di dimissione difficile dagli ospedali.

Si ricordano alcune tappe fondamentali del percorso 2012. Sotto il profilo analitico-organizzativo:

4. realizzato nel II trimestre il primo incontro degli operatori, nell'ambito del percorso formativo programmato; il secondo incontro nel IV trimestre, per tutti gli operatori delle UVG,
5. definizione dei gruppi di lavoro (II trimestre) e produzione dei relativi documenti (IV trimestre).

Sotto il profilo operativo/gestionale:

- superamento delle necessità indotte dall'emergenza valutativa relativa alle situazioni di disagio indotte dal sisma (Distretto Centro Nord coinvolto a supporto del distretto Ovest con gestione dei casi di competenza territoriale),
- mantenimento del target di priorità VMD sulle dimissioni difficili dall'ospedale.
- introduzione del nuovo protocollo per l'adeguamento dell'operatività UVG nell'area del Copparese.

La fase di analisi e riorganizzazione si è svolta secondo programma, non si segnalano criticità di rilievo. Nell'area di Copparo l'introduzione della nuova procedura (settembre 2012) ha consentito il superamento di alcune criticità, allineando i tempi di quest'area al resto del territorio distrettuale. Anche la media di attesa di quest'area distrettuale è rientrata nei limiti previsti dall'indicatore (Area Copparo: tempo medio n. 2,6 giornate su un totale di 23 dimissioni difficili). In tutti i periodi dell'anno, comunque, il valore medio dell'indicatore – su base distrettuale – si è mantenuto nei limiti programmati.

Si ricorda che il volume di attività maggiore è quello relativo all'area distrettuale di Ferrara, particolarmente significativo anche sotto il profilo di rete perché gestisce l'interfaccia con le UUOO ospedaliere per acuti.

Rimodulazione dell'assistenza nella struttura E. Boeri di Tresigallo

L'obiettivo consiste nel monitoraggio funzionale delle attività legate alla riorganizzazione assistenziale della RSA di Tresigallo:

- riduzione pl
- esternalizzazione dell'assistenza.

E' stato monitorato durante l'anno il tempo di attesa tra VMD in ospedale ed inserimento in struttura. A causa del protrarsi delle procedure di gara in carico ad altro ente (Comune di Tresigallo), non è stato possibile dare avvio al percorso di esternalizzazione della struttura: la RSA di Tresigallo è rimasta a totale gestione Azienda USL di Ferrara per tutto il 2012. Nel primo semestre era atteso un transitorio allungamento dei tempi di attesa per i trasferimenti dall'ospedale, indotto dalla riduzione di disponibilità posti letto da 30 a 21.

Tale processo è stato gravato dalle criticità indotte dall'emergenza terremoto: la RSA di Tresigallo ha dovuto mantenere alcuni pl a disposizione per le situazioni emergenti del territorio. Pur rimodulandolo nei tempi, è stato mantenuto l'obiettivo di pervenire gradualmente ad un tempo di trasferimento in RSA al di sotto dei 7 gg.

Nel mese di gennaio 2012 sono stati completati i lavori di adeguamento strutturale del III modulo (19 pl disponibili). A partire dal giorno 01.02.2012 e per tutto il 2012 i p.l. attivi sono stati 21.

Si sottolinea che il mancato avvio del processo di esternalizzazione non è dipeso dall'azienda USL, perché determinato da una gara di appalto gestita dal comune di Tresigallo. Il contributo dell'azienda è consistito finora nel supporto ai sopralluoghi nella struttura:

quanto di pertinenza dell'Azienda USL è stato regolarmente effettuato.

Come previsto l'indicatore di verifica è stato rispettato solo a partire dal II semestre, secondo un processo solo in parte atteso e prevedibile.

Nel dettaglio l'indicatore di verifica ha avuto questo andamento:

I trimestre 14 gg = fase di passaggio da 30 a 21 pl

II trimestre 14 gg = emergenza terremoto

III trimestre 6 gg = normalizzazione del processo

IV trimestre 3 gg = risultato migliore di quello atteso.

Si osserva che nel I semestre il tempo di attesa per il trasferimento, malgrado le criticità sopra ricordate, si è mantenuto comunque in linea con i dati delle altre RSA provinciali.

Esiste evidenza di un progressivo miglioramento dei dati relativi all'andamento del processo. Il monitoraggio degli effetti della riduzione dei pl sulla recettività del sistema ha consentito di garantire uno standard equivalente (I semestre) o migliore (II semestre) rispetto agli altri nodi della rete.

2.3 I percorsi per la presa in carico

RIMOZIONE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO E DISCRIMINAZIONE NELL'ACCESSO AI SERVIZI DI FASCE DEBOLI DI POPOLAZIONE (PERSONE IMMIGRATE)

La Azienda USL di Ferrara ha confermato nel 2012 la scelta di considerare, come strumento di rimozione dei limiti o ostacoli nell'accesso ai servizi per i cittadini stranieri, la continuità di diversi protocolli-accordi operativi con associazioni del territorio che si occupano di accoglienza e presa in carico di cittadini stranieri, finalizzati alla semplificazione delle procedure e alla fornitura di una assistenza equa e solidale. In particolare:

- 1) applicazione protocollo con Centro Donna Giustizia (dati analitici 2012)
- 2) applicazione accordo per prestazioni sanitarie per richiedenti Asilo e ospiti "emergenza Nord Africa" progetto Jerry Masslo
- 3) applicazione accordo con Associazione Nadya
- 4) applicazione accordo con Associazione Viale K

1) Applicazione protocollo con Centro Donna Giustizia

Il protocollo, attivo dal 2009 e oggetto di aggiornamento nel 2011, prevede percorsi di facilitazione dell'accesso a servizi sanitari e percorsi di educazione sanitaria per le utenti della Associazione di promozione sociale Centro Donna Giustizia, inserite nei progetti "Oltre la Strada" e "Luna Blu".

Nel 2012 la maggior parte delle prestazioni sanitarie ha interessato utenti del progetto Luna Blu, che si occupa di riduzione del danno e tutela della salute individuale e collettiva per persone in esercizio attivo di prostituzione in strada e al chiuso.

Il progetto ha come specifiche attività (riferite al protocollo con la Azienda USL) :

- Attività di accesso al drop-in
- Organizzazione degli accompagnamenti sanitari

Quando la equipe di Luna Blu riceve una richiesta di Drop-in, solitamente a seguito di un contatto in strada durante le uscite notturne, telefonate di contatto del progetto invisibile o attraverso il passaparola, viene fissato un appuntamento con l'interessata. Durante i colloqui si incoraggia a riferire serenamente eventuali problemi e necessità, in modo da poter affrontare il caso nel modo migliore, mettendo in campo le risorse necessarie a disposizione. Si trasmettono informazioni sulle normative italiane e locali in merito all'immigrazione e alla prostituzione, sui servizi presenti sul territorio, sulle possibilità cui hanno diritto, sui presidi sanitari, possibilità di accesso e documenti necessari, si rammenta l'importanza della prevenzione sanitaria, dell'igiene, di uno stile di vita il più sano possibile, l'essenzialità della contraccezione.

Numero totale e tipologia di accessi al drop-in anno 2012:

- 73 accessi, di questi , 41, di donne seguite dalla Unità di Strada, 32 dal sottoprogetto "prostituzione invisibile" o esercitata in luoghi chiusi.

Tipologia di prestazioni richieste:

- 59 in ambito sanitario (counselling per prevenzione sanitaria, MTS, visite ginecologiche, contraccezione, IVG, ecc).
- 32 richieste in ambito sociale (orientamento presso i servizi del territorio, questioni relative al rinnovo dei documenti di soggiorno, ricerca di lavoro, corsi di lingua, ecc).
- 5 richieste di prestazioni in ambito legale (counselling sulle documentazioni in possesso).

Attività di accompagnamento ai servizi sanitari

· Organizzazione delle attività

Gli accompagnamenti sanitari sono organizzati principalmente dall'operatrice di riferimento del Centro Donna Giustizia. Nel 2012, grazie al protocollo con il reparto di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, è stata praticata la possibilità di libero accesso nella mattina del mercoledì, con un massimo di tre utenti per volta per la profilassi delle malattie a trasmissione sessuale. In particolare: prelievi relativi allo screening MTS, quali: Epatite B e C, HIV e Sifilide. Per le visite ginecologiche, grazie al protocollo con la Azienda USL, è sancito l'accesso all'ambulatorio dedicato alle donne straniere, di Salute Donna, il mercoledì pomeriggio previo appuntamento a seconda delle disponibilità del servizio. In caso di mancanza di posti presso l'ambulatorio dedicato, gli accompagnamenti sono stati

alla sede principale del Consultorio “Centro Salute Donna”, tramite appuntamenti con contatto telefonico del servizio. Anche per le certificazioni IVG il riferimento è stato il Consultorio “Centro Salute Donna”.

Per la medicina di base, è proseguita la collaborazione con i MMG, a seguito della positiva collaborazione avviata nel 2011.

· Numero totale, tipologia degli accompagnamenti e Tipologia di prestazioni richieste

· Il totale degli accompagnamenti sanitari dell’annualità 2012 ammonta a 173 (escluse le azioni del percorso IVG).

E’ notevole il numero di utenti di origine rumena che hanno ricercato sostegno per questioni sanitarie. In totale gli accompagnamenti di ragazze rumene sono stati 103. La maggior parte degli accompagnamenti che rientrano in area Ginecologica, comprendono le visite di controllo di routine, ma anche i PAP TEST, tamponi vaginali e le colposcopie, per accertamenti più approfonditi.

Per quanto riguarda il percorso di Prevenzione e Contraccezione, oltre agli abituali incontri organizzati con le utenti presso i consultori, nel 2012 sono pervenute diverse richieste autonome di prescrizione della pillola anticoncezionale. Nell’area Medica, sono stati effettuati 14 accompagnamenti dal medico di base, 25 agli uffici dell’AUSL di cui 15 per questioni burocratiche come il rilascio della documentazione sanitaria, prenotazioni o ritiro di referti, e 10 per analisi del sangue e altri esami di routine.

Inoltre, sono contenuti in area medica accompagnamenti quali:

- Farmacia (9) per il rilascio di farmaci o prenotazioni di visite specialistiche
- In Ospedale (11) per visite specialistiche che non rientrano né in area ginecologica né in area MTS.
- Accesso in pronto soccorso (3) di cui 2 in seguito ad aggressioni subite in strada.
- Accesso agli ambulatori del Servizio di Sanità Pubblica, (4 accompagnamenti, con 2 persone);

Nel 2012 sono iniziati diversi percorsi di vaccinazione per Epatite B.

Un dato molto importante, poiché in precedenza si verificavano sporadicamente, mentre dal 2012 è stato formalizzato l’accesso al servizio di prevenzione primaria, a seguito della profilassi MTS presso il reparto di Malattie Infettive dell’Ospedale di Cona.

· IVG e servizi sanitari

Dall’inizio del 2012 , 11 richieste di interruzione di gravidanza. 10 con ragazze rumene e 1 con una ragazza nigeriana.

Il giorno dell’intervento viene consegnata alle pazienti, da parte del personale sanitario, la lettera di dimissioni con i medicinali e con la data dell’appuntamento per il controllo Post IVG. Non sempre le utenti si presentano all’appuntamento, non ne è chiaro il valore ed è difficile coinvolgerle.

2) Applicazione accordo per prestazioni sanitarie per richiedenti Asilo e ospiti “emergenza Nord Africa” progetto Jerry Masslo

I richiedenti Asilo presenti nel territorio della provincia di Ferrara sono seguiti dalla Cooperativa sociale Camelot che opera sul territorio della provincia di Ferrara in favore di richiedenti asilo e rifugiati a partire dal 2006, con l’apertura dello Sportello per il Diritto di Asilo presso il CSII e del Progetto Jerry Masslo. Con la Azienda USL nel 2012 la Coop Camelot ha definito un accordo per la semplificazione dell’accesso ai servizi sanitari.

Progetto Jerry Masslo

Il Comune di Ferrara ha aderito allo SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) presentando nel 2005 un progetto per l’accoglienza di 15 richiedenti asilo. Il progetto ha quindi potuto concretizzarsi all’inizio del 2006 ed ampliarsi fino a raggiungere le 20 nel 2012, grazie alla collaborazione fra il Comune di Ferrara, la Cooperativa Sociale Camelot, in qualità di ente gestore, e alcune realtà operanti sul territorio. Il progetto Jerry Masslo opera su tre obiettivi specifici: accoglienza, protezione e integrazione.

Progetto Emergenza Nord Africa

Emergenza Umanitaria di cittadini provenienti dal Nord Africa. Il notevole incremento di richieste di asilo nel nostro Paese dal primo semestre 2011 al primo semestre 2012, è connesso con la crisi nord-africana, che ha portato molti cittadini provenienti da quell’area a giungere in Europa per fuggire da persecuzioni. Nella provincia di Ferrara, a partire da Giugno 2011, il progetto di accoglienza relativo allo stato di emergenza, denominato “Emergenza Nord Africa”, è

stato affidato dalla Protezione Civile a diversi enti pubblici (in particolare ASP – Centro Servizi alla Persona, ASSP – Azienda Speciale Servizi alla Persona di Copparo dell'Unione dei Comuni “Terre e Fiumi” e altri Comuni della provincia), che hanno incaricato la Cooperativa Camelot dell'erogazione dei servizi per la quasi totalità dei richiedenti asilo.

Gli ospiti, quando necessario e soprattutto nel periodo iniziale dell'accoglienza, sono stati orientati e accompagnati ai servizi di base e alle procedure di normale gestione della quotidianità, quali screening sanitario, procedure burocratiche, acquisti di generi alimentari e attività di socializzazione, anche tramite l'utilizzo di mediatori linguistico-culturali.

3) Applicazione accordo con la Associazione Badanti Nadya Onlus

La Associazione conta circa 2000 socie di nazionalità ucraina, moldava, polacca. Dal 2010 ha affrontato il problema di come gestire la malattia o la disabilità temporanea di donne, assistenti familiari straniere. Prima con un appartamento di appoggio e ora, 2012 con 6 appartamenti, concesso in affitto ad un prezzo ragionevole dall'Assessorato alla Sanità, con la finalità dell'accoglienza delle donne ammalate, in convalescenza o indigenti. I sei appartamenti fanno parte del progetto “Io non sarò sola” che vede la collaborazione dell'associazione, che lo ha proposto, con l'Assessorato alla Sanità, i Servizi Sociali per Anziani, l'Uff. di Mediazione Culturale dell'Ospedale ed il Centro Servizi Integrato per l'immigrazione. Nel corso degli ultimi 12 mesi sono stati fornite 5.450 giornate di accoglienza di cui 600 anche a donne italiane. Sono transitate oltre 36 persone, provenienti da Ucraina, Russia, Moldavia, Romania, Etiopia, Tunisia e Marocco, trattenutesi per periodi variabili dai 2 giorni ai 3 mesi, a seconda della gravità dei casi. Negli ultimi anni sono decedute anche 6 persone ucraine, malate di tumore. Nei primi anni la Azienda USL ha fornito prestazioni di assistenza domiciliare. Nel corso del 2012 è stato formalizzato l'accordo per le prese in carico dei MMG di riferimento territoriale.

4) Applicazione accordo con associazione Viale K

La associazione Viale K si occupa storicamente di accoglienza di indigenti di nazionalità italiana e straniera.

La Associazione che ha in carico diverse forme di ospitalità, gestisce anche una mensa quotidiana. La Associazione è inserita nel progetto di gestione coordinata delle domande di accoglienza che arrivano a diversi soggetti pubblici e privati della provincia di Ferrara. La collaborazione con la Azienda USL nel 2012 si è definita sulle facilitazioni di accesso a prestazioni straordinarie e sull'accordo di assistenza ordinaria attraverso il coinvolgimento dei MMG.

ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA REGIONALE “GIUSEPPE LEGGERI” PER IL TRATTAMENTO INTEGRATO DEI DISTURBI PSICHIATRICI

PROGRAMMA LEGGERI: i processi di cura psichiatrica con i MMG sono regolati dal Programma Leggeri a livello dipartimentale, specialmente per quanto riguarda il prodotto chiamato “Trattamento psichiatrico semplice”.

Nella città di Ferrara nel 2012 sono stati attuati dei cambiamenti organizzativi per quanto riguarda il Dipartimento Psichiatria Adulti; per tali motivi gli abbinamenti tra dirigenti psichiatri e Nuclei delle Cure Primarie - Medicina di gruppo, come previsto dal Programma Leggeri, sono stati identificati ma sono ancora in corso di validazione consensuale da parte dei NCP - Medicina Gruppo.

A fine 2012 la quantità di Trattamenti Psichiatrici Semplici che intercorrono tra Dipartimento e MMG nell'ambito del Programma Leggeri sono 3.555, in base al sistema informativo Efeso. Nel corso del 2012, più in particolare, i MMG hanno inviato al Dipartimento 1295 richieste di prime visite psichiatriche; queste sono state attuate nei vari punti di erogazione del DAI SM DP e solo 585 pazienti sono stati presi in cura, gli altri rinviati ai MMG.

E' stato prodotto un Report annuale sui cittadini trattati (cura stepped care) all'interno del programma Leggeri alla fine del II semestre.

I Dati più importanti del Programma Leggeri. A fine 2012 la quantità di Trattamenti Psichiatrici Semplici che intercorrono tra Dipartimento e MMG nell'ambito del Programma Leggeri sono 3.555, in base al sistema informativo Efeso. Nel corso del 2012, più in particolare, i MMG hanno inviato al Dipartimento 1295 richieste di prime visite psichiatriche; queste sono state attuate nei vari punti di erogazione del DAI SM DP e solo 585 pazienti sono stati presi in cura, gli altri rinviati ai MMG.

DIFFUSIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI PER LA GESTIONE INTEGRATA DELLE PATOLOGIE CRONICHE (SCOMPENSO, DIABETE, ECC)

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

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

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

Aspetti Epidemiologici

Attualmente la prevalenza di diabete nella Provincia di Ferrara si attesta al 6,8% in progressivo incremento dal 2003. La distribuzione della prevalenza per classi di età conferma la relazione diretta tra prevalenza di diabete ed età, raggiungendo valori del 12% per gli assistiti con più di 70 anni. A fine 2012 erano identificati 24.857 assistiti con Diabete residenti in provincia di Ferrara, di cui 12.286 assistiti in Gestione Integrata da 270 M.M.G. e 8.054 assistiti dai Servizi Diabetologici delle Aziende Sanitarie Ferraresi. La gestione unificata AUSL-AOSP FE del data-base di cartella diabetologica ha consentito di identificare inoltre un consistente numero di assistiti (4517 pari al 18% della popolazione provinciale con diabete) che non risulta censito ne tra i pazienti in "Gestione Integrata", ne ha avuto contatti con i servizi diabetologici provinciali. Dall'analisi delle dinamiche epidemiologiche nella provincia di Ferrara la popolazione di assistiti con diabete incrementa ogni anno di circa 800-1000 unità, tenuto conto che si stimano circa 1700 nuove diagnosi di diabete per anno e che si registrano circa 900 decessi per anno tra la popolazione diabetica (Mortalità annua 4% della popolazione diabetica o 263/100.000 residenti) .

Il Registro Provinciale Diabete

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

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

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

Il registro provinciale diabete rende inoltre possibile la estrazione dalle Banche dati delle Degenze, della Specialistica Ambulatoriale, della Farmaceutica, oltre che da altri archivi clinici (es. Laboratorio Analisi) informazioni specifiche sulla popolazione diabetica. In questo ambito l'Azienda partecipa all'obiettivo fissato dalla Regione nell'ambito del **Gruppo di Lavoro "Prevenzione delle Complicanze del Diabete"**, il Progetto Registro diabete e Indicatori, coordinato dall'Azienda USL di Ferrara.

La Rete Diabetologica Aziendale

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

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

L'attuale assetto è le risultante di numerose azioni di revisione delle attività degli Ambulatori Diabetologici orientate a incrementare attività di prevenzione (diagnosi precoce delle complicanze, educazione terapeutica, promozione stili di vita) perseguendo il controllo metabolico non solo con approcci farmacologici, ma anche comportamentali.

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

1. Uniformazione organizzativa dei Team Diabetologici.

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

2. Definizione dei modelli di attività.

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

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

3. Revisione dell'Assetto Organizzativo Infermieristico

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

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

4. Predisposizione Procedure ed Istruzioni Operative

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

5. Informatizzazione dei Servizi Diabetologici

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

Proseguendo il lavoro avviato dal 2011, tutti gli ambulatori diabetologici dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliera (U.O. di Diabetologia e U.O. di Pediatria) sono informatizzati in modalità "multicentrica" con applicativo dedicato (Eurotouch) identificato nell'ambito del progetto S.O.LE. (Sanità On LinE) quale software per i servizi diabetologici regionali e con unico data-base provinciale.

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

6. Educazione Terapeutica

Il percorso di sviluppo di competenze ed eventi strutturati di Educazione Terapeutica è stato sviluppato a Copparo-Tresigallo e diffuso negli altri Ambulatori.

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

Sono in corso inoltre esperienze pilota di:

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

Gli interventi educativi individuali e di gruppo richiedono lo sviluppo di competenze comunicative, che sono oggetto determinante degli eventi formativi aziendali programmati in questi anni. Si tratta di investimenti sulle professionalità per sostituire una parte dell'offerta sanitaria tradizionale con attività di promozione della consapevolezza e dell'autonomia del paziente, rispetto ai nuovi equilibri delle attività quotidiane in rapporto alla malattia diabetica (empowerment). Accanto alle attività strutturate di tipo educativo, coesistono iniziative informative attraverso collaborazioni con associazioni di volontariato e con iniziative nazionali ed internazionali. Da evidenziare l'esperienza, da due anni in corso di sviluppo, mediante l'utilizzo della tecnica innovativa con le "Conversation maps".

7. Costituzione di percorsi specialistici di presa in carico

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

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

8. Screening Infermieristico Piede Diabetico

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

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

Indicatori

- consolidamento del registro Aziendale dei pazienti diabetici:

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

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

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

Fig.1

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diabetici Gestione Integrata	5.941	7.622	8.441	9.416	9.713	11.231	11.179	12.699	12.980	12.286
Diabetici Servizi Diabetologia	9.774	9.319	9.468	8.899	9.461	8.888	10.207	10.001	7.420	8.054
Totale Diabetici	15.715	16.941	17.909	18.315	19.174	20.119	21.386	22.700	23.984	24.857
Quota Gestione Integrata	38%	45%	47%	51%	51%	56%	53%	56%	54%	49%

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

Monitoraggio HbA1c Gestione Integrata Ferrara

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N° HbA1c determinate	6.934	7.922	6.336	8.598	14.032*	18.025*	19.811*	20.992
% HbA1c /diabetici assistiti	85%	82%	65%	78%	77%	79%	82%	88%
% HbA1c < 7,0	66%	61%	67%	68%	59%	49%	41%	41%
Media HbA1c	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,9%	6,9%	7,0%	7,0%
% dosaggi entro 6 mesi	43%	71%	58%	75%	61%	52%	68%	65%

* dati rilevati da Sistema Informativo Laboratori Analisi

Microalbuminuria (Registro Diabete Ferrara)

Gestione Integrata	2009	2010	2011	2012
Determinazioni	6.432	9.938	10.711	9.615
% determinazioni < 30 mg	81,9%	87,2%	83,5%	97,7%
% determinazioni > 30 < 300 mg	15,6%	11,3%	14,6%	2,2%
% determinazioni > 300 mg	2,5%	1,6%	1,9%	0,1%

4. media dei valori delle emoglobine glicosilate per i diversi setting assistenziali (GI, pz. in carico alla SD). (dati 2011, i valori 2012 sono in fase di elaborazione)

media dei valori delle emoglobine glicosilate per i diversi setting assistenziali 2011

n° HbA1c GI	19.811
n° HbA1c SD	25.280

Media HbA1c GI	7,01
Media HbA1c SD	8,13

n° HbA1c >7 GI	8.064	41%
n° HbA1c >7 SD	16.242	64%

IMPLEMENTAZIONE DEL "PROGETTO "LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI " NEI PAZIENTI POST-IMA/SCA

Presso la Casa della Salute di Portomaggiore attivato il PDTA sullo scompenso cardiaco. Il PDTA è basato su linee guida RER, invio dei pazienti da parte dei MMG con visita specialistica (prima valutazione) congiunta cardiologo e infermiere e trasmissione del referto con proposta di piano assistenziale al medico curante in modalità SOLE, che prevedono: compilazione della cartella infermieristica, counselling infermieristico ambulatoriale e trasmissione dell'accertamento al medico curante in modalità SOLE, follow up infermieristici telefonici. Previsti incontri periodici con i MMG su casi complessi, programmazione degli approfondimenti diagnostici su agende dedicate, competenze organizzative e

cliniche dell'infermiere che svolge sia la funzione di raccordo tra i nodi della rete nel PDA che quello di care manager per i pazienti con scompenso.

Gli assistiti presso la Casa della Salute sono stati 19.000, gli MMG 16 e gli infermieri case manager 4.

I pazienti arruolati sono stati 187 su 200 attesi con 355 accertamenti medico infermieristici.

417 i follow up telefonici, almeno 2 per ogni paziente (100%).

177 sono stati i counselling infermieristici ambulatoriali (94%).

187 schede infermieristiche inviate ai MMG in modalità SOLE (100%).

Due incontri con gruppi di pazienti.

2.4 Erogazione prestazioni specialistiche ambulatoriali appropriate, in tempi adeguati e con percorsi chiari e definiti **DISTRETTO CENTRO NORD**

Favorire il perseguimento degli obiettivi regionali in collaborazione con le differenti articolazioni delle macrostrutture che operano nel territorio distrettuale. Nello specifico si intende collaborare per perseguire prioritariamente i seguenti obiettivi:

- Attuazione Piano Regionale Tempi di Attesa, in collaborazione con il DCP e con lo Sportello Unico al fine di rendere operative le azioni esplicitate nel "Programma triennale" non solo in un'ottica distrettuale ma anche aziendale, partecipando inoltre agli incontri della commissione AVEC sulla specialistica ambulatoriale.
- Proseguimento delle attività legate alla continuità assistenziale, con particolare riferimento alla presa in carico e contenimento dei Tempi di attesa. Le azioni riguardano il ruolo dei MMG, PLS e Specialisti convenzionati/ospedalieri soprattutto per quanto riguarda la gestione delle patologie croniche in un'ottica di committenza distrettuale.
- Predisposizione in base alla DGR 925/2011 del piano di produzione 2012 e le integrazioni al "programma attuativo locale della specialistica ambulatoriale" previsti per il secondo trimestre 2012.

La Direzione Distrettuale, nel proprio territorio di riferimento, coadiuva il Direttore del Distretto Sud Est per stimolare le sinergie fra i Dipartimenti territoriali ed ospedalieri al fine di rendere operative e praticabili le azioni intraprese al fine di produrre i documenti richiesti dalla Regione, per tutta l'Azienda.

- In data 26 aprile 2012 è stato inviato in Regione il piano di produzione 2012 dell'AUSL e dell'AOSPUN con nota a firma del Direttore Sanitario AUSL. In data 31 maggio 2012 sono state inviate in Regione, a firma del Direttore Generale AUSL, le integrazioni al programma attuativo locale prodotto nel 2011. Entrambi i documenti sono previsti nel DGR 925/2011 e sono stati redatti dal direttore del Distretto Sud Est.
- Il direttore del distretto Sud est, anche per conto degli altri distretti, ha partecipato agli incontri di Area Vasta Centro (AVEC) al fine di creare una sinergia delle azioni in AVEC.

DISTRETTO OVEST

Il compito della Direzione Distrettuale Ovest è quello di stimolare le sinergie tra i Dipartimenti territoriali ed ospedalieri al fine di rendere operative e praticabili le azioni intraprese. Inoltre produce i documenti richiesti dalla Regione, per tutta l'Azienda.

6. Nel primo trimestre 2012 in collaborazione con lo Sportello Unico e con i Referenti della specialistica del DCP, in base al budget assegnato di circa 10.000 €, sono state identificate le branche specialistiche maggiormente critiche su cui effettuare il recupero delle disdette e delle mancate rinunce tramite SMS, al fine di recuperare le prestazioni specialistiche non eseguite, è stato avviato un percorso sperimentale campione che vedrà nel secondo semestre 2012 la sua applicazione completa.
7. Sono state inoltrate, nel primo trimestre 2012, le richieste a CUP 2000 al fine di valutare i dati completi di produzione 2011, necessari alla compilazione del piano di produzione nei tempi richiesti dalla Regione. In data 26 aprile 2012 è stato inviato in Regione il piano di produzione 2012 dell'AUSL e dell'AOSPUN con nota a firma del Direttore Sanitario AUSL. In data 31 maggio 2012 sono state inviate in Regione, a firma del Direttore Generale AUSL, le integrazioni al programma attuativo locale prodotto nel 2011. Entrambi i documenti sono previsti nel DGR 925/2011.
8. Partecipazione agli incontri di Area Vasta Centro (AVEC).

DISTRETTO SUD EST

Il compito della Direzione Distrettuale Sud Est è quello di stimolare le sinergie tra i Dipartimenti territoriali ed ospedalieri al fine di rendere operative e praticabili le azioni intraprese, attraverso la produzione dei documenti programmatori richiesti dalla Regione, per tutta l'Azienda.

- 1) In data 26 aprile 2012 è stato inviato in Regione il piano di produzione 2012 dell'AUSL e dell'AOSPUN con nota a firma del Direttore Sanitario AUSL. In data 31 maggio 2012 sono state inviate in Regione, a firma del Direttore Generale AUSL, le integrazioni al programma attuativo locale prodotto nel 2011. Entrambi i documenti sono previsti nel DGR 925/2011.
- 2) Partecipazione agli incontri di Area Vasta Centro (AVEC).

2.5 Assistenza alla gravidanza

Nell'ottica della riorganizzazione e delle ottimizzazione delle risorse a livello Aziendale, si sono uniformate le modalità di svolgimento dei Corsi di preparazione alla nascita, condotti dalle ostetriche dei Servizi Salute Donna dei tre distretti. L'obiettivo è di garantire a tutte le gravide i corsi Prenatali di base gratuiti in quanto interventi educativi a tutela della maternità.

Si sono realizzati corsi pre-parto per le donne gravide ciascuno dei quali prevede:

-5 incontri di tre ore tenuti dalle ostetriche del Servizio Salute Donna Distretto Ovest,

-1 incontro di due ore sul controllo del dolore in travaglio di parto in collaborazione con le ostetriche del Reparto di Ostetricia dell' Ospedale di Cento, e con i Medici Anestesisti.

-1 incontro di due ore sulle competenze del neonato e il rientro a casa in collaborazione con i Pediatri.

Attuati 12 Corsi Prenatali di base, ciascun corso è stato frequentato da 14 donne, per un totale di 168 donne.

Offerta attiva e gratuita a tutte le donne gravide di interventi educativi /informativi a tutela della maternità, in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata.

Organizzazione e svolgimento da parte del personale medico ed infermieristico della Pediatria di Comunità del Distretto Sud Est di incontri a tema, inerenti le competenze del bambino, l'allattamento, il rientro a casa e la rete dei servizi territoriali dedicati alla "nuova famiglia

Nel primo trimestre, la Pediatria di Comunità ha organizzato incontri a tema rivolti alle donne gravide, presso le sedi distrettuali di Codigoro e Portomaggiore.

Nel secondo trimestre, la Pediatria di Comunità ha organizzato incontri a tema rivolti alle donne gravide, presso le sedi distrettuali di Codigoro e Portomaggiore.

Nel terzo trimestre, la Pediatria di Comunità ha organizzato incontri a tema rivolti alle donne gravide, presso le sedi distrettuali di Codigoro e Portomaggiore, Nel quarto trimestre, la Pediatria di Comunità ha organizzato incontri a tema, rivolti alle donne gravide, presso le sedi distrettuali di Codigoro e Portomaggiore. Nel 2012, nel distretto Sud Est, sono stati organizzati dalla Pediatria di Comunità incontri a tema rivolti alle donne gravide. Si dichiara pertanto che l'obiettivo è stato raggiunto.

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA-PROSECUZIONE DEL PROGETTO "DEPRESSIONE FEMMINILE IN PUERPERIO"

Fornire assistenza qualificata alle donne, che in puerperio, manifestano segni di "stato depressivo", pericoloso per loro, per il neonato e per il nucleo familiare.

Il progetto è regolato da una procedura di segnalazione, condivisa tra il servizio Salute Donna ed il DSM. L'obiettivo ha valenza provinciale ed è inserito nei PPS. e negli obiettivi RER.

Metodologia e Strumenti Utilizzati (Fasi del Programma):

1. Rilevazione dei casi a rischio, all'atto della prima visita post partum amb./domiciliare,
2. Segnalazione, attraverso la scheda prevista dalla procedura, alla psicologa del dsm,
3. Valutazione clinica, eventuale presa in carico da parte del dsm.

Nel corso del 2012 si sono svolti incontri organizzativi con il personale del servizio Salute Donna e del Servizio di Psicologia clinica sul percorso, già avviato nell'anno precedente, e mantenuto anche per l'anno 2012.

Sono state proposte varie forme una maggior comunicazione / informazione esterna, attraverso comunicazioni, brochure, informativa diretta alle gravide durante i corsi di preparazione alla nascita e le visite ostetriche.

Tutto il personale Ostetrico del servizio è stato formato sul progetto ed ha collaborato all' invio/ segnalazione di gravide /puerpere in situazione a rischio, al "Punto di Ascolto" creato presso l'H del Delta.

Lo stato di avanzamento dell'obiettivo 1 del DGR 533/08 che prevede l'offerta attiva di diagnosi prenatale precoce e la definizione di un percorso per ecografie ostetriche di 2° livello è fortemente condizionato dallo sviluppo di un percorso interaziendale che fino ad ora per ragioni conseguenti al recente trasloco della AOSP FE a Cona non è stato possibile attivare. Attualmente sono stati individuati i referenti aziendali per il P.U.O., e per il Dip. Cure Primarie.

2.6 Riduzione del taglio cesareo

Proporzione di parti con taglio cesareo primario.

	2009	2010	2011	2012
Ferrara	20,5	18,3	20,4	19,7
RER	21,6	20,9	20,0	19,8

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 quadriennio 2009-2012 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 inappropriatezza, 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.

2.7 Assistenza neonatale

L'Assistenza neonatale è stata riorganizzata come da obiettivo della Pediatria Aziendale.

Il Progetto di riorganizzazione dell'attività Pediatrica Aziendale è stato predisposto ed è in fase di prossima attivazione.

E' previsto infatti per il M.O. dip. di Pediatria del Delta:

- Disattivazione della Guardia Pediatrica e attivazione della Pronta Disponibilità per degenti (pediatria/nido) e per le urgenze in sala parto/operatoria.
- Disattivazione dell'ambulatorio pediatrico degli accessi diretti e attivazione del ambulatorio pediatrico per controlli post-ricovero della degenza pediatrica, visite neonatologiche di controllo post ricovero del nido, accessi programmati su richiesta diretta dei Pediatri di libera scelta.
- Visite differite per i pazienti in età pediatrica già valutati dal Servizio di Pronto Soccorso e ritenuti non urgenti e rinviabili.
- Disattivazione della consulenza pediatrica a favore del Pronto Soccorso con riorientamento delle consulenze pediatriche urgenti verso Pronto Soccorso Pediatrico dell' AOSP FE.

Per la funzione Pediatrica dell'Ospedale di Cento è garantita la Pronta Disponibilità con il supporto della Pediatria di Libera Scelta.

2.8 Assistenza protesica

Recepimento DGR "Linee di indirizzo sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica". Dall'analisi dei report di spesa: globalmente si denota un calo dei costi del -3,96% rispetto al 2011, pertanto nel massimo rispetto del budget.

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.

2.9 Assistenza farmaceutica

a) Governance e appropriatezza d'uso dei farmaci

Le azioni riguardano diversi ambiti: dalla selezione dei farmaci per gli acquisti, alla informazione indipendente rivolta ai medici, per una maggiore conoscenza della qualità delle evidenze a supporto dei nuovi farmaci.

La politica farmaceutica a livello aziendale, in coerenza con le indicazioni regionali, ha sviluppato una maggiore coerenza e integrazione rispetto a:

- selezione, valutazione e acquisto di prodotti farmaceutici principalmente tramite l'attività della Commissione Farmaceutica AVEC, che si è insediata nell'anno 2012 e che prevede per la nostra ASL la partecipazione di componenti del DIF, del PUO, del DSM nonché un Medico di Medicina Generale, della Commissione Provinciale dei Dispositivi Medici, e l'adesione alle gare Intercent-ER e AVEC.
- informazione indipendente e condivisione/adozione linee-guida e documenti regionali metodologicamente robuste che forniscano raccomandazioni evidence-based e sostenibili, in particolare per l'anno 2012 sono stati condivisi e diffusi i documenti regionali prodotti dalla Commissione Terapeutica Regionale.
- monitoraggio e valutazioni d'uso, anche rispetto a indicatori di appropriatezza, sia relativamente alla Farmaceutica convenzionata che in ambito ospedaliero.

Integrazione attività di governo e controllo con dipartimento farmaceutico e distretti. implementazione di azioni favorevoli l'appropriatezza prescrittiva in farmaceutica convenzionata. nel corso del I trimestre sono stati effettuati incontri con i referenti della medicina generale nel corso dei quali sono state date informazioni relative alle azioni da intraprendere per il contenimento della spesa farmaceutica. in data 31 marzo il DCP e il dipartimento del farmaco hanno attivato un incontro con tutti i coordinatori di ncp e i referenti per la presentazione degli obiettivi regionali finalizzati alla appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa farmaceutica. Nel corso dell'incontro sono state individuate le azioni da perseguire per il raggiungimento degli obiettivi regionali e aziendali. nel secondo trimestre è stato aggiornato e siglato con le organizzazioni sindacali dei MMG l'accordo integrativo locale per la medicina generale nel quale sono stati inseriti gli obiettivi regionali e aziendali relativi alla farmaceutica:

- 1) rapporto prescrizione ace inibitori-sartani 80%(ace) 20%(sartani).
- 2) implementazione prescrizione farmaci generici in particolare sartani, ssri, statine
- 3) ppi controllo appropriatezza nota AIFA 1.

Sono stati effettuati incontri con tutti i coordinatori di nucleo dell'azienda per la presentazione degli obiettivi dell'accordo relativi alla farmaceutica e presentati specifici report per NCP e per MMG per il riscontro del raggiungimento degli obiettivi.

Le azioni intraprese hanno consentito all'azienda di riportare un risultato sulla spesa farmaceutica convenzionata 2012 pari a - 11,35 % rispetto al 2011.

b) Costo dell'assistenza farmaceutica

Nell'Anno 2012 la Spesa Netta Farmaceutica Convenzionata ha registrato nella Provincia di Ferrara un calo del - 11,35%, mentre la media RER è stata pari a - 12,96%. Dal mese di Luglio, a seguito della sottoscrizione della revisione dell'Accordo integrativo Locale con la Medicina Generale si sta comunque riscontrando una tendenza all'allineamento verso la media regionale, se consideriamo solo il secondo semestre, nonostante l'effetto negativo del terremoto lo scostamento è stato per Ferrara pari a -11,05% per la RER - 11,34%. Infatti in tale semestre (periodo metà giugno-settembre) l'esenzione T12 ha annullato il pagamento del ticket su tutto il Distretto Ovest, circa il 20% della

popolazione totale della Provincia, più una parte della popolazione comunque direttamente colpita, da ottobre permane il regime di esenzione su quella parte della popolazione che ha subito danni materiali dal terremoto (personali, abitazione o relativamente al lavoro svolto). Nell'ultimo trimestre si è arrivati ad una controtendenza, ovvero il calo di Ferrara è superiore a quello Regionale.

Relativamente ai farmaci in Erogazione Diretta Fascia-A si è registrato un incremento dei consumi del +4,5%, con un calo dei costi del -2,82%, dovuto principalmente ad un abbassamento del costo dei farmaci anche per effetto gara Intercent-ER.

c) Assistenza farmaceutica ospedaliera

Sulla base delle indicazioni regionali riferite alle Linee guida terapeutiche, alle Raccomandazioni e ai relativi monitoraggi, correlati al Prontuario Terapeutico Regionale, con particolare riferimento alla aree specialistiche di: onco-ematologia, unica specialità presente nella nostra ASL, rispetto a quelle monitorate dalle RER, sono stati previsti budget per le singole Unità Operative adeguati a previsioni di fabbisogno congruenti con buone pratiche cliniche.

La Regione aveva previsto per l'anno 2012 un incremento medio del 4% della spesa farmaceutica Ospedaliera, l'anno si è invece concluso con un calo della spesa per la ASL di Ferrara pari a -6,1%, contro una media RER di +2,2%.

c1) Appropriatelyzza d'uso di farmaci specialistici da parte dei Centri autorizzati e monitoraggio

Prosegue, seguendo i criteri per il monitoraggio dell'adesione alle stesse, e riconducendone gli usi entro i parametri di appropriatezza l'analisi dei dati d'uso dei farmaci soggetti a Linee Guida/ Raccomandazioni regionali relative all' Area onco-ematologia. A tal proposito lo strumento per la verifica della congruità delle scelte terapeutiche, nell'ambito delle Unità Operative e dei Dipartimenti, è l'*audit clinico* che è vincolante per tutte le Aziende ed ha come INDICATORE REGIONALE: LE RELAZIONI DEGLI *AUDIT* EFFETTUATI. Gli audit devono essere effettuati secondo precisi criteri (tra pari e con gruppo multidisciplinare) ed attraverso gruppo/struttura ad hoc individuata. Fino al 2011 era attivo un Gruppo Interaziendale afferente alla struttura del Sistema Informativo e supportato metodologicamente ed operativamente dal GIMBE. Dal 2012 tale percorso non è più attivo.

La Direzione aziendale ha individuato il Dipartimento Medico per l'effettuazione degli audit tramite un gruppo multidisciplinare che comprenda Oncologi. Il DIF fornirà il supporto ritenuto necessario. Come richiesto dalla RER nel mese di dicembre 2012 nelle tre oncologie Aziendali, con il supporto del DIF sono state effettuate le rilevazioni relative al monitoraggio dell'applicazione dei Doc. PTR 86,87,100,101 e 116, in particolare relative all'uso di pemetrexed e bevacizumab nel tumore del polmone e cetuximab e bevacizumab nel tumore del colon retto, nonché di sunitinib ed everolimus nel tumore renale metastatico o non operabile.

Rispetto al consumo di antibiotici sistemici in ospedale per invertire il trend regionale in aumento è necessario attivare in ciascuna Azienda un programma specificamente dedicato, che individui le principali aree di uso inappropriato (indicazioni, modalità di somministrazione) e definisca un piano di attività per promuovere l'uso appropriato (priorità, interventi, modalità di valutazione).

INDICATORE REGIONALE: ATTIVAZIONE DOCUMENTATA DEL PROGRAMMA OBT che riguarda il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO).

Nella ASL di Ferrara già dal 2011 è stato attivato un intenso monitoraggio qualitativo per Unità Operativa, che aveva già determinato un decremento dei consumi del -3%. Nell'anno 2012 è proseguita il percorso attivato nel 2011, registrando un calo dei consumi del -6% in DDD, che ha determinato un calo della spesa del -37,8%. Su tale calo della spesa ha influito in maniera determinante non solo il calo del prezzo di acquisto dei farmaci, ma anche spostamento di utilizzo vs molecole meno costose, es calo dei consumi dei fluoro-chinolonici ed all'interno di questi calo dei consumi di levofloxacina.

c2) Uso razionale e sicuro dei farmaci

La Regione collabora con le Aziende sanitarie fornendo loro periodicamente elementi informativi riguardanti farmaci prescritti presenti nel "cruscotto AIFA". Gli ONCOLOGI devono perseguire l'obiettivo di compilare, nelle schede AIFA, la chiusura trattamento in caso di inefficacia in modo da consentire ai farmacisti individuati di richiedere i rimborsi.

In questo ambito vanno attivate iniziative di formazione e progettuali avviate dalla Regione a cui le Aziende sanitarie – destinatarie di risorse dedicate - devono dar seguito realizzandole nelle realtà locali individuate e stimolando la segnalazione di reazioni avverse da farmaci. La Regione ha assegnato nel 2012 all'Azienda due progetti di FV Attiva: Pediatria e Interazioni paziente anziano politrattato. Il DIF ha già attivato entrambi secondo le indicazioni dei Centri di

Coordinamento di tali progetti, ha inoltre ulteriormente sviluppato l'attività di formazione nei confronti dei MMG e dei farmacisti.

Sono state rese operative la PROCEDURA REGIONALE PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI e le Raccomandazioni riguardanti LA RICOGNIZIONE COME PREMESSA ALLA PRESCRIZIONE.

Tra le attività principali governate dalla procedura ci sono Prescrizione, allestimento e somministrazione. La ASL ha provveduto alla revisione della procedura "Gestione Clinica dei farmaci" secondo le ultime Linee di Indirizzo regionali del dicembre 2011. La revisione della Procedura stessa è in fase di pubblicazione da parte dell'Ufficio Qualità Aziendale. Il coordinamento del gruppo di lavoro, composto da rappresentanti del Dipartimento Interaziendale Farmaceutico, del Dipartimento Infermieristico Territoriale e dell'Ufficio Qualità Aziendale è stato affidato al PUO. E' stata completata la procedura di gestione dei farmaci stupefacenti ed è stata aggiornata la Procedura Aziendale per la Gestione dei Farmaci.

c3) Rete delle farmacie oncologiche

E' vincolante la realizzazione dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche nell'ambito del progetto di rete regionale, di parametri omogenei nei programmi informatizzati per l'allestimento delle terapie oncologiche, la standardizzazione di criteri tecnici ed organizzativi, il monitoraggio dell'uso dei protocolli di trattamento, di modalità per evidenziare le interazioni e le tossicità dei medicinali manipolati. Dovrà inoltre concretizzarsi la già programmata implementazione delle procedure di allestimento delle terapie con un *data set* di parametri clinici utili a monitorare l'andamento delle terapie, formulati con il contributo della Commissione oncologica regionale. Nell'Azienda è presente un software di prescrizione omogeneo tra le diverse oncologie (Log 80) ed esiste una procedura per l'allestimento predisposta dal servizio di Prevenzione e Protezione che viene rispettata nei diversi punti di allestimento, è inoltre in fase di valutazione un progetto di centralizzazione.

d) Assistenza farmaceutica convenzionata

d1) Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

La prescrizione di farmaci con brevetto scaduto come singole molecole e nel contesto delle categorie di appartenenza è un obiettivo vincolante anche per il 2012, così come lo sono gli interventi sull'appropriatezza d'uso ed amministrativa della prescrizione e i provvedimenti conseguenti. La Regione Emilia Romagna indica come obiettivo l'aumento delle DDD a brevetto scaduto di dieci punti percentuali, pari nella nostra Provincia al 67,2% delle DDD totali prescritte. Al mese di luglio tale percentuale era al 64% e si presume, anche sulla base delle ulteriori scadenze brevettate, nonché sull'incremento di prescrizione delle precedenti che tale obiettivo possa essere raggiunto. Relativamente ai singoli gruppi specifici, oggetto di obiettivo, sartani e statine valori percentuali di farmaci a brevetto scaduto superiori alla media RER:

- sartani FE +2,49 punti percentuale vs RER
- statine FE +1,29 punti percentuale vs RER.

Tra le azioni sviluppate rivestono particolare rilevanza:

- Aggiornamento dell'Accordo Integrativo Locale con la Medicina Generale, siglato nel mese di giugno u.s., che prevede tra i punti integrati anche un incremento delle DDD dei farmaci a brevetto scaduto delle categorie Cardiovascolare e Antidepressivi.
- Sensibilizzazione dei prescrittori tramite diffusione ai MMG del Prontuario dei farmaci a brevetto scaduto, aggiornamento mensile delle Liste di trasparenza, elaborazione/diffusione di tabelle costo terapia e costo DDD per le classi terapeutiche omogenee a maggior impatto prescrittivo
- Monitoraggio bimestrale della prescrizione dei MMG rispetto agli obiettivi, oggetto dell'AIL.
- Informazione ai cittadini.

d2) Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

Sono stati effettuati specifici interventi con i medici ospedalieri e convenzionati, in particolare sulle seguenti aree: farmaci inibitori della pompa acida, statine, ACE inibitori e sartani, antidepressivi, allo scopo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, in linea con i documenti Regionali ed il miglioramento del rapporto costo beneficio. A livello provinciale sono state sviluppate le seguenti azioni:

- incontri con i NCP (determinanti per ruolo e responsabilità) per favorire un'analisi delle criticità prescrittive e definire strategie locali di intervento, Sono già stati effettuati incontri formativi con i coordinatori di NCP, nonché

nel mese di giugno con tutti i MMG (suddivisi in sei incontri locali) durante i quali il DIF ha presentato le peculiarità prescrittive della provincia e dei singoli NCP, illustrando obiettivi e condividendo strategie.

- maggiore interazione fra ospedale e territorio per quanto riguarda la prescrizione alla dimissione da parte dei medici ospedalieri e l'interazione con i MMG, tramite l'individuazione di obiettivi comuni, che per l'anno 2012 hanno riguardato l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antiulcera-PPI, dei farmaci ipotensivanti, con particolare riferimento ad ACE e Sartani, dei farmaci ipolipemizzanti-Statine. Il DIF ha definito specifici obiettivi per queste categorie terapeutiche sia in Erogazione Diretta(ED), importante interfaccia tra l'ospedale e il territorio e momento di possibile induzione prescrittiva, che tramite AIL sulla Medicina Generale. Su entrambi i versanti il DIF ha attivato il monitoraggio trimestrale in ED e bimensile sulla prescrizione dei singoli MMG relativamente a tali obiettivi.

Relativamente agli Inibitori di pompa acida è stata anche effettuata una verifica delle prescrizioni rispetto alla Nota AIFA 1, da parte della Commissione Aziendale Note AIFA, coordinata dal DCP, all'interno della quale il DIF svolge sia attività istruttoria che valutativa. Nel periodo Gen-Ott è stato riscontrato un calo della prescrizione pari a - 5,39%, media RER +2,14 %, con un complessivo calo sull'intera prescrizione territoriale. L'obiettivo assegnato dalla RER risulta pertanto conseguito. Relativamente ai farmaci antidepressivi, per i quali già Ferrara aveva un numero di DDD1000ab.pes/die inferiore alla media RER, si è registrato un calo del -3,58% vs 2011(media RER -2,84%), la tendenza pertanto è favorevole al conseguimento dell'obiettivo, si è registrato inoltre un incremento di 2,93 punti percentuale di farmaci a brevetto scaduto.

Relativamente al rapporto Ace-sartani, oggetto anche dell'AIL con la Medicina Generale, nel 2012 si è registrato un incremento vs il 2011, si sottolinea inoltre che a Ferrara la prescrizione di tali farmaci è la più appropriata sia a livello di AVEC che della Regione.

d3) Appropriata prescrizione di antibiotici

Il consumo di antibiotici sistemici in ambito territoriale è in progressivo e costante aumento nelle fasce di età adulte, mentre si è osservato una stabilizzazione dei consumi in età pediatrica. Tra i motivi più frequenti di utilizzo di antibiotici nell'adulto vi è il trattamento delle infezioni delle vie urinarie.

I Responsabili dei Dipartimenti delle Cure Primarie hanno il compito di stimolare e di contribuire alla diffusione e implementazione delle linee guida sul trattamento delle infezioni delle vie urinarie messe a punto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale favorendo un confronto con gli specialisti ospedalieri o ambulatoriali.

INDICATORE REGIONALE: ORGANIZZAZIONE DI MOMENTI FORMATIVI PER I MMG PER LA PRESENTAZIONE DELLE LG SULLE INFEZIONI DELLE VIE URINARIE

I consumi AFT relativi al periodo gennaio-ottobre 2012, ha registrato un calo del -6,6% vs pari periodo dell'anno precedente, con un consumo inferiore del 7,4% vs la media RER.

d4) Distribuzione diretta e per conto

I volumi di distribuzione diretta di farmaci extra PHT complessivamente, raggiunti nel 2008, rappresentano un riferimento anche per il 2012. Tali volumi vengono monitorati dal DIF e, così come previsto dall'accordo sulla DPC Regionale e Locale, siamo in contenimento con adeguamento vs la media RER.

Gli accordi di distribuzione tramite le farmacie convenzionate prevedono inoltre che nelle Aziende sanitarie si raggiungano livelli di numerosità di pezzi di farmaci in PHT erogati dalle farmacie aperte al pubblico tali da garantire una assistenza farmaceutica adeguata alla propria popolazione. Prosegue il periodico monitoraggio dell'andamento degli accordi locali tramite le commissioni aziendali. Nell'anno 2012 la ASL di Ferrara ha raggiunto l'obiettivo assegnato dalla RER in termini, sia per numerosità di pezzi erogati in DPC, che per rispetto dei volumi di distribuzione diretta. L'Anno 2012 si è chiuso con uno scostamento positivo di pezzi erogati è stato pari a +68% vs obiettivo RER.

e) Governo dei Dispositivi Medici (DM)

La rete regionale delle Commissioni Aziendali DM (CADM), coordinata dalla Commissione Regionale DM (CRDM), dovrà programmare le proprie attività, monitorare i consumi e la spesa dei DM innovativi e di costo elevato, migliorare l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza.

Presso le Aziende sanitarie devono essere istituiti entro il 2012 i Repertori locali e realizzate le anagrafiche dei prodotti, in sintonia con la normativa del settore, complete delle informazioni relative alla CND e al codice attribuito ai dispositivi dal Repertorio Nazionale/ Banca Dati del Ministero della Salute, laddove previsto. l'obiettivo è da assegnare

alle diverse strutture che gestiscono i DM: DIF, DIALE, Ingegneria Clinica. In AUSL FE, nel periodo gen-set 2012, il 99,65% del quantitativo di dispositivi medici, gestiti dal Dipartimento Farmaceutico, consumati aveva regolare classificazione CND, pari al 98,17% del valore economico relativo.

Il DIF ha ulteriormente sviluppata l'attività di dispositivo vigilanza, tramite la trasmissione mensile degli "avvisi di sicurezza" a tutti i medici specialisti ospedalieri e territoriali delle due Aziende Sanitarie provinciali.

A Ferrara è presente una Commissione Provinciale dei DM (CPDM) coordinata dal Direttore Medico di Presidio per lo svolgimento di tali attività.

Con Delibera del 15/03/2013 n. 41 è stata istituita la Nuova Commissione provinciale sui Dispositivi Medici con l'obiettivo di rendere più omogeneo e coerente l'impiego dei dispositivi medici (DM), di sviluppare la vigilanza sui DM e di migliorarne l'appropriatezza d'uso e di monitorarne i consumi riducendone la spesa come previsto dalla Legge 135/2012 nota come "Spending Review" e dalla Legge 228/2012 "Legge di Stabilità 2013" e in ultimo quanto riportato dalla Delibera di Giunta Regionale n. 199/2013 "Linee di Programmazione e finanziamento delle Aziende Sanitarie del SSR per l'anno 2013" che nella sezione "Governo dei dispositivi medici", paragrafo 2.8 prevede una riduzione per alcune tipologie di dispositivi medici tra il 10 e il 20%.

Anche la necessità di armonizzare e rendere più sinergici i percorsi organizzativi interni alle due Aziende provinciali, quali ad esempio il percorso di budget, la procedura amministrativa di acquisto dei dispositivi medici, i software gestionali dei dispositivi medici, ecc... ha reso necessaria la costituzione della nuova Commissione Provinciale sui Dispositivi Medici. Le attività della CPDM, in relazione in particolare alle difficoltà del trasferimento a Cona sono limitate alla vigilanza sui DM, alla segnalazione di incidenti e mancati incidenti e all'invio della relazione semestrale al livello regionale.

2.10 Attività di programmazione e controllo dell'assistenza ospedaliera

ACCORDI DI FORNITURA (AREA "ACCESSIBILITA', QUALITA', SICUREZZA E CONTINUITA' DELLE CURE"). L'attività si è espletata attraverso la collaborazione alla predisposizione degli Accordi di fornitura con l'Azienda Ospedaliero Universitaria e con le Strutture Private del territorio. Un'altra attività importante è il monitoraggio degli Accordi, in particolare con le Strutture private, anche ai fini della verifica dal punto di vista sanitario delle fatture, per la liquidazione. L'Azienda è stata particolarmente attenta alle modifiche introdotte dal livello regionale, in materia di ticket, ai fini del recepimento per la modifica degli Accordi. Un'altra attività importante in tale ambito è stata la proposta di Accordi di fornitura con tutte le Aziende USL e Ospedaliere della Regione ai sensi della DGR 732/2011, effettuata nel mese di giugno, per il monitoraggio della mobilità passiva.

2.11 Indirizzi per il riordino delle funzioni chirurgiche

Integrazione graduale delle équipes attraverso il riordino di procedure, protocolli, attività assistenziali, ambulatoriali, di guardia e operatorie a seconda delle attitudini professionali, della tipologia e gravità delle patologie trattate, delle caratteristiche degli stabilimenti ospedalieri: Argenta, Comacchio, Copparo, Delta.

Ospedale di Copparo

E' stata razionalizzata la presenza chirurgica adeguando l'offerta ai bisogni reali: permane per l'intera giornata attività di chirurgia ambulatoriale, ecocolordoppler, visite specialistiche e medicazioni, disponibilità prestazioni ADI ogni 15 giorni. Per le attività è presente un solo medico per ogni giornata eccetto il giovedì che non prevede attività.

Ospedale di Argenta

E' stata mantenuta una ridistribuita l'offerta ambulatoriale al fine di ottimizzare la presenza medica in reparto. E' stata implementata l'offerta di endoscopia digestiva. Potenziato il percorso della five day surgery; il trattamento delle patologie complesse, specie nel fine settimana, è demandato al Delta. Una équipe medica e infermieristica presta attività programmata tutorata presso il Delta, per prendere dimestichezza con l'organizzazione a settori e revisione attenta dell'organizzazione.

Ospedale di Comacchio

stata riprogrammata e ponderata l'intera attività nei termini della delibera che fissa la riconversione dei letti di chirurgia generale e Day-Surgery. Compatibilmente con le attività conservate e quelle trasferite l'impegno medico è immutato.

Ospedale del Delta

In integrazione a quanto riportato per Argenta: riceverà l'attività chirurgica pesante, invierà ad Argenta le patologie a bassa complessità, specie quelle di confine geografico favorevole. I chirurghi vascolari presenti governeranno l'intero sistema sui quattro ospedali. Trasferimento al Delta da Comacchio delle funzioni con la denominazione di "chirurgia day-surgery e ambulatoriale" che governerà insieme a quella di Argenta e revisione attenta organizzativa.

Sistema delle cure in Ortopedia

Il progetto per mantenere l'attività di contenimento dei tempi di attesa per interventi per frattura di femore nell'anziano con l'obiettivo di operare una percentuale superiore al 44% (media RER) di anziani over 65. Mantenimento dei tempi di contenimento per intervento per frattura femore percentuale di operati entro le 48 ore =< alla percentuale rilevata nel 2011, questo attraverso l'azione coordinata tra i tre responsabili delle tre Ortopedie all'interno azienda e attraverso un lavoro di Audit.

I dati distinti per le tre Ortopedie e a livello provinciale continuano nel trend evidenziando anche a fine 2012 percentuali al di sopra della media Regionale.

Miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa

Nel 2012 si è provveduto alla riorganizzazione dei Centri erogazione di Riabilitazione concentrando le sedi nei presidi di Lagosanto, Argenta, Copparo e Cento.

I moduli di Riabilitazione hanno con ciascuno un percorso atto a prevedere modalità di trattamento comuni per le principali patologie. Si è provveduto alla organizzazione in rete anche di coperture per eventi prevedibili e non di carenza di personale con sostituzione non solo locali e continuità dell'erogazione dei servizi. Durante il trasloco dell'Ospedale S. Anna di Ferrara i Moduli di Riabilitazione e le Lungodegenze (LPA) si sono fatte carico di provvedere agli eventuali bisogni per non creare disservizi nella popolazione servizi. Sono state fatti protocolli operativi per le dimissioni difficili con il Territorio e tra i reparti per acuti ed LPA. Continua la collaborazione nel percorso GRACER. Continua la riabilitazione precoce nei pazienti con ictus cerebrali ed operati ortopedici.

Programma stroke care

Si è dato completo avvio alla collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e Universitaria S. Anna di Ferrara (AOSPFE) per la terapia trombolitica provinciale dell'ictus cerebrale ischemico. Si è provveduto, durante il trasloco dell'Ospedale S. Anna a Cona, al supporto e condivisione di percorsi per evitare disagi a pazienti del territorio comunale di Ferrara colpiti da ictus cerebrale. E' attiva una collaborazione con l'AOSPFE per i pazienti colpiti da ictus emorragico con consulto in telemedicina con la U.O. di Neurochirurgia e con la Chirurgia vascolare per gli opportuni interventi in elezione ed urgenza. E' attivato, in tutti gli Ospedali dell'AUSL di Ferrara per i pazienti colpiti da ictus cerebrale disfacili, un apposito percorso dietetico e percorso di formazione del personale in modo capillare, tutt'ora in corso. Sono attivati i percorsi ospedalieri di riabilitazione precoce del paziente con ictus cerebrali e le opportune scale di valutazione anche di esito.

Programma epilessia

L'assistenza a pazienti sofferenti di epilessia si avvale oggi di 6 punti di consulenza neurologica provinciale per l'AUSL di Ferrara in più di quelli dell'AOSPFE cittadino a cui afferiscono i pazienti del Comune di Ferrara. In 3 di questi 6 Centri è disponibile anche l'erogazione di esami Elettroencefalografici, in uno di questi anche di video EEG e Holter EEG (Ospedale del Delta). Tutti i Centri hanno percorsi interni per la diagnostica neurofisiologica ed erogano prestazioni in elezione, in urgenza differita ambulatoriali, prevedono la presa in carico del paziente per i controlli e possono erogare prestazioni anche urgenti a pazienti ricoverati e di Pronto Soccorso negli orari di presenza medica diversificata nei diversi presidi ospedalieri. E' attivo un percorso di Neuropediatria all'Ospedale del Delta dove l'U.O. di Neurofisiologia, il Modulo di Pediatria erogano in collaborazione le suddette prestazioni e percorsi di diagnostica anche strumentale e cura dei pazienti in età pediatrica, compresi i lattanti sofferenti di epilessia.

Rete e percorso oncologici

Per quanto riguarda l'AUSL di Ferrara, l'assistenza a pazienti oncologici viene garantita da appositi Day Hospital negli Ospedali di Cento, Lagosanto ed Argenta, tutti in rete fra loro ed in rete con il Centro oncologico dell'AOSPFE. Questi Centri erogano prestazioni di tipo diagnostico, di presa in carico del paziente con percorsi preordinati e di cura

compresa l'erogazione di farmaci ad alto costo. Per tutto il percorso di cura vengono eseguiti annualmente Audit di appropriatezza inviati ai Centri di controllo regionali. È attiva la collaborazione con il Centro oncologico di Ferrara, con l'Anatomia patologica di Ferrara e con i Centri di erogazione di Radioterapia. Tutti i Centri dell'AUSL di Ferrara sono stati accreditati nella struttura di appartenenza di Medicina interna dalle Commissioni regionali apposite. Tutti i Day Hospital condividono in casi di carenza, in emergenza e non, il personale per non creare disagi alla popolazione. A questa organizzazione concorre anche l'Ospedale di Copparo, condividendo le competenze oncologiche presenti in loco. Per una maggiore attenzione alla Medicina di genere, questi Centri si avvalgono anche per l'oncologia femminile di una specifica competenza ginecologica e oncologica afferente ai Day Hospital oncologici di Medicina interna. I Centri, avvalendosi anche di una specifica formazione tutt'ora in corso, sono attivamente impegnati nei percorsi per una corretta informazione ai pazienti ed ai percorsi di terapia del dolore attivati a livello regionale. È attiva con protocolli e percorsi la collaborazione per le cure palliative con l'Hospice di Codigoro e con l'ADI.

Rete e percorsi cardiologici

Si è già concluso un percorso di confluenza della Cardiologia territoriale in capo al Dipartimento medico nel Dipartimento delle Cure primarie con condivisione di personale medico ed infermieristico, mantenendo un raccordo e una supervisione funzionale delle U.O. di Cardiologia ospedaliera per i casi acuti e per i percorsi di livello superiore.

Si è condiviso un percorso all'Ospedale di Cento di collaborazione tra Anestesiologie e Rianimazione ed Unità coronarica prevedendo una successiva implementazione dei percorsi in area critica.

La diagnostica cardiologica emodinamica è condivisa con percorsi e protocolli con l'AOSPFE, con condivisione anche di personale tra le diverse strutture pur appartenenti ad Aziende diverse. Sono pertanto attivi i protocolli per la terapia coronarica attraverso angioplastica e posizionamento di stent. Si è concluso un percorso perché anche all'Ospedale del Delta vengano impiantati i pace maker non solo in emergenza. È già attiva ed è in fase di ampliamento la diagnostica non invasiva per screening del forame ovale pervio.

Sistema delle cure in area critica

Per il 2012 il presente obiettivo si è articolato su 3 sottobiettivi:

- Progettazione Terapia Intensiva multidisciplinare presso l' Ospedale di Cento;
- Centralizzazione politraumi;
- Emergenza intraospedaliera (Ospedale del Delta).

Cento: avviata la progettazione della Terapia Intensiva Multidisciplinare; nel secondo semestre 2012 si sono avviati incontri formativi fra Rianimatori e Cardiologi, approvata la procedura comune sui criteri di accettazione nella nuova TI Multidisciplinare.

Delta: la Rianimazione opera in rete con le restanti strutture intensivistiche della provincia e svolge funzione di sub-hub per alcune tipologie di traumi come indicato nella procedura interaziendale "La gestione del politrauma in ambito extraospedaliero". Nel corso del trasloco del Nuovo Ospedale S. Anna ha vicariato alcune delle funzioni temporaneamente inattive dell' AOSPFE. L' emergenza intraospedaliera è gestita in modo sistematico secondo i criteri MET.

Argenta: il sistema delle cure in area critica è stato gestito mediante l' attività della Terapia Subintensiva che ha ricevuto l'accreditamento istituzionale nel corso della visita della Commissione regionale il 13 e 14 Novembre.

Pronto Soccorso ed emergenza preospedaliera: molto avanzato è il percorso provinciale sulla centralizzazione dei politraumi, IMA-STEMI e stroke, governato da specifiche procedure interaziendali. Nel corso del 2012 è stato eseguito un audit, riferito ai dati 2011, sul grado di applicazione di tali procedure, che ha riguardato il politrauma e l'IMA-STEMI.

Rete malattie rare

Prosegue lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi di presa in carico delle malattie rare attraverso l'accoglienza dei pazienti con accesso agevolato, la presa in carico globale all'interno delle Unità Operative autorizzate per patologia anche con attivazione di day service e l'utilizzo del Sistema Informativo per le malattie rare. In particolare il monitoraggio e potenziamento delle reti Hub & Spoke relative alle malattie emorragiche congenite, talassemia e anemie emolitiche ereditarie, glicogenosi, sindrome di Marfan, malattie rare scheletriche, malattie rare pediatriche e malattie metaboliche ereditarie. È attivo un gruppo tecnico multiprofessionale e interaziendale sulla SLA che ha l'obiettivo di migliorare i percorsi di presa in carico dei pazienti. Sono stati effettuati 2 incontri che sono stati

verbalizzati. E stata valicata una procedura per la presa in carico del pazienti SLA dall'equipe delle gravissime disabilità acquisite (2068/2004) a partire dal momento della diagnosi.

Donazione e trapianto di organi e tessuti

Prosecuzione del programma Donor Action. Costituzione dell' ufficio di coordinamento aziendale alla donazione organi/tessuti. Donazione cornee.

Donazione e trapianto di organi e tessuti:

- Donor action: l'attività viene regolarmente svolta presso le sedi di Cento e Delta mediante invio mensile al Centro Riferimento Trapianti del dati relativi al numero di decessi e potenziali donatori. Ufficio coordinamento aziendale: Individuate le professionalità e i nominativi dei componenti dell' istituendo ufficio di coordinamento aziendale. In attesa di delibera aziendale.
- Prelievo organi – tessuti: non raggiunti i livelli richiesti dalla Regione per cornee e tessuti.

Piano Sangue Regionale

Partecipazione alle riunioni del CBUS. Tracciabilità del processo trasfusionale tramite l'utilizzo di frigoemoteche informatizzate. In particolare:

- garantita la presenza dei rappresentanti aziendali alle riunioni del CBUS provinciale;
- l'utilizzo in azienda di emoteche informatizzate garantisce la tracciabilità del processo trasfusionale.
- Aggiornamento della procedura aziendale sul buon uso del sangue.

Confronto attività di raccolta sangue 2012 - 2011

	raccolta 2012	raccolta 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	22.368	22.526	-0,7
RER	249.825	254.000	-1,6

Confronto consumi di Unità di globuli rossi 2012-2011

	consumi 2012	consumi 2011	differenze % 2012- 2011
Ferrara	23.035	23.150	-0,5
RER	246.074	246.200	-0,1

Confronto attività di aferesi 2012-2011

	attività 2012	attività 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	856	783	9,3
RER	59.243	60.672	-2,4

Confronto totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) 2012 - 2011

	attività 2012	attività 2011	differenze % 2012-2011
Ferrara	23.224	23.309	-0,4
RER	309.068	314.672	-1,8

Per quanto riguarda l'ambito della raccolta e consumo del sangue, i dati della provincia di Ferrara mostrano un andamento 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 aumentata l'attività di aferesi di un valore pari quasi al 10% (nello stesso periodo il dato regionale è diminuito). L'attività totale di raccolta della provincia di Ferrara registra quindi un -0,4% tra il 2012 e il 2011 rispetto ad un andamento regionale pari al -1,8%. La provincia di Ferrara è riuscita inoltre a ridurre nello stesso periodo il consumo di unità di globuli rossi, risparmiando più di un centinaio di sacche di sangue. In sintesi, pur presentando dei dati discreti, la provincia di Ferrara dovrà però impegnarsi 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. Si precisa che l'Azienda USL di Ferrara non dispone di Officina Trasfusionale, ma utilizza gli emoderivati ed emocomponenti prodotti dal Servizio Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Pronto Soccorso

Potenziamento OBI Appropriata triage:

- il progetto di potenziamento dell' OBI del Delta è stato condiviso con l' Ingegneria clinica aziendale e valutato positivamente in attesa degli investimenti economici dell' azienda,
- l'obiettivo regionale sulla uniformità di assegnazione dei codici colore nel triage è stato raggiunto con la produzione di un documento comune e verificato tramite audit interno.

Garanzie per l'accesso e la continuità assistenziale per i bambini e ragazzi con disabilità neuro-psico-motorie e per le persone con sofferenza psichica o dipendenze patologiche.

PROGRAMMA DIPENDENZE PATOLOGICHE: Sono stati garantiti i percorsi dedicati per popolazioni target (15-17 anni e 18-24 anni) attraverso l'accesso dedicato per adolescenti e giovani in tutti i SerT e l'integrazione tra SerT e Cure Primarie (Spazio Giovani) e Promeco nei percorsi rivolti a adolescenti con consumo/abuso di sostanze.

Sono stati avviati i percorsi dedicati ai giovani nelle 5 sedi SerT sul modello sperimentato al SerT di Ferrara (v. audit clinico).

Utenti con accesso al percorso dedicato 15-17 anni:

Ferrara: 9/9=100%, Cento: 3/3= 100%, Copparo: 5/5= 100%

Portomaggiore: 2/2= 100%, Codigoro: 9/10= 90%;

Utenti con accesso al percorso dedicato 18-24 anni:

Ferrara: 55/55=100%, Cento: 17/18= 94%, Copparo: 30/30= 100%, Portomaggiore: 22/23= 96%, Codigoro: 55/56= 98%.

Progetto Asterix interventi precoci giovani a rischio: valutazione sperimentazione SerT di Ferrara (13 giovani; esiti positivi 3; esiti negativi 3; 7 in corso).

DCA (Disturbi Comportamento Alimentare): Nel corso del 2012 l'implementazione dell'obiettivo è estesa dal team funzionale liaison ospedale-territorio di UONPIA (SMRIA) anche al team funzionale adolescenza. Si tratta di una modifica motivata sia dall'esigenza di una migliore continuità con la psichiatria adulti e il Sert, sia dalla necessità di adattarsi alla disponibilità di personale in organico. Vi sono vari canali d'accesso a UONPIA (SMRIA) per i pazienti con sospetto o diagnosi di DCA. I PLS e MMG, nonché le famiglie stesse anche senza impegnativa, attivano la prenotazione del Colloquio Informativo di Accesso (CIA) tramite CUP in regime ordinario o con urgenza a discrezione del Curante. Un'altra porta di accesso è rappresentata dalle consulenze ospedaliere effettuate settimanalmente dai NPIA dell'UO per i pazienti 0-18 anni ricoverati in reparti pediatrici di tutto il territorio provinciale. Nel 2012 si sono discusse le basi per l'apertura di un ambulatorio UONPIA specialistico per i DCA prenotabile via CUP presso la sede dell'Ospedale del Delta, in integrazione con le equipe territoriali dell'UO. Il passaggio tra i livelli "nutrizionale" e quello "salute mentale" nel campo dei DCA risulta quindi più fluido nei due sensi, integrando le collaborazioni specialistiche territoriali dietetiche e ospedaliere gastroenterologiche. In particolare si è reso più scorrevole il percorso diagnostico-terapeutico nel ricovero pediatrico e nel post dimissione facilitando l'accesso all'équipe infanzia-adolescenza di competenza territoriale e arricchendo la clinical competence degli operatori coinvolti attraverso la discussione multidisciplinare arricchita dalla partecipazione di operatori non specialistici inseriti nella rete di cura. Infine nel 2012 si è preso atto che la Pediatria del Delta è andata incontro a un ridimensionamento. L'assenza del Responsabile della struttura e la sospensione della Guardia medica notturna pediatrica hanno portato a contatti preliminari con la Pediatria dell'AOU S. Anna, limitati dal trasloco dalla sede urbana a quella di Cona.

DSA: Nel 2012 UONPIA (SMRIA) ha recepito le indicazioni regionali sull'adozione di uno specifico percorso per i DSA (Disturbi specifici dell'Apprendimento). È stato adottato il protocollo diagnostico previsto dal modello regionale e sono stati recepiti i requisiti specifici individuati dalla Regione per l'utenza DSA 0-6 anni per tutti gli spoke (DGR 318/08). L'implementazione dell'obiettivo è curata dal team scuola dell'U.O. in cui è attivo il referente del gruppo per la

conformità diagnostica della provincia di Ferrara ex-circolare 8 del 31/5/12 e sono presenti operatori di ogni gruppo professionale e ogni équipe territoriale. Inoltre, ha iniziato a operare un gruppo ad-hoc per procedere alla valutazione della "conformità" delle segnalazioni DSA di professionisti privati, come richiesto dalle indicazioni tecniche della RER, proponendo loro approfondimenti clinici per i DSA. Complessivamente il 2012 ha visto stabilizzarsi l'iter diagnosi-trattamento-assistenza per i DSA nel territorio della provincia di Ferrara che proseguirà con lo sviluppo della tematica dello screening in collaborazione con le scuole.

Valutazione multidimensionale socio-sanitaria per la presa in carico integrata di anziani con patologie psichiatriche e minori con patologie psichiatriche o disabilità

MINORI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE E DISABILITA' PUAPS

L'implementazione dell'obiettivo è presidiata dai team funzionali tutela-rischio e ADOLESCENZA di UONPIA (SMRIA). Nel 2012 si è mantenuto il Protocollo unificato delle attività psicosociali (PUAPS) riguardanti minori seguiti dai servizi socio-sanitari della provincia di Ferrara. In esso si indicano le funzioni degli operatori UONPIA (SMRIA), in particolare psicologi, e dei servizi sociali del territorio provinciale, in particolare assistenti sociali. I servizi sociali coinvolti con minori sono, sia per le attività ordinate dall'Autorità giudiziaria, sia per quelle che emergono nella routine dei servizi a tutela dell'infanzia-adolescenza (incluse le attività per la disabilità, non ricomprese dal PUAPS):

- ASP = Azienda Servizi alla Persona di Ferrara, Masi Torello, Voghiera
- ASP del Delta = Azienda Servizi alla Persona di Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massa Fiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro, Ostellato
- ASP, Azienda Servizi alla Persona di Argenta, Portomaggiore (esclusa l'area minori)
- ASSP = Azienda Servizi Speciali alla persona di Copparo, Berra, Formignana, Jolanda di Savoia, Ro, Tresigallo
- GAFSA = Gestione Associata Comuni di Cento, Sant'Agostino, Mirabello, Vigarano Mainarda, Poggio Renatico
- Settore Socio- assistenziale di Bondeno
- Settore minori Comuni di Portomaggiore, Argenta, Ostellato.

Come previsto dalla DGR 911/2007, UONPIA (SMRIA) segue bambini e adolescenti residenti nel territorio locale da 0 a 18 anni. Questo vale anche per l'attività correlata alle disabilità, le Unità valutazione abilità residue (UVAR) e le Unità di valutazione multidisciplinare (UVM). I responsabili di Modulo Organizzativo dell'UO delle aree distrettuali interessate sono delegati ai rapporti con UVAR e UVM. Nella provincia si stima vi siano circa 500 persone con disabilità grave e complessa in minore età (1% della popolazione 0-18). Di tutte l'UO mantiene una progettazione integrata con i servizi sociali. Una trentina passano ogni anno da UONPIA (SMRIA) alla rete di servizi per l'età adulta, trovando assistenza nel servizio sociale locale, nel servizio di psichiatria e rimanendo in carico al MMG che prescrive consulenze specialistiche secondo i bisogni: fisiatria, neurologia, ortopedia, odontoiatria, psichiatria e altro secondo i casi.

Anche dopo il compimento della maggiore età i minori restano seguiti dall'UO limitatamente alle incombenze relative all'inclusione scolastica (Legge 104/1992). La dimissione facilitata dall'UO avviene è nell'incontro di passaggio socio-sanitario per la presa in carico integrata (equivalente a una UVM) nel quale si riepiloga la biografia sanitaria del paziente, ormai "adulto", in una lettera clinica per la Famiglia, il Medico di Medicina Generale, il Servizio sociale, il Dipartimento Cure Primarie e gli specialisti a cui compete dare consulenze sul caso (Psichiatria, Neurologia, Fisiatria, ecc.). A tale scopo si è diffuso negli anni scorsi un protocollo di passaggio dei minori ai 18 anni nella rete socio-sanitaria degli adulti originariamente elaborato per l'area distrettuale ovest: Delibera Aziendale n.191/2009 "Approvazione adozione del protocollo Percorsi per la presa in carico di minori con disabilità prossimi alla maggiore età". A dicembre 2012 è stata recepita la pubblicazione degli Indirizzi per la definizione dei contenuti minimi degli accordi di programma da stipulare a livello distrettuale tra Enti Locali e Aziende USL per l'integrazione socio-sanitaria nell'area Salute Mentale Adulti e Dipendenze Patologiche (dicembre 2012) che precisano le funzioni delle nuove UVM nel passaggio dei 18 anni per pazienti con patologie psichiatriche e/o disabilità.

ADULTI e ANZIANI CON PATOLOGIE PSICHIATRICHE: Per la Valutazione multidimensionale socio-sanitaria per la presa in carico integrata di adulti con patologie psichiatriche e tossicodipendenze nel 2012 si è lavorato nel gruppo per la costituenda UVM psichiatrica, attraverso il Recepimento degli Indirizzi per la definizione dei contenuti minimi degli accordi di programma da stipulare a livello distrettuale tra Enti Locali e Aziende USL per l'integrazione socio-sanitaria nell'area Salute Mentale Adulti e Dipendenze Patologiche (dicembre 2012) di intesa minima, all'interno del Protocollo di intesa già siglato tra Azienda USL -Enti Locali (ASP), che sostituirà definitivamente la Unità Valutazione Abilità Residue. I pazienti anziani psichiatrici del DAISMDP, che necessitano di valutazione geriatria, si utilizza il progetto

aziendale distrettuale che ha capofila il Dipartimento Attività socio-sanitarie (DASS) per la presa in carico integrata socio-sanitaria in ogni ambito distrettuale attraverso le Unità di Valutazione Geriatrica. Documenti aziendali inerenti alla costituenda Unità Valutazione Multidisciplinare(UVM) -disabili psichiatrici: linee guida regionali dic. 2012, protocollo Conferenza territoriale Socio Sanitaria, scheda richiesta attivazione UVM, verbale incontro UVM al Sud Est. In attesa delle linee guida si sono svolti alcuni incontri conoscitivi con i direttori di Distretto e con il Direttore attività Socio Sanitarie.

La DGR 653/2012 della RER, emessa dalla stessa nel maggio 2012, riporta l'obiettivo di monitoraggio degli interventi di promozione degli ambienti liberi dal fumo, anche nei luoghi di lavoro del servizio sanitario. Inoltre, il Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 della RER riporta al paragrafo 2.3.a i programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute" il progetto n. 3- Prevenzione del tabagismo, tra i cui obiettivi specifici si trova quello di promuovere ambienti favorevoli alla salute e liberi dal fumo, fra l'altro, anche negli ospedali e nei servizi sanitari.

Le figure coinvolte risultano quelle degli SPP, degli SPSAL, dei CAF nonché dei MMG, nell'ottica della formazione di una rete. La verifica del rispetto della normativa, che si basa sull'adozione del regolamento aziendale per il divieto di fumo, è deputata agli agenti accertatori, con la supervisione del Referente aziendale del Programma 5 del Piano Regionale Tabagismo. I Referenti Regionali, relativamente a "Ospedali e servizi sanitari liberi da fumo" hanno collegialmente condiviso il seguente indicatore: approvazione entro il 2012, in ciascuna Azienda Sanitaria della RER, di un regolamento sul divieto di fumo coerente con quanto indicato dalla più recente normativa regionale e nazionale in materia.

In accordo con la Direzione Strategica, è stato allestito nel febbraio 2012 un gruppo di lavoro ad hoc per la revisione del regolamento in essere, e per la sua formalizzazione. Nel luglio 2012, con la collaborazione dell'Ufficio Giuridico e del Dipartimento Att. Tecniche, la Direzione ha formalizzato il nuovo regolamento con l'approvazione della delibera n. 231, "REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA SUL DIVIETO DI FUMO".

Accreditamento dei servizi sociosanitari

La DASS, a sostegno dell'azione di accompagnamento all'accREDITAMENTO voluta dalla Regione, ha partecipato alle riunioni dei referenti per l'accREDITAMENTO degli uffici distrettuali, condividendo le strategie di percorso con gli enti gestori. Si è inoltre formalizzato il percorso di monitoraggio dei contratti di servizio che sarà effettuato nel prossimo anno da parte di commissioni integrate Azienda USL/comuni/enti gestori.

Continuità e presidio processi di cura, prevenzione e sostegno per adolescenti e giovani

Attivazione del nuovo Progetto Asterix finalizzato ad interventi in adolescenti problematici coinvolgendo SERT, Spazio Giovani, Promeco Comune di Ferrara e Operatori di strada. Garanzia del Progetto "Punto di vista: l'operatore nella scuola", in tutta la provincia di Ferrara; Riorganizzazione dei Servizi di prossimità Unità di strada a livello provinciale. Omogeneizzazione del protocollo di percorsi di continuità assistenziale per il passaggio dei minori con disabilità fisica e psichica in carico dalla neuropsichiatria infanzia e adolescenza alla Rete socio-sanitaria degli Adulti del Distretto Centro NORD negli altri due distretti per il passaggio minori nell'area degli adulti previsto.

1. Pianificazione del progetto Punto di vista in tutti i Piani di zona dei distretti Centro Nord, Ovest (Spazio Giovani Cento), Sud Est; attivazione del coordinamento aziendale del progetto Punto di vista; Formazione congiunta finalizzata a tutti gli operatori del progetto Punto di vista; Azioni collocate negli scuole di I grado e II grado tese a prevenire comportamenti a rischio e interventi precoci nell'anno scolastico 2011/2012:

- Interventi di prevenzione comportamenti a rischio= 34 classi in scuole I grado (850 studenti); 77 classi in scuole II grado (1925 studenti)
- Percorsi di accoglienza e integrazione= 27 classi scuole di I grado (675 studenti); 54 classi scuole II grado (1350 studenti)
- Percorsi in classi segnalate= 19 classi in scuole di I grado (475 studenti); 31 classi in scuole di II grado (775 studenti)
- Spazio ascolto studenti= 129 studenti incontrati (259 consulenze) in scuole di I grado; 249 studenti (691 consulenze) in scuole di II grado
- Consulenza insegnanti= 108 insegnanti incontrati (211 consulenze) in scuole di I grado; 140 insegnanti (406 consulenze) in scuole di II grado

- Consulenza genitori= 130 genitori incontrati (269 consulenze) in scuole di I grado; 88 genitori (173 consulenze) in scuole di II grado.

2. Ricerca campionaria sugli studenti delle scuole medie superiori della provincia di Ferrara finalizzata alla descrizione del profilo degli adolescenti nei comportamenti a rischio. Somministrazione del questionario nelle scuole di II grado della provincia di Ferrara, inserimento dati e presentazione dei primi risultati.

3. Pianificazione interventi Punto di vista e prevenzione as2012-2013 inserita nelle programmazioni delle scuole secondarie di I e II grado dei tre distretti, in concertazione con il Tavolo di coordinamento provinciale sulle dipendenze e bullismo coordinato dalla Prefettura.

4. Costruzione di un'équipe multidisciplinare e interdipartimentale sul Progetto Asterix .

5. Riorganizzazione del Servizio di Prossimità centralizzando la direzione del progetto e dei suoi interventi nel Direttore di UO SerT e apertura di un bando per l'esternalizzazione dell'esecuzione degli interventi.

Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori

Integrazione multi professionale nei processi di cura

Case management infermieristico nella presa in carico di persone con sofferenza psichica. Partecipazione al Gruppo regionale che raccoglie le iniziative attuali di "case management", realizzate nei Dipartimenti Salute Mentale regionali (compilazione schede regionali). Sviluppo dei processi di accreditamento e delle attività di audit nelle cure Integrate SerT e Salute Mentale attraverso un corso di formazione sull'Audit per il governo clinico della Doppia Diagnosi. La RER nel 2012 ha chiesto al DAI SM DP di censire le Attività attuate sia dai referenti dei casi clinici sia dai case manager (attraverso schede regionali): sono state inviate in Regione n.20 schede, descrivendo le attività di potenziamento professionale operatori del comparto.

Valorizzazione professionalità non mediche evidenziata nel Piano Aziendale Formativo 2012.

Audit Doppia Diagnosi: PAF 2012, Avvio corso 15/06/2012, partecipanti 30 operatori (15 SerT; 15 Salute Mentale).

Nel III trimestre è stata attivata la Formazione sul campo che ha coinvolto 5 gruppi di lavoro territoriali su tematiche specifiche dell'audit (titolo, criteri). Nel IV trimestre è stato completato il percorso formativo dei 30 operatori (SerT e Salute Mentale Adulti) con la presentazione dei risultati degli audit.

Sviluppo dei processi di accreditamento e delle attività di audit nelle cure socio-sanitarie integrate

La Direzione delle Attività Socio-Sanitarie ha svolto e svolgerà una significativa attività di supporto e di coordinamento dell'attività degli Uffici di Piano e dei "Soggetti istituzionalmente competenti" al rilascio dell'accreditamento. Ciò, anche in riferimento al debito informativo con la Regione Emilia-Romagna. Nel corso dell'anno la Regione ha dato il via ad un progetto di accompagnamento verso l'accreditamento definitivo che vedrà coinvolti referenti Distrettuali dei Comuni e dell'Azienda USL. In tale ottica, sarà cura della Direzione delle Attività Socio-Sanitarie, in accordo con le Direzioni Distrettuali, assicurare l'individuazione la partecipazione dei referenti dell'Az. USL a tali iniziative e garantirne un adeguato coordinamento.

Sviluppo delle abilità di comunicazione e di counselling dei professionisti nell'ambito del percorso nascita

RILEVAZIONE E PRESA IN CARICO DEL DISAGIO EMOZIONALE IN GRAVIDANZA E NEL PRIMO ANNO DI VITA

Il 100% degli operatori della Pediatria di Comunità del Distretto Ovest ha partecipato al corso di formazione: "interventi multidisciplinari nell'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino", corso di 8 ore tenutosi a Ferrara il 10 maggio 2012.

- Aderenza alla programmazione regionale: Rilevazione e presa in carico del disagio emozionale in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino.

- Partecipazione al corso di formazione "Interventi multidisciplinari nell'assistenza ai disturbi emozionali della donna in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino". Il corso a cui hanno partecipato il 70% degli operatori della Pediatria di Comunità del distretto Sud Est, si è svolto a Ferrara il 10/05/ 2012. Indicatore di verifica: numero partecipanti al corso > 70% degli operatori interessati. L'obiettivo è stato già raggiunto nel secondo trimestre 2012.

-Prosecuzione delle azioni avviate nel distretto Sud Est ,nel 2011, con il progetto “Prevenzione depressione materna”, in attuazione della delibera 533/2008: intervista alle neomamme , effettuata da parte del personale della Ped. di Comunità e mirata all’individuazione di disturbi emozionali e/o fattori di rischio della depressione post partum per un precoce invio al Punto di Ascolto Psicologico per la gravidanza e il post parto, istituito presso l’Ospedale del Delta. In occasione della 1° e 2° dose vaccinale dei bimbi, alle mamme italiane consenzienti, viene proposto di rispondere ad una serie di domande sulla loro “esperienza “ vissuta al rientro a casa dopo il parto.

Nel primo trimestre, i bambini italiani invitati alle prime dosi vaccinali sono stati n. 137 e i questionari somministrati alle loro mamme italiane sono stati n.136 (99,2%).

Nel secondo trimestre, i bambini italiani invitati alle prime dosi vaccinali sono stati n. 121 e i questionari somministrati alle loro mamme sono stati n.114 (94%).

Nel terzo trimestre, i bambini italiani invitati alle prime dosi vaccinali sono stati n. 101 e i questionari somministrati alle loro mamme sono stati n.101 (100%).

Nel quarto trimestre,i bambini italiani invitati alle prime dosi vaccinali sono stati n. 133 e i questionari somministrati alle loro mamme sono stati n.131(98,4%).

Nel 2012, rispetto a n.492 mamme italiane, presentatesi presso gli ambulatori vaccinali della Pediatria di Comunità del distretto Sud Est per sottoporre i figli all'esecuzione delle prime dosi vaccinali, sono state compilate n.482 schede inerenti la loro esperienza vissuta al rientro a casa dopo il parto, pari al 97,96%. Le schede compilate sono conservate negli ambulatori vaccinali della PdC del Sud Est. Si dichiara pertanto che l'obiettivo è stato ampiamente raggiunto.

Promozione della salute, prevenzione delle malattie e del disagio

Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROGRAMMI DI CONTROLLO SPECIFICI

Tubercolosi

La malattia rappresenta un rischio riemergente, che impegna, nella sorveglianza dei casi. Si sono avuti 34 casi effettivi (su 38 segnalazioni). La sorveglianza ha confermato evidenze già espresse ed evidenziato alcuni eventi sentinella segnalati e cioè:

- aumento del numero di casi a carico di cittadini stranieri
- persistere di casi pediatrici, peraltro stranieri
- aumento dei focolai familiari.

Il 68% dei casi è di tipo polmonare con aumento del fenomeno di farmacoresistenza. I casi sono stati seguiti secondo quanto previsto dai documenti specifici, nazionali e regionali e dalle linee guida attualmente in uso: 22 casi sono tuttora in trattamento. Il 59% dei casi si è verificato in cittadini stranieri, cinque dei quali minorenni (dai 2 ai 17 anni), con accesso alle prestazioni del servizio di Mediazione Linguistico culturale e il coinvolgimento dei servizi sociali e di assistenza domiciliare e associazioni di volontariato. Si sono avuti 3 focolai a carattere familiare. La sorveglianza ha interessato oltre che i contatti famigliari, alcune comunità scolastiche, gestite in collaborazione con la Pediatria di Comunità. Sono state organizzate 4 iniziative formative rivolte ai MMG e ai Pediatri.

Legionellosi

La sorveglianza della malattia si attua, come indicato nella Deliberazione di Giunta Regionale 1115/08, attraverso il controllo dei casi e interventi mirati a prevenirne l'insorgenza, specie in strutture che ospitano utenti “fragili”.

Sono stati segnalati 12 casi tutti confermati con il metodo dell'Atg urinario. Per un caso deceduto, ospite in una struttura per anziani, è stata fatta segnalazione all'autorità giudiziaria. In assenza di altre condizioni di rischio si è provveduto, previo consenso dei pazienti, al controllo e al prelievo di campioni di acqua dall'abitazione. E' continuato l'intervento di sorveglianza, a campione, nelle strutture per anziani, che ha coinvolto i distretti centro nord e sud est: il programma del distretto ovest è stato sospeso a causa dell'evento sismico dei primavera e della conseguente deviazione dell'attività degli operatori coinvolti.

Nel distretto sud est è stata, inoltre, condotta un'attività di sorveglianza programmata nelle strutture turistico-recettive. La sorveglianza prevede un'ispezione con prelievo da diversi punti di campioni di acqua. I campioni sono conferiti e analizzati da ARPA locale o regionale se l'analisi coinvolge altre matrici ambientali, oltre l'acqua. Tutti gli operatori coinvolti nella sorveglianza (clinico-epidemiologica e tecnica) hanno partecipato ad un'iniziativa di aggiornamento, effettuata in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera.

Malattie trasmesse riferimento regionale e per i quali non è stata posta diagnosi e da vettori.

La sorveglianza ha evidenziato, nell'anno, una diminuzione della circolazione virale, documentata sia dai risultati del monitoraggio degli insetti, effettuato dall'Università, che da un'assenza di casi autoctoni di malattia di West Nile, che di Chikungunya, verosimilmente ottenuta grazie al miglioramento della qualità degli interventi di lotta, prevalentemente antilarvali, effettuati da tutti i Comuni. La sorveglianza ha coinvolto 4 casi di encefalite da sospetto WN virus, non confermati dal laboratorio di riferimento regionale. E' stato osservato un caso di Dengue, di importazione, in una volontaria di ritorno da Haiti.

PROGRAMMI VACCINALI SPECIFICI

Sono stati mantenute coperture uguali o superiori ai valori indicati dalla regione per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, nonostante il fenomeno dell'obiezione alla vaccinazione in sensibile aumento nella nostra provincia. E' stata dato ampio risalto alla possibilità di accedere alla vaccinazione anti HPV dai 18 ai 25 anni come indicato nel Documento regionale 1746/10 ed invito alle coorti interessate. E' continuata l'offerta attiva della vaccinazione MMR a tutti i soggetti suscettibili, con particolare riguardo a:

- ai contatti dei casi,
- ai soggetti suscettibili in occasione di ogni accesso al Servizio, specie se donne in età fertile,
- ai soggetti suscettibili individuati dal Laboratorio o alla dimissione dal Reparto secondo accordi intercorsi,
- al personale sanitario suscettibile,
- ai giovani richiedenti asilo in accordo con le associazioni che li seguono,
- agli ospiti di strutture di accoglienza.

Nell'occasione della proposta di vaccinazione anti MMR viene valutata anche la posizione nei confronti della vaccinazione antivaricella. L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto anche se vanno perfezionati i rapporti con i punti nascita per la vaccinazione antirubeolica delle donne suscettibili, specie straniere. Tutti i dati sono consultabili.

Vaccinazione antipertossica richiamo negli adolescenti

Nel 2012 è stata prevista la vaccinazione di parte della coorte del 1997 = 755 residenti.

Al 31/3/2012 non era ancora stata avviata la campagna.

Nel II° trimestre: 269 vaccinati contro la pertosse/380 presentati = 71%

Nel III° trimestre: 202 vaccinati contro la pertosse/239 presentati = 84,5%

Nel IV° trimestre: 75 vaccinati contro la pertosse/79 presentati = 94,9%

Dall'inizio dell'anno 546/698 presentati, pari al 78,2%.

Distretto Sud Est

Nel 2012 è stato previsto il richiamo vaccinale di parte della coorte del 1997 = 736 residenti e di parte della coorte del 1998 = 717 residenti. Nel primo trimestre, si era appena avviata la parte organizzativa della campagna (adeguamento modulistica, programmazione sedute vaccinali,...), sono stati vaccinati con dTPa n. 4 adolescenti su n. 227 soggetti invitati e presentatisi, pari al 1,76 %. Nel secondo trimestre, sono stati vaccinati con dTPa n. 49 adolescenti su n. 114 soggetti nati nel 1997 e 1998 invitati e presentatisi per il richiamo vaccinale, pari al 42,98 %. Nel terzo trimestre, su 127 adolescenti, invitati e presentatisi per il richiamo vaccinale, n. 84 hanno eseguito anche la vaccinazione antipertossica (dTPa), pari al 66%. Nel quarto trimestre, su 147 adolescenti invitati e presentatisi per il richiamo vaccinale, n. 111 sono stati vaccinati con dTPa, pari al 75,5%.

Sicurezza alimentare, nutrizionale e sanità pubblica veterinaria

UTILIZZO RAZIONALE E INTEGRATO DELLE RISORSE UMANE

L'Ausl di Ferrara ha redatto una proposta organizzativa per la realizzazione del Programma Sicurezza Alimentare del Dipartimento Sanità Pubblica contenente obiettivi, responsabilità, ruoli, azioni, indicatori e verifiche.

CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO NEL SETTORE ALIMENTARE

Con l'emissione del Piano di lavoro dell'Area Veterinaria l'Azienda ha definito la programmazione del controllo ufficiale presso tutti gli 84 stabilimenti riconosciuti del settore alimenti OA del territorio utilizzando le indicazioni del documento regionale "Protocollo tecnico per la categorizzazione del rischio degli Operatori del Settore Alimentare in Emilia Romagna ai fini della organizzazione del controllo ufficiale" del 16/11/11 e ha, così, dato piena attuazione al contenuto dell'obiettivo regionale "Categorizzazione del rischio nel settore alimentare". La categorizzazione del rischio

calcolata per gli 84 stabilimenti di Ferrara è stata utilizzata per definire l'appropriata frequenza dei controlli programmati.

Registrazione controlli ufficiali. I modelli regionali di modulistica per la verbalizzazione/registrazione di Controllo Ufficiale, ed i relativi esiti, sono stati recepiti nel sistema documentale dell'Azienda (Doc-web) con la procedura "Attività di Controllo Ufficiale" e l'istruzione operativa "Compilazione Scheda CU e Scheda Non Conformità e Prescrizioni", che descrivono anche le modalità di registrazione dell'attività nel database Avelco. Tutti gli operatori addetti al controllo ufficiale hanno adottato e utilizzano la modulistica prevista per il Controllo Ufficiale dalla Regione, nonché inserisce puntualmente l'attività di servizio svolta nel software di gestione Avelco. Il risultato di 96,3% è conforme allo standard prefissato dalla Regione, del 95%.

SICUREZZA NUTRIZIONALE

Verifica del rispetto degli standard nutrizionali nell'offerta di alimenti e bevande nella scuola, attraverso la valutazione dei menu in almeno il 70% delle strutture scolastiche pubbliche con ristorazione mediante la compilazione della scheda di valutazione standard nutrizionali dei menù. 76.5% rispetto al valore del 70% (127 scuole su 166).

Il numero delle scuole con refezione è 166 (il valore precedentemente calcolato era di 187 scuole che comprendeva le scuole secondarie). Queste ultime non hanno un servizio di ristorazione scolastica per cui sono state tolte dal conteggio. Quindi il numero effettivo delle scuole da controllare è 166 e non 187. Il materiale è archiviato presso la sede dell'U.O. IAN. Verifica delle scuole e delle aziende sanitarie che hanno adottato gli standard nutrizionali relativi distributori automatici/Scuole e Aziende Sanitarie che hanno proceduto a nuovo capitolato relativo distributori automatici (Standard: 30%). Due sole scuole hanno comunicato la predisposizione di un nuovo capitolato. Entrambi i capitolati sono stati verificati dal Servizio 30% (2/7). Il materiale è archiviato presso la sede dell'U.O. IAN.

Promozione della salute, stili di vita salutari, nonché prescrizione dell'attività fisica a persone con fragilità o malattie

PREVENZIONE DELLE CADUTE NEGLI ANZIANI FRAGILI

Attuato l'arruolamento di anziani ultraottantenni, con l'applicazione di un programma di attività fisica adattata.

N. di anziani arruolati: 21. Anziani per i quali è stato effettuato almeno un accesso entro il 31/12/2012: 6.

L'arruolamento di persone anziane al domicilio sconta difficoltà molteplici e sinergiche. Le fisioterapiste hanno contattato oltre 50 anziani; 21 sono risultati idonei; al momento 6 anziani hanno ricevuto almeno la prima visita al domicilio secondo il protocollo progettuale.

Verifica del rispetto di standard nutrizionali nelle offerte alimentari delle scuole pubbliche primarie e secondarie di primo grado.

Il numero attuale delle scuole con refezione è 166, tenendo conto che il valore era di 187 scuole avendo compreso le scuole secondarie, che non hanno un servizio di ristorazione scolastica per cui sono state tolte dal conteggio. Quindi il numero effettivo delle scuole da controllare è 166 e non 187. 76.5% rispetto al valore del 70% (127 scuole su 166).

Promuovere il benessere nella terza età

Il DSP (UO PPS) coordina la realizzazione del progetto "Attività fisica adattata negli ultra80enni per la prevenzione delle cadute" e partecipa ad iniziative di informazione sulla prevenzione degli incidenti domestici in collaborazione con le associazioni di volontariato partecipanti ai Comitati consultivi misti.

Programmi di screening oncologici

Il controllo qualità screening è un elemento discriminante fra lo screening di sanità pubblica e altri interventi di screening. La disponibilità di dati in formato elettronico semplifica il controllo, alleggerisce il carico di lavoro del centro screening. A dicembre sono state firmate le convenzioni per la fornitura di servizi di screening con l'Arcispedale S. Anna articolate in modo da sollecitare e favorire l'inserimento dei dati delle prestazioni di screening in modo informatizzato.

Su questo fronte sono attive più linee di lavoro:

- fornitura di dati informatizzati all'origine,
- creazione di tracciati record standardizzati,
- sul punto 1 è stato accentrato l'indicatore per la realizzazione di questo obiettivo.

Si punta al consolidamento dei livelli di estensione delle chiamate dei tre programmi di screening. L'organizzazione degli inviti, con gli adempimenti connessi, è curata dal Centro Screening.

INVITI ANNO 2012:

collo dell'utero: 36.819 (100% popolazione bersaglio),
colon-retto: 53.191 (100% popolazione bersaglio),
mammella: 45.969 (99,5% popolazione bersaglio).

SCREENING ONCOLOGICI: ATTIVAZIONE DEL CENTRO SPOKE

Apertura centro valutazione rischio eredo-familiare del carcinoma della mammella. Attività al 31 dicembre 2012: 110 donne hanno ricevuto counselling genetico di primo livello.

Promozione della salute e prevenzione infortuni negli ambienti di lavoro

In relazione ai contenuti della DGR n. 653/2012 ed in particolare per quanto previsto nella parte riguardante gli obiettivi in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro la situazione al 31 dicembre 2012 è la seguente:

- tutti gli operatori hanno partecipato a corsi di aggiornamento in materia di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro organizzati dallo SPSAL di Ferrara e da altri Servizi della Regione. Per quanto riguarda l'acquisizione di criteri omogenei di intervento, tutti gli operatori hanno partecipato al corso regionale per operatori di vigilanza, svolto in Regione, che aveva come obiettivo l'omogenizzazione delle procedure nello svolgimento dei compiti di Ufficiale di Polizia Giudiziaria;
- l'attività di promozione della salute viene svolta dagli operatori in maniera costante nel corso della normale attività di prevenzione attraverso incontri informali e specifici momenti di confronto che il Servizio organizza periodicamente per aggiornare i vari soggetti della prevenzione sull'attività programmata e sulle novità normative in materia di tutela della salute in ambito lavorativo. Operatori del Servizio hanno partecipato in qualità di docenti a corsi in materia di sicurezza e igiene del lavoro, rivolti a varie figure professionali e con particolare attenzione alla pubblica amministrazione; al 31 dicembre 2012 sono state controllate in totale n.1352 unità produttive, numero superiore all'obiettivo imposto dalla Regione che prevedeva controlli nel 9% delle PAT ovvero in 1299 attività produttive.

Funzione di sorveglianza epidemiologica e sviluppo del sistema informativo dei Dipartimenti di sanità pubblica

STUDIO EPIDEMIOLOGICO DELLA POPOLAZIONE DEL QUADRANTE EST DI FERRARA

È in atto una collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità per uno Studio epidemiologico sulla popolazione residente o che ha risieduto in passato nel Quadrante Est di Ferrara. Il progetto è concluso: abbiamo ricostruito la coorte dei residenti nel Quadrante Est. I risultati sono oggetto di una proposta di pubblicazione a una rivista internazionale, a cura dell'Istituto superiore di sanità.

MANTENIMENTO DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI

Nel corso del 2012 è stata conclusa una FAD ad hoc, con il conseguimento di 15 crediti ECM.

La pianificazione del sistema prevede la somministrazione di 5 interviste al mese da parte di ciascuna intervistatrice, per 11 mesi all'anno; per un totale di 275 interviste. Il protocollo prevede l'effettuazione delle interviste fino al 10 del secondo mese successivo al mese di campionamento. Risultano caricate sul server nazionale 255 interviste pari al 92% dell'atteso.

OKKIO ALLA SALUTE

L'obiettivo era il campionamento di 23 classi nella provincia di Ferrara. Gli alunni erano della classe terza della scuola primaria. L'indagine ha previsto la misurazione antropometrica: peso ed altezza con somministrazione di questionari sia agli alunni che ai genitori e al dirigente scolastico. Il periodo era tra marzo e maggio e l'inserimento dei dati è avvenuto entro fine giugno.

Sviluppo delle funzioni ed attività di ricerca ed innovazione nelle Aziende Sanitarie

Le infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione

L'obiettivo richiesto dalla RER prevedeva la partecipazione attiva alle iniziative di survey e di analisi delle caratteristiche delle infrastrutture aziendali a sostegno della ricerca e del governo dell'innovazione (site visits, workshops ecc.), secondo le modalità proposte dalle Aree Governo della Ricerca e Osservatorio Regionale per

l'Innovazione (ORI). Tale iniziativa regionale non è mai partita pertanto l'obiettivo non è da ritenere raggiungibile fermo restando l'impegno aziendale in questa area.

La tracciabilità dell'attività di ricerca

Prevede due obiettivi:

- ✓ il primo obiettivo, relativo all'inserimento e validazione, nel data base regionale "Anagrafe regionale della Ricerca", delle schede relative ai progetti di ricerca aziendali attivati nel biennio 2010-11 e messa a regime dei progetti attivati nel 2012 mediante l'utilizzo dell'applicativo web al fine di completare e aggiornare l'anagrafe fino al 2012 compreso.

Tutte le attività di ricerca previste dall'obiettivo regionale sono state inserite e validate nei termini richiesti.

- ✓ il secondo obiettivo, relativo all'istituzione di una banca dati aziendale per la raccolta delle pubblicazioni scientifiche prodotte dai professionisti dal 2005 al 2012.

Al fine di garantire la creazione di un data base adeguato alle necessità Informative regionali si è ritenuto opportuno e necessario inoltrare alla ASSR-area Innovazione e Ricerca- una serie di quesiti di chiarimento circa tipologia e qualità (impact factor) delle pubblicazioni da censire e contemporaneamente si è provveduto a richiedere all'ICT lo sviluppo di uno specifico applicativo da mettere in rete (intranet) al fine di permettere il caricamento diretto delle informazioni da parte dei professionisti dell'azienda. L'applicativo è stato perfezionato nel dicembre u.s. ed è stato sperimentato mediante l'inserimento dei dati. Come da richiesta dell'Ufficio Formazione aziendale si è prorogata la diffusione della conoscenza dell'applicativo per consentire la sua migrazione all'interno del più completo sistema informatico gestito dall'Ufficio Formazione aziendale contenente tutte le informazioni riferite alle competenze professionali.

L'innovazione tecnologica e le innovazioni clinico-organizzative

L'obiettivo richiesto prevede la partecipazione aziendale al bando del Fondo Regionale Modernizzazione (FRM) 2010-2012 e la rendicontazione periodica degli eventuali progetti approvati. L'azienda ha partecipato al bando presentando 4 progetti - n. 3 nell'area a), e n. 1 progetto nell'area b)- L'esito della valutazione, da parte del comitato scientifico regionale, ha visto l'approvazione e il cofinanziamento di tutti e quattro i progetti presentati dall'azienda, come si evince dalla DGR n. 1165 del 30/07/2012 e dalle lettere inviate dall'ASSR. Per due progetti sono state richieste modifiche dei contenuti il che ha prorogato i tempi di avvio dei progetti stessi, mentre i restanti due hanno già avuto la formalizzazione dell'avvio.

La Formazione

- ✓ Realizzazione di percorsi formativi tesi a soddisfare bisogni di apprendimenti complessi (health literacy, relazioni empatiche, empowerment dell'operatore, ecc) strutturati con differenti strumenti metodologici.

Fra questi rientra il "Laboratorio di medicina narrativa", della durata di 24 ore, destinato a medici prevalentemente ospedalieri, finalizzato a migliorare la gestione degli aspetti relazionali e comunicativi delle "cattive notizie" ai pazienti e loro famigliari. Sono state realizzate 4 edizioni del corso, rispetto alle 2 inizialmente programmate, visto l'elevato gradimento dell'iniziativa (media del 95-96%).

Sono state, inoltre, realizzate 2 edizioni del corso "Health Literacy: la qualità dell'assistenza nei D-H oncologici", evento di ricaduta delle conoscenze e competenze acquisite dal personale che sta partecipando al percorso di formazione regionale dei formatori nell'ambito dell'Health Literacy.

- ✓ Attivazione del percorso per l'acquisizione dell'accreditamento dei Sistemi Qualità dei Servizi Formazione declinato nei due ambiti previsti dalla normativa sull'Educazione Continua in Medicina:

- accreditamento della funzione di governo: dove i requisiti fanno riferimento ad evidenze di qualità presenti nel sistema di governo della formazione aziendale;
- accreditamento della funzione di provider: dove l'ambito di garanzia della qualità fa riferimento ai processi di produzione formativa.

L'azienda ha regolarmente inoltrato domanda per l'ottenimento dell'accreditamento delle 2 funzioni e in data 2 maggio la RER ha formalmente concesso l'accreditamento provvisorio per la funzione di provider e transitorio per la funzione di governo come da nota PG 2012/108872. La RER ha attivato uno specifico percorso formativo finalizzato all'acquisizione delle competenze necessarie per l'implementazione di un modello di sviluppo del SGQ, omogeneo su scala regionale al quale ha partecipato il Referente Qualità dell'Ufficio Formazione aziendale. A livello aziendale è già

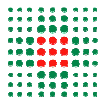
stato attivato il gruppo di lavoro per l'accreditamento della formazione che vede anche la partecipazione dell'Ufficio Qualità.

- ✓ Utilizzo dei "dossier formativi di gruppo" come modalità di programmazione e verifica delle attività formative pianificate nelle diverse strutture aziendali.

L'azienda ha sperimentato l'utilizzo del dossier formativo presso alcune U.O. dei Dipartimenti Ospedalieri di Medicina e di Chirurgia.

- ✓ Attivazione dei corsi di formazione manageriale aventi come destinatari i professionisti già titolari di posizione di direzione di struttura, al fine del riconoscimento del titolo di abilitazione alle direzioni di struttura complessa (ai sensi del D.Lgs. 502/92 e s.m. e del DPR 484/97).

L'azienda ha fattivamente partecipato al tavolo regionale dei responsabili aziendali della formazione, dove sono condivisi criteri e strategie uniformi per la definizione dei percorsi di formazione. E' stato elaborato un progetto di formazione manageriale a livello di Area Vasta Emilia-Centro, nel rispetto dei criteri e dei requisiti previsti dalla normativa di riferimento e dalla DGR n. 318/2012, presentato alla Regione e già autorizzato in data 13/12/2012. Il progetto prevede due sedi di realizzazione, a Bologna e a Ferrara.



RELAZIONE GESTIONE AZIENDALE

2012

RELAZIONE SULLA GESTIONE

Criteria generali di predisposizione della relazione sulla gestione

La presente relazione sulla gestione corredo il bilancio di esercizio anno 2012 secondo le disposizioni del D. Lgs. n. 118/2011, quindi facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso D. Lgs. n. 118/2011 e riportata nell'allegato alla G. U. della Repubblica Italiana, Serie generale, n. 172 del 26-7-2011.

La presente relazione sulla gestione, in particolare, contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D. Lgs. n. 118/2011. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2012.

Generalità sul territorio servito, sulla popolazione assistita e sull'organizzazione dell'Azienda

L' AUSL di Ferrara opera su un territorio coincidente con la provincia di Ferrara con una popolazione complessiva di 359.686 abitanti (135.444 abitanti nel comune di Ferrara e 224.242 distribuiti nei restanti 25 comuni) - (*fonte Statistica del sito: servizi.comune.fe.it*), suddivisi in 3 distretti (Distretto OVEST che comprende i comuni di: Bondeno, Cento, Mirabello, Poggio Renatico, Sant' Agostino e Vigarano Mainarda; Distretto CENTRO – NORD costituito dai seguenti comuni: Berra, Ferrara, Formignana, Copparo, Jolanda di Savoia, Masi Torello, Ro, Tresigallo e Voghiera; Distretto SUD – EST formato dai comuni di: Argenta, Codigoro, Comacchio, Goro, Lagosanto, Massa Fiscaglia, Mesola, Migliarino, Migliaro, Ostellato e Portomaggiore).

La distribuzione della popolazione della provincia di Ferrara all'01/01/2012, per fasce di età quinquennali è la seguente (*fonte: sasweb.regione.emilia-romagna.it*):

Classi quinquennali di età	Totale residenti	% residenti
0-4 anni	13.953	3,9
5-9 anni	13.372	3,7
10-14 anni	12.525	3,5
15-19 anni	12.309	3,4
20-24 anni	13.611	3,8
25-29 anni	16.330	4,5
30-34 anni	21.058	5,9
35-39 anni	27.767	7,7
40-44 anni	29.149	8,1
45-49 anni	29.390	8,2
50-54 anni	27.145	7,5
55-59 anni	24.899	6,9
60-64 anni	25.530	7,1
65-69 anni	22.063	6,1
70-74 anni	22.544	6,3
75-79 anni	19.347	5,4
80 anni e oltre	28.694	8,0
Totale	359.686	100,0

Nella provincia di Ferrara si riscontra un invecchiamento della popolazione provinciale con un alto tasso di cronicità (popolazione >= 75 anni – ASUL Ferrara: 13,4% - RER: 11,7%

La popolazione esente da ticket, nell'esercizio 2012, è pari a **149.288** unità (79.791 per motivi di età e reddito, 69.497 per altri motivi).

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO FLS 11 - Anno 2012

Gli assistibili rilevanti nei modelli ministeriali FLS11 QUADRO G rilevati all' 01/01/2012 non coincidono con la popolazione residente alla medesima data (tra gli assistiti ci sono anche i presenti -domiciliati - e tra i residenti ci sono persone che non hanno scelto il medico).

I residenti che utilizziamo ai fini dell'allocazione delle risorse del FSR derivano dal flusso delle anagrafi comunali attivo in questa regione da circa 10 anni, scaricabile all'indirizzo

<http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service/popolazione/popolazione-per-eta-e-sesso>.

Il modello di allocazione delle risorse pesa la popolazione utilizzando target specifici di popolazione per livello di assistenza.

(nota regionale)

Si riporta la seguente tabella:

Assistiti -modello FLS 11 quadro G

'Codice Usi'	Provincia	Popolazione residente all' 01/01/2012	Comuni	Distretti	Assistiti 0 - 13 anni	Assistiti 14- 64 anni	Assistiti 65- 74 anni	Assistiti Oltre 75 anni	Totale assistiti	età pediatrica	età adulta
'109'	Ferrara	359.686	26	3	36.393	220.332	44.239	47.904	348.868	36.393	312.475

MODELLO FLS 11 - Anno 2012

I dati sulla popolazione esente da ticket sono coerenti con quelli esposti nel QUADRO H del Modello FLS 11.

L' Atto Aziendale è stato approvato dalla Regione Emilia - Romagna con Delibera n. 849 del 15/06/2009. Sono organi dell' Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione. La Direzione Strategica è individuata nel Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore delle Attività Socio – Sanitarie.

L'attuale organizzazione prevede le seguenti macrostrutture:

- Tre Distretti
- Il Presidio Unico Ospedaliero (PUO)
- Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
- Il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche (DAI SM-DP).

In posizione di staff alla Direzione strategica si trovano le sottoelencate articolazioni :

- Unità Operativa Programmazione e Controllo di Gestione
- Unità Operativa Sistema Informativo e Committenza
- Unità Operativa Medicina Legale
- Direzione Infermieristica e Tecnica
- Unità operativa Qualità accreditamento formazione.

Fanno capo alla Direzione Amministrativa tutti i Dipartimenti, aziendali ed interaziendali, nonché le Unità operative dell'area tecnica amministrativa attualmente costituite e precisamente:

- Il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale
- Il Dipartimento Interaziendale Acquisti, Logistica ed Economale
- Il Dipartimento interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali
- Il Dipartimento interaziendale Tecnologia per l' Informazione e la Comunicazione
- L' U.O. Economico - Finanziaria
- L' U.O. Affari Generali e di Segreteria.

Il Direttore Sanitario è responsabile del Governo Clinico per cui si avvale, nello specifico, dei Distretti, del Dipartimento delle Cure Primarie (DCP), del Presidio Unico Ospedaliero, del Dipartimento di Sanità Pubblica e del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale – Dipendenze Patologiche, nonché dei Dipartimenti interaziendali attualmente deliberati:

- Dipartimento Prevenzione e protezione
- Dipartimento farmaceutico
- Laboratorio Unico Provinciale

nonché i programmi interaziendali costituiti su specifiche tematiche.

L' AUSL di Ferrara ha provveduto, in base alle indicazioni della Regione, alla costituzione dell'O.I.V. (Organismo Indipendente di Valutazione) al quale sono attribuite le seguenti funzioni, con Delibera n. 377 del 21/12/2012:

- svolgere, in posizione di autonomia e indipendenza, funzioni e compiti previsti dal Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance;
- monitorare il funzionamento complessivo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, della trasparenza e l'integrità dei controlli interni;
- garantire la correttezza dei processi di misurazione, valutazione e premialità, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- elaborare e definire metodologie permanenti per la valutazione delle prestazioni e dei risultati dei dipendenti;
- applicare le linee guida, le metodologie e gli strumenti predisposti della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità della Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 27/10/2009 n. 150;
- supportare l'integrazione fra gli organi di indirizzo politico ed i dirigenti di vertice, nonché tra questi ultimi ed i dirigenti ed i responsabili delle unità organizzative.

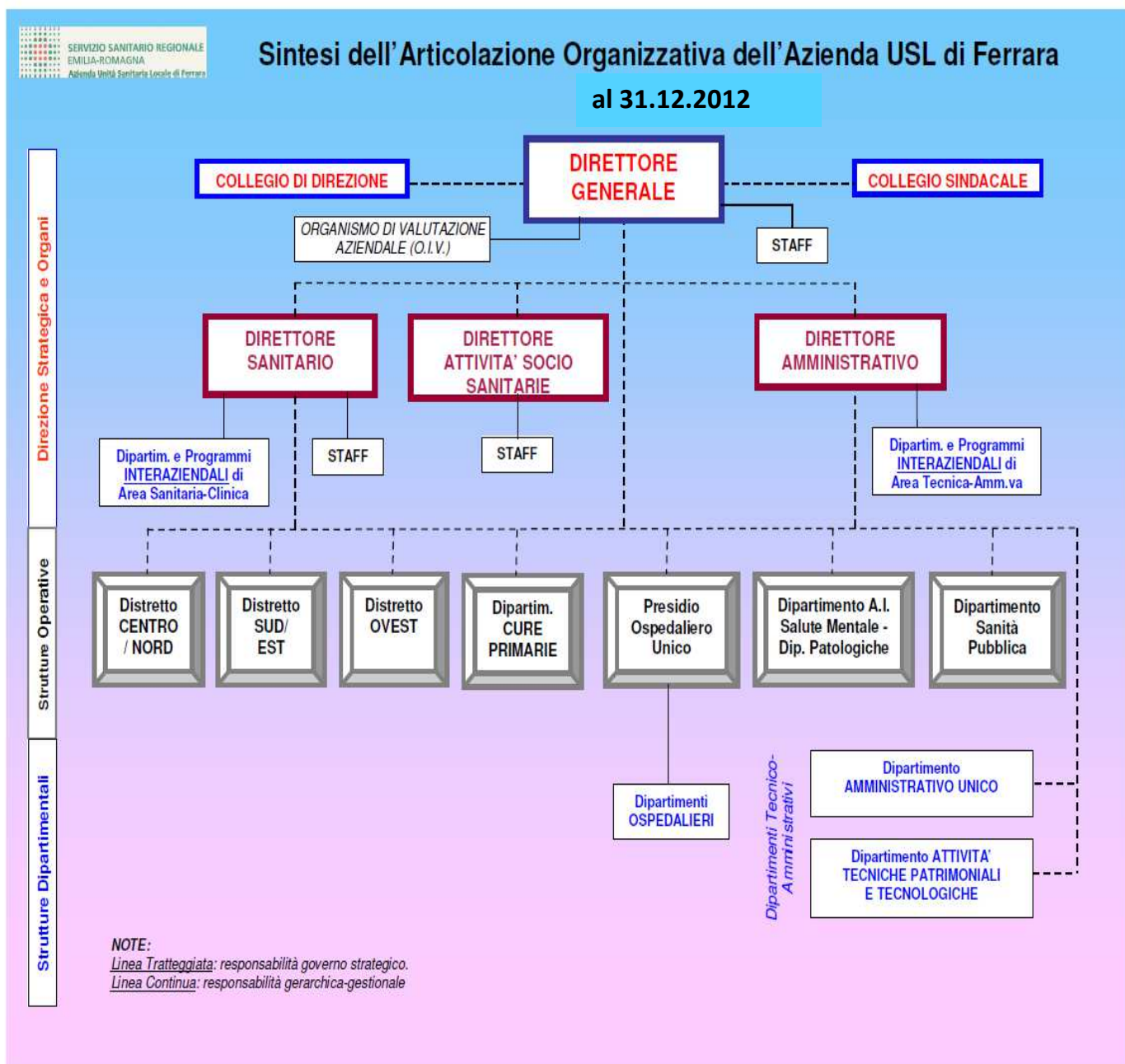
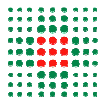
Il sistema di valutazione fondato sugli obiettivi gestionali, economici, sinergicamente correlato al sistema di budget, dal quale trae gli obiettivi, declinati per ogni Dipartimento, e sul quale vengono sviluppate verifiche trimestrali su:

- Risorse
- Attività
- Obiettivi.

Gli obiettivi riprendono quelli regionali, assegnati all'Azienda, sui quali è richiesta la corresponsabilizzazione dei Dirigenti, e quelli aziendali che si sviluppano sulle strategie aziendali:

- volte alla sostenibilità professionale, economico-finanziaria
- alla sicurezza ed alla appropriatezza
- alla riorganizzazione
- all'integrazione provinciale e di Area Vasta.

Sinteticamente l'organigramma dell' AUSL di Ferrara può essere così rappresentato:



Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

Assistenza Ospedaliera

A) STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante n. 5 stabilimenti a gestione diretta che vanno a costituire il Presidio Unico Ospedaliero P.U.O. Essi sono:

- Ospedale "F.lli Borselli" di Bondeno (chiuso in data 28.05.2012 a causa evento sismico),
- Ospedale "Mazzolani Vandini" di Argenta,
- Ospedale del Delta-Lagosanto,
- Ospedale "Ss. Annunziata" di Cento,
- Stabilimento ospedaliero "S. Camillo" di Comacchio;
- Stabilimento ospedaliero "S. Giuseppe" di Copparo.

Sul territorio della provincia di Ferrara operano inoltre n. 3 case di cura accreditate e convenzionate;

- Casa di Cura Accreditata "Quisisana S.r.l."
- Casa di Cura Accreditata "Salus S.r.l."
- Casa di Cura Accreditata "Ferrara Day Surgery S.r.l."

I posti letto direttamente gestiti nell'anno 2012 sono pari a n. 721 unità e quelli convenzionati pari a n. 195 unità.

Tabella riassuntiva anno 2012 del PUO con PL ordinari, DH e DS suddivisi per Stabilimento Ospedaliero

Codice Disc.	Divisione	Descrizione Disciplina	ANNO 2012			
			PL ORD.	PL DH	PL DS	TOTALE
021	03	GERIATRIA	-			-
026	05	DAY HOSPITAL DI MEDICINA	-			-
039	04	PEDIATRIA				
056	05	DH RIABILITAZIONE	-			
060	05	LUNGODEGENZA				
TOTALE OSPEDALE DI BONDENO			-	-	-	-
008	03	CARDIOLOGIA	11,00	1,00		12,00
050	03	UNITA' CORONARICA	4,00			4,00
056	09	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		4,00		4,00
060	08	LUNGODEGENTI	31,00			31,00
009	04	CHIRURGIA	23,00	1,00		24,00
039	03	DH E AMBULATORIO PEDIATRIA		2,00		2,00
026	04	MEDICINA GENERALE	59,00	5,00		64,00
036	04	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	26,00	1,00		27,00
037	04	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	19,00	2,00		21,00
049	03	RIANIMAZIONE (TERAPIA INTENSIVA)	4,00			4,00
043	03	UROLOGIA	13,00	1,00		14,00

Codice Disc.	Divisione	Descrizione Disciplina	ANNO 2012			
			PL ORD.	PL DH	PL DS	TOTALE
		AMBULATORIO DI PEDIATRIA	-			-
TOTALE OSPEDALE DI CENTO			190,00	17,00	-	207,00
008	02	CARDIOLOGIA	10,00	2,00		12,00
050	02	UNITA' CORONARICA	4,00			4,00
009	02	CHIRURGIA GENERALE	23,00			23,00
098	02	DAY SURGERY			10,00	10,00
060	02	LUNGODEGENZA	33,00			33,00
026	02	MEDICINA GENERALE	59,00	2,00		61,00
036	02	ORTOPEDIA	21,00			21,00
037	02	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	18,00			18,00
039	02	PEDIATRIA	8,00	2,00		10,00
056	02	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		6,00		6,00
049	02	TERAPIA INTENSIVA	4,00			4,00
058	01	GASTROENTEROLOGIA DEGENZE	-			-
040	01	PSICHIATRIA	15,00			15,00
043	04	UROLOGIA	12,00			12,00
TOTALE OSPEDALE DEL DELTA			207,00	12,00	10,00	229,00
009	01	CHIRURGIA	-			-
098	01	DAY SURGERY				-
060	03	LUNGODEGENZA	20,00			20,00
026	01	MEDICINA GENERALE	26,00	8,00		34,00
056	03	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	-			-
058	02	GASTROENTEROLOGIA DEGENZE	-			-
TOTALE OSPEDALE DI COMACCHIO			46,00	8,00	-	54,00
049	04	TERAPIA INTENSIVA	4,00			4,00
009	03	CHIRURGIA GENERALE	13,00			13,00
037	03	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	6,00			6,00
060	04	LUNGODEGENZA	26,00			26,00
026	03	MEDICINA GENERALE	49,00	2,00		51,00
036	03	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	18,00			18,00
056	07	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		6,00		6,00
		DAY SURGERY			6,00	6,00
040	02	PSICHIATRIA	15,00			15,00

Codice Disc.	Divisione	Descrizione Disciplina	ANNO 2012			
			PL ORD.	PL DH	PL DS	TOTALE
TOTALE OSPEDALE DI ARGENTA			131,00	8,00	6,00	145,00
098	04	DAY SURGERY	-			-
009	05	CHIRURGIA GENERALE	-			-
060	07	LUNGODEGENZA	30,00			30,00
26	06	MEDICINA GENERALE	36,00			36,00
		DH MEDICO		12,00		12,00
056	08	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		8,00		8,00
TOTALE OSPEDALE DI COPPARO			66,00	20,00	-	86,00
TOTALE POSTI LETTO PUO			640,00	65,00	16,00	721,00

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO HSP 11 - Anno 2012

I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli HSP 11.

MODELLO HSP 12 - Anno 2012

I dati relativi ai posti letto dei presidi a gestione diretta sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 12.

MODELLO HSP 13 - Anno 2012

I dati relativi ai posti letto dei presidi in convenzione sono coerenti con quelli riportati nel Modello HSP 13.

Tabella riassuntiva dei PL accreditati delle Case di Cura Convenzionate (confronto posti letto 2011/2012)

Codice Disciplina	Divisione	Descrizione Disciplina	Anno 2011		Anno 2012	
			PL ACCREDITATI	TOTALE	PL ACCREDITATI	TOTALE
21	01	Geriatria	23		23	
26	01	Medicina Generale	6		6	
60	01	Lungodegenti	45		45	
TOTALE CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.				74		74
09	01	Chirurgia Generale	14		14	
26	01	Medicina Generale	56		56	
49	01	Terapia Intensiva	3		3	
60	01	Lungodegenti	30		30	
98	01	Day Surgery	14		14	
TOTALE CASA DI CURA SALUS S.R.L.				117		117
98	01	Day Surgery	4		4	
TOTALE FERRARA DAY SURGERY S.R.L.				4		4
TOTALE PL STRUTTURE CONVENZIONATE				195		195

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

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 pro fonda revisione dell'assetto organizzativo dell'offerta di servizi ospedalieri per la salute.

In particolare sono stati attivati percorsi progettuali ed operativi sulle seguenti Aree:

1) Dipartimento di Chirurgia

- a. Centralizzazione delle attività chirurgiche (Ordinaria e di Day Surgery) da 5 sedi su 3 sedi (Delta; Cento; Argenta), (disattivazione D.S. Copparo e Comacchio).
- b. Centralizzazione delle attività di endoscopia da 5 sedi su 3 sedi: Delta, Cento e Argenta; Progetto Interdipartimentale Dipartimento di Chirurgia e di Medicina e disattivazione Endoscopia Copparo e Comacchio.
- c. Riorganizzazione de/la U. O. di Chirurgia di Argenta con integrazione a U.O. Chirurgia Delta,
- d. Superamento della Degenza di Chirurgia Ordinaria e di Day Surgery Ospedale di Comacchio.
- e. Progetto di riorganizzazione delle attività aziendali di Urologia (Moduli Dipartimentali con funzioni specialistiche differenziate per sede).
- f. Progetto di Riorganizzazione de/le attività aziendali di Ortopedia (Riduzione da tre a due U. O, con funzioni differenziate).
- g. Attivazione della 5 days surgery Ospedale Cento ed Argenta.

2) Dipartimento di Medicina

- a. Superamento della U. O. di Gastroenterologia Ospedale del Delta.
- b. Riorganizzazione M. O. Medicina Ospedale di Comacchio, con integrazione alla U. O. di Medicina dell' Ospedale del Delta.
- c. Riorganizzazione Cardiologia Territoriale (Gestione da parte Dipartimento Cure Primarie con Integrazione funzionale alle U.O. di Cardiologia Delta; Cento e Medicina Argenta).
- d. Attivazione Medicina a Bassa Intensità di Cure (Copparo e Comacchio).
- e. Percorso di Integrazione Medicina di Cento e LPA Cento.
- f. Azioni di Collaborazione ed Integrazione con l'Azienda Ospedaliera di Ferrara nuova sede di Cona (supporto al trasferimento a Cona; Percorsi integrati Post-acuzie.
- g. Azioni di integrazione dell' Assistenza Diabetologica Specialista - M.M.G. e interaziendale.
- h. Integrazione funzionale tra le U. O. di Cardiologia di Cento -Delta

3) Dipartimento Emergenza

- a. Integrazione nel Dipartimento de/la centrale Operativa -118.
- b. Sviluppo del nuovo assetto provinciale del 118 (Progetto in corso di svolgimento, attivata auto medica area Copparo).
- c. Supporto alla riorganizzazione del Dipartimento Chirurgico ed al Trasferimento di S.Anna a Cona.
- d. Superamento del P.P.L di Copparo.
- e. Attivazione doppia presenza medico 118 PS Argenta, con riorganizzazione della continuità assistenziale di stabilimento.

4) Dipartimento Materno Infantile

- a. Riorganizzazione de/le funzioni del Dipartimento
- b. Riorganizzazione funzioni di Pediatria e superamento dell'Ambulatorio pediatrico ad accesso diretto dell' Ospedale del del Delta.

5) Azioni conseguenti al sisma

- a. Disattivazione temporanea Punto di Primo Intervento Stabilimento di Bondeno
- b. Disattivazione degenza LPA Ospedale di Bondeno (40 posti letto) e attivazione degenza di LPA (31 pi.) presso Ospedale di Cento.

Gli aspetti relativi all' l'avanzamento lavori e grado di raggiungimento degli obiettivi esposti, gli investimenti effettuati e fonte di finanziamento degli investimenti, sono riportati in maniera dettagliata e complessiva nel paragrafo "Attuazione Piano Investimenti" in considerazione dei percorsi di riorganizzazione avviati. pag. 15

Assistenza Territoriale

A) STATO DELL'ARTE

L'azienda Usl di Ferrara opera mediante 128 strutture a gestione diretta e 76 strutture convenzionate come nel dettaglio riportato nelle tabelle che seguono.

Strutture a gestione diretta al 31/12/2012 (modello ministeriale STS.11)

STRUTTURE A GESTIONE DIRETTA		Tipo assistenza erogata										TOTALE
Codice Azienda	Tipo struttura	S01	S02	S03	S04	S05	S06	S07	S09	S10	S12	
109	ALTRO TIPO DI STRUTTURA TERRITORIALE	1			15	16	6					
	AMBULATORIO E LABORATORIO	29	12	24								
	STRUTTURA RESIDENZIALE					14			2		1	
	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE					7				1		
Totale 109		30	12	24	15	37	6		2	1	1	128

Strutture convenzionate al 31/12/2012 (modello ministeriale STS.11)

STRUTTURE CONVENZIONATE		Tipo assistenza erogata										TOTALE	
Codice Azienda	Tipo struttura	S01	S02	S03	S05	S06	S07	S08	S09	S10	S11		S12
109	AMBULATORIO E LABORATORIO	5	3	2									
	STRUTTURA RESIDENZIALE								29	15		1	
	STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE								9	12			
Totale 109		5	3	2					38	27		1	76

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante:

- **276** medici di medicina generale, che assistono complessivamente una popolazione pari a **312.475** unità e
- **39** pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a **36.393** unità.

Dichiarazione sulla coerenza dei dati esposti con i modelli ministeriali di rilevazione flussi:

MODELLO STS 11 - Anno 2012

I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate, sulla tipologia e il tipo di assistenza erogata, sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli STS 11.

MODELLO RIA 11 - Anno 2012

I dati sul numero di strutture a gestione diretta e convenzionate ex art 26 L 833/78 sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai modelli RIA 11.

MODELLO FLS 12 - Anno 2012

I dati esposti relativi a medici di base e pediatri sono coerenti con quelli complessivamente desumibili dai quadri E e F del modello FLS 12.

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Le attività organizzative nell'ambito territoriale in riferimento al Dipartimento Cure Primarie (DCP) sono legate in particolare alla: coerenza con il trasferimento del S. Anna all'Ospedale di Cona avvenuto nel maggio 2012 e all'avvio della Città della Salute nell'anello del S. Anna progetto rinviato al 2013-2014 per causa terremoto, nonché al riassetto della rete di emergenza su base provinciale e di area vasta.

Bisogna, tra l'altro considerare che, in base alle considerazioni dall'analisi dei dati demografici ed epidemiologici: la popolazione ferrarese è sempre più anziana e cresce lentamente, molto meno della media regionale = decremento demografico; emerge 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.

In ambito territoriale, in rapporto anche alla Programmazione Regionale, sono stati realizzati i seguenti obiettivi raggiunti:

- messa in rete delle strutture ospedaliere con riallineamento del numero dei posti letto secondo le normative nazionali (Hub and Spoke);
- potenziamento del sistema delle cure primarie;
- ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta;
- presa in carico dei pazienti cronici;
- controllo dei tempi di attesa prestazioni specialistiche.

Inoltre, per quanto riguarda, nello specifico, la Programmazione aziendale, sono state proposte azioni, che mettono al centro il paziente articolate nelle diverse determinanti, in particolare:

- Migliorare l'integrazione Ospedale/Territorio;
- 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.

Il risultato che 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 delle risorse (Professionale e Tecnologica).

Le azioni realizzate nell'area del Distretto **Centro – Nord** sono le seguenti:

BERRA: Costituzione della Medicina di Gruppo, guardia Medica, Punto Prelievi e Trasferimento del Poliambulatorio a Copparo.

RO: Costituzione della Medicina di Gruppo e Punto Prelievi.

VOGHIERA: CUP e Punto Prelievi.

TRESIGALLO: CUP, Progetto ristrutturazione ex Boeri con riduzione dei posti letto, Punto Prelievi e progettazione del trasferimento di attività specialistica a Copparo.

COPPARO: Punti Prelievi, Day Hospital Internistico, Dialisi e Radiodiagnostica, erogazione diretta farmaci; Posti letto: Medicina 36 (a vocazione post acuzie e riabilitativa) – Lungodegenza 30, Superamento del Punto di Primo Intervento in ambulatorio H12 di Cure Primarie, guardia di stabilimento notturna e Risoluzione endoscopia digestiva. Per la "Casa della Salute": consolidamento dell'Ambulatorio medico infermieristico H12, presa in carico della cronicità, realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici completi e potenziamento specialistica ambulatoriale con 17 specialità.

Il progetto della “Città della Salute” all’interno dell’Azienda Ospedaliera S. Anna è stato sospeso per l’evento sismico rinviandolo al 2013-2014 e si è sviluppata l’attività del Nucleo di Cure Primarie di Pontelagoscuro con l’attivazione di un ambulatorio infermieristico di nucleo e si sono sviluppati percorsi di presa in carico dei pazienti cronici (diabetici, ipertesi).

Nell’area del Distretto **Ovest** si è effettuata la riorganizzazione dei poliambulatori secondo la programmazione rivista a seguito del terremoto, cioè: concentrazione della specialistica ambulatoriale trasferita da Sant’ Agostino, Poggio Renatico e su Cento, della chirurgica ed endoscopia digestiva su Cento, dei consultori Salute Donna e Salute Infanzia su Cento e Bondeno e chiusura Sportello Unico (CUP) a Mirabello.

All’interno della Struttura Sanitaria “F.lli Borselli” a Bondeno lo sviluppo della “Casa della Salute” è slittato al 2013 – 2014 per via del terremoto.

Le azioni specifiche che riguardano l’ Area **Sud – Est** vengono così elencate:

- Interventi Area Ospedaliera del Delta: ricollocamento dell’attività specialistica di Mesola e Migliarino (reumatologia, ORL, oculistica) e Punto Prelievi.

All’interno dello Stabilimento Ospedaliero “S. Camillo” di Comacchio: mantenimento e qualificazione dell’attività di Medicina Interna a vocazione post – acuzie ed a bassa intensità, per 26 posti letto di cui: 2 letti monitorati, Day Service medico polispecialistico e stabilizzazione dell’ Ematologia all’interno della Medicina, mantenimento diagnostica radiologia e punti di prelievi e Lungodegenza, superamento della degenza chirurgica ordinaria e day surgery ed endoscopia digestiva, mantenimento attività chirurgica ambulatoriale, Punto Prelievi, omogeneizzazione punto informativo con gli altri punti aziendali, ricollocamento dell’attività specialistica dal poliambulatorio di Mesola (dermatologia, cardiologia) e trasferimento di alcuni servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Per quanto riguarda la “Casa della Salute” di Portomaggiore: rafforzamento delle attività ambulatoriali urgenti di medicina generale nell’ H12 gestito dal NCP, Punto Prelievi; sviluppo del PDA infermieristico con implementazione dei percorsi di presa in carico, condivisi tra MMG e Specialisti (sono in corso di implementazione 12 PAF, PAC), sviluppo dell’infermiere care manager per la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico e avvio dei lavori di ristrutturazione del Presidio Socio Sanitario.

Gli interventi nell’Area Ospedaliera di Argenta sono stati: sviluppo poliambulatorio di Argenta con trasferimento in H a piano terra: al fine di facilitare i percorsi di presa in carico con PDA, l’utilizzo di tecnologie, le consulenze al P.S. e la sicurezza, trasferimento attività specialistica ambulatoriale da Migliarino (dermatologia, oculistica), Punto Prelievi, rivisitazione del polo chirurgico attraverso:

- Rivalutazione attività ortopedica in ottica provinciale;
- Riorganizzazione complessiva attività chirurgica ginecologica;
- Riorientamento attività chirurgica generale in ottica provinciale;
- Avvio delle attività chirurgiche specialistiche in collaborazione con il Sant’ Anna (oculistica, maxillofacciale, otorino);
- Potenziamento attività endoscopica e chirurgica ambulatoriale (anche dermatologica).

Per quanto riguarda l’attività consultoriale è strutturata nella: concentrazione dei Consultori Salute Donna su Codigoro, Comacchio, Mesola, Portomaggiore ed Argenta e dei Consultori Salute Infanzia su Codigoro, Mesola, Comacchio e Portomaggiore.

Il **Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche** (DAISM DP) è la macro struttura aziendale per la Salute mentale, 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 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’ estremamente importante sottolineare l’ingresso nel DAI SM DP nel 2010 della componente universitaria.

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 Salute Mentale 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.

Gli aspetti relativi all'avanzamento lavori e grado di raggiungimento degli obiettivi esposti, gli investimenti effettuati e fonte di finanziamento degli investimenti, sono riportati in maniera dettagliata e complessiva nel paragrafo "Attuazione Piano Investimenti" in considerazione dei percorsi di riorganizzazione avviati. pag. 15

Prevenzione

A) STATO DELL'ARTE

La sede del Dipartimento Sanità Pubblica è a Ferrara; le diverse Unità Operative, oltre ad aver sede a Ferrara, sono dislocate nelle varie sedi di Copparo, Portomaggiore, Migliarino; Comacchio, Cento e S. Agostino come da tabella che segue.

UU.OO.	Ferrara	Copparo	Portomaggiore	Migliarino	Comacchio	Cento	S. Agostino
Igiene pubblica	X	X	X	X		X	X
Igiene degli alimenti e nutrizione	X	X	X	X		X	
Impiantistica Antinfortunistica	X						
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	X	X	X		X		X
Direzione Attività Veterinaria Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche	X	X	X	X		X	
Igiene Alimenti Origine Animale	X	X	X	X		X	
Funzioni Amministrative Dipartimentali	X	X	X	X		X	

Le 6 Unità Operative del Dipartimento sono dislocate sul territorio per un totale di 32 sedi.

L'offerta dei servizi ambulatoriali nell'ambito della prevenzione è articolata sul territorio in varie fasce di orario anche per favorire l'accesso.

B) OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Il principale obiettivo dell'anno 2012 era la riorganizzazione del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) che è stata approvata con delibera n. 362 del 14/12/2012. Nella riorganizzazione le Unità operative, semplici e complesse, sono a valenza aziendale.

In particolare vengono superati:

- i N.O.D. (Nuclei Operativi Distrettuali) che rappresentavano l'articolazione del Dipartimento in U.O. corrispondenti ai tre distretti aziendali;
- la suddivisione in Aree;
- sono avvenute: la soppressione delle Strutture Complesse: U.O. "Organizzazione Oncologica" e U.O. "Piani per la Salute", le cui competenze confluiscono nel M.O. Dip.le Epidemiologia, ridenominato "Epidemiologia, Screening

Oncologici e Programmi di Promozione della Salute”, l’istituzione del Programma “Sicurezza Alimentare”, la riorganizzazione del Modulo Dipartimentale Medicina dello Sport Territoriale, cui afferiscono due Programmi di Attività Motoria e il Modulo Dipartimentale Traumatologia dello Sport e Riabilitazione;

- l’istituzione del Modulo Dipartimentale “Qualità e Accreditamento”, con contestuale soppressione del M.O. “Responsabile Assicurazione Qualità”, già posto in staff al Direttore dell’Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria (ora superata);
- la trasformazione del “Progetto Amianto” nel Modulo Dipartimentale “Amianto e Rischio Chimico”;
- l’attribuzione al Modulo Dipartimentale Registro Tumori del rilievo di Area Vasta (A.V.E.C.), con sede organizzativa a Ferrara;
- l’istituzione dell’Incarico di Alta Professionalità “Igiene Urbana Veterinaria”;
- l’istituzione del M.O. “Nuovi Insediamenti Produttivi (N.I.P.)”, afferente alla U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro;
- la soppressione della U.O. “Sanità Animale” e assegnazione dei moduli sottostanti alla U.O. “Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche”, ridenominata “Direzione Attività Veterinarie e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche”; tale struttura osserverà, secondo il progetto, la funzione di direzione e coordinamento delle Attività Veterinarie.

Il DSP dell’AUSL di Ferrara è quindi formato da una Direzione e dalle seguenti strutture organizzative complesse, semplici e moduli dipartimentali.

Strutture complesse: Igiene pubblica, Igiene degli alimenti e nutrizione , Impiantistica Antinfortunistica, Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, Direzione Attività Veterinaria Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche, Igiene Alimenti Origine Animale e Funzioni Amministrative Dipartimentali

Moduli dipartimentali: Qualità e accreditamento, Epidemiologia, screening oncologici e programmi di promozione della salute, Profilassi Malattie Infettive e vaccinazioni, Registro tumori AVEC, Impianti speciali e grandi rischi, Medicina dello sport territoriale, Traumatologia dello sport e riabilitazione, Amianto e rischio chimico.

Strutture semplici: Igiene degli Ambienti confinati, Sanità Ambientale, Balneazione, Igiene Alimenti e Bevande, Igiene della nutrizione, Acque potabili, Medicina del lavoro, Sicurezza del lavoro, Igiene Industriale, N.I.P., Apparecchi Pressione e Impianti riscaldamento, Impianti elettrici e messa a terra, Apparecchi sollevamento, ascensori, idroestrattori, Igiene delle produzioni animali, Benessere animale e igiene allevamenti, Sanità animale, Anagrafe zootecnica, Produzione e commercializzazione MBV, Produzione e commercializzazione prodotti ittici, Commercializzazione e somministrazione alimenti di origine animale, Impianti settore carni/latte/uova e Servizi amministrativi.

Le variazioni su strutture ed organizzazione sono meglio esplicitate nel funzionigramma, allegato 2 alla delibera 362 del 14/12/2012.

ATTUAZIONE PIANO INVESTIMENTI (per Assistenza Ospedaliera, Territoriale e Prevenzione)

Il piano triennale degli investimenti 2012-2014 redatto secondo gli schemi predisposti dalla Regione Emilia-Romagna ed approvati con atti del D.G. n.152 del 04/06/2012 “Bilancio Economico Preventivo per l’esercizio 2011 dei servizi sanitari” e n.153 del 04/06/2012 “Piano Programmatico e Bilancio di Previsione Pluriennale 2012-2014 dei Servizi Sanitari” , ed approvati con atto della Giunta regionale n. 1131 del 30/07/2012.

L’importo complessivo delle opere e dei lavori previsti dal Piano triennale 2012-2014 ammontavano a 37,120 milioni di € di cui 16.143.000€ da realizzare nell’anno 2012.

Principalmente il 2012 è stato un anno di proseguimento degli interventi principali già iniziati negli anni precedenti; infatti ha visto il completamento di alcune opere ed ha visto l’avanzamento lavori dei principali cantieri, oltre all’impostazione di un’ulteriore piano di contenimento dei costi del Bilancio d’esercizio. L’analisi nel dettaglio è già stata ampiamente trattata nella Relazione Obiettivi paragrafo 4.6 pag. 34.

4. L'attività del periodo

Viene riportata di seguito, l'attività relativa all'esercizio 2012 a confronto con il 2011, riferita alla reportistica gestionale dell'Azienda Usl di Ferrara e declinata per livello di assistenza.

4.1 Assistenza Ospedaliera

A) CONFRONTO DATI DI ATTIVITA' ESERCIZI 2012 E 2011:

Il confronto dei dati di attività del Presidio Ospedaliero riferiti all'anno 2012 vs. 2011 evidenziano una riduzione complessiva dei ricoveri, sia di degenza ordinaria che di Day-Hospital, in termini percentuali di circa il 9%.

Tale riduzione è più marcata per la degenza in regime di Day-Hospital, con un dato pari al 14,5% e meno rilevante per la degenza in regime ordinario, con un dato dell'8%.

In particolare gli stabilimenti nei quali si è registrato il maggior decremento dei ricoveri ordinari sono quelli di minori dimensioni, all'interno dei quali l'Azienda Usl ha avviato dei percorsi di riorganizzazione assistenziale della degenza in rete con gli stabilimenti di maggiore dimensione (Lagosanto e Cento), con l'Azienda Ospedaliera provinciale e con i Servizi Territoriali. Una buona tenuta del ricovero in degenza ordinaria si è rilevato nello stabilimento di Cento (- 5,3%) e in quello di Lagosanto (- 6,8%).

Per quanto riguarda nello specifico l'attività di ricovero in regime di Day-Hospital, si è rilevata una riduzione in tutti gli stabilimenti con l'eccezione di Argenta. In questo nosocomio l'incremento percentuale è stato pari al 19%; tale dato è da porre in relazione al processo di riorganizzazione dell'attività assistenziale dello stabilimento che ha previsto un'importante riconversione dei ricoveri chirurgici dalla degenza ordinaria alla Day-Surgery.

Per quanto attiene agli altri Stabilimenti ospedalieri il decremento è stato più modesto su quelli di maggiori dimensioni come Cento (- 8%) e Lagosanto (- 4%) e più importante su quelli di piccole dimensioni come Comacchio (- 74%) e Copparo (-80%), come conseguenza della riorganizzazione intrapresa.

L'attività di specialistica ambulatoriale, con l'esclusione della disciplina "Laboratorio Analisi" riferita all'anno 2012 vs. 2011 ha fatto registrare un decremento pari a circa l' 11%, come dato medio.

Per quanto riguarda gli indicatori di attività riferiti alla degenza ordinaria delle singole UU.OO., l'occupazione media percentuale (OM%) e il peso medio dei DRgs (PM) dei reparti medici, dei reparti chirurgici e delle terapie intensive, sono in linea con i parametri regionali. Per quanto attiene all'indicatore durata media di degenza (DMD) il dato delle degenze mediche (11-12gg.) e delle lungodegenze (33-44 gg.) risulta invece superiore ai valori di riferimento regionali.

Dall'analisi dei dati di accesso ai Servizi di Pronto Soccorso dell'AUSL di Ferrara riferiti all'anno 2012, suddivisi per codice colore di dimissione e per stabilimento ospedaliero si evince quanto segue:

- 1) Una riduzione complessiva delle prestazioni, riferite all'anno 2012 rispetto all'anno precedente, pari al 5,5% ossia a poco meno di 5.000 accessi. Nello specifico la riduzione percentuale maggiore tra l'anno 2012 e il 2011 si è registrata per i codici bianchi con un - 13,9% pari a circa 2.000 accessi in meno, poi per i codici rossi con un - 11,7% , pari a 148 accessi in meno , seguiti dai codici gialli con una riduzione del 9,3% pari a circa 900 accessi in meno.
- 2) La conferma che il codice verde è quello maggiormente utilizzato con valori pari al 74% nel 2012 e 72% nel 2011. La riduzione del numero degli accessi tra anno 2012 e 2011 si è registrata anche per questo codice colore, ma con la percentuale più bassa, pari appunto al -2,9% corrispondente ad una riduzione di circa 1900 accessi.
- 3) Per quanto riguarda i dati riferiti al singolo nosocomio, l'analisi rispecchia i mutamenti intervenuti nel corso del 2012 legati, da un lato, alla riorganizzazione degli stabilimenti e della rete 118 e dall'altro all'evento sisma, che ha coinvolto, in maniera preponderante gli stabilimenti ospedalieri del Distretto Ovest. Infatti per quanto riguarda l'Ospedale di Cento si è registrato un incremento complessivo degli accessi pari al 4% (+ 860 accessi), con incremento dei codici verdi e rossi, mentre contestualmente per la Struttura di Bondeno nell'anno 2012 si è registrato un numero di accessi pari al 40% di quelli dell'anno precedente e ciò in relazione alla chiusura del nosocomio e alla modifica organizzativa che ha coinvolto la rete 118 nel mese di maggio 2012. Nel Distretto Ovest si è registrata una forte riduzione degli accessi presso la Struttura di Copparo con valori pari a - 42% , corrispondenti a circa 3000 accessi in meno; tale riduzione riguarda tutti i codici colore. Una riduzione pari al 3% con circa 500 accessi in meno si è rilevata anche presso l'Ospedale di Argenta; tale riduzione ha riguardato

tutti i codici colore. La Struttura di Comacchio ha registrato una riduzione più contenuta degli accessi con un -1%, pari a circa 100 accessi in meno. Nel Distretto Est, l'Ospedale del Delta è l'unico che ha registrato un incremento seppur molto lieve, inferiore all'1% (+ 0,76%) con circa 200 accessi in più. L'incremento ha interessato solo i codici verdi con un +6,4% , pari a 1300 accessi in più; al contrario tutti gli altri codici colore sono diminuiti.

B) OBIETTIVI DI ATTIVITA' DELL'ESERCIZIO 2012 E CONFRONTO CON IL LIVELLO PROGRAMMATO:

Le variazioni percentuali 2012 vs. 2011 riferite ai macroaggregati sopra indicati (dati del Presidio ospedaliero AUSL riferiti alla degenza ordinaria, al Day-Hospital e alla specialistica ambulatoriale) sono in linea con gli obiettivi di produzione che la Direzione Aziendale ha inteso perseguire nell'anno 2012 e conseguentemente con gli obiettivi previsti dalle Linee di programmazione regionale per il medesimo anno.

La programmazione delle attività del Presidio ospedaliero per l'anno 2012 aveva previsto una contrazione dell'attività di ricovero, in modo particolare sugli stabilimenti di minori dimensioni e, in modo analogo, una contrazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale.

I dati di attività a livello aziendale, con i confronti tra gli esercizi 2012-2011, suddivisi per regime di ricovero, comprendenti anche le strutture convenzionate, la produzione dell'attività di specialistica ambulatoriale esterna e gli accessi ai Servizi di Pronto Soccorso, sono riportati in dettaglio nelle tabelle che seguono.

Produzione Ospedaliera

Andamento comparativo produzione e mobilità al 2012 da banche dati RER SDO e ASA (dati provvisori passibili di integrazioni)¹

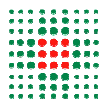
AZIENDA USL DI FERRARA		2011	2012		
Tipologia	Prestaz.	Prestaz.	Scost. Ass.	Δ%	
RICOVERI DAY HOSPITAL	4.312	3.688	-624	-14,47	
RICOVERI ORDINARI	19.647	18.081	-1.566	-7,97	
TOTALE RICOVERI	23.959	21.769	-2.190	-9,14	
SPECIALISTICA	931.543	830.356	-101.187	-10,86	
LABORATORIO (PER ESTERNI)	1.171.598	1.574.783	403.185	34,41	
AZIENDA OSP-UNIV DI FERRARA (RESIDENTI)		2011	2012		
Tipologia	Prestaz.	Prestaz.	Scost. Ass.	Δ%	
RICOVERI DAY HOSPITAL	8.156	6.888	-1.268	-15,55	
RICOVERI ORDINARI	22.503	20.048	-2.455	-10,91	
TOTALE RICOVERI	30.659	26.936	-3.723	-12,14	
SPECIALISTICA	827.432	701.793	-125.639	-15,18	
LABORATORIO (PER ESTERNI)	1.713.183	1.391.259	-321.924	-18,79	
CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE (RESIDENTI)		2011	2012		
Struttura	Prestaz.	Prestaz.	Scost. Ass.	Δ%	
SALUS RICOVERI	2.436	2.814	378	15,52	
SALUS SPECIALISTICA	19.756	20.082	326	1,65	
QUISISANA RICOVERI	1.623	1.888	265	16,33	
QUISISANA SPECIALISTICA	15.628	15.677	49	0,31	
FERRARA DAY SURGERY RICOVERI	314	237	-77	-24,52	
FERRARA DAY SURGERY SPECIALISTICA	6.342	6.988	646	10,19	
MOBILITA' PASSIVA EXTRA-PROV		2011	2012		
Tipologia	Importo	Importo	Scost. Ass.	Δ%	
MOBILITA' PASSIVA INFRA-RER RICOVERI	27.552.953	29.025.295	1.472.342	5,34	
MOBILITA' PASSIVA INFRA-RER SPECIALISTICA	5.217.191	4.756.850	-460.341	-8,82	
MOBILITA' ATTIVA		2011	2012		
Tipologia	Importo	Importo	Scost. Ass.	Δ%	
MOBILITA' ATTIVA RICOVERI	9.580.311	7.789.658	-1.790.653	-18,69	
MOBILITA' ATTIVA SPECIALISTICA	3.930.188	2.564.017	-1.366.171	-34,76	

aggiornamento 18/02/13

Produzione ricoveri per reparto (da banca dati regionale SDO)

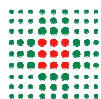
RICOVERI ORDINARI		31/12/2011	31/12/2012	Proiezione 12 mesi	
Stabilimento PUO	Reparto	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Δ%
Stabilimento di Comacchio	CHIRURGIA GENERALE	45	1	1	-97,78
	LUNGODEGENTI	278	262	262	-5,76
	MEDICINA GENERALE	579	550	550	-5,01
	TOTALE COMACCHIO	902	813	813	-9,87
Ospedale del Delta Lagosanto	CARDIOLOGIA	651	670	670	2,92
	CHIRURGIA GENERALE	1.129	1.067	1067	-5,49
	GASTROENTEROLOGIA	318		0	-
	LUNGODEGENTI	410	406	406	-0,98
	MEDICINA GENERALE	1.304	1.373	1373	5,29
	NIDO	525	472	472	-10,10
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	786	727	727	-7,51
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.098	1.095	1095	-0,27
	PEDIATRIA	517	415	415	-19,73
	PSICHIATRIA	432	412	412	-4,63
	TERAPIA INTENSIVA	23	26	26	13,04
	UNITA' CORONARICA	41	27	27	-34,15
	UROLOGIA	544	560	560	2,94
	TOTALE LAGOSANTO	7.778	7.250	7.250	-6,79
Stabilimento di Argenta	CHIRURGIA GENERALE	399	368	368	-7,77
	LUNGODEGENTI	324	327	327	0,93
	MEDICINA GENERALE	1.288	1.289	1289	0,08
	ORTOPEDIA E TRAUM	506	432	432	-14,62
	OSTETRICIA E GINEC	196	129	129	-34,18
	TERAPIA INTENSIVA	2	5	5	150,00
	TOTALE ARGENTA	2.715	2.550	2.550	-6,08

RICOVERI ORDINARI		31/12/2011	31/12/2012	Proiezione 12 mesi	
Stabilimento PUO	Reparto	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Δ%
Stabilimento di Cento	CARDIOLOGIA	674	582	582	-13,65
	CHIRURGIA GENERALE	652	619	619	-5,06
	LUNGODEGENTI		206	206	
	MEDICINA GENERALE	1.637	1.566	1566	-4,34
	NIDO	672	608	608	-9,52
	ORTOPEDIA E TRAUM	578	520	520	-10,03
	OSTETRICIA E GINEC	997	883	883	-11,43
	TERAPIA INTENSIVA	33	38	38	15,15
	UNITA' CORONARICA	47	44	44	-6,38
	UROLOGIA	715	621	621	-13,15
TOTALE CENTO	6.005	5.687	5.687	-5,30	
Stabilimento di Bondeno	GERIATRIA	43	32	32	-25,58
	LUNGODEGENTI	399	173	173	-56,64
	TOTALE BONDENO	442	205	205	-53,62
Stabilimento di Copparo	CHIRURGIA GENERALE	8		0	-
	LUNGODEGENTI	375	363	363	-3,20
	MEDICINA GENERALE	955	817	817	-14,45
	TOTALE COPPARO	1.338	1.180	1.180	-11,81
Stabilimento Ferrara	PSICHIATRIA (Diagnosi e Cura)	467	396	396	-15,20
TOTALE ORDINARI		19.647	18.081	18.081	-7,97



DAY HOSPITAL/DAY SURGERY		31/12/2011	31/12/2012	Proiezione 12 mesi	
Stabilimento PUO	Reparto	Dimessi	Dimessi	Dimessi	Δ%
Stabilimento di Comacchio	DAY SURGERY	416	107	107	-74,28
	TOTALE COMACCHIO	416	107	107	-74,28
Ospedale del Delta Lagosanto	DAY SURGERY (Chirug., Orto., Urolog.)	1.124	1060	1060	-5,69
	MEDICINA GENERALE/ONCOLOGICO	348	349	349	0,29
	PEDIATRIA	18	33	33	83,33
	RECUPERO E RIAB	30	21	21	-30,00
	TOTALE LAGOSANTO	1.520	1.463	1.463	-3,75
Stabilimento di Argenta	DAY SURGERY (Chirug., Orto., Ginec.)	647	788	788	21,79
	MEDICINA GENERALE/ONCOLOGICO	111	116	116	4,50
	RECUPERO E RIAB	14	14	14	
	TOTALE ARGENTA	772	918	918	18,91
Stabilimento di Cento	CARDIOLOGIA	90	92	92	2,22
	CHIRURGIA GENERALE	277	263	263	-5,05
	MEDICINA GENERALE/ONCOLOGICO	153	203	203	32,68
	ORTOPEDIA E TRAUM	185	139	139	-24,86
	OSTETRICIA E GINEC	359	325	325	-9,47
	UROLOGIA	150	98	98	-34,67
	TOTALE CENTO	1.214	1.120	1.120	-7,74
Stabilimento di Bondeno	MEDICINA GENERALE/ONCOLOGICO	19	10	10	-47,37
	RECUPERO E RIAB	5		0	
	TOTALE BONDENO	24	10	10	-58,33
Stabilimento di Copparo	DAY SURGERY	303	5	5	-98,35
	MEDICINA GENERALE/ONCOLOGICO	34	34	34	0,00
	RECUPERO E RIAB	29	31	31	6,90
	TOTALE COPPARO	366	70	70	-80,87
TOTALE DAY HOSPITAL/DAY SURGERY		4.312	3.688	3.688	-14,47
TOTALE PUO		23.959	21.769	21.769	-9,14

NOTE: oneredegenza 1,2,5,6. Aggiornamento 18/02/13



Analisi Presidio Unico Ospedaliero. Dimessi, Durata Media Degenza e Peso Medio.

RICOVERI ORDINARI			31/12/2011			31/12/2012			Δ		
		Disciplina di dimissione	Dimessi	DMD	PM	Dimessi	DMD	PM	Dimessi	DMD	PM
Ospedale di Comacchio	009	CHIRURGIA GENERALE	45	12,13	0,97	1	2,00	0,52	-44	- 10,13	- 0,44
	060	LUNGODEGENTI	278	34,16	1,26	262	32,66	1,38	-16	- 1,50	0,12
	026	MEDICINA GENERALE	579	12,51	1,02	550	12,74	0,98	-29	0,23	- 0,03
	TOTALE COMACCHIO		902			813			-89		
Ospedale di Lagosanto	008	CARDIOLOGIA	651	6,24	1,24	670	6,64	1,22	19	0,40	- 0,02
	009	CHIRURGIA GENERALE	1129	5,94	1,15	1067	6,46	1,15	-62	0,52	0,00
	058	GASTROENTEROLOGIA	318	7,80	1,04						
	060	LUNGODEGENTI	410	39,70	1,34	406	41,15	1,40	-4	1,45	0,05
	026	MEDICINA GENERALE	1304	11,45	1,02	1.373	11,41	1,07	69	- 0,04	0,05
	031	NIDO	525	3,14	0,18	472	3,17	0,18	-53	0,03	0,00
	036	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	786	6,51	1,24	727	7,27	1,30	-59	0,76	0,05
	037	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1098	4,23	0,60	1095	4,28	0,65	-3	0,06	0,05
	039	PEDIATRIA	517	3,78	0,50	415	3,69	0,51	102	0,08	0,01
	040	PSICHIATRIA	432	12,23	0,66	412	13,27	0,67	-20	1,05	0,01
	049	TERAPIA INTENSIVA	23	25,91	3,46	26	22,46	3,65	3	- 3,45	0,19
	050	UNITA' CORONARICA	41	4,90	1,18	27	6,19	1,25	-14	1,28	0,07
	043	UROLOGIA	544	6,74	1,07	560	6,89	1,15	16	0,15	0,08
	TOTALE LAGOSANTO		7778			7250			-528		
Ospedale di Argenta	009	CHIRURGIA GENERALE	399	6,98	1,16	368	6,71	1,01	-31	- 0,27	- 0,15
	060	LUNGODEGENTI	324	39,24	1,43	327	34,58	1,45	3	- 4,66	0,02
	026	MEDICINA GENERALE	1288	11,04	0,96	1289	11,23	0,97	1	0,19	0,01
	036	ORTOPEDIA E TRAUM	506	9,18	1,58	432	7,34	1,32	-74	- 1,84	- 0,26
	037	OSTETRICIA E GINEC	196	4,91	0,93	129	5,18	0,96	-67	0,27	0,03
	049	TERAPIA INTENSIVA	2	3,50	3,03	5	6,20	2,29	3	2,70	- 0,73
TOTALE ARGENTA		2715			2550			-165			

RICOVERI ORDINARI			31/12/2011			31/12/2012			Δ		
Ospedale di Cento	008	CARDIOLOGIA	674	7,05	1,19	582	7,51	1,17	-92	0,46	- 0,02
	009	CHIRURGIA GENERALE	652	7,77	1,18	619	7,42	1,24	-33	- 0,35	0,06
	060	LUNGODEGENTI				206	44,36	1,45	206	44,36	1,45
	026	MEDICINA GENERALE	1637	11,06	1,01	1.566	12,09	1,03	-71	1,03	0,02
	031	NIDO	672	3,14	0,17	608	3,21	0,17	-64	0,07	0,01
	036	ORTOPEDIA E TRAUM	578	9,42	1,45	520	8,41	1,44	-58	- 1,01	- 0,01
	037	OSTETRICIA E GINEC	997	3,75	0,61	883	3,63	0,60	-114	- 0,13	- 0,02
	049	TERAPIA INTENSIVA	33	23,82	3,59	38	11,26	2,15	5	- 12,56	- 1,44
	050	UNITA' CORONARICA	47	8,26	1,17	44	6,25	1,18	-3	- 2,01	0,01
	043	UROLOGIA	715	5,36	0,87	621	5,08	0,91	-94	- 0,28	0,04
TOTALE CENTO		6005			5687			-318			
Ospedale di Bondeno	021	GERIATRIA	43	9,65	1,31	32	9,97	0,91	-11	0,32	- 0,39
	060	LUNGODEGENTI	399	43,44	1,41	173	35,01	1,31	-226	- 8,43	- 0,10
	TOTALE BONDENO		442			205			-237		
Ospedale di Copparo	009	CHIRURGIA GENERALE	8	4,25	0,61						
	060	LUNGODEGENTI	375	32,66	1,04	363	33,87	1,05	-12	1,21	0,01
	026	MEDICINA GENERALE	955	9,53	0,98	817	10,84	0,98	-138	1,31	- 0,00
TOTALE COPPARO		1338			1180			-158			
Stabilimento di Ferrara	040	PSICHIATRIA	467	11,61	0,68	396	12,27	0,70	-71	0,66	0,02
	TOTALE ORDINARI		19.647			18.081			-1.566		

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			Dicembre 2011			Dicembre 2012			Δ		
		Disciplina di dimissione	Dimessi	n.accessi	PM	Dimessi	n.accessi	PM	Dimessi	n.accessi	PM
Ospedale Lagosanto	026	MEDICINA GENERALE	348	12,84	0,87	349	12,74	0,90	1	-0,10	0,03
	056	RECUPERO E RIAB	30	16,53	0,77	21	21,00	0,77	-9	4,47	-0,00
Ospedale Argenta	026	MEDICINA GENERALE	111	14,12	0,74	116	14,66	0,74	5	0,54	-0,00
	056	RECUPERO E RIAB	14	35,50	0,75	14	25,71	0,73	0	-9,79	-0,02
Osp. Cento	026	MEDICINA GENERALE	153	10,24	0,91	203	13,91	0,93	50	3,66	0,02
Ospedale di Bondeno	026	MEDICINA GENERALE	19	18,11	0,97	10	9,40	0,75	-9	-8,71	-0,22
	056	RECUPERO E RIAB	5	32,20	0,81				-5	-32,20	-0,81
Ospedale di Copparo	026	MEDICINA GENERALE	34	8,88	1,16	34	8,59	1,21	0	-0,29	0,04
	056	RECUPERO E RIAB	29	20,14	0,77	31	27,48	0,80	2	7,35	0,02

aggiornamento 18/02/13

Confronto produzione specialistica per RESIDENTI per disciplina (da banca dati regionale ASA) - AUSL di Ferrara

DISCIPLINA	31/12/2011	31/12/2012	Proiezione 12 mesi	Δ
	Prestazioni	Prestazioni	Prestazioni	
001 - ALLERGOLOGIA	191	629	629	-
003 - ANATOMIA ED ISTO. PATOL.	5.508	3.096	3.096	-43,79
008 - CARDIOLOGIA	62.602	51.423	51.423	-17,86
009 - CHIRURGIA GENERALE	19.326	16.098	16.098	-16,70
012 - CHIRURGIA PLASTICA	729	522	522	-28,40
014 - CHIRURGIA VASCOLARE	3.191	3.180	3.180	-0,34
015 - MEDICINA SPORTIVA	34.455	31.630	31.630	-8,20
018 - EMATOLOGIA	1.092	661	661	-39,47
019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	7.524	7.505	7.505	-0,25
021 - GERIATRIA	3.125	2.880	2.880	-7,84
026 - MEDICINA GENERALE	14.172	7.003	7.003	-50,59
029 - NEFROLOGIA	6.686	2.664	2.664	-60,16
032 - NEUROLOGIA	33.512	32.422	32.422	-3,25
033 - NEUROPSICHIATRIA INFANT.	9			
034 - OCULISTICA	45.895	39.484	39.484	-13,97
035 - ODONTOIATRIA E STOMATOL.	19.957	17.180	17.180	-13,91
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	47.206	41.519	41.519	-12,05
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	62.984	50.093	50.093	-20,47
038 - OTORINOLARINGOIATRIA	50.296	42.490	42.490	-15,52
039 - PEDIATRIA	7.441	5.636	5.636	-24,26
040 - PSICHIATRIA	418	491	491	17,46
043 - UROLOGIA	12.551	11.371	11.371	-9,40
052 - DERMATOLOGIA	18.303	16.151	16.151	-11,76
056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	75.764	66.122	66.122	-12,73
058 - GASTROENTEROLOGIA	6.256	4.679	4.679	-25,21
064 - ONCOLOGIA	1.012	1.026	1.026	1,38
068 - PNEUMOLOGIA	9.751	8.512	8.512	-12,71
069 - RADIOLOGIA	250.807	239.108	239.108	-4,66
071 - REUMATOLOGIA	4.754	4.302	4.302	-9,51

DISCIPLINA	31/12/2011	31/12/2012	Proiezione 12 mesi	Δ
	Prestazioni	Prestazioni	Prestazioni	
082 - ANESTESIA	584	702	702	20,21
105 - GENETICA MEDICA		112	112	
106 - PRONTO SOCCORSO	101.387	99.936	99.936	-1,43
125 - DIETETICA/DIETOLOGIA	24.055	21.729	21.729	-9,67
TOTALE SPECIALISTICA	931.543	830.356	830.356	-10,86
100 - LAB.ANALISI CHIMICOCLINICHE	1.171.598	1.574.783	1.889.740	34,41

Dati provvisori. Regime di erogazione SSN. Aggiornamento 18/2/2013

SDO. Dimessi. Classificazione per: Stabilimento, Disciplina di dimissione, Regime di ricovero. Periodo Gennaio-Dicembre

Stabilimento	Disciplina di dimissione	2011			2012			Δ
		Regime di ricovero			Regime di ricovero			
		DEG.ORD.	DH	TOTALE	DEG.ORD.	DH	TOTALE	
080235 CASA DI CURA QUISISANA	021 - GERIATRIA	1025	0	1025	1180	0	1180	15,12
	026 - MEDICINA GENERALE	181	0	181	220	0	220	21,55
	060 - LUNGODEGENTI	417	0	417	488	0	488	17,03
080236 CASA DI CURA SALUS-FE	009 - CHIRURGIA GENERALE	401	0	401	378	0	378	-5,74
	026 - MEDICINA GENERALE	1201	0	1201	1737	0	1737	44,63
	060 - LUNGODEGENTI	446	0	446	461	0	461	3,36
080414 FERRARA DAY SURGERY	098 - DAY SURGERY		388	388	0	238	238	-38,66
	098 - DAY SURGERY		314	314	0	237	237	-24,52
				4.373			4.939	12,94

Assistenza Specialistica Ambulatoriale. N. di prestazioni erogate. Classificazione per: Struttura erogante, Disciplina erogante. Periodo Gennaio-Dicembre

Struttura erogante	Disciplina erogante	2011	2012	Δ
		Prestaz.	Prestaz.	
080109006004 - CIEMME SANT'AGOSTINO	056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	17.265	13.656	-20,90
080109080414 - FERRARA DAY SURGERY S.R.L.	009 - CHIRURGIA GENERALE	536	664	23,88
	012 - CHIRURGIA PLASTICA	3	30	
	014 - CHIRURGIA VASCOLARE	1.005	546	-45,67
	034 - OCULISTICA	665	565	-15,04
	036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.314	1.233	-6,16
	037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	106	82	-22,64
	043 - UROLOGIA	5		
	052 - DERMATOLOGIA	1.623	2.802	72,64
	058 - GASTROENTEROLOGIA	1.085	1.066	-1,75
	008 - CARDIOLOGIA	4.174	4.458	6,80
080109106009 - CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.	019 - MAL.ENDOCRINE/DIABETOLOG.	2.221	2.289	3,06
	058 - GASTROENTEROLOGIA	369	390	5,69
	069 - RADIOLOGIA	8.864	8.540	-3,66
080109106012 - CASA DI CURA SALUS S.R.L.	008 - CARDIOLOGIA	2.236	2.996	33,99
	009 - CHIRURGIA GENERALE	1.079	1.011	-6,30
	014 - CHIRURGIA VASCOLARE	5.933	5.458	-8,01
	034 - OCULISTICA	1.781	1.716	-3,65
	069 - RADIOLOGIA	8.727	8.901	1,99
080109161012 - POLIAMBULATORIO PRIVATO VITALIS	056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	25.111	27.010	7,56
080109306006 - CIEMME MESOLA	056 - RECUPERO E RIABILITAZIONE	17.691	14.282	-19,27
TOTALE COMPLESSIVO		101.793	97.695	-4,03

Accessi al Pronto Soccorso per codice e stabilimento 2011 vs 2012.

Ospedali: Sedi	Codici Bianchi			Codici Verdi			Codici Gialli			Codici Rossi			Totale Presidio		
	2011	2012	Differenza '12 v' '11	2011	2012	Differenza '12 vs '11	2011	2012	Differenza '11 vs '12	2011	2012	Differenza '11 vs '12	2011	2012	Differenza '11 vs '12
Copparo	1052	507	-545	5747	3419	-2328	538	349	-189	28	14	-14	7365	4289	-3076
Delta	4019	3229	-790	20259	21558	1299	3987	3790	-197	755	665	-90	29020	29242	222
Argenta	3491	3278	-213	10958	10896	-62	1452	1293	-159	229	180	-49	16130	15647	-483
Bondeno	383	125	-258	3239	1265	-1974	150	49	-101	7	3	-4	3779	1442	-2337
Cento	1881	1847	-34	17323	18443	1120	2932	2689	-243	197	214	17	22333	23193	860
Comacchio	3611	3438	-173	6698	6766	68	455	455	0	48	40	8	10812	10699	-113
Totale Provincia	14437	12424	-2013	64224	62347	-1877	9514	8625	-889	1264	1116	-148	89439	84512	-4927

Δ% 2011 vs 2012

Ospedali: Sedi	Codici Bianchi	Codici Verdi	Codici Gialli	Codici Rossi	Totale Presidio
Copparo	-51,8	-40,5	-35,13	-50	-41,77
Delta	-19,65	6,41	-4,94	-11,90	0,76
Argenta	-6,10	-0,57	-10,95	-21,39	-2,99
Bondeno	-67,36	-60,94	-67,33	-57,14	-0,62
Cento	-1,80	6,46	-7,98	8,63	3,85
Comacchio	-4,79	1,01		-16,66	-1,05
Totale Provincia	-13,94	-8,54	-9,34	-11,71	-5,50

4.2 Assistenza Territoriale

- A) CONFRONTO DATI DI ATTIVITA' ESERCIZI 2012 E 2011
 B) OBIETTIVI DI ATTIVITA' DELL'ESERCIZIO 2012 E CONFRONTO CON IL LIVELLO PROGRAMMATO

A livello di Assistenza Domiciliare Integrata, si registra un incremento complessivo delle attività del 1,99% che, nell'erogazione prestazionale vedono coinvolti diversi soggetti erogatori dei servizi.

CENTRI DIURNI ANZIANI: nel complesso il dato risulta in crescita, seppur modesta, per effetto di un aumento significativo nel distretto Centro Nord - area cittadina (peraltro ancora insufficiente alla completa valorizzazione di questa opzione assistenziale) che va a compensare la contrazione osservata nel distretto Ovest (riferibile all'evento sismico che ha temporaneamente ridotto la disponibilità del sistema). Stabili i dati del distretto Sud Est.

RESIDENZE ANZIANI: la diminuita disponibilità di residenze per anziani (-3% sul totale, per -1 a carico del distretto Ovest) è più apparente che reale, infatti il dato è giustificato dal decesso di un unico anziano, ospite residuale di struttura extraRER.

Per quanto riguarda la flessione delle giornate di degenze, comunque contenuta, è da porsi in relazione a:

- Distretto Sud-Est: minor occupazione dei pl temporanei nella prima parte dell'anno, i dati di dettaglio dimostrano un progressivo aumento delle giornate di presenza durante l'anno con un valore dell'ultimo periodo 2012 addirittura superiore a quello equivalente 2011.

- Distretto Centro-Nord: il dato è determinato da una riduzione della disponibilità dei pl temporanei (-10 pl Tresigallo

equivalenti a -33 % di struttura come esplicitato nella tabella di dettaglio, per un totale di circa 2500 giornate in meno) e di un loro minor indice di occupazione nell'area cittadina (per la prima volta si è verificata, per periodi prolungati, un'occupazione RSA Santa Chiara al di sotto del 90% pl = -2000 giornate).

ASSEGNI DI CURA:

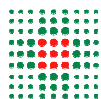
La netta diminuzione, osservata nei 3 distretti, ha motivazioni diverse, in particolare:

- *Centro-Nord* criteri di accesso dati dal filtro ASP,
- *Sud-Est* necessità di ricondurre la spesa entro limiti più controllati, in proporzione resta il distretto con massimo utilizzo della quota relativa di FRNA.

In ambito pediatrico, a fronte di un aumento delle vaccinazioni obbligatorie, si registra una riduzione dell'adesione alla pratica vaccinale facoltativa.

Assistenza Domiciliare

Tipologia di Assistenza	al 31/12/11	al 31/12/12	Δ% 2012 vs 2011
ADI Livello 1	2.582	2.553	-1,12
ADI Livello 2	1.060	1.082	2,08
ADI Livello 3	402	377	-6,22
ADP	695	696	0,14
ADR	339	377	11,21
Infermieri	4.478	4.825	7,75
Volontariato	299	244	-18,39
Sociale	223	125	-43,95
TOTALE	10.078	10.279	1,99



Salute Anziani/Handicap

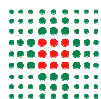
CENTRI DIURNI (ANZIANI)	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. PRESIDI	2	2	3	4	4	4	9	10	11,1
N. POSTI	23	23	74	84	35	35	132	142	7,6
N. GIORNATE	4424	3946	16922	16836	7680	8313	29026	29095	0,2

CENTRI DIURNI (DISABILI)	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. POSTI	39	39	77	97	30	30	146	166	13,7
N. GIORNATE	8194	7905	17040	16377	6296	5989	31530	30271	-4

RESIDENZE (ANZIANI)	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. PRESIDI	9	8	12	12	12	12	33	32	-3
N. POSTI	240	246	788	783	418	418	1446	1447	0,1
N. GIORNATE	85396	87773	281916	276118	148795	145929	516107	509820	-1,2

RESIDENZE (DISABILI)	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. UTENTI	16	18	64	68	51	56	131	142	8,4
N. GIORNATE	5760	6485	21704	21318	15309	16814	42773	44617	4,3

ASSEGNI DI CURA	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. CONTRATTI ATTIVI	177	131	255	181	252	169	684	481	-29,7



Assistenza Protetica

N. nuove autorizzazioni	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		Totale Azienda		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
Presidi per incontinenza	406	417	1023	1075	600	644	2029	2136	5,27
Terapia respiratoria	104	110	192	233	82	85	378	428	13,22
Pazienti diabetici	0	2	3	8	3	2	6	12	100
Pazienti talassemici	0	0	2	2	1	1	3	3	0
Protesi e Ausili	1692	1502	3701	3683	2128	2068	7521	7253	-3,56
Pazienti celiaci	186	207	310	338	172	176	668	721	7,93
Pazienti nefropatici	22	21	82	89	37	40	141	150	6,38
Pazienti stomizzati	-	135	-	333	-	192	713	660	-7,43
TOTALE	2410	2394	5313	5761	3023	3208	11459	11363	-0,84

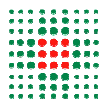
Pediatria di Comunità

N. VACCINAZIONI	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
FACOLTATIVE	6232	6207	14138	13087	8106	7035	28476	26329	-7,53
OBBLIGATORIE	193	212	250	210	251	300	694	722	4,03
MISTE (Fac.+ Obl.)	2463	2998	5318	4954	2840	2745	10621	10697	0,72
TOTALE	8888	9417	19706	18251	11197	10080	39791	37748	-5,13

Medicina Generale

MMG		Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		Totale Azienda		Δ% 2011 vs 2012
		2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
DIABETE	N. ESENTI 013	3920	4086	10489	10702	6676	6977	21085	21765	3,23
	N PZ IN CARICO	2592	2678	5642	5666	3846	4010	12080	12354	2,27
	% PRESA IN CARICO	66	66	54	53	58	57	57	57	
PIIP	n. prest. effett./n. pz in carico x 1000 ab.	136	145	189	181	253	262	197	197	

MCA	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011)
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. PPIP	183	157	303	367	277	227	763	751	-1,57
N. ACCESSI in Strutture Residenziali e ADI	200	237	1158	1207	1165	1014	2523	2458	-2,58
TOTALE	383	394	1461	1574	1442	1241	3286	3209	-2,34



PLS	Distretto Ovest		Distretto Centro Nord		Distretto Sud Est		TOTALE AZIENDA		Δ% 2012 vs 2011)
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
N. Bilanci di Salute	3431	3353	6725	6858	2980	2773	13136	12984	-1,16
N. neonati sani presi in carico	467	451	801	802	401	380	1669	1663	-0,36
N. Certificati Sportivi	1822	1771	3849	3802	1894	1931	7565	7504	-0,81
n. prest. effett./ n. pz in carico (**) x 1000 ab.	21	20	45	54	64	56	43	45	

RSA TRESIGALLO	2011			2012			Δ% 2012 vs 2011		
	N. POSTI	GG PRESENZA	GG RICOVERO OSPEDALIERO	N. POSTI	GG PRESENZA	GG RICOVERO OSPEDALIERO	N. POSTI	GG PRESENZA	GG RICOVERO OSPEDALIERO
	30	9.049	97	20	6.640	95	-33,3	-26,6	-2,1

CSRD S. MARTINO (Semiresidenziale)	2011		2012		Δ% 2012 vs 2011	
	N. POSTI	GG PRESENZA	N. POSTI	GG PRESENZA	N. POSTI	GG PRESENZA
	20	4.379	20	4.124	-	-5,8

HOSPICE CODIGORO	2011		2012		Δ% 2012 vs 2011	
	N. POSTI	GG PRESENZA	N. POSTI	GG PRESENZA	N. POSTI	GG PRESENZA
	11	3.959	11	3.909	-	-1,3

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

A. CONFRONTO DATI DI ATTIVITA' ESERCIZI 2012 E 2011

UTENZA AMBULATORIALE

-Psichiatria adulti: il confronto tra i due anni in esame non evidenzia differenze significative. L'unica variazione di rilievo è rappresentata dalla riduzione del 9,5% degli ingressi nel DAI SM attraverso la degenza ospedaliera riconducibile anche a modifiche del sistema di registrazione dati.

-Ser.T.: la diminuzione nel numero complessivo dei pazienti in carico è giustificata da un'attenta rianalisi della banca dati, un attivo processo di dimissione e il mantenimento in carico dei casi a maggior carico assistenziale.

-Neuropsichiatria-Infanzia-Adolescenza (NPIA): l'attività ambulatoriale minori di neuropsichiatria, psicologia, fisioterapia, logopedia e psicoeducazione si è mantenuta stabile. Si evidenzia una variazione della tipologia dell'utenza: con aumento delle situazioni a più rapido turnover (stress, anche post-sisma, e rischio sociale) rispetto alle situazioni di permanenza cronica (disabilità).

UTENZA OSPEDALIERA, RESIDENZIALE e SEMIRESIDENZIALE

Nella Psichiatria adulti l'analisi delle giornate di degenza per il ricovero ospedaliero (SPDC e SPOD) evidenzia una diminuzione del 4% presso SPDC. Tale dato è attribuibile alla chiusura del reparto dovuta al Sisma e al trasloco di sede. L'incremento dei ricoveri presso strutture accreditate è legato anche all'evento sisma.

I dati concernenti le residenze a gestione diretta presentano piccole variazioni che sono il risultato del processo di cambiamento in corso nel DAI SMDP nella gestione delle strutture (ridefinizione dell'utenza, superamento di situazioni di degenza cronicizzate). Complessivamente il numero giornate di degenza 2012 per le tre strutture (62 PL; 22761 gg) supera leggermente il dato atteso calcolato con un indice di occupazione del 100% (22630 gg).

L'attività di consultazione per l'AOSP Sant'Anna è rimasta costante con un lieve incremento rappresentato dalla attività per esterni.

I Centri Diurni presentano complessivamente un aumento del numero di accessi.

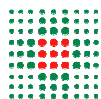
Gli inserimenti Ser.T. presso comunità hanno presentato un incremento (25% in più globale delle gg di degenza). E' da specificare che sono inserite nel computo 2012 3774 gg degenza in strutture a costo zero.

B. OBIETTIVI DI ATTIVITA' DELL'ESERCIZIO 2012 E CONFRONTO CON IL LIVELLO PROGRAMMATO:

Vi è un sostanziale mantenimento del livello delle attività rispetto al programmato.

Ambulatoriali

		Anno 2011	Anno 2012	Δ	
ATTIVITA' AMBULATORIALE PSICHIATRIA ADULTI	NUMERO UTENTI TRATTATI	6.896	6.888	-0,12	
	NUOVI INGRESSI	3.499	3.454	-1,29	
		Ambulatoriali	2.229	2.224	-0,22
		Consulenze ospedaliere	1.113	1.088	-2,25
		Ingressi reparto	157	142	-9,55
	NUOVI PAZIENTI PRESI IN CARICO	1.067	1.051	-1,50	
	PAZIENTI GIA' IN CARICO	3.887	3.825	-1,60	
	TOTALE PAZIENTI IN CARICO	4.954	4.876	-1,57	
ATTIVITA' AMBULATORIALE SERT	NUMERO UTENTI TRATTATI	2.211	2.205	-0,27	
	NUOVI PAZIENTI PRESI IN CARICO	393	336	-14,50	
		Ambulatoriali	349	286	-18,05
		In carcere	44	50	13,64
	PAZIENTI GIA' IN CARICO	1.146	1.136	-0,87	
		Ambulatoriali	1.035	1.038	0,29
		In carcere	111	98	-11,71
TOTALE PAZIENTI IN CARICO	1.539	1.472	-4,35		
ATTIVITA' AMBULATORIALE MINORI	NUMERO UTENTI TRATTATI	3.001	3.036	1,17	
	NUOVI PAZIENTI	977	997	2,05	
	NUOVI PAZIENTI PRESI IN CARICO	506	511	0,99	
	PAZIENTI GIA' IN CARICO	2.879	2.787	-3,20	
	TOTALE PAZIENTI IN CARICO	3.860	3.858	-0,05	
	TOTALE CARTELLE APERTE	5.108	5.131	0,45	



Ricoveri

		Anno 2011			Anno 2012			Δ		
		N Ricoveri	GGDegenza	N Pazienti Ricoverati	N Ricoveri	GGDegenza	N Pazienti Ricoverati	Δ Ricoveri	Δ GGDegenza	Δ Pazienti Ricoverati
Ricoveri Ospedalieri	SPOD	463	5415	327	433	5468	305	-6,48	0,98	-6,73
	SPDC	485	5399	335	423	5182	312	-12,78	-4,02	-6,87
	SPOI della RER ed EXTRA RER	15	259	15	24	390	20	60,00	50,58	33,33
	ricoveri TSO (solo SPOC)	112	750	102	106	807	95	-5,36	7,60	-6,86
Ricoveri Residenziali e in Retta (Ricoveri Altre Province a Residenti)	Case di cura accreditate Entro RER (adulti)	85	2299	74	79	2712	68	-7,06	17,96	-8,11
Ricoveri Residenziali e in Retta	S. Bartolo (adulti)	71	11542	43	73	11444	40	2,82	-0,85	-6,98
	La Luna (adulti)	92	5654	73	82	5720	64	-10,87	1,17	-12,33
	Basaglia (adulti)	117	5711	67	105	5997	80	-10,26	-2,00	19,40
	Altre Residenze non definite (adulti - ex op)		48171	135		45869	130		-4,78	-3,70
	Altre Residenze non definite (adulti - no op)		33200	115		31549	109		-4,97	-5,22
	Altre Residenze non definite (minori - psichiatrica)	disponibili nel prossimo riconteggio			8	1300	8			
	Altre Residenze non definite (minori - handicap)	disponibili nel prossimo riconteggio			19	3349	19			

		Anno 2011			Anno 2012			Δ		
		N Ricoveri	GGDegenza	N Pazienti Ricoverati	N Ricoveri	GGDegenza	N Pazienti Ricoverati	Δ Ricoveri	Δ GGDegenza	Δ Pazienti Ricoverati
Inserimenti Sert	Presso Enti accreditati RER	105	11451	91	104	12892	76	-0,95	12,58	-16,48
	Presso Altri Enti	13	2565	13	22	4748	18	69,23	85,11	38,46
	Arresti Domiciliari	14	2269	11	7	1033	7	-50,00	-54,47	-36,36
		Anno 2011			Anno 2012			Δ		
	PL	Pazienti		PL	Pazienti		Δ Pazienti			
Gruppi Appartamento e Unità Abitative	Gruppi Appartamento (in proprietà AUSL)	30	35		30	31		-11,43		
	Unità Abitative (a gestione cooperativa)	20	20		20	21		5		
		Anno 2011			Anno 2012			Δ		
	N Accessi	Pazienti		N Accessi	Pazienti		Δ Accessi	Δ Pazienti		
Accessi nei CD	Il Convento (S. Bartolo)	13845	60		14636	65		5,71	8,33	
	Domenico De Salvia (Portomaggiore)	3063	58		3079	62		0,52	6,90	
	Codigoro	2321	56		1932	54		-16,76	-3,57	
	Maccacaro (Ferrara)	4795	92		5077	90		5,88	-2,17	
	Corte dei Liutai (Cento)	2271	23		2073	24		-8,72	4,35	
	Copparo	1595	18		1480	19		-7,21	5,56	

		Anno 2011	Anno 2012	Δ
CONSULENZE OSPEDALIERE PSICHIATRIA	CONSULENZE AOSP	1820	1861	2,25
	CONSULENZE IN ALTRI OSPEDALI	715	624	-12,73
CONSULENZE OSPEDALIERE MINORI	CONSULENZE AOSP	4	13	-

4.3 Prevenzione

- A) CONFRONTO DATI DI ATTIVITA' ESERCIZI 2012 E 2011
 B) OBIETTIVI DI ATTIVITA' DELL'ESERCIZIO 2012 E CONFRONTO CON IL LIVELLO PROGRAMMATO

La diminuzione dell'attività del Dipartimento Sanità Pubblica nel 2012 rispetto al 2011 in alcuni comparti è dovuta, principalmente alla situazione di crisi delle aziende a livello nazionale e al sisma avvenuto nella nostra Regione. Ciò, infatti, ha provocato, nel nostro territorio, numerose chiusure di attività industriali, artigianali e commerciali, con la conseguente e proporzionale riduzione di richieste di prestazioni, numero di ispezioni, controlli, pareri etc. La flessione del numero di certificazioni monocratiche (patenti), è legata in particolare alla disposizione normativa del ministero dei trasporti che, assegnava la competenza del rinnovo della patente dagli 80enni in poi, alle commissioni mediche provinciali delle motorizzazioni civile. Al calo prestazionale, in alcuni casi ha contribuito anche la chiusura di ambulatori di Igiene pubblica, principalmente nel distretto ovest, per il già citato sisma che ha reso inagibili alcune strutture del DSP.

Igiene Pubblica	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
	2011	2012	
numero di vaccinazioni (es. antinfluenzale, antitetanica, ecc.)	13.611	14.322	5,22
numero di visite monocratiche (es. patenti, visite fiscali, ecc.)	13.822	9.538	-31,00
numero di sopralluoghi (es. antigenicità, esposti, ecc.)	1.601	1.770	10,55
numero di pareri (es. Nuovi Insediamenti Produttivi - NIP, sanità ambientale, ecc.)	1.089	721	-33,79

Igiene Alimenti e Nutrizione	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
	2011	2012	
numero delle ispezioni effettuate per il controllo ufficiale	1822	1711	4,88
numero delle ispezioni effettuate nella ristorazione collettiva	192	200	4,17
numero dei campioni effettuati	333	487	46,25
numero dei campioni di acqua destinata al consumo umano effettuati	819	814	-0,61

Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
	2011	2012	
numero attività locali controllate	1631	1553	-4,78%
numero verbali contravv/prescriz., disposizione, sanz. Amministr., sequestri redatti	489	426	-12,88
numero visite mediche collegiali effettuate	1019	840	-17,57
numero inchieste per infortunio e malattia professionale eseguite	76	77	1,36

M.O.D. Attività motoria per soggetti con dismetabolismo	Tot. Azienda		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	
numero visite effettuate nel semestre	278 visite +175 anziani fragili	226 visite + 115 anziani fragili	
numero accessi palestra nel semestre	1.822	1.765	-3,12

Attività motoria per soggetti con cardiopatia progressa	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
	2011	2012	
numero accessi	2.736	2.938	7,38

Medicina dello Sport	Distretto Ovest		Distretto C-N		Distretto S-E		Tot. Azienda		Δ% 2012 vs 2011
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	
idoneità agonistica e non agonistica	2.252	2.064	4.379	4.243	1.124	1.291	7.755	7.598	-2,02
cardiagnostica di 2° livello			541	779			541	779	43,99
traumatologia dello sport			438	312			398	312	-21,61
fisioterapia dello sport			1.506	1.471			1.506	1.471	-2,32

Impiantistica e Antinfortunistica Ambienti di Vita e Lavoro	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2011
	2011	2012	
numero verifiche effettuate nel semestre	5.353	4.804	-10,25

Area Sanità Pubblica Veterinaria	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
	2011	2012	
-numero controlli ufficiali di sanità animale (accertamenti diagnostici da piani di sorveglianza)	15.854	14.094	-11,1
-numero controlli ufficiali in allevamenti e altre strutture (anagrafe, alimentazione animale, biosicurezza, benessere animale, farmacovigilanza, igiene delle produzioni)	5.387	7.139	32,52
-numero controlli ufficiali di alimenti di origine animale (stabilimenti riconosciuti o registrati di produzione, commercializzazione, trasporto di alimenti OA)	16.722	13.948	-16,59

Organizzazione Oncologica		Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
		2011	2012	
numero inviti effettuati per ogni screening	Collo dell'utero	34.460	36.254	5,21
	Colon-retto	46.505	47.892	2,98
	Mammella	45.976	45.969	-0,01

M.O. Epidemiologia	Tot. Azienda		Δ% 2011 vs 2012
	2011	2012	
numero di interviste PASSI effettuate nel semestre	236	235	-0,42