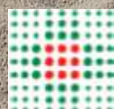
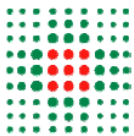


BILANCIO DI MISSIONE

2013



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



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

BILANCIO DI MISSIONE 2013



1
Il contesto di riferimento



2
Il profilo aziendale



3
Obiettivi istituzionali e strategie aziendali



4
Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza



5
Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione



6
Ricerca e innovazione



7
Emergenza HPAI 2013

Redazione a cura di

■ **Antonio Alfano, Gabriella Antolini**

U.O. Programmazione e Controllo di Gestione

Indice

Introduzione		6
Capitolo I	Il contesto di riferimento	
	Distribuzione territoriale della popolazione	8
	Composizione per età e sesso	9
	Popolazione anziana	10
	Variazione della popolazione: la decrescita demografica ferrarese	11
	Gli stranieri residenti	12
	Ambiente: aria pulita	12
	Esposizione della popolazione a materiale particolato	13
	Condizioni socio-economiche	13
	Scolarità	13
	Caratteristiche del mercato del lavoro e tenore di vita	14
	Popolazione socialmente fragile: detenuti	16
	Osservazioni epidemiologiche	16
	Mortalità	17
	Morbosità	21
	Diffusione degli screening nel territorio dell’Azienda USL di Ferrara	22
	Sicurezza	23
	Infortuni sul lavoro	23
	Incidenti stradali	23
	Incidenti domestici	25
Capitolo II	Il profilo aziendale	
	Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale	27
	Sostenibilità economica	27
	Sostenibilità finanziaria	32
	Sostenibilità patrimoniale	33
	Valori di Mobilità Attiva e Passiva - Infra ed Extra RER	36
	Impatto economico con il contesto territoriale	46
	Stato occupazionale	46
	La Gestione ambientale nell’Azienda USL di Ferrara	47
	Livelli essenziali di assistenza	53
	Gli impieghi delle risorse economiche	53
	Le strutture di offerta dei Distretti	57
	Il Dipartimento Sanità Pubblica	62
	Prevenzione e tutela della salute	62
	Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro	67
	Sanità Pubblica Veterinaria	68
	Assistenza distrettuale	78
	Assetto organizzativo dell'assistenza di base	78
	Il Fondo regionale per la Non Autosufficienza	79
	Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani	79
	Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili	81
	Gravissime disabilità acquisite	83
	Dimissione dagli hospice	83
	Assistenza odontoiatrica in utenti non vulnerabili	85
	Le “cure domiciliari”	85

Servizi consultoriali	87
Salute Donna	87
Pediatria di Comunità	91
Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	94
Psichiatria adulti	95
Psichiatria Ospedaliera Universitaria	100
Sert – Programma Dipendenze Patologiche	104
Salute mentale e riabilitazione infanzia e adolescenza – Uonpia	113
Programma Salute Mentale nella Casa Circondariale di Ferrara	118
Assistenza integrativa e protesica	119
Assistenza Farmaceutica Provinciale	119
Analisi prescrizione farmaceutica convenzionata provinciale	121
Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale	124
Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici	124
Assistenza Specialistica	128
Assistenza Ospedaliera	137
L'Area ospedaliera	145
L'Emergenza	147
Piano sangue: raccolta e consumi	148
Livelli essenziali di assistenza - Qualità dell'Assistenza	149
Indicatori di qualità legati al consumo di prestazioni ospedaliere dei cittadini ferraresi	149
Tempi di attesa per prestazioni sensibili	161
Le prestazioni specialistiche	161
Segnalazioni dagli URP aziendali per tipologia di segnalazione e per CCRQ.	163

Capitolo III

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione anno 2013 all'Ausl di Ferrara	165
Programmazione strategica e centralità della persona	166
Riorganizzazione e governance aziendale	175
Assistenza ospedaliera	175
Assistenza territoriale	177
Azioni 2013 in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione	181
Sicurezza delle cure	186
Risultati e attività del Piano Programma anno 2013	187
Area rischio infettivo	194
Gestione del contenzioso	196

Capitolo IV

Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione

Carta d'identità del personale	198
Gestione della sicurezza e degli infortuni	203
Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: linee generali	205
Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti : Organismo di	
Valutazione Aziendale e percorso aziendale 2013	212
Benessere organizzativo	219
Azioni sviluppate dal CUG nel 2013	219
Formazione	226
La pianificazione della formazione 2013	226
Il budget 2013 per la formazione	226
Il Piano annuale della formazione 2013	227
I costi della Formazione e la realizzazione del Piano Formativo 2013	227
I dati ECM 2013 nella Azienda Usl di Ferrara	229

	La Formazione sul campo	229
	La valutazione e la verifica della qualità e dell'efficacia della formazione	230
	La formazione in Area Vasta Emilia Centro e Interaziendale	231
	Il Centro Didattico Aziendale "LIFE" di Codigoro	235
	La formazione universitaria	236
	La formazione degli operatori socio sanitari	237
Capitolo V	Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione	
	Le attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico distrettuali	240
	La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi	254
	Guide per l'accesso alle strutture e ai servizi	254
	Emergenza virus influenza aviaria	255
	La comunicazione istituzionale attraverso i media: il rapporto con tv e carta stampata	255
	L'Azienda Usl in TV	255
	L'Azienda Usl e la carta stampata	256
	Comunicazione On line	257
	Comunicazione interna	258
	Informa USL – la newsletter aziendale	258
	Eventi pubblici	259
	Campagne di comunicazione	264
	L'Azienda USL di Ferrara e "Amministrazione Trasparente"	264
Capitolo VI	Ricerca e Innovazione	
	Progetti a cofinanziamento regionale	268
	Progetti a cofinanziati dall'Unione Europea	269
	Altre attività	271
Capitolo VII	Emergenza HPAI 2013	273

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

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

Le fotografie sono state in parte realizzate da Milo Orlandini e in parte rappresentano le immagini tratte da diverse manifestazioni collegate alle attività dell'Azienda Usl: "Il 118 scende in piazza", "Antica Fiera di Portomaggiore", "Palestre a cielo aperto".

Marketing e diffusione: Ufficio Stampa Azienda USL Ferrara.

Chiuso nel mese di settembre 2014. Stampa: Azienda Usl di Ferrara. La riproduzione di questo documento è vietata. Tutti i diritti riservati.

Introduzione

La realizzazione dell'edizione 2013 del Bilancio di Missione, si inserisce in un contesto particolarmente significativo dell'Azienda USL di Ferrara, sia in termini di programmazione, che di organizzazione. Le azioni hanno riguardato tra l'altro il progressivo riassetto dell'offerta sanitaria provinciale, come ampiamente descritto nel Capitolo 3.

Si registra anche un ambito riconoscimento a livello nazionale con l'assegnazione dell'Oscar di Bilancio, Premio Nazionale sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica con il patrocinio della Conferenza delle Regioni e delle province Autonome – Unione Province italiane, Anci – Associazione Nazionale Comuni italiani e Fiaso – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Il Premio ha l'obiettivo di segnalare e sostenere le Best Practice di rendicontazione di quelle realtà tra Enti Locali e Aziende Sanitarie pubbliche che danno prova di buona amministrazione, di trasparenza delle scelte attuate e soprattutto della capacità di comunicare con efficacia agli Stakeholder sia i rendiconti contabili, sia i risultati sociali ed ambientali utilizzando anche modalità innovative.

In tale contesto il Bilancio di Missione si conferma strumento di comunicazione rivolto ad un Target privilegiato delle informazioni in particolare la popolazione, mediante la sede istituzionale, come la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), che garantisce la presenza ufficiale dei rappresentanti delle diverse istituzioni pubbliche della Provincia di Ferrara, compresa l'Amministrazione Provinciale e quelle Comunali.

Il Bilancio di Missione 2013 ha affrontato, in termini comunicativi, nel Capitolo 7, un delicato aspetto di crisi legato all'influenza aviaria ad alta patogenicità del sierotipo H7N7, in quanto il territorio dell'Azienda USL di Ferrara è stato sede del primo focolaio, accertato nella mattina del 14/08/2013 presso un allevamento di galline ovaiole di Ostellato (127.440 capi).

Come nell'edizione 2012, vengono affrontati analiticamente i consueti temi riguardanti territorio e popolazione, ambiente, condizioni socio-economiche, osservazioni epidemiologiche, sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale, assistenza distrettuale e ospedaliera, condizioni di lavoro, comunicazione, ricerca e innovazione, sicurezza delle cure, con indicatori forniti dalla Regione, integrati e ribaltati sulla realtà aziendale.

Anche per quest'anno l'edizione del Bilancio di Missione è stata realizzata con la fattiva collaborazione ed il contributo dei professionisti dell'azienda e in una forma editoriale dinamica ed agile, prevedendo una pubblicazione con Cd e download dal sito aziendale.

1. Il contesto di riferimento



Il contesto di riferimento

Distribuzione territoriale della popolazione

La popolazione residente nell'Azienda USL di Ferrara al 1° gennaio 2013 ammonta a **358.116** abitanti, in lieve calo rispetto all'anno precedente.

Totale residenti per Aziende USL di residenza - Emilia-Romagna - 1-1-2013

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

La popolazione è distribuita con discreta disomogeneità nei tre Distretti: Centro-Nord: circa **177.045** abitanti, Sud-Est circa **101.990** abitanti, Ovest circa **79.081** abitanti. La densità abitativa è molto variabile: da **554** abitanti/kmq (Cento) a **28** abitanti/kmq (Jolanda di Savoia). Il distretto Sud-Est con **76,7** abitanti per chilometro quadrato ha una densità paragonabile alle aree di montagna. La bassa densità abitativa media (**136,1** abitanti/Kmq rispetto ai **202,1** della Regione Emilia Romagna) è un parametro importante per i costi in sanità, che se non corretti, rischiano di mostrare una relazione inversa automatica.

Densità abitativa (ab/km quadrato) per Distretto (1/1/2013)

	Centro Nord	% su ASL	Distretto Sud Est	% su ASL	Distretto Ovest	% su ASL	Azienda USL	% su Regione	Emilia-Romagna
Abitanti	177.045		101.990		79.081		358.116		4.471.104
Superficie(kmq)	887,85	33,7	1.330,56	50,6	413,41	15,7	2.631,82	11,9	22.123
Densità(ab/kmq)	199,4	-	76,7	-	191,3	-	136,1	-	202,1

Densità abitativa per comune (2013)

Comuni	Popolazione residente	Superficie (kmq)	Densità (ab/kmq)
Argenta	22.412	311,05	72,1
Berra	5.088	68,65	74,1
Bondeno	15.108	175,19	86,2
Cento	35.945	64,8	554,7
Codigoro	12.402	169,85	73,0
Comacchio	22.980	283,81	81,0
Copparo	16.992	157,04	108,2
Ferrara	134.983	404,36	333,8
Fiscaglia	9.456	115,72	81,71
Formignana	2.807	22,36	125,5
Jolanda Di Savoia	3.031	108,03	28,1
Lagosanto	4.989	34,26	145,6
Masi Torello	2.365	22,95	103,1
Mesola	7.101	84,28	84,3
Mirabello	3.446	16,11	213,9
Ostellato	6.467	173,73	37,2
Poggio Renatico	9.835	79,8	123,2
Portomaggiore	12.299	126,44	97,3
Ro	3.383	43,06	78,6
Sant'Agostino	7.067	35,21	200,7
Vigarano Mainarda	7.680	42,3	181,6
Voghiera	3.837	40,58	94,6
Tresigallo	4.559	20,82	219,0
Goro	3.884	31,42	123,6
Totale	358.116	2.631,82	136,1

Composizione per età e sesso

La composizione per età di una popolazione è il determinante più importante delle condizioni di salute, della conseguente domanda espressa di servizi sanitari e dei costi sanitari risultanti. Per questo la conoscenza della struttura per età della popolazione consente di prevedere con una buona approssimazione l'entità della spesa sanitaria. L'età media dei residenti (**48,0** anni, fonte: Istat) è maggiore di quasi 3 anni rispetto all'età media in regione (pari a **45,3** anni). Questa caratteristica è dovuta alla concomitante presenza nella provincia di Ferrara di un'alta percentuale di over 65 (**26,2%**), tra le più alte in Italia, e di una bassissima percentuale di under 15 (**11,2%**), la più bassa in Italia. La composizione delle famiglie ferraresi evidenzia una dimensione media pari a **2,17** componenti, sostanzialmente in linea con quella regionale pari (**2,22** componenti).

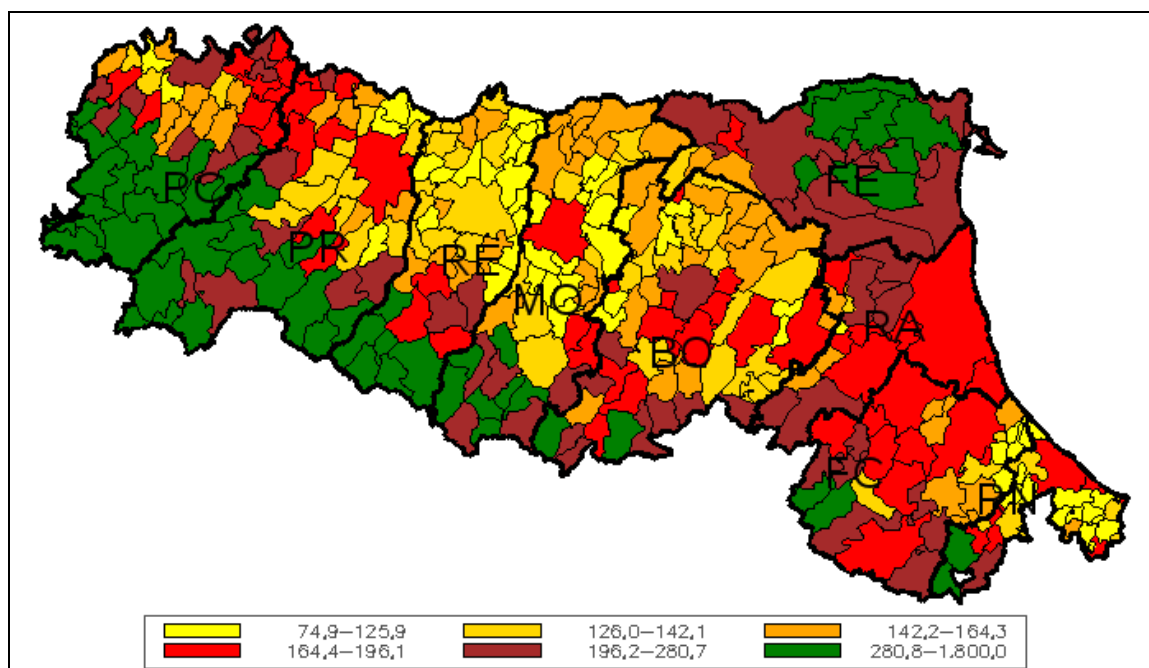
Il distretto Ovest, rispetto agli altri distretti, presenta la percentuale più alta di popolazione inferiore ai 40 anni (**40,5%** rispetto al **34,0%** del Centro Nord e al **35,4%** del Sud Est) e di conseguenza anche il più basso indice di vecchiaia (**165,4** individui con 65 anni o più ogni 100 individui in età 0-14 anni).

Struttura per età nei 3 distretti sanitari (1.1.2013)

	0-14	15-39	40-64	>65	Totale	0-14	15-39	40-64	>65	I.V.
	Valori assoluti					(% (di riga))				(%)
Sud-Est	10.923	25.146	38.823	27.098	101.990	10,7	24,7	38,1	26,6	248,1
Centro-Nord	18.216	41.932	68.093	48.804	177.045	10,3	23,7	38,5	27,6	267,9
Ovest	10.856	21.172	29.096	17.957	79.081	13,7	26,8	36,8	22,7	165,4
Provincia	39.995	88.250	136.012	93.859	358.116	11,2	24,6	38,0	26,2	234,7

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] (**168,9** vs 170,2 dell'anno 2010), sebbene rimanga a livelli elevati. L'indice più alto si registra nella Provincia di Ferrara (**234,7**).

Indice di vecchiaia per comune (1.1.2013)



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.

Popolazione anziana

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

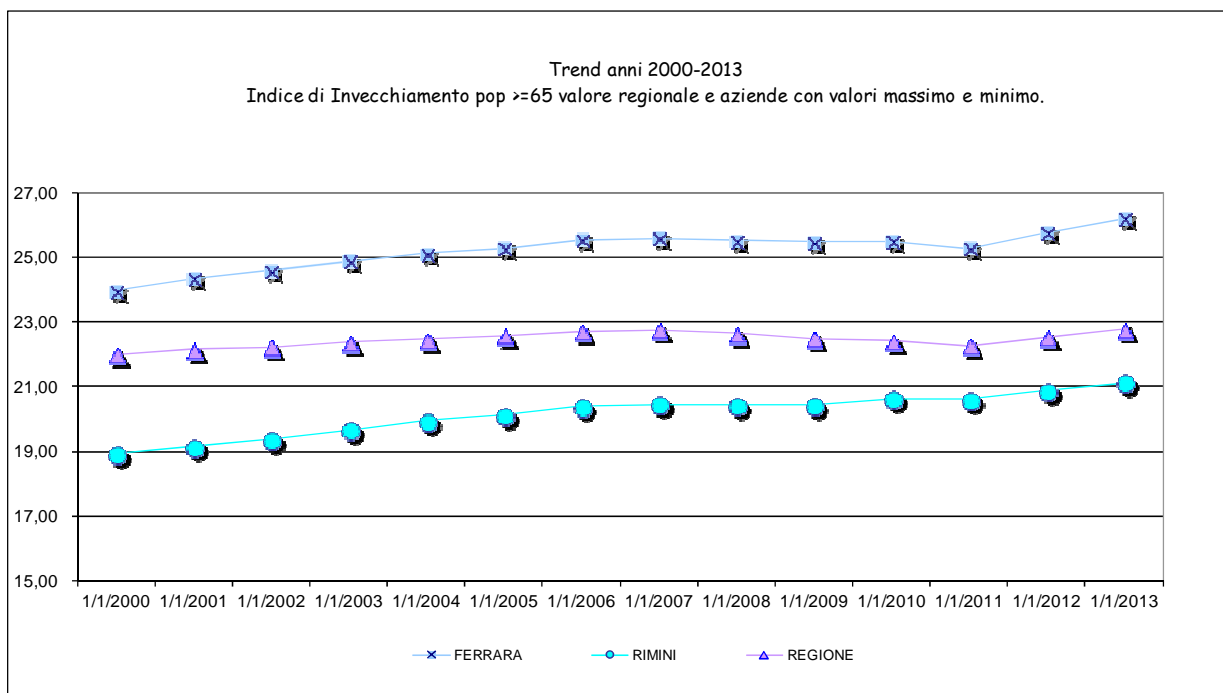
Favorire un invecchiamento sano significa, da un lato, promuovere la salute lungo tutto l'arco della vita in modo da prevenire i problemi di salute e le disabilità fin dalla più giovane età, e, dall'altro, combattere le disparità a livello di salute derivanti da fattori sociali, economici e ambientali.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

La popolazione anziana consuma più del 50% delle risorse del servizio sanitario e oltre il 45% di quelle del servizio sociale. Le proiezioni della Commissione Europea indicano che se le persone vivono più a lungo mantenendosi in buona salute, l'aumento della spesa sanitaria dovuto all'invecchiamento dovrebbe dimezzarsi (The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long term care, education and unemployment transfers (2004-2050), Comitato di politica economica e Commissione europea (DG ECFIN) 2006, Economia europea, Rapporto speciale n. 1/2006). L'allungarsi della durata della vita fa sì che la popolazione anziana si vada sempre più differenziando, tanto da poter distinguere i «giovani anziani» (vicini alla soglia dei 65 anni) dai «grandi anziani» (ultra80enni). La speranza di vita alla nascita per i maschi è di circa 79 anni, mentre per le femmine di quasi 84 anni.

Distribuzione delle classi di età anziane a Ferrara (1.1.2013)

		Pop. Tot.	Età >= 65		Età >= 75		Età >= 85	
			N	Ind1	N	Ind2	N	Ind3
FERRARA	OVEST	79.081	17.957	22,71	9.266	11,72	2.789	3,53
	CENTRO-NORD	177.045	48.804	27,57	25.496	14,40	7.498	4,24
	SUD-EST	101.990	27.098	26,57	13.910	13,64	3.810	3,74
	TOTALE AZIENDALE	358.116	93.859	26,21	48.672	13,59	14.097	3,94
TOTALE REGIONALE		4.471.104	1.018.053	22,77	529.876	11,85	163.133	3,65

La popolazione ultra sessantacinquenne residente a Ferrara nel 2013 risulta pari a **93.859** persone su una popolazione di **358.116** abitanti (**26,21, in regione il 22,77%**) e rappresenta la percentuale maggiore rispetto al valore medio regionale.



I ferraresi ultra75enni sono pari a **48.672** persone (il **13,59%** dei residenti; in regione sono l'**11,85%**) rappresentando ancora la volta la percentuale maggiore a livello regionale.

Le persone con più di 85 anni possono essere considerate come un gruppo di popolazione interamente bisognoso di assistenza: si tratta di **14.097** persone pari al **3,94%** dei residenti (in regione: **3,65%**).

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

Variatione della popolazione: la decrescita demografica ferrarese

Tra il 2012 e il 2013, a fronte di una variazione assoluta di popolazione regionale di +11.858, sono solo tre le province che registrano un decremento: si tratta delle province, rispettivamente, di Ferrara, Piacenza e Forlì-Cesena. Il decremento che fa registrare la provincia di Ferrara è però il più elevato (-1570, contro il -336 di Piacenza e il -170 di Forlì-Cesena).

In termini percentuali, dal 2000 al 2013, rispetto ad una crescita della popolazione regionale del **+12,3%**, la provincia di Ferrara presenta un valore molto inferiore: **+2,71%**. Anche il tasso grezzo di natalità è nettamente al di sotto della media regionale (Anno **2012**: RER **9,02%**, FE=**7,46%**).

La percentuale di nati vivi (anno 2012) per provincia di residenza della madre e cittadinanza della madre mostra, per la provincia di Ferrara, una percentuale leggermente inferiore a quella regionale (**FE=29,3%** **RER=30,6%**) di nati vivi da madre di cittadinanza straniera.

Nati (vivi) per Azienda di evento e Cittadinanza sintetica madre						
Azienda di evento	Cittadinanza madre				TOTALE	
	ITALIANA		STRANIERA			
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
109-FERRARA	706	66,8	351	33,2	1.057	100,0
TOTALE	27.288	69,4	12.007	30,6	39.295	100,0

Nati (vivi) per Azienda di residenza della madre e Cittadinanza sintetica madre						
Residenza della madre: Azienda USL	Cittadinanza madre				TOTALE	
	ITALIANA		STRANIERA			
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
109-FERRARA	1.647	70,7	681	29,3	2.328	100,0
TOTALE	27.288	69,4	12.007	30,6	39.295	100,0

La composizione dei nuclei familiari negli ultimi quattro anni si è mantenuta ai livelli di due componenti per nucleo familiare, in linea con il dato Regionale.

Gli stranieri residenti

L'incremento demografico del nostro Paese, e questa vale in particolare per Ferrara, è da ascrivere prevalentemente a un saldo migratorio con l'estero positivo. (per inciso a Ferrara è presente anche una certa quota di immigrazione da province del meridione d'Italia). Il progressivo radicamento dei cittadini stranieri comporta ricadute rilevanti in termini di integrazione. Le politiche di governo dei territori non possono prescindere dalle caratterizzazioni determinate dalla distribuzione e concentrazione delle diverse comunità nazionali e dai conseguenti riflessi sull'accesso della popolazione straniera al sistema del welfare locale. La Regione Emilia-Romagna è caratterizzata da flussi migratori tra i più alti a livello nazionale: sono **547.552** gli stranieri residenti nel territorio regionale e rappresentano il **12,2%** dei residenti, distribuiti abbastanza equamente per sesso (**12,4** femmine e **12,1** maschi). La provincia di Ferrara si è distinta nel corso degli anni per una presenza più ridotta di stranieri rispetto alla regione: nel 2013 sono residenti **29.993** stranieri pari all' **8,4%** del totale dei residenti, con una prevalenza di femmine (**8,9%** rispetto al **7,8%** dei maschi).

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

Distretti sanitari di residenza	0-14 anni	15-29	30-44	45-59	>=60	TOTALE	% su pop. Residente
Distretto SUD-EST	1590	1786	2567	1388	316	7647	7,5
Distretto CENTRO-NORD	2430	3303	4846	2910	876	14365	8,1
Distretto OVEST	1882	1710	2772	1272	345	7981	10,1
AUSL Ferrara	5902	6799	10185	5570	1537	29993	8,4
TOTALE	109086	121868	192584	97353	26661	547552	12,2

Il capoluogo conta il maggior numero di stranieri residenti (**12.209**), mentre il comune di Portomaggiore con **1.733** stranieri residenti presenta la più elevata percentuale di stranieri rispetto al totale della popolazione (**14,1%**). 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.

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

Ambiente: aria pulita

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

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

Esposizione della popolazione a materiale particolare

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

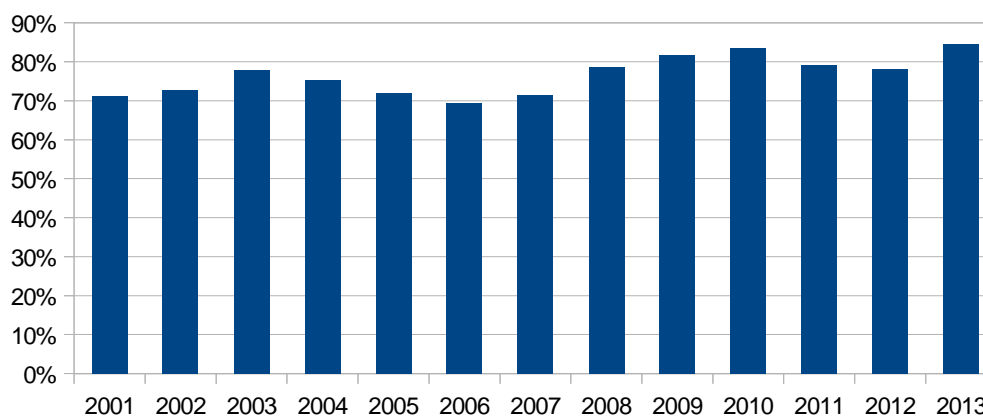
– Superamenti del “valore limite di 24 ore per la protezione della salute umana” di PM10 (50µg/mc)

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

La limitazione del numero di superamenti consentiti in un anno tenta di circoscrivere l'entità degli effetti acuti, ma è soprattutto uno strumento che mira a garantire un'esposizione della popolazione “accettabile” sul lungo periodo. A Ferrara il numero dei superamenti del valore limite giornaliero (fissato in 50 µg/m³) per tutte le centraline evidenzia una situazione in lieve miglioramento. Per l'84,7% delle giornate/anno sono stati mantenuti valori < 50 ug/m³ (76,7% valori < 40 ug/m³). Il numero dei superamenti del limite giornaliero rappresenta un elemento di criticità comune a tutto il territorio regionale i cui dati indicano che le criticità maggiori emergono dagli episodi acuti di inquinamento da PM10 su base giornaliera, che sono strettamente legati, oltre che alle pressioni antropiche sull'ambiente, anche alla particolare situazione meteorologica del bacino padano.

percentuale di giornate/anno con PM10 inferiore a 50 microgrammi/mc

(Ferrara)



Condizioni socio-economiche

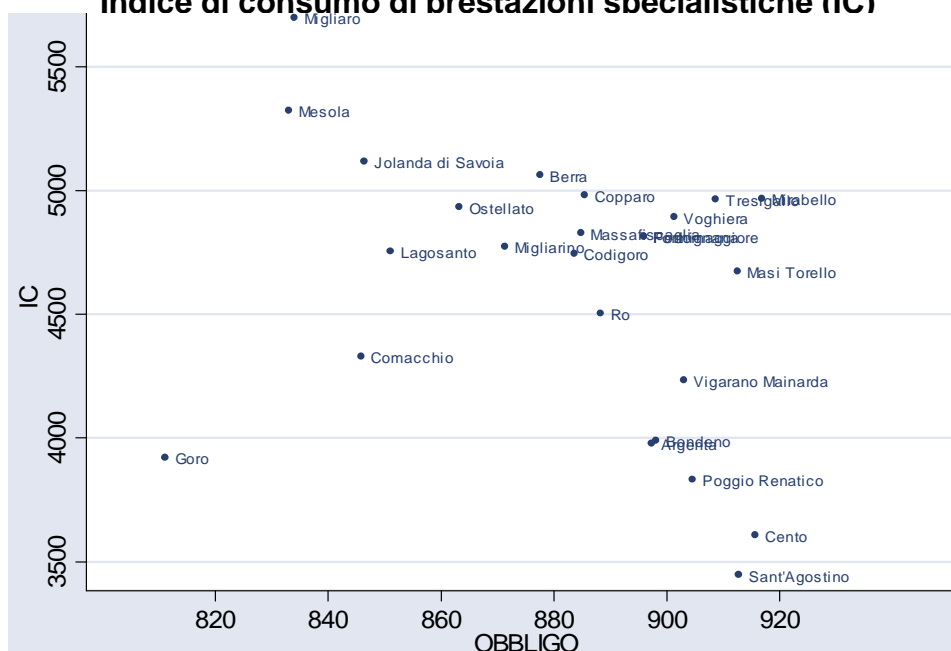
Scolarità

Nel campo della salute, il grado di istruzione costituisce uno dei fattori più potenti nel discriminare i comportamenti. L'istruzione e la conseguente conoscenza, e consapevolezza, dei fattori che incidono sullo stato di salute, sono le armi migliori contro le malattie a tutti i livelli. Inoltre le persone meno istruite usano in modo meno appropriato le strutture sanitarie. Gli scarsi livelli di istruzione, abbastanza bassi rispetto al resto della regione, sono un importante problema sociale del ferrarese.

Al Censimento del 2001, in provincia di Ferrara, 12 persone su mille erano analfabete, tasso molto superiore al regionale, pari al 7,4 per mille. L'analfabetismo colpisce le generazione più anziane e soprattutto le donne delle aree più svantaggiate economicamente (Sud-Est). Oggi l'indicatore più importante è diventato il mancato conseguimento del diploma della scuola dell'obbligo, che informa sul livello di istruzione della popolazione tra i 15 e i 52 anni di età. Il dato medio provinciale nel censimento 2001 (9,45%) è superiore alla media regionale, che è 7,92%.

Un elevato consumo di prestazioni sanitarie è correlabile con un scarso livello di istruzione (il grafico espone uno studio di correlazione su dati ASL del 2007).

Relazione grezza tra livello istruzione obbligatoria (obbligo) e Indice di consumo di prestazioni specialistiche (IC)



Caratteristiche del mercato del lavoro e tenore di vita

Il tasso di occupazione nella fascia d'età lavorativa (15-64 anni) per la provincia di Ferrara è pari a 61,5% al di sotto del dato regionale (66,3%).

Il tasso di disoccupazione 15-74 anni della provincia, pari a 14,2% è decisamente al di sopra del dato regionale (8,5%).

Anno 2013	Popolazione con 15 anni e oltre			Popolazione con 15-64 anni		
	Province	Tassi di attività	Tassi di occupazione	Tassi di disoccupazione	Tassi di attività	Tassi di occupazione
	FE	51,6	44,3	14,2	71,8	61,5
	RER	55,0	50,3	8,5	72,6	66,3

Per il 2013 la distribuzione degli occupati per settore evidenzia una distribuzione simile a quella Regionale anche se con un maggior "peso" dei Servizi.

		Anno 2013		
	Sesso	Agricoltura Silvicoltura e Pesca	Totale Industria	Totale Servizi
		Regione	maschi	43
	femmine	22	163	678
	totale	65	634	1239
FE	totale	7	42	91

La tabella riporta il numero di atti di avviamento di tipo interinale/somministrazione stipulati in Regione con sede di lavoro la provincia di Ferrara e di competenza amministrativa regionale (56,4% a femmine e 43,6% a maschi):

Provincia	2012		
	Totale	F	M
Ferrara	5.201	2.934	2.267
%	100,00	56,41	43,59
TOTALE	99.116	51.341	47.775
%	100,00	51,80	48,20

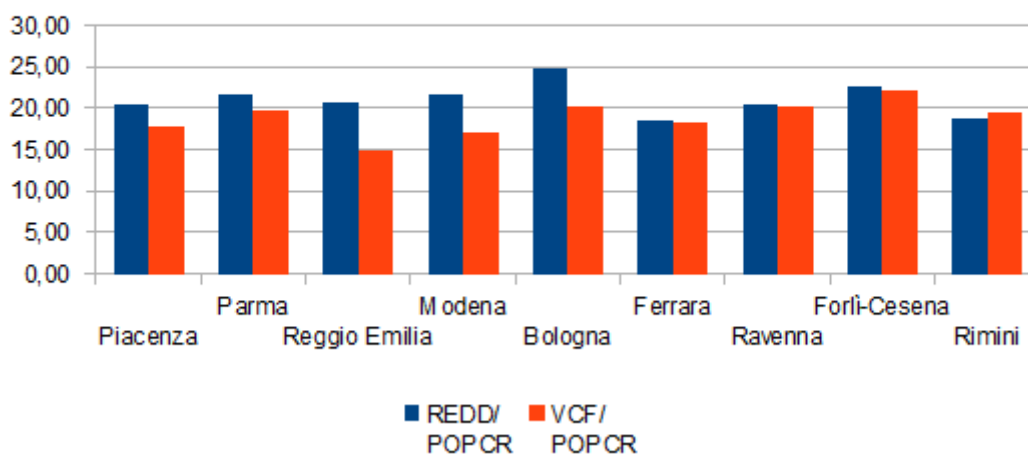
I lavoratori non comunitari per la provincia di Ferrara in controtendenza con il dato della Regione Emilia-Romagna e unico caso provinciale, sono prevalentemente femmine (65%) al contrario di quelle che avviene a livello regionale dove la prevalenza è maschile (60,4%).

Provincia	Anno 2012		
	Maschi	Femmine	Totale
Ferrara	2.331	4.335	6.666
%	35,0	65,0	100,0
Emilia-Romagna	115.133	75.564	190.697
%	60,4	39,6	100,0

Ferrara è preceduta in classifica da tutte le altre province emiliane per quanto riguarda il reddito medio pro-capite, infatti gli abitanti della provincia possono godere di un reddito procapite che è di circa 18.530 euro. I consumi fanno registrare 18.200 euro procapite.

Reddito medio pro-capite e consumo familiare

(stime di Prometeia)



REDD: reddito disponibile delle famiglie.

VCF: spesa per consumi finali delle famiglie

POPCR: popolazione residente a metà anno

Fonte: PROMETEIA - Scenari per le economie locali

Popolazione socialmente fragile: detenuti

Detenuti distribuiti per Istituto di pena. Anni 2010-2013

Istituto	Tipo	Capienza Regolamentare	Detenuti presenti		
			Totale	Di cui donne	Di cui stra
PIACENZA	CC	192	308	11	
PARMA	CC	160	261	0	
PARMA	CR	278	344	0	
REGGIO NELL'EMILIA	CC	167	238	5	
REGGIO NELL'EMILIA	OPG	132	180	0	
MODENA	CC	221	556	32	
CASTELFRANCO E.	CR	139	94	0	
BOLOGNA	CC	501	886	62	
FERRARA	CC	257	392	0	
RAVENNA	CC	59	110	0	
FORLÌ	CC	148	154	23	

Nella provincia di Ferrara è presente una Casa Circondariale con sezione reclusi che presenta una capienza regolamentare pari a **257** detenuti. Il numero dei detenuti presenti, nonostante sia decisamente al di sopra del dato di capienza (**392** pari ad un rapporto di **1,53** detenuti presenti ogni posto regolamentare), evidenzia un trend in decremento dal 2010 al 2012, con un aumento solo nell'anno 2013. Il dato della provincia di Ferrara è comunque in linea con il rapporto regionale per l'anno 2013, che è pari a **1,54** detenuti presenti ogni posto regolamentare.

Osservazioni epidemiologiche

Monitoraggio dei determinanti delle malattie croniche: risultati del sistema di Sorveglianza PASSI (dati raccolti con il sistema di sorveglianza PASSI nel periodo 2008-2012)

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

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

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

Stili di vita

Nell'Azienda USL di Ferrara i residenti nella fascia d'età 18-69 anni sono circa **240.000** (**67%** della popolazione complessiva); sulla base dei dati PASSI, si stima che fra queste 240.000 persone:

- solo il **36,4%** degli adulti pratici un buon livello di attività fisica, mentre il **22,8%** (corrispondente ad una stima di circa **54.700** persone) rimane inattivo,
- il **45,7%** presenta un eccesso di peso (circa **109.700** persone stimate) e sono pochi coloro che riferiscono consumi di frutta e verdura adeguati alle indicazioni scientifiche,
- circa un terzo fuma sigarette (**29,3%** pari a **70.300** persone), con una significativa maggiore diffusione nelle classi di età più giovani.

Attività fisica

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

Il **36,4%** degli intervistati ha uno stile di vita attivo e pratica l'attività fisica raccomandata, mentre il **40,8%** pratica attività fisica in quantità inferiore a quanto raccomandato; infine, il **22,8%** è completamente sedentario. La scarsa attività fisica degli adulti probabilmente condiziona anche i comportamenti delle età più giovani.

Situazione nutrizionale

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

Nell'Azienda USL di Ferrara:

- il **2,7%** delle persone intervistate risulta sottopeso,
- il **51,6%** normopeso,
- il **33,7%** sovrappeso,
- il **12,0%** obeso.

Abitudine al fumo

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

Il **47,2%** degli intervistati nell'Azienda USL di Ferrara ha riferito di non fumare, il **29,3%** di essere fumatore e il **23,5%** di essere un ex fumatore. I valori regionali sono pressoché sovrapponibili (**48,7%; 29,4%; 21,9%**). L'abitudine al fumo appare più frequente negli uomini (**31,3%** contro **27,4%**) e nelle classi di età 25-34 (**37,35%**) e 18-24 anni (**35,0%**). La media regionale in queste classi di età è pari al **35,2%** e al **32,0%**. In media vengono fumate **12,73** sigarette al giorno. Il **27,9%** dei fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno.

Consumo di Alcol

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

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

Il **19,0%** degli intervistati può essere considerato un consumatore di alcol a rischio (**24,5%** uomini e **13,65%** donne); in particolare:

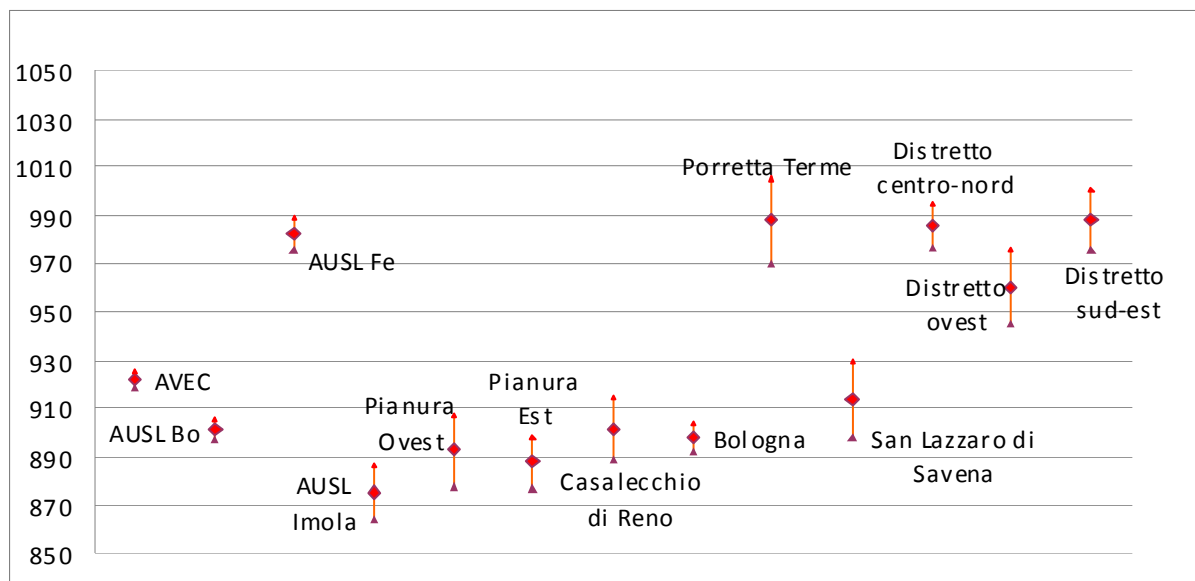
- il **7,4%** è classificabile come bevitore "binge" (secondo le definizioni riportate sopra) (uomini: **11,85%**; donne: **3,2%**) (**15,05%** degli intervistati nella classe di età 18-34 anni),
- il **7,4%** può essere considerato un forte bevitore quotidiano (consuma più di 2 unità/giorno se uomo o più di 1 unità/giorno se donna),
- l'**8,2%** beve fuori pasto.

Mortalità

Da quando sono disponibili statistiche di mortalità locali, Ferrara ha registrato una mortalità generale più alta della media regionale, più evidente nei maschi. Nel 2012 la provincia di Ferrara ha registrato il tasso di mortalità standardizzato totale più alto in Regione Emilia Romagna (1.032 per 100.000 abitanti, rispetto a 958 dell'Emilia-Romagna). Gli anni di vita potenzialmente persi (PYLL) (calcolati sul triennio 2010-2012) sono stati 10 per le femmine (RER=10) e 11 nei maschi (RER=12).

Nell'Area Vasta Emilia Centro sono disponibili dati omogenei per il periodo 1995-2011. Il grafico con i tassi standardizzati ed i relativi intervalli di confidenza dell'intero periodo evidenzia le differenze in mortalità tra le aree distrettuali che la compongono. Per quanto riguarda la mortalità generale l'Azienda USL di Ferrara presenta il tasso più elevato (982 x 100.000 abitanti), segue l'AUSL di Bologna (901 x 100.000 abitanti) e infine l'Azienda USL di Imola presenta il tasso più basso (875 x 100.000 abitanti). Il tasso più elevato tra i distretti sanitari si registra nel distretto sud-est della provincia di Ferrara (988 x 100.000 abitanti).

Tasso standardizzato di mortalità generale x 100.000 (pop. stand. Italia 2001), Intervalli di Confidenza al 95%, per AUSL e per distretti sanitari in AVEC. Periodo 1995-2011

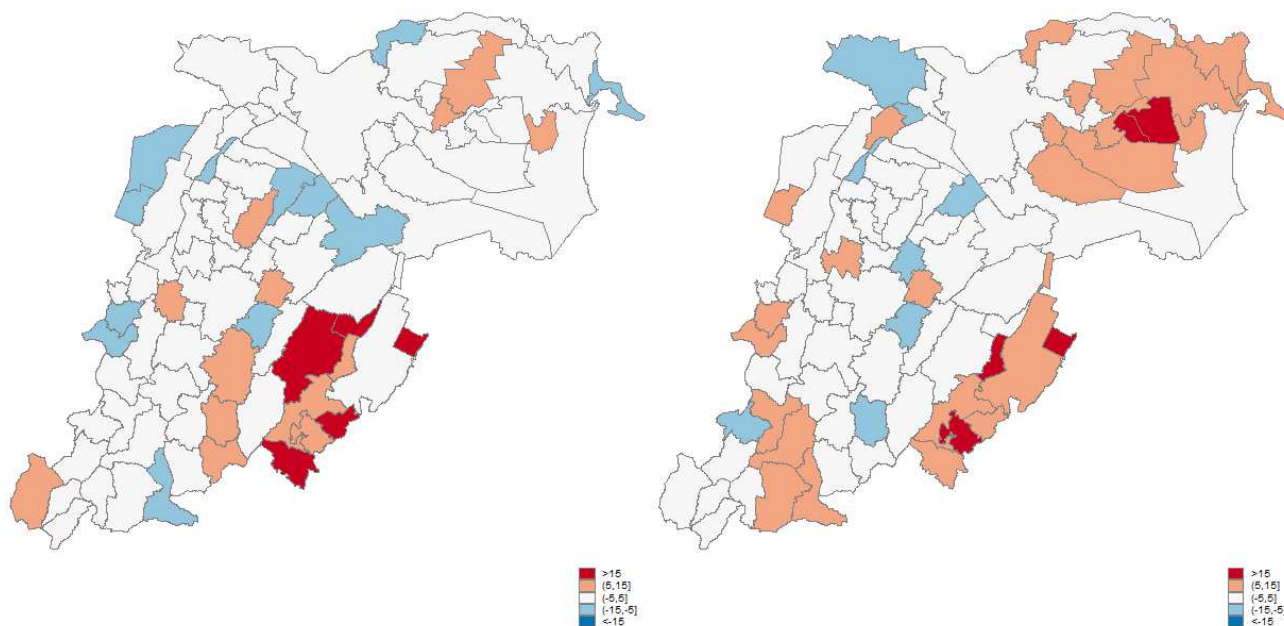


La situazione in AVEC è rimasta abbastanza stabile nell'ultimo ventennio, come illustrano le due mappe BMR sotto riportate; fa eccezione la mortalità femminile in una parte della provincia di Ferrara, che mostra una tendenza all'aumento.

La costruzione di mappe basate sul calcolo di stimatori bayesiani (BMR o Bayesian Mortality Rate) consente di evidenziare aree di comuni omogenei o aree di comuni a maggiore rischio di mortalità, al netto dell'effetto di valori fortemente instabili (se il numero di eventi attesi è basso, un solo caso osservato in più o in meno può dare origine a stime di rischi relativi molto diverse). Con il metodo BMR sostanzialmente più i rischi sono basati su pochi casi, più essi si avvicinano ad una media locale dei rischi fortemente influenzata dalle stime dei comuni adiacenti (nell'ipotesi che piccoli comuni vicini siano simili), mentre quelli calcolati in comuni con alta numerosità di popolazione vengono preservati.

Le due mappe che seguono sono basate su stimatori BMR e indicano la variazione del rischio relativo di morte nei Comuni dell'Area vasta AVEC tra il periodo 1995-2000 e il periodo 2006-2011, distintamente per maschi (mappa sinistra) e femmine (mappa destra). Le mappe sono divise in quintili della distribuzione dei BMR. Le mappe fanno emergere un aumento della mortalità per tutte le cause dal primo al terzo periodo in alcuni comuni del distretto di Imola, per entrambi i generi e, in una vasta zona della provincia di Ferrara, solo per le femmine. Rimane sostanzialmente stabile la mortalità maschile in quasi tutta la provincia Ferrara.

Variazione % dei BMR per tutte le cause, confronto tra il periodo 1995-2000 e 2006-2011 in AVEC, maschi e femmine



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

Grandi gruppi di cause di morte: mortalità proporzionale (%) e tassi grezzi; provincia di Ferrara e regione Emilia-Romagna, 2012

	Femmine	Ferrara (%)	Emilia-Romagna (%)	Tasso grezzo (X 100.000)	Maschi	Ferrara (%)	Emilia-Romagna (%)	Tasso grezzo (X 100.000)
1	Malattie cardiovascolari	41,5	40,3	561,9	Tumori	35,5	33,7	455,4
2	Tumori	24,1	25,1	326,0	Malattie cardiovascolari	34,8	33,3	445,5
3	Malattie app.respiratorio	6,0	7,1	80,6	Malattie app.respiratorio	5,7	8,0	72,9
4	Malattie sist.nervoso	4,1	3,7	56,0	Traumatismi	4,8	5,0	61,8
5	Disturbi psichici	3,9	5,3	52,3	Malattie sist.endocrino	3,6	3,4	45,5
6	Malattie sist.endocrino	3,8	3,7	51,8	Malattie app.digerente	3,5	3,8	44,3
7	Traumatismi	3,7	3,0	49,6	Malattie sist.nervoso	2,8	3,1	35,6
8	Malattie app.digerente	3,6	3,7	48,0	Malattie infettive	2,6	2,6	33,2
9	Malattie infettive	3,4	3,0	45,9	Disturbi psichici	2,1	2,8	27,4
	Altro	6,0	5,1	80,6	Altro	4,6	4,3	59,5
	Tutte le cause	100,0	100	1352,6	Tutte le cause	100,0	100	1281,1

Prima causa di morte: malattie del sistema circolatorio

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

In Italia nel 2011 il tasso standardizzato di mortalità per queste malattie è stato pari a 369 decessi ogni 100.000 abitanti.

Nell'anno 2012 le malattie del sistema circolatorio sono state la prima causa di morte a Ferrara con 1817 decessi. Il tasso standardizzato di mortalità a Ferrara risulta pari a 382 per 100.000 abitanti a fronte di un dato regionale pari al 341.

Seconda causa di morte: tumori

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

In Italia nel 2011 il tasso standardizzato di mortalità per queste malattie è stato pari a 292 decessi ogni 100.000 abitanti.

Per l'anno 2012, con 1393 deceduti, il tasso standardizzato di mortalità per tumore è stato a Ferrara pari al 317 per 100.000 abitanti a fronte di 296 per 100.000 in Regione Emilia Romagna.

Tumore del polmone

La diversa diffusione dei fattori di rischio, in particolar modo del fumo di tabacco spiega la mortalità differente per sessi: su 287 morti, nei maschi si contano oltre 3 casi su 4.

Ferrara presenta ancora il tasso di mortalità più alto della regione fra gli uomini (97 contro 83 per 100.000); i tassi fra le donne sono abbastanza simili in tutta la regione (Ferrara: 35 per 100.000; Emilia-Romagna: 37 per 100.000).

I tumori bersaglio di screening oncologici

Tumore del colon – retto

Con 114 deceduti e un tasso pari a 25 per 100.000, Ferrara presenta tra le più alte mortalità, in regione, per questo tumore (tasso regionale: 23 per 100.000).

Tumore della mammella femminile

La mortalità per tumore della mammella è distribuita abbastanza omogeneamente tra le Aziende della regione (98 decedute nel 2012 a Ferrara con un tasso standardizzato di 44 per 100.000 contro un tasso pari a 39 come valore medio regionale).

Tumore della cervice uterina

Imola, Forlì e Rimini non hanno registrato, tra i residenti, nel 2012 alcun decesso per questa malattia. Nel 2012 sono stati registrati a Ferrara 4 decessi (tasso: 2 per 100.000)

Morbosità

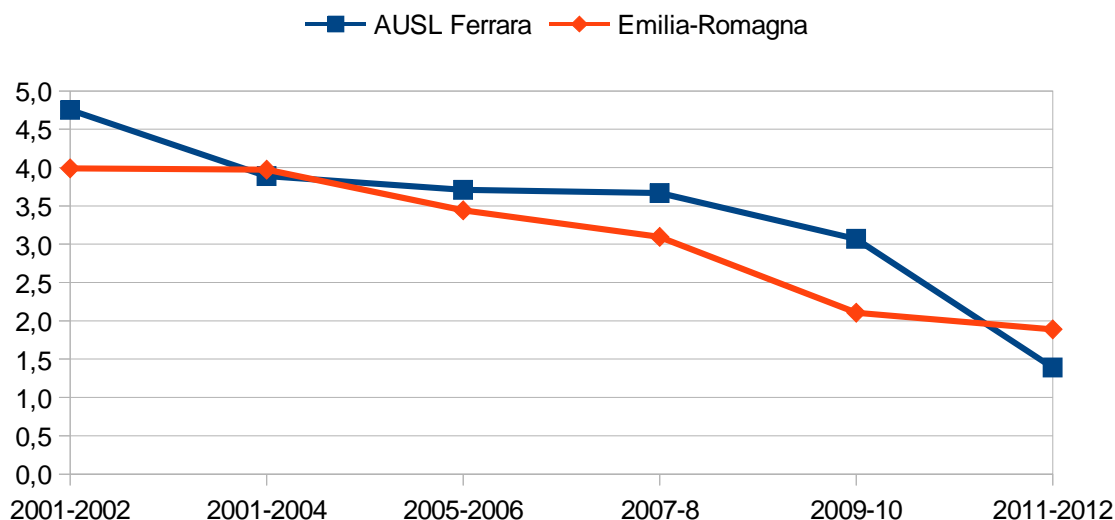
Per l'anno 2011 il tasso standardizzato di mortalità per malattie infettive per la provincia di Ferrara è stato pari a 32 per 100.000 abitanti a fronte del 27 per 100.000 della Regione Emilia Romagna.

AIDS

L'incidenza di AIDS è notevolmente diminuita in questi anni (da 6,5 casi per 100.000 abitanti nel 2000-2001 a 2,2 casi nel biennio 2010-11), soprattutto per effetto della disponibilità di farmaci efficaci a ritardare l'insorgenza della malattia nelle persone infette, ma è ben lontana dalla scomparsa.

Negli ultimi anni si verificano a Ferrara da 23 a 16 nuovi casi di AIDS ogni anno (incidenza in linea con il valore regionale), mentre il tasso di prevalenza è nettamente al di sotto del dato regionale (34,8 per 100.000 mila abitanti rispetto a 40,2 dato RER).

AIDS: incidenza 2001-2012



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

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

Tubercolosi

Nel biennio 2011-2012 a Ferrara sono stati notificati 46 casi di tubercolosi polmonare (tasso medio annuale di incidenza: 6 per 100.000 abitanti). In Emilia-Romagna sono stati notificati complessivamente 632 casi di tubercolosi, con un'incidenza pari a 7 per 100.000 abitanti.

Diffusione degli screening nel territorio dell'Azienda USL di Ferrara

L'adesione alla diagnostica precoce dei tumori dell'utero e della mammella nelle donne è elevata; in crescita la percentuale delle persone che si sono sottoposte al test del sangue occulto fecale per la prevenzione del tumore del colon-retto.

La tabella riporta i dati di adesione agli screening registrati al termine del 2013 nel sistema di gestione (informatizzato) dei programmi di screening oncologici dell'ASL.

Screening per la prevenzione e diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero, della mammella e del colon retto. Popolazione target che ha effettuato test in screening, su 100 invitati.

	UTERO 25-64 anni	45-49 anni	50-69 anni	70-74 anni	COLON 50-69 anni
FE	58	75	74	68	49
Regione Emilia-Romagna	59	61	67	66	48

Fonte: Rilevazione regionale puntuale al 31/12/2013.

L'adesione agli screening nei dati sistema di sorveglianza PASSI

Una parte della popolazione si sottopone a test di screening al di fuori dei programmi di screening organizzati. (Gli screening con utilità preventiva sono 3: mammella, cervice uterina e colon-retto. Per i tumori di prostata, tiroide e per il melanoma non si dispone di test di screening scientificamente riconosciuti).

I motivi del ricorso ai test sono diversi. I rischi di inappropriately sono alti, non giustificati nelle ASL che offrono un programma organizzato.

Il sistema PASSI consente di dare una dimensione a questi comportamenti, ovviamente non registrati nei programmi di screening.

Screening per i tumori del collo dell'utero (dati sistema di sorveglianza PASSI, 2008-2012)

Nel periodo 2008-2012, nell'Azienda USL di Ferrara l'**88,5%** delle donne di 25-64 anni intervistate ha riferito di aver effettuato un Pap test preventivo nel corso degli ultimi tre anni, come raccomandato dalle linee guida; questa copertura complessiva comprende sia la quota di adesione al programma di screening organizzato (Ferrara ha attivato il primo screening negli anni '60), sia quella di adesione spontanea.

La quota complessiva stimata è superiore sia all'adesione ritenuta "accettabile" (65%) sia a quella "desiderabile" (80%) sulla base delle linee guida nazionali. Il dato ferrarese, inoltre, è leggermente superiore a quello regionale (**87,75%**).

Lettera d'invito, consiglio dell'operatore sanitario e campagne informative sono gli strumenti più efficaci per favorire l'adesione alle linee guida: la maggior parte delle donne li giudica infatti molto importanti per l'esecuzione del Pap test e tra le donne raggiunte da questi interventi la percentuale di effettuazione dell'esame cresce significativamente.

La non effettuazione dell'esame appare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio sembra giocare il ruolo principale.

Screening per i tumori della mammella (dati sistema di sorveglianza PASSI, 2008-2012)

Nel periodo 2008-2012, nell'Azienda USL di Ferrara l'**83,2%** delle donne di 50-69 anni intervistate ha riferito di aver effettuato una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni, come raccomandato dalle linee guida; questa copertura complessiva comprende sia la quota di adesione al programma di screening organizzato (attivo nella nostra Ausl dal 1997), sia quella di adesione spontanea.

La copertura complessiva stimata risulta pertanto superiore sia all'adesione ritenuta "accettabile" (60%) sia a quella "desiderabile" (75%) sulla base delle linee guida nazionali. Il dato ferrarese è leggermente inferiore

a quello regionale (**84,7%**).

La non effettuazione dell'esame appare associata ad una molteplicità di fattori, tra cui una non corretta percezione del rischio.

Screening per i tumori del colon retto (dati sistema di sorveglianza PASSI, 2010-2012)

Nel periodo 2008-2012, nell'Azienda USL di Ferrara il **63,85%** delle persone di 50-69 anni intervistate ha riferito di essersi sottoposta alla ricerca di sangue occulto nelle feci a scopo preventivo nell'ultimo biennio o di aver effettuato una colonscopia preventiva negli ultimi 5 anni.

Nei tre anni di attivazione del programma di screening si è superata la copertura ritenuta "accettabile" (45%). Il dato ferrarese è leggermente inferiore al dato complessivo regionale (**64,1%**).

Sicurezza

Questo paragrafo tratta di infortuni sul lavoro, incidenti stradali e incidenti domestici.

Infortuni sul lavoro

La tendenza in Regione è quella di un trend in decremento dal 2000 al **2012** del tasso standardizzato di infortuni sul lavoro, pur mantenendosi ad un livello superiore al tasso (grezzo) nazionale. La provincia di Ferrara presenta, anch'essa, un trend in decremento, passando **dal 4,6 del 2000 al 3,2 del 2012**.

Infortuni sul lavoro: Tassi standardizzati province RE-R, per anno (Pop Std: Italia 2000)

Province	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Fe	4,6	4,6	5,1	4,9	4,8	4,8	4,7	4,6	4,1	4,0	3,7	3,6	3,2
RER	5,1	4,9	4,7	4,6	4,5	4,5	4,5	4,1	3,8	3,5	3,5	3,3	3,1
ITALIA (tasso grezzo)	3,9	3,8	3,6	3,4	3,3	3,3	3,2	3,2	2,9	2,7	2,7	2,5	2,5

Fonte: Banca Dati Inail; elaborazioni OReL.

Incidenti stradali

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

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

Mortalità da incidenti stradali sulle strade ferraresi

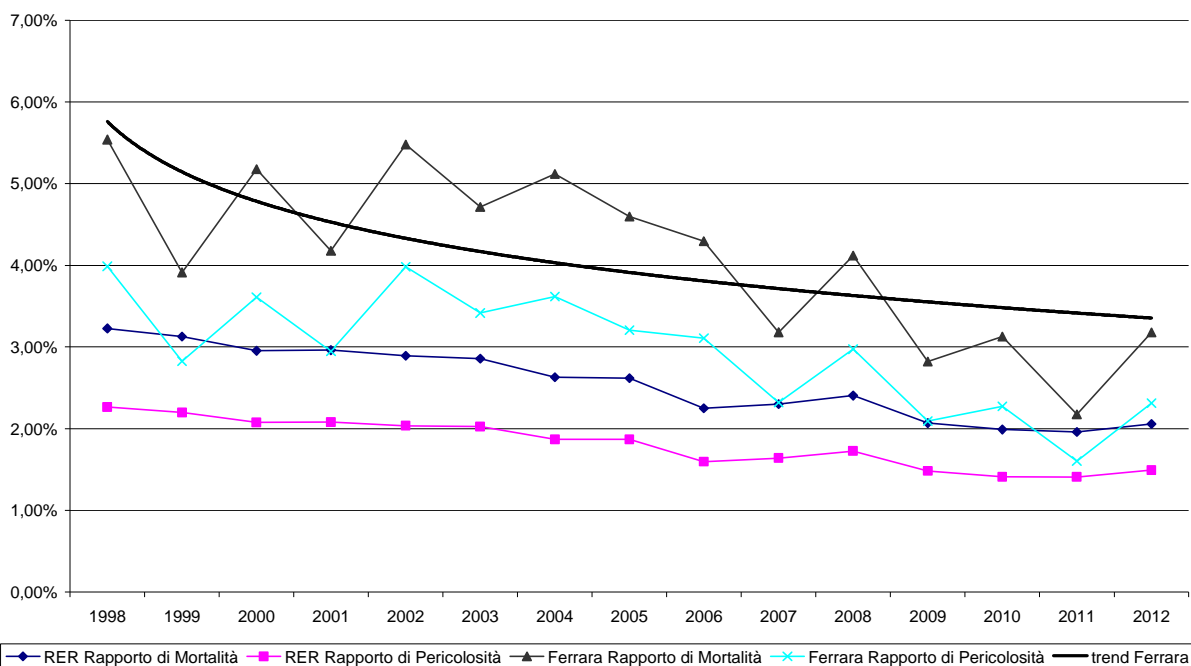
A Ferrara, la serie ultra-decennale mostra un netto calo della mortalità (-44% tra il 2001 e il 2012), il numero degli incidenti diminuisce meno (-17% tra il 2001 e il 2012) ed infine anche il numero delle persone ferite si riduce (-20% tra il 2001 e il 2012).

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

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Totale incidenti	1.679	1.661	1.661	1.723	1.716	1.633	1.680	1.566	1.490	1.541	1.481	1.383	1.406	1.424	1.259
Totale morti	93	65	86	72	94	77	86	72	64	49	61	39	44	31	40
Totale feriti	2.240	2.236	2.296	2.371	2.266	2.177	2.291	2.174	1.994	2.061	1.991	1.824	1.893	1.902	1.690
Rapporto di Mortalità	5,54%	3,91%	5,18%	4,18%	5,48%	4,72%	5,12%	4,60%	4,30%	3,18%	4,12%	2,82%	3,13%	2,18%	3,18%
Rapporto di Lesività	133%	134%	138%	137%	132%	133%	136%	138%	133%	133%	134%	131%	134%	133%	134%
Rapporto di Pericolosità	3,99%	2,82%	3,61%	2,95%	3,98%	3,42%	3,62%	3,21%	3,11%	2,32%	2,97%	2,09%	2,27%	1,60%	2,31%

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

serie storica di indici statistici degli incidenti stradali



Alcol e guida a Ferrara (dati PASSI 2008-2012)

L' **11,6%** dei consumatori di alcol intervistati da PASSI ha riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol e il **5,3%** degli intervistati da PASSI ha riferito di aver viaggiato come passeggero in un mezzo guidato da persona che era sotto l'effetto dell'alcol.

Uso delle cinture (dati PASSI 2008-2012)

Il **91,5%** degli intervistati da PASSI ha dichiarato di usare la cintura di sicurezza quando guida l'auto oppure viaggia sui sedili anteriori, mentre solo il **29,8%** dichiara di allacciare la cintura quando viaggia sui sedili posteriori.

Il **97,9%** dei ferraresi che utilizzano moto o scooter riferisce di usare il casco.

Incidenti domestici (dati PASSI 2008-2012 e PASSI 2010-2012)

Il **90,1%** dei ferraresi intervistati da PASSI ha dichiarato di percepire come assente/basso il rischio di infortuni a seguito di incidenti domestici, mentre solo il **9,9%** percepisce un rischio alto/molto alto.

Infine, e questo dato, contrariamente agli ultimi due dati citati, fa riferimento al solo triennio **2010-2012**, il **3,2%** degli intervistati ha riferito un infortunio domestico nei 12 mesi precedenti all'intervista, per il quale sono ricorsi alle cure del medico di famiglia, del Pronto Soccorso o dell'Ospedale.

2. Il profilo aziendale



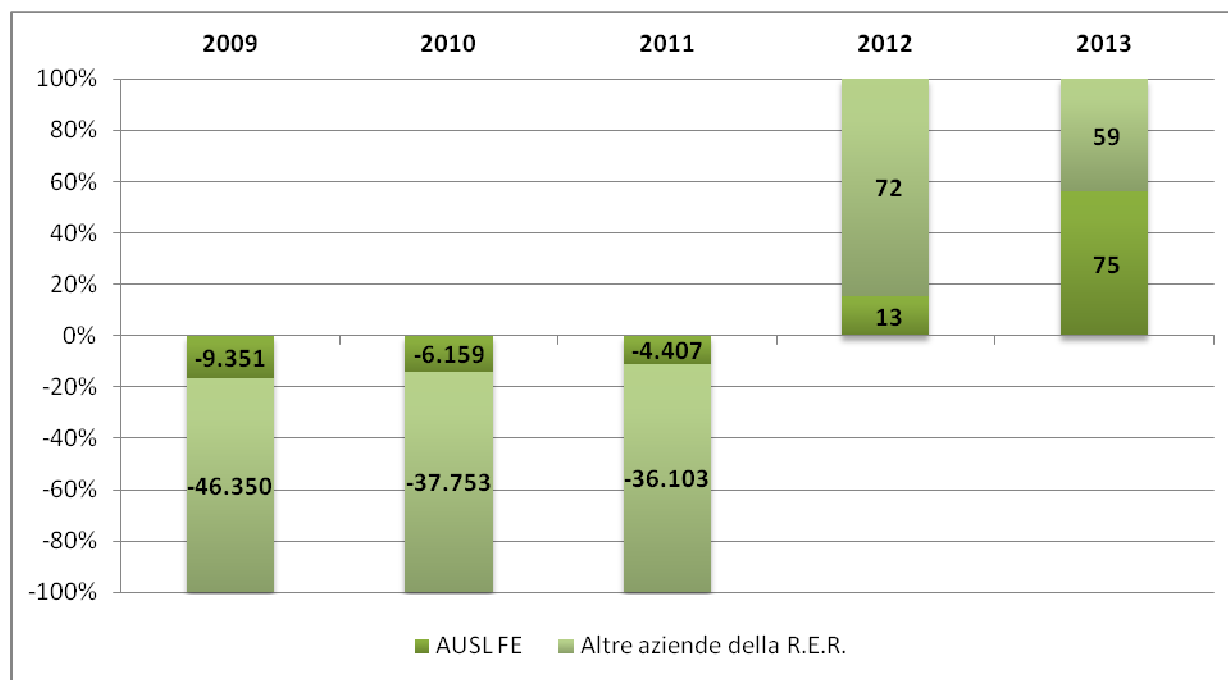
Sostenibilità economica, finanziaria e patrimoniale

Sostenibilità economica

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

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

Di seguito una rappresentazione dei risultati netti dell'azienda USL di Ferrara e delle altre aziende della RER con azienda ospedaliera dal 2009 al 2013.



Importi in Migliaia di Euro

	2009	2010	2011	2012	2013
AUSL FE	- 9.351	- 6.159	- 4.407	13	75
Altre aziende con Az. Osp.	- 46.350	- 37.753	- 36.103	72	59
Totale	-55.701	-43.912	-40.510	85	134

Fonte dati: Regione Emilia-Romagna

Obiettivo economico 2013. Secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 199/2013, della quale si richiamano sinteticamente i contenuti: "per le Aziende sanitarie regionali l'obiettivo economico-finanziario dell'anno 2013 è rappresentato":

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

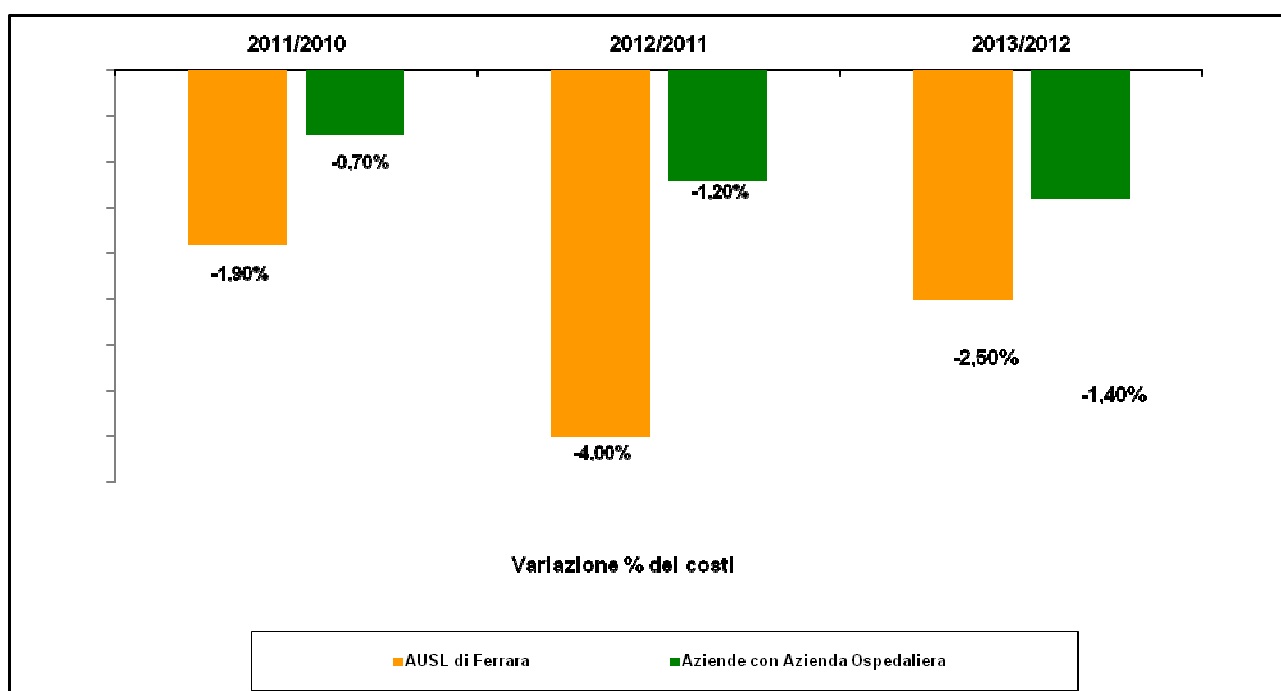
La gestione 2013 dell'Azienda USL di Ferrara, in sede di consuntivo, raggiunge l'obiettivo e chiude con un utile di esercizio di 75.301 euro.

Nel corso del 2013, durante i periodici incontri con la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, l'Azienda USL di Ferrara non ha evidenziato costi aggiuntivi o minori ricavi rispetto a quanto indicato nel preventivo economico autorizzato dalla Regione con Delibera di Giunta n. 1076/2013. Per il secondo anno consecutivo, non si sono

verificate eccedenze di spesa e quindi non si è reso necessario un ulteriore riparto a favore della stessa per garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario

Il risultato raggiunto nel 2013 da conto di una condizione che, sviluppando e potenziando percorsi di sicurezza, garanzia e qualità per i pazienti, consolida l'equilibrio economico ormai, a livello strutturale. Il percorso virtuoso avviato dalla fine del 2010 che ha visto il raggiungimento del pareggio economico già nel 2012 e lo ha confermato nel 2013, può essere visto come un primo risultato che, partendo dagli obiettivi irrinunciabili di qualità e sicurezza, ha ottenuto la sostenibilità economica. Nel 2013 si è avviato un modello gestionale finalizzato alla programmazione di azioni sinergiche con l'Azienda Ospedaliera nella produzione e dell'offerta di servizi.

Andamento dei Costi di Produzione. L'andamento dell'aggregato economico dei costi di produzione evidenzia per l'Azienda USL di Ferrara sin dal 2011 un trend in decremento. La linea di tendenza evidenzia un calo maggiore rispetto alla media delle Aziende Sanitarie territoriali appartenenti al gruppo di quelle caratterizzate dalla presenza di un'Azienda Ospedaliera nel territorio di riferimento.

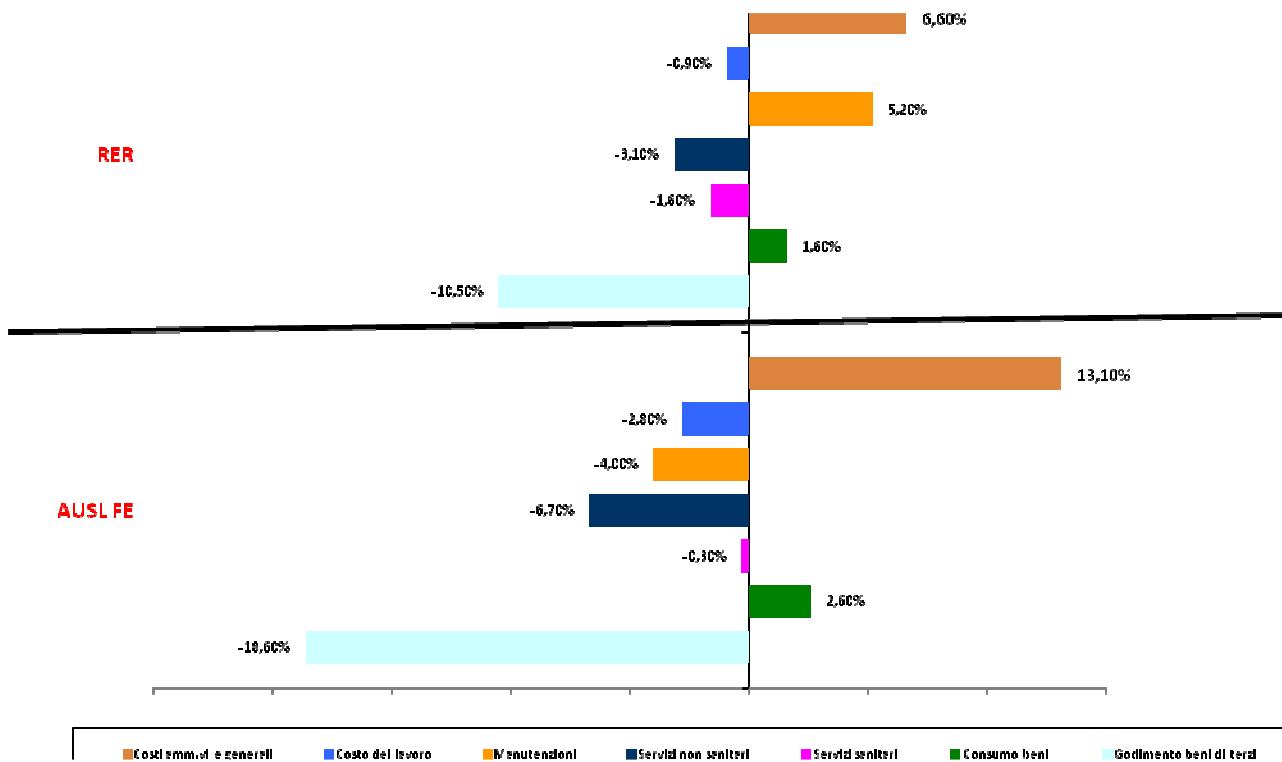


Per l'Azienda USL di Ferrara il decremento tendenzialmente più rilevante si riscontra nei seguenti aggregati:

- Costo del lavoro -2,8%. Il contenimento del costo del personale, che corrispondeva ad un obiettivo regionale notevolmente stringente, è stato possibile in quanto l'Azienda U.S.L. ha orientato le proprie azioni di gestione degli organici e delle assunzioni, nonché degli istituti contrattuali incidenti sulle dinamiche di costo del personale, nell'ottica di garantire il rispetto dell'obiettivo regionale inizialmente posto e di non ridurre i livelli quali-quantitativi dei servizi e delle prestazioni.
- Godimento beni di terzi -15%. La riduzione è stata principalmente determinata dal minor ricorso agli affitti passivi quale conseguenza della riorganizzazione del patrimonio immobiliare, dei noleggi per attrezzature sanitarie e dei services di laboratorio quale completamento del progetto "laboratorio unico provinciale".
- Manutenzioni - 4%. Tale aggregato risente delle rinegoziazioni dei contratti di fornitura conseguenti all'applicazione della normativa sulla "spending review".
- Servizi Non Sanitari - 6,7%. Il forte decremento registrato si concentra nei servizi di lavanderia, mensa e riscaldamento a seguito del rafforzamento delle azioni di "spending review" e di razionalizzazione della rete ospedaliera. L'energia elettrica si riduce quale conseguenza del calo dei consumi registrato durante il periodo estivo per effetto del minor uso dei condizionatori.

Gli altri aggregati hanno registrato il seguente trend:

- a) Beni di consumo, + 2,6%, determinato soprattutto da una diversa contabilizzazione di alcune voci di spesa, che erano prima registrate all'interno dei servizi. Tale disposizione è stata attuata sulla base delle espresse indicazioni regionali, finalizzate alla corretta applicazione del D. Lgs. 118/2011. Si registra un incremento legato ai farmaci erogati in distribuzione per conto. Al netto della diversa contabilizzazione si registrano riduzioni sul versante dei prodotti farmaceutici per un -3% e dell'uso dei dispositivi pari a -5%.
- Costi amministrativi e generali +13,1%. L'aumento deriva esclusivamente da una diversa contabilizzazione dello smaltimento rifiuti che dal 2013, differentemente dagli esercizi precedenti nei quali era iscritto tra i servizi non sanitari, viene considerato come Tributo/imposta. Al netto di quest'ultima voce l'aggregato passa da 4,468 mln. di euro a 4,394 con una riduzione del 2%.

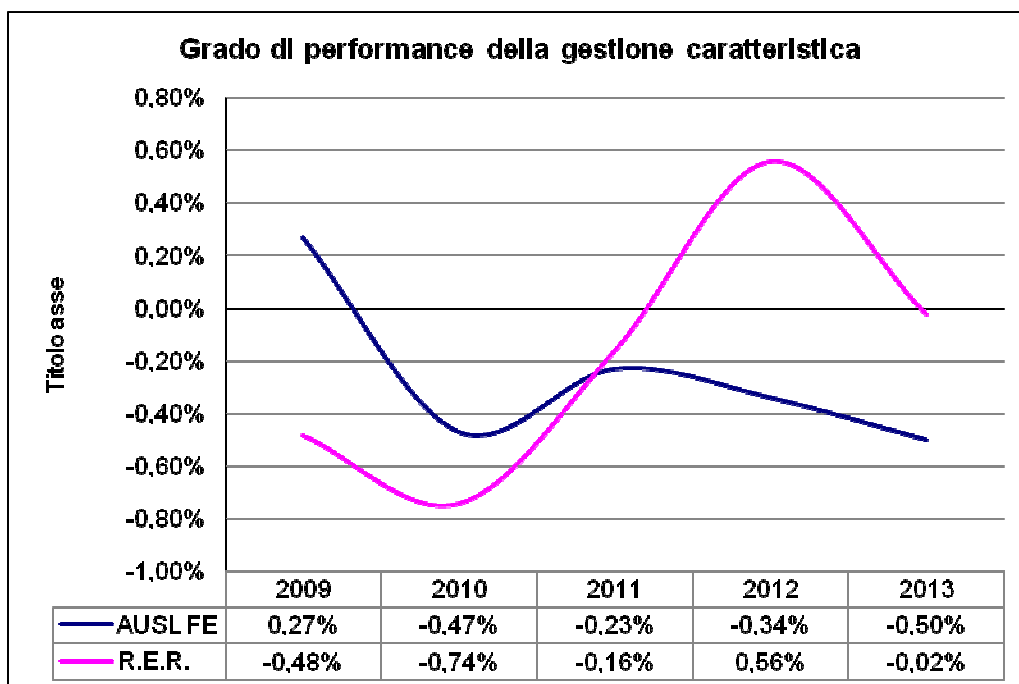


Grad

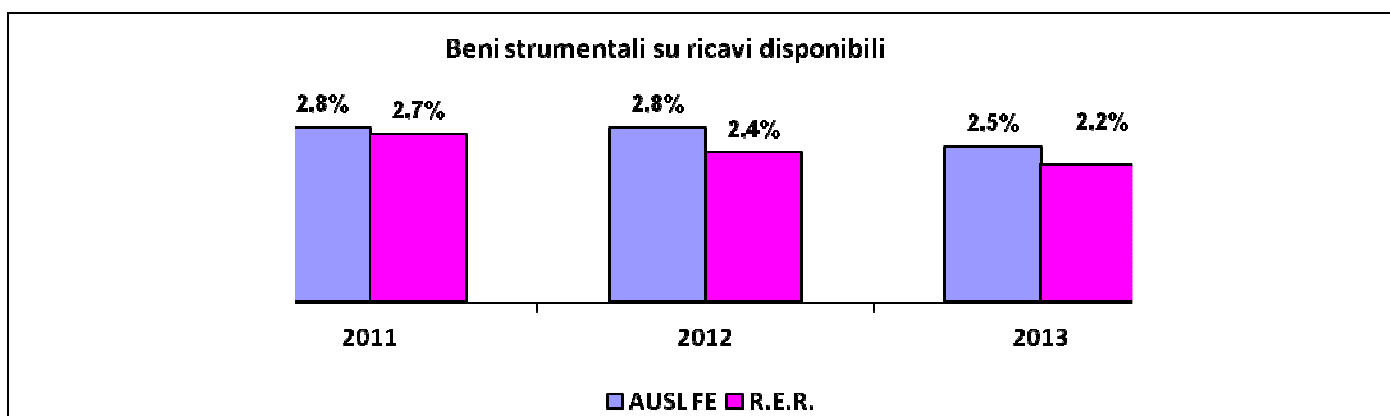
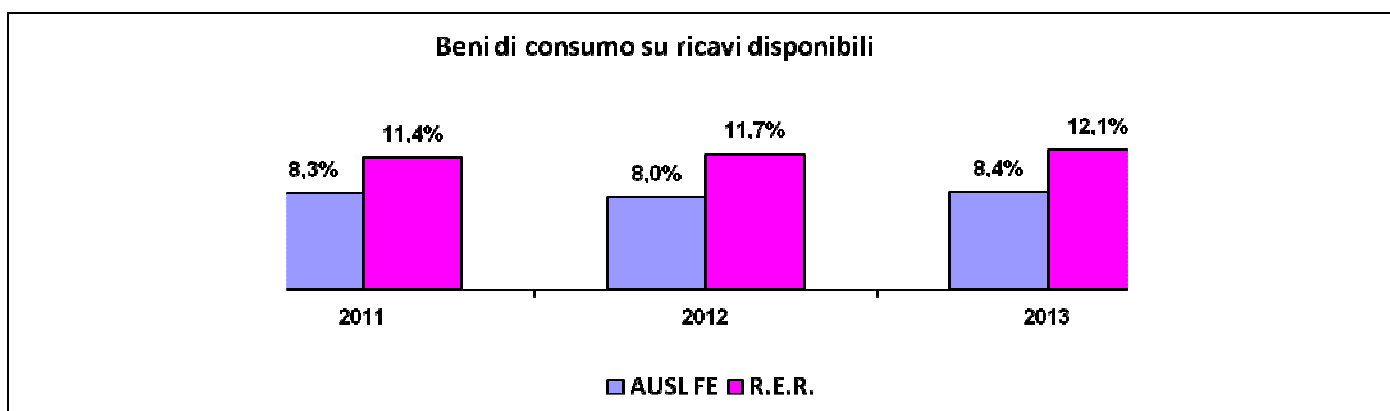
o di performance della gestione caratteristica. L'indicatore è dato dal rapporto tra il risultato operativo caratteristico e i ricavi disponibili; ovvero il rapporto tra il risultato della gestione ordinaria (al netto delle sopravvenienze, degli oneri finanziari e delle tasse) e il valore della produzione al netto della mobilità passiva.

Fino al 2010 la Provincia Ferrarese rimane superiore alla media regionale. Dal 2011 l'indice si abbassa al di sotto di quello Regionale. In particolare il 2012 e il 2013 sono stati caratterizzati da un risultato della gestione caratteristica negativo cui si contrappone una forte componente di proventi straordinari che consente il raggiungimento del pareggio di bilancio.

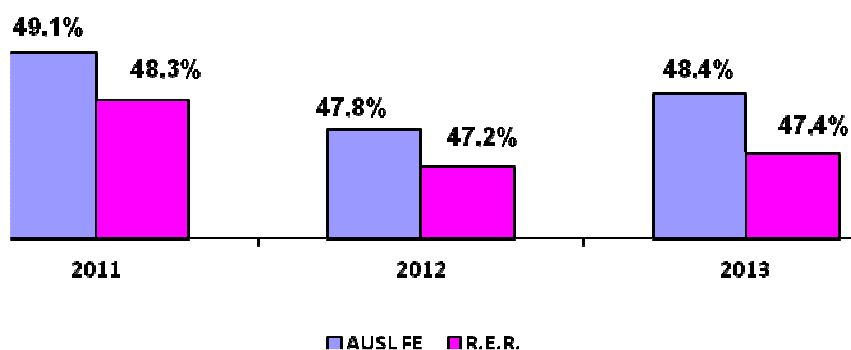
Tale performance risente anche del fatto che i ricavi disponibili dell'Azienda USL di Ferrara, che rappresentano il denominatore dell'indice, si riducono nel triennio 2011-2013 del -8,16% contro una media regionale delle Aziende Sanitarie con AOSP del -2,5%



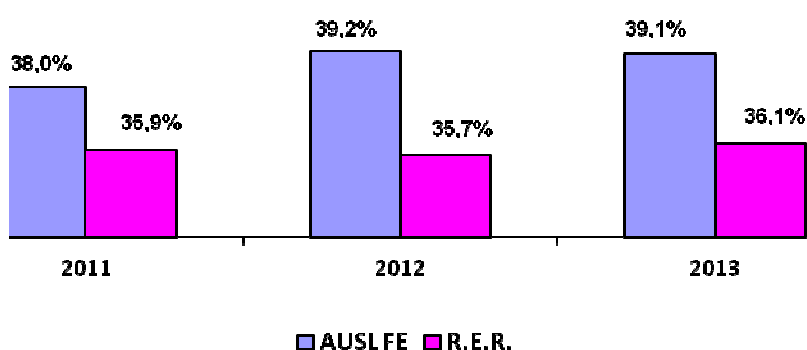
Principali aggregati di fattori produttivi/ricavi disponibili. Il rapporto tra aggregati di costo e ricavi disponibili misura il grado di assorbimento per fattori direttamente impiegati nel processo produttivo. Nel caso dell'Azienda USL di Ferrara il Costo del Lavoro e i Servizi Sanitari, che sono gli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



Servizi su ricavi disponibili



Costo del lavoro su ricavi disponibili

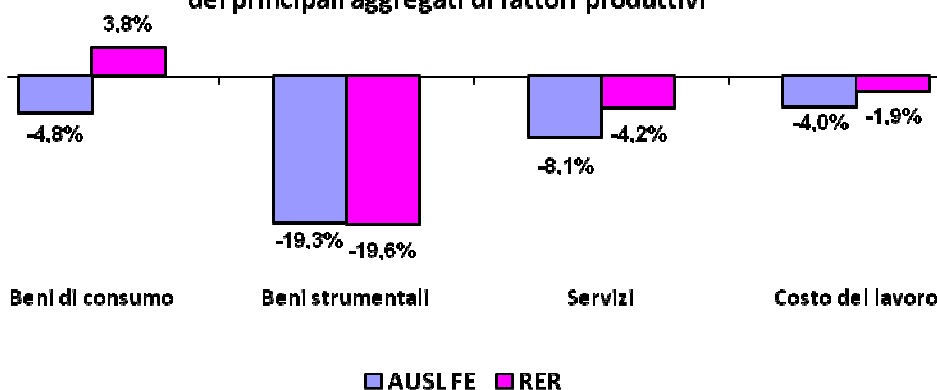


Il trend gestionale dell'ultimo triennio da conto dello sforzo compiuto verso una maggiore efficienza nell'utilizzo di tali fattori produttivi:

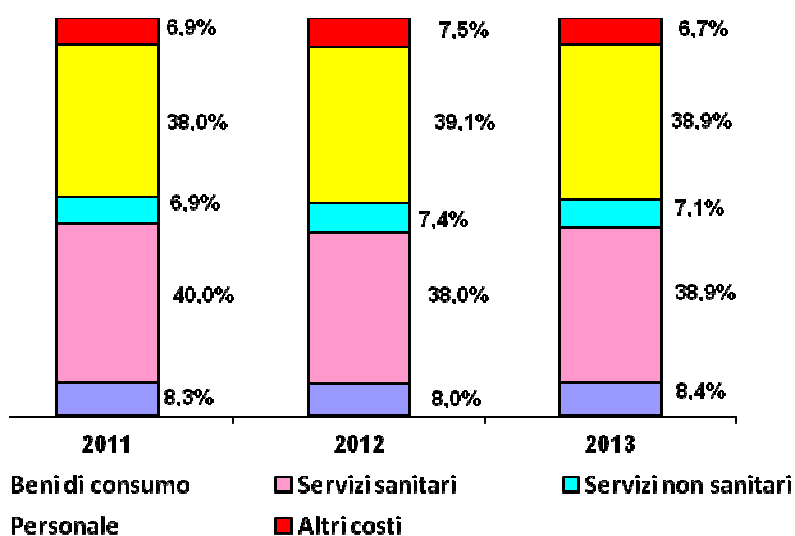
- il costo del lavoro ha registrato una riduzione percentuale del -4% contro una media regionale del -1,9%;
- il costo dei servizi si riduce del -8,1% contro una media del -4,2%.

Tale variazione in riduzione non si evidenzia nel precedente indicatore (rapporto percentuale sui ricavi disponibili) a causa della maggiore riduzione di quest'ultimi (-8,16%) rispetto alla variazione dei fattori produttivi.

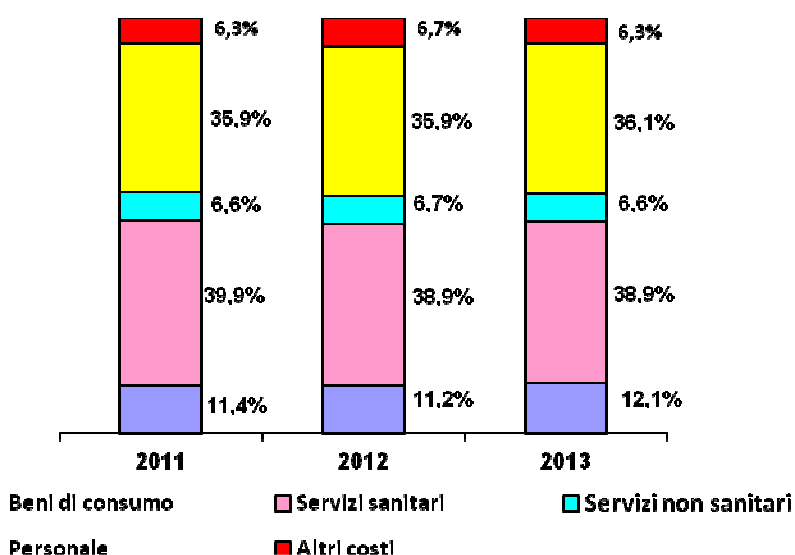
Variazione 2013 vs 2011 dei principali aggregati di fattori produttivi



Composizione % dei costi d'esercizio - AUSL FE



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

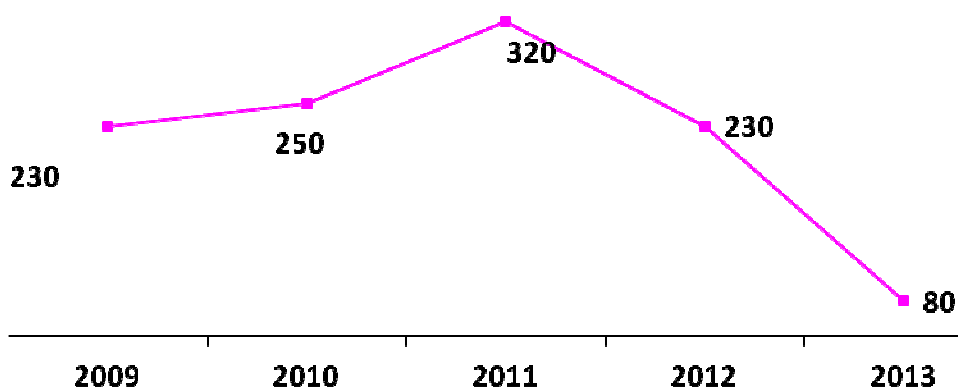


Il valore regionale si riferisce alle Aziende Sanitarie territoriali che hanno Aziende Ospedaliere nel territorio di riferimento

Sostenibilità finanziaria

Si vuole qui rappresentare in forma sintetica la situazione finanziaria dell'Azienda USL di Ferrara, visto che tale tipo di sostenibilità è una componente fondamentale dell'equilibrio complessivo dell'azienda. Uno degli strumenti utili allo scopo è la durata media della esposizione debitoria verso i fornitori dell'azienda.

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



Nel corso del 2013, in continuità con l'anno precedente, sono stati garantiti tempestivi pagamenti nei confronti delle imprese situate nelle zone colpite dal sisma, è stata disposta la liquidazione immediata delle fatture corrispondenti a debiti certi nei confronti delle Aziende situate nei Comuni indicati con DM del 1 giugno 2012.

In generale, l'Azienda USL di Ferrara, nel corso del 2013, ha dato seguito ad un consistente piano di pagamenti 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 nel grafico. Tale risultato è stato possibile anche grazie a due fattori: uno endogeno ed uno esogeno. Il primo è riferito al perseguimento di una riduzione strutturale dei costi di gestione, grazie alla progressiva realizzazione del Piano strategico 2013-2016, che ha compresso il valore assoluto e quello montante dei debiti; il secondo con riferimento all'azione intrapresa dalla Regione Emilia-Romagna, che ha fatto ricorso all'anticipazione di liquidità prevista dal DL 35/2013 convertito con modificazioni con la L. 64 del 6 giugno. Tale anticipazione è stata finalizzata alla riduzione dei tempi di pagamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, con particolare riferimento alle fatture relative al 2012 non ancora pagate alla data del 8 Aprile 2013.

Per l'Azienda USL di Ferrara, in virtù del piano dei pagamenti presentato, sono stati erogati a tal fine € 13.570.128,45 con i quali sono stati interamente saldate le fatture comprese nel piano dei pagamenti. L'anticipazione di liquidità relativa a fatture rientranti nel piano di pagamenti e già saldate con la cassa ordinaria aziendale, è stata utilizzata per procedere ad ulteriori pagamenti finalizzati alla riduzione dei tempi medi di pagamento. Ciò ha reso possibile, per fine 2013, il raggiungimento di un obiettivo di riduzione dei tempi medi di pagamento fino ad 80 gg., nonché una riduzione del valore di accesso medio dell'anticipazione di Tesoreria del 22% (da 20,9 mln. medi del 2012 a 16,3 mln. medi del 2013) e dei conseguenti oneri finanziari per un differenziale in riduzione tra il 2013 ed il 2012 di 242 mila euro.

Sostenibilità patrimoniale

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

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

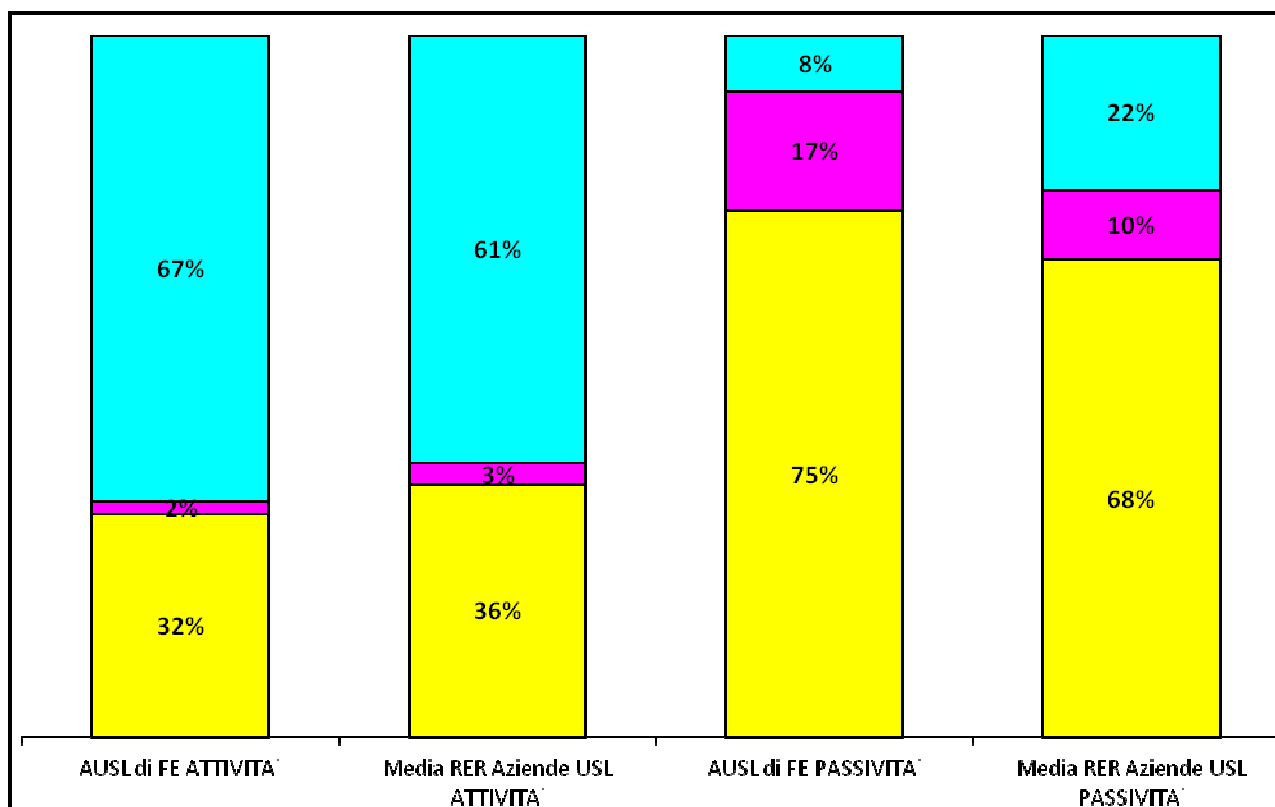
Composizione percentuale dello Stato patrimoniale classificato in chiave finanziaria.

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

dell'Azienda USL di Ferrara con l'ipotetico Stato Patrimoniale consolidato, ottenibile dalla somma delle Aziende USL nel cui territorio insiste l'Azienda Ospedaliera.

UFE			
2013			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	32%	75%	Finanziamenti a breve
Scorte	2%	17%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	67%	8%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'

RER			
2013			
	ATTIVITA'	PASSIVITA'	
Liquidità immediate e differite	36%	68%	Finanziamenti a breve
Scorte	3%	10%	Finanziamenti a medio lungo termine
Immobilizzazioni	61%	22%	Patrimonio netto
TOTALE ATTIVITA'	100%	100%	TOTALE PASSIVITA'



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

Il passivo dell'Azienda USL di Ferrara, nel 2013, è composto per il 75% da debiti a breve termine che nel 2012 rappresentavano, invece, l'84% del totale. Tale variazione si è determinata, principalmente, per effetto del piano pagamenti ai fornitori conseguente al ricorso all'anticipazione di liquidità straordinaria regionale.

Sul fronte attivo le liquidità immediate o differite passano dal 39% del 2012 al 32% del 2013; tale variazione si è determinata per effetto dell'incasso di un consistente numero di crediti.

Rispetto alla media regionale si riscontra, dal lato attivo una maggiore preponderanza delle immobilizzazioni, mentre, dal lato passivo una preponderanza dei debiti a breve termine.

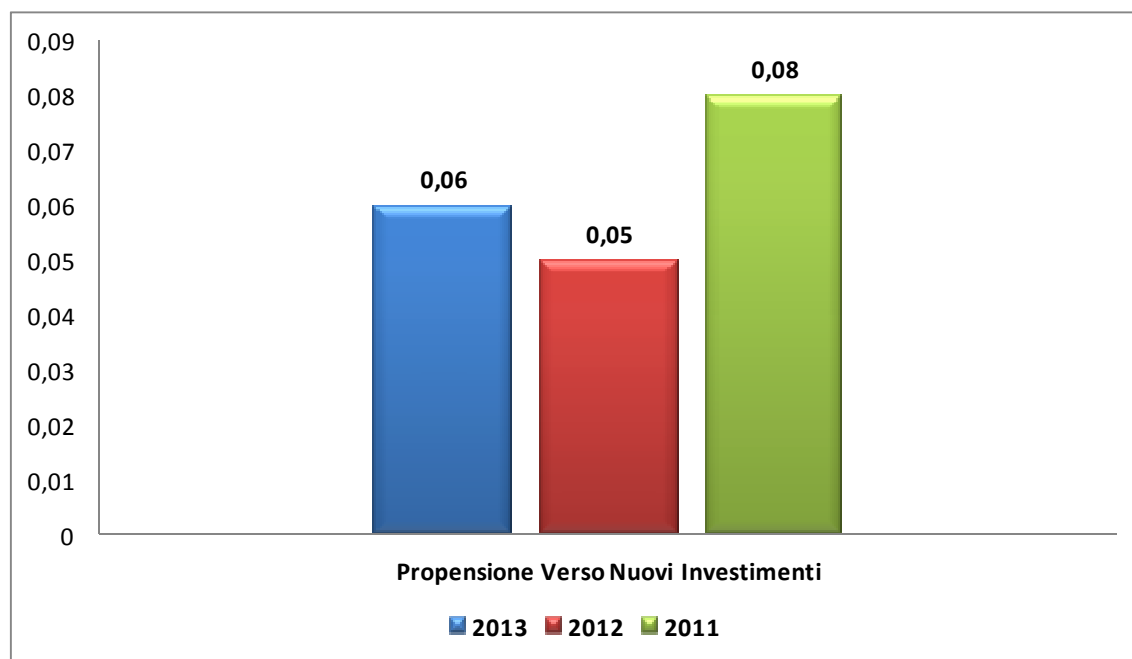
Nuovi investimenti, propensione ai nuovi investimenti e tasso di obsolescenza.

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

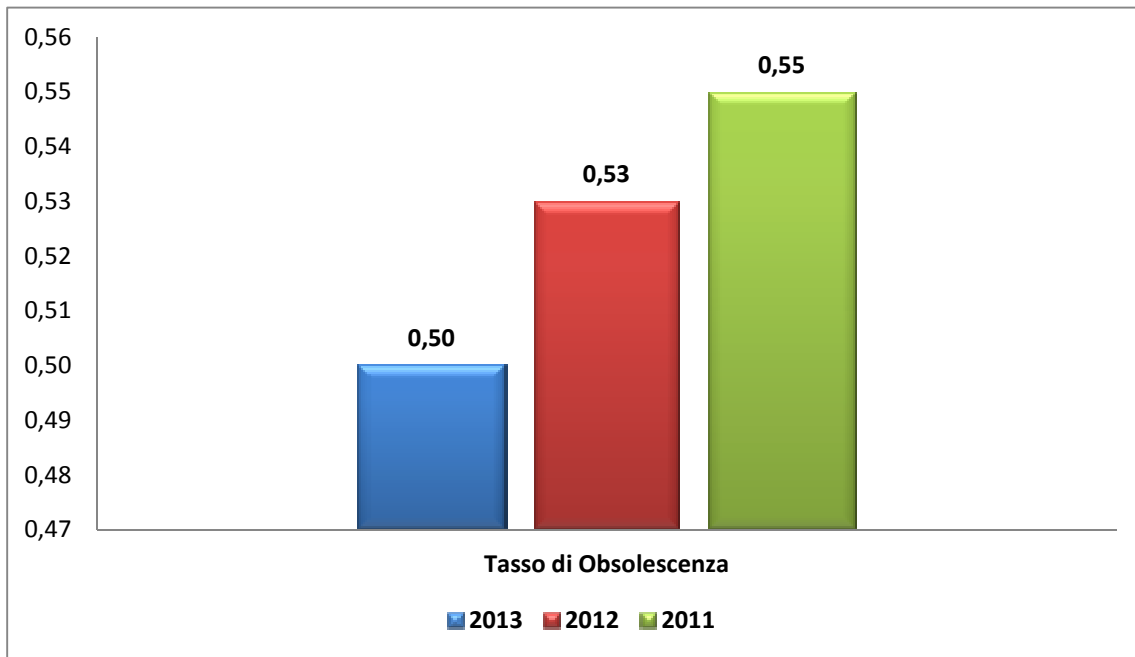
PROPENSIONE VERSO NUOVI INVESTIMENTI	2013	2012	2011	2013 (a)/(b)	2012 (a)/(b)	2011 (a)/(b)
Nuovi investimenti (a)	9.642.572	6.507.496	12.192.224	0,06	0,05	0,08
Valore immobilizzazioni (b)	144.885.000	143.721.222	150.112.000			

Tasso di Obsolescenza	2013	2012	2011	2013 (a)/(b)	2012 (a)/(b)	2011 (a)/(b)
Valore residuo delle immobilizzazioni (a)	144.885.000	143.721.222	150.112.000	0,50	0,53	0,55
Totale investimenti lordi (b)	285.648.000	273.489.723	270.903.000			

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



Il rapporto tra i nuovi investimenti e il valore del patrimonio immobiliare indica la propensione dell'Azienda ad effettuare nuovi investimenti: l'indice nel 2013 inverte il trend di riduzione degli anni precedenti.



Il tasso di obsolescenza misura il grado di vetustà delle Immobilizzazioni (più è piccolo maggiore è il grado di obsolescenza). Nel triennio l'indicatore presenta un trend decrescente che presumibilmente si invertirà per effetto dei nuovi investimenti programmati.

Valori di Mobilità Attiva e Passiva - Infra ed Extra RER

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

Non sono da sottovalutare, nelle motivazioni relative all'incremento della mobilità passiva infra ed extra RER, gli effetti dell'evento sismico del maggio 2012 che ha provocato l'inagibilità di diverse strutture sanitarie prevedendo un anticipo del trasloco dell'Azienda ospedaliera S. Anna nella nuova sede di Cona.

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

Mobilità sanitaria infraregionale

Anno 2010	Passiva InfraRER	AttivaInfraRER	AttivaInfraRER-AOSP	Saldo
Degenze	28.007.381	8.859.126	8.908.545	-10.239.711
Specialistica	4.194.694	2.643.362	1.904.358	353.026
Farmaceutica	1.407.798	1.235.328		-172.470
Distribuzione Diretta	2.053.969	67.843	2.335.659	349.532
Medicina di Base	312.629	153.874		-158.755
	35.976.471	12.959.532	13.148.561	-9.868.378

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

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

Mobilità sanitaria extraregionale

Anno 2010	Passiva Extra RER	Attiva Extra RER	Attiva Extra RER AOSP	Saldo
Degenze	18.727.847	4.560.462	19.005.396	4.838.011
Specialistica	7.809.921	761.745	3.337.317	-3.710.859
Farmaceutica	330.971	611.661		280.690
Distribuzione Diretta	960.999	91.617	1.738.828	869.446
Medicina di Base	90.046	156.368		66.322
Trasporti	127.138	263.925		136.787
Termale	549.426			-549.426
	28.596.348	6.445.779	24.081.541	1.930.972

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

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

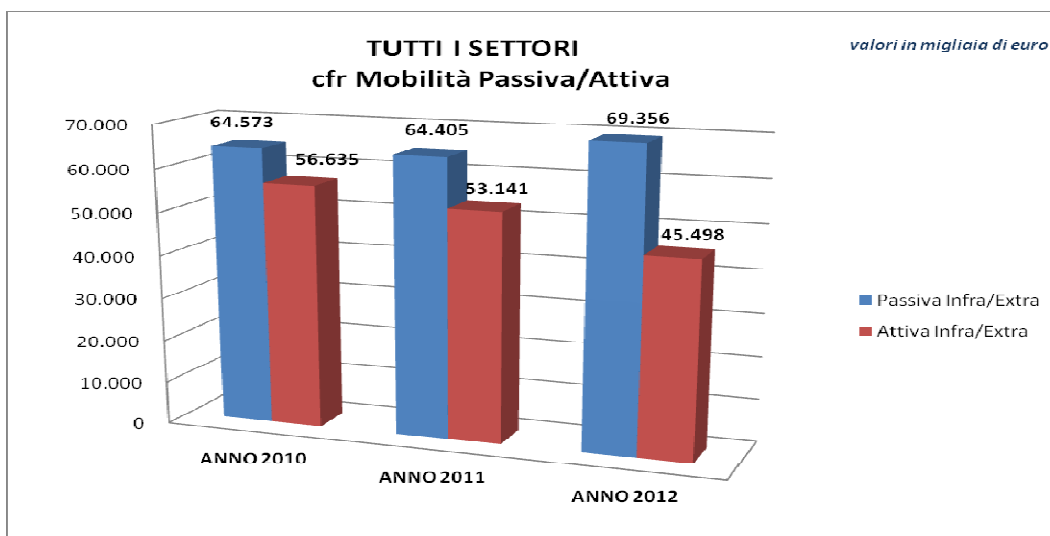
Note: Degenze: Valori riferiti a ricoveri effettuati nelle strutture pubbliche e private comprensivi della psichiatria residenziale

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

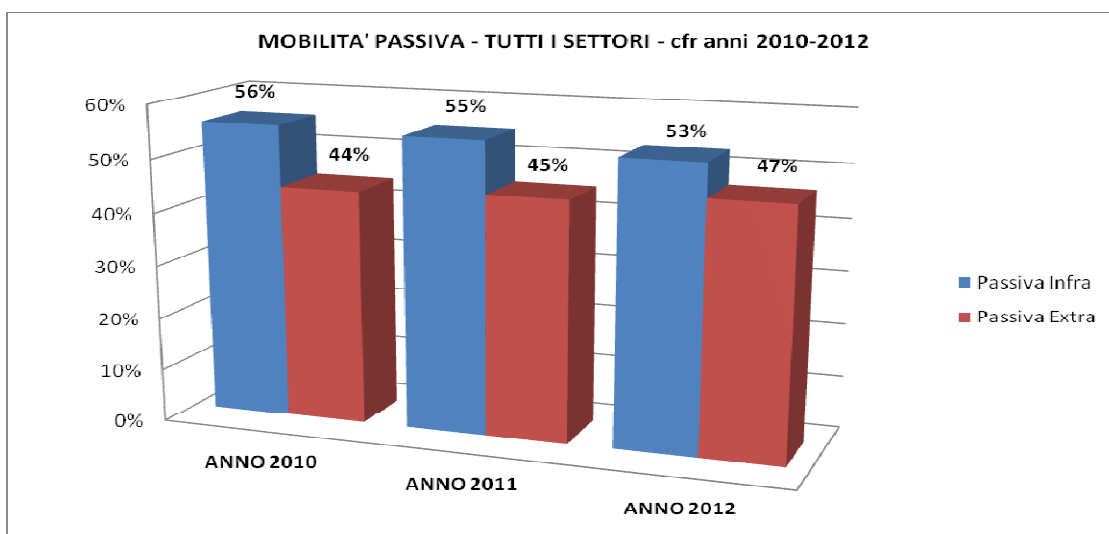
I valori per i settori "Degenze" e "Specialistica" fuori regione non comprendono "sconti" e "penalità" derivanti dagli accordi MARCHE- VENETO.

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

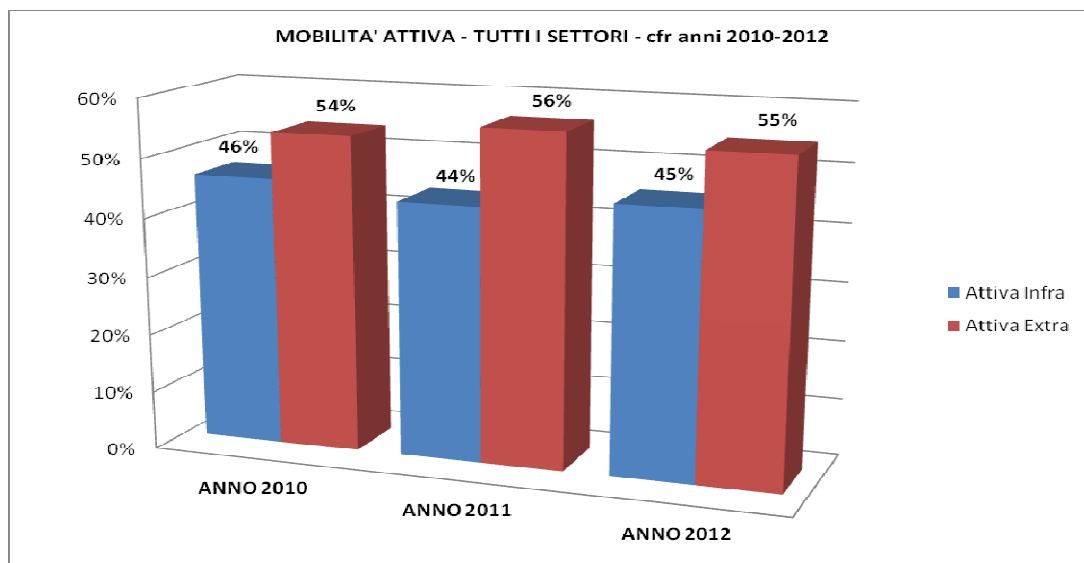
Tab. 1 – Importi economici complessivi di mobilità Passiva e Attiva (strutture provinciali): si evidenzia un aumento nel triennio del 7,4% della mobilità passiva ed una contrazione della mobilità attiva del 19,7%.



Tab.2 – La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Passiva evidenzia una variazione del rapporto tra la Mobilità Passiva Infra ed Extra regionale, nel triennio nell'ordine del 3% con una contrazione dell'infra e corrispondente incremento della mobilità extra regionale.

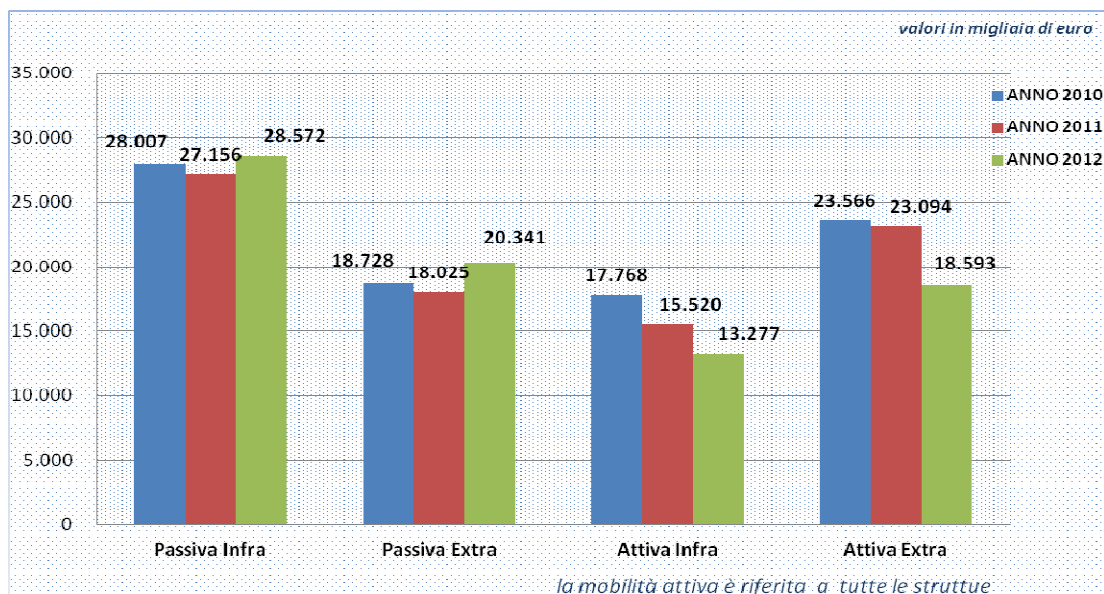


Tab 3 – La distribuzione percentuale dei valori economici della Mobilità Attiva Infra ed Extra RER mostra un andamento relativamente costante nel triennio.

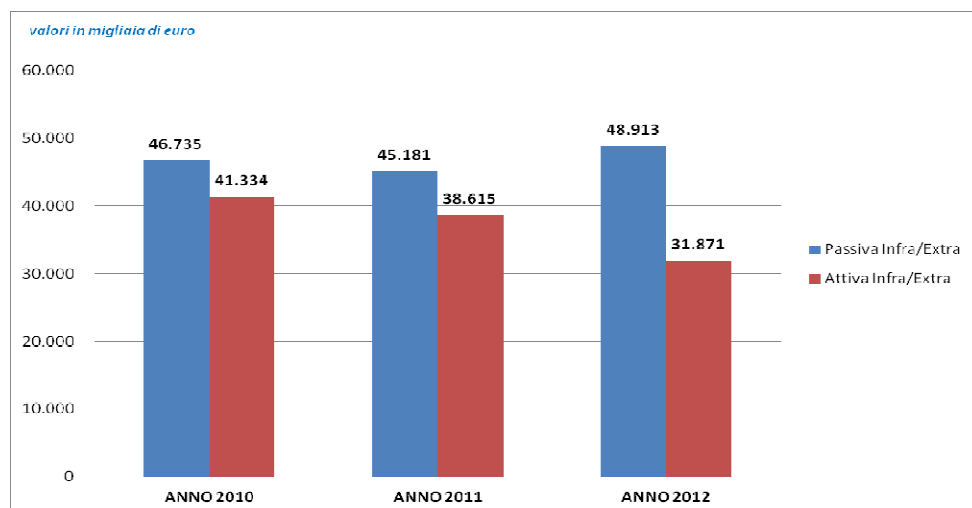


Settore Ricoveri:

Tab. 4 – L'andamento della mobilità passiva/attiva per il triennio 2010-2012 mostra, per il settore ricoveri, l'incremento economico della mobilità passiva, sia infra regionale (+2%) che extra (+8.6%) che nel biennio precedente si registrava in controtendenza. Decremento sulla mobilità attiva sia infra (-25%) che extra (-21%)

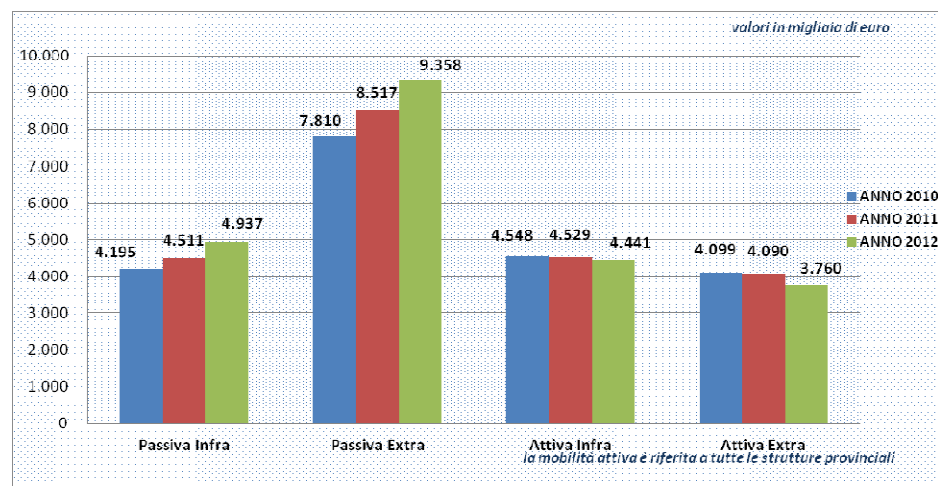


Tab. 5 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 – il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore degenze cresce nel triennio del 4,7%. Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 22,9%.

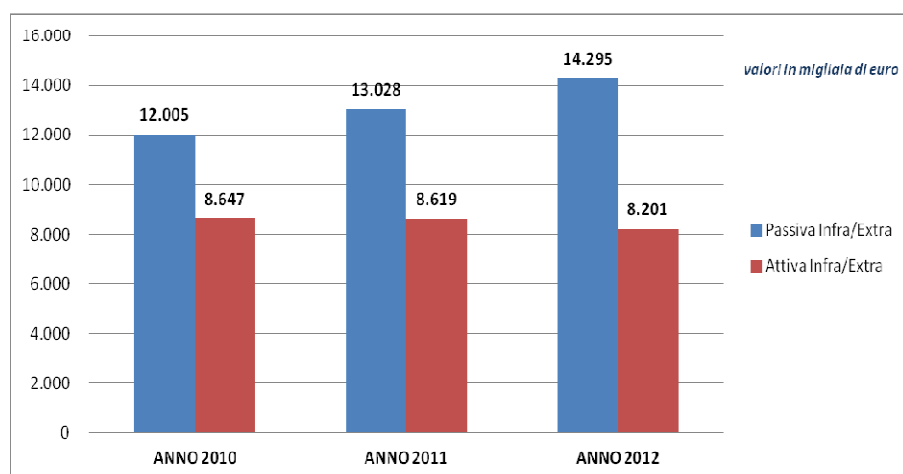


Settore Specialistica:

Tab. 6 – L'andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2010-2012 – vede un costante aumento della mobilità passiva sia infra che extra regionale nell'ordine di ca. l'8% /9% annuo. Per la mobilità attiva che vede una sostanziale tenuta nella capacità di attrazione in infra regionale, registra un decremento di ca. l'8% relativamente all'extra RER.

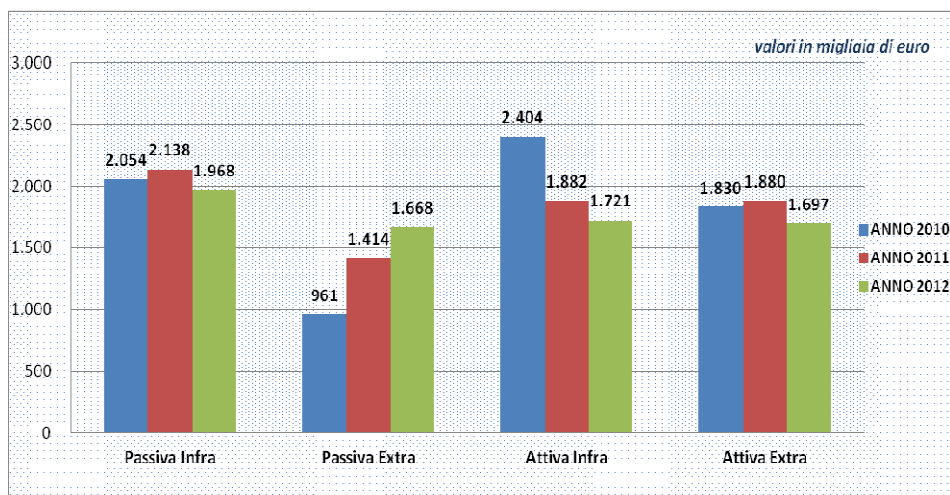


Tab. 7 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 – il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore specialistica cresce nel triennio del 19%. Il valore economico complessivo della mobilità attiva è in diminuzione del 5%.

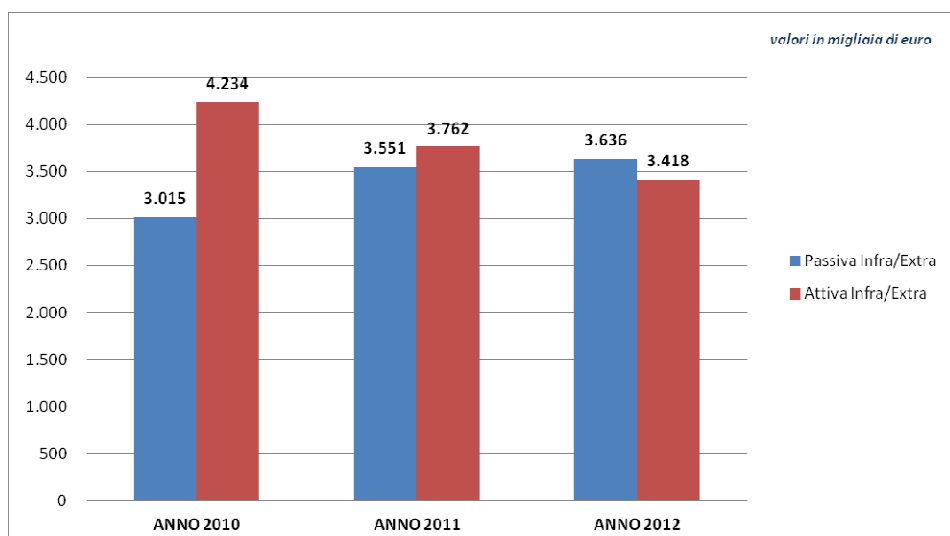


Settore Somministrazione Diretta Farmaci:

Tab. 8 – L’andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2010-2012 – vede un decremento della mobilità passiva infra regionale del 4,2% contrariamente alla mobilità passiva extra regionale in incremento del 73% per particolare somministrazione di farmaci specifici ad alto costo per presa in carico di assistiti con malattia rara (mucopolisaccaridosi VI) presso l’Istituto Mayer di Firenze. La mobilità attiva sia infra che extra regionale in decremento nel triennio rispettivamente del -28% e -7% nel triennio.

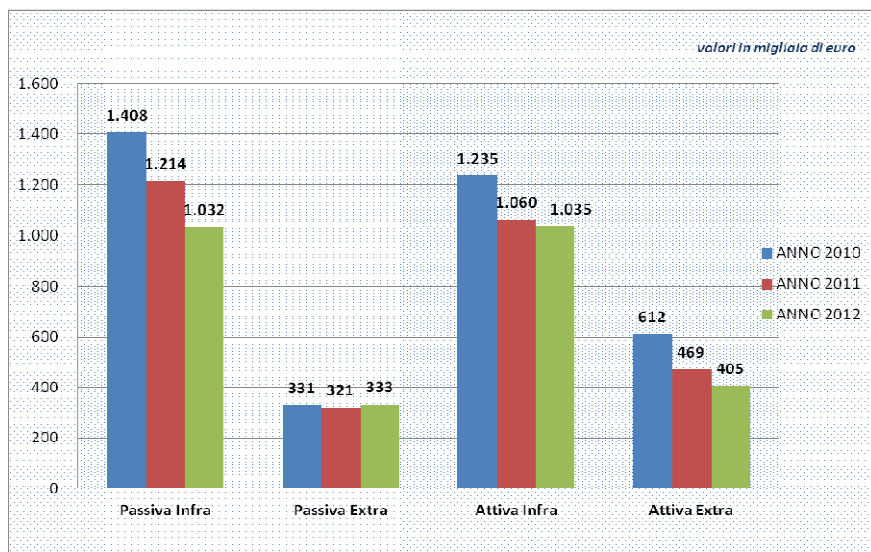


Tab. 9 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 – il valore economico complessivo della mobilità passiva per il settore somministrazione diretta farmaci cresce nel triennio del 20% e vede una diminuzione sulla mobilità attiva di ca. il 19%.

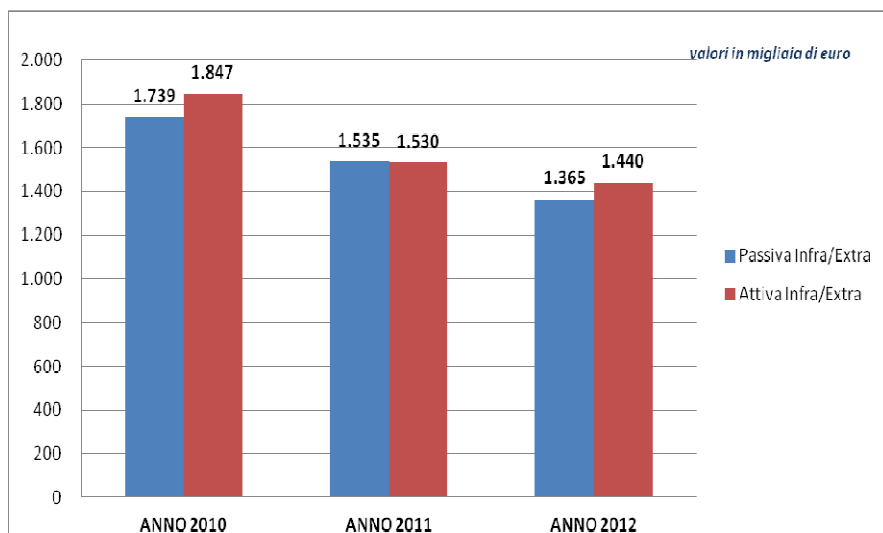


Settore Farmaceutica Territoriale:

Tab. 10 – L’andamento economico della mobilità passiva/attiva – triennio 2010-2012 – vede una costante diminuzione dei valori economici di mobilità passiva infra regionale con -26,7% nel triennio e una sostanziale tenuta nella passiva extra regionale. Inverso il discorso sui valori economici della mobilità attiva che registra nel biennio 2011-2012 una tenuta sull’infra regionale ed un calo costante sull’extra regionale.



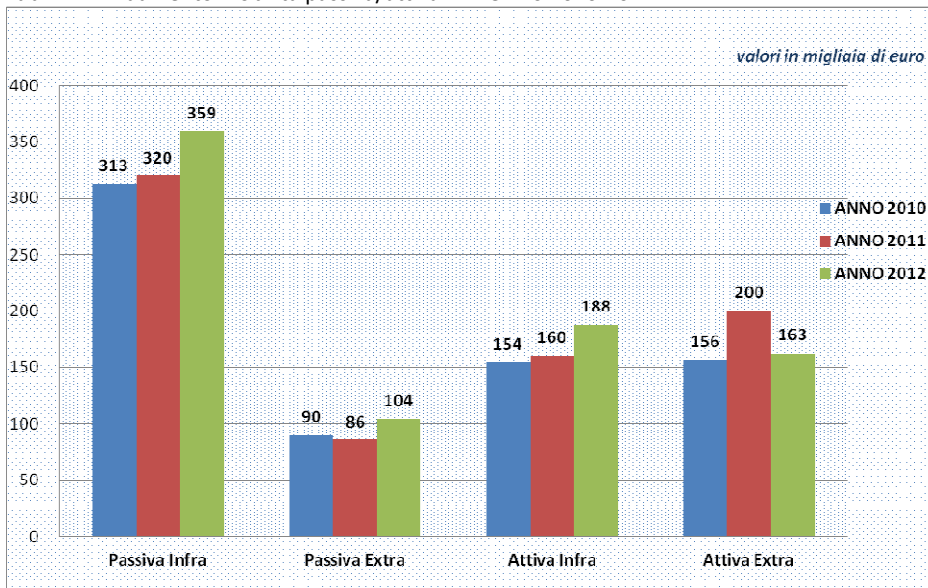
Tab. 11 – Nel confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012 –pur nel decremento complessivo dei valori economici del settore farmaceutica territoriale, risulta un saldo positivo della mobilità attiva 2012 rispetto alla passiva infra ed extra regionale.



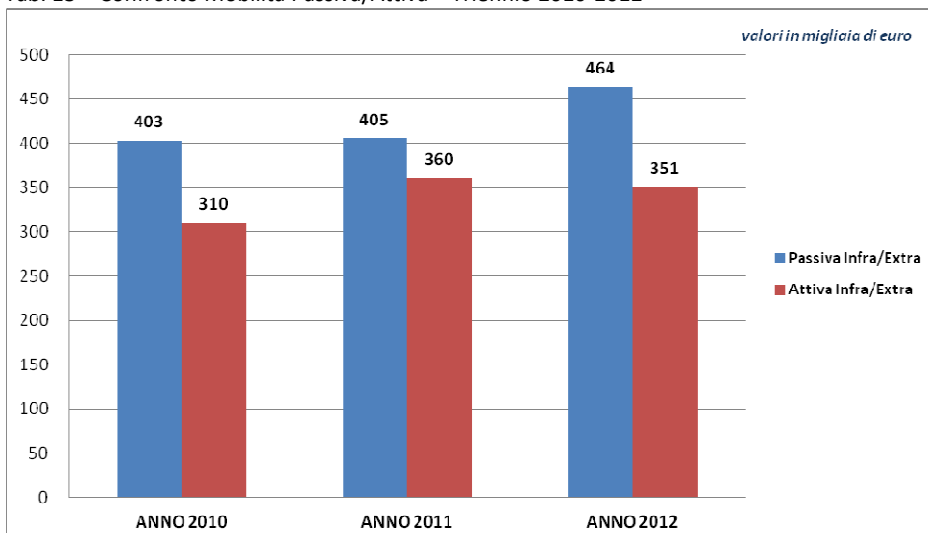
Si riportano inoltre i valori economici dei residui settori di mobilità sanitaria relativi alla Medicina di Base ed ai Trasporti in Ambulanza/Elisoccorso

Settore Medicina di Base:

Tab. 12 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2010-2012

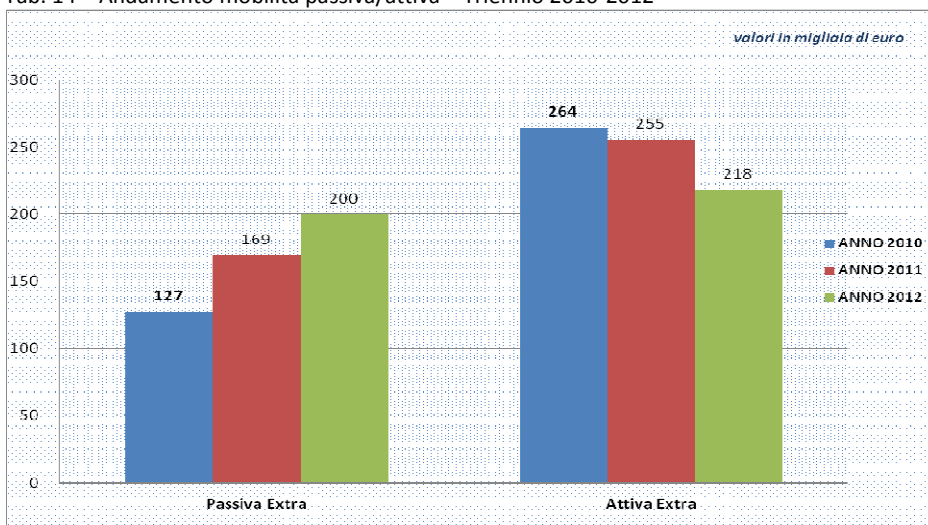


Tab. 13 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012

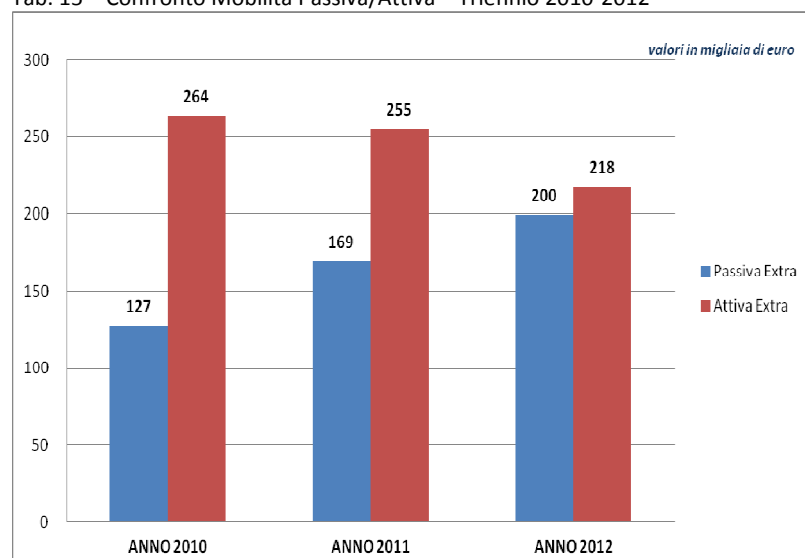


Settore Trasporti:

Tab. 14 – Andamento mobilità passiva/attiva – Triennio 2010-2012



Tab. 15 – Confronto Mobilità Passiva/Attiva – Triennio 2010-2012



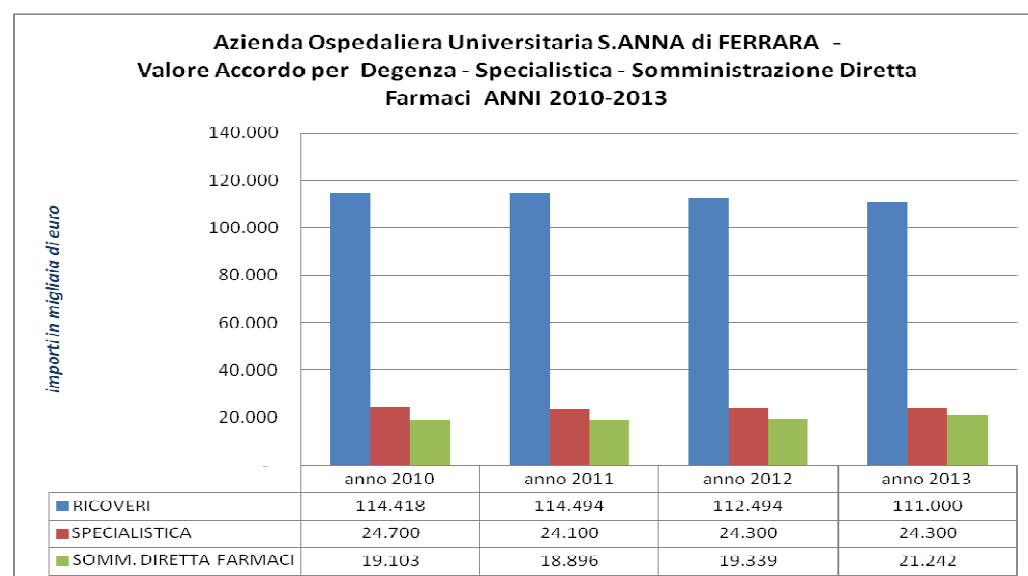
Azienda Ospedaliera Universitaria S.ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci ANNI 2010-2013

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

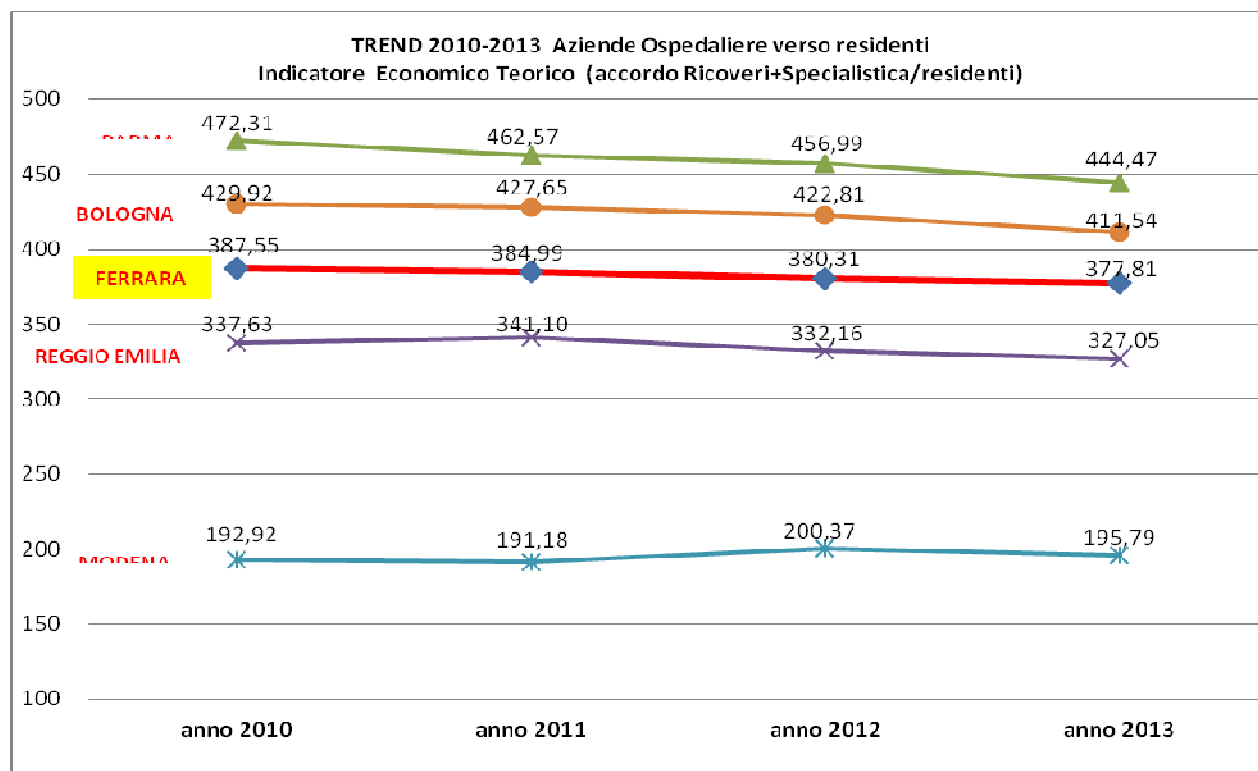
Alla luce di tali vincoli le due aziende sanitarie hanno concordato negli anni accordi di fornitura che pur nell'ottica del riconoscimento delle funzioni hub e di eccellenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S.Anna, con l'adozione di nuove strategie che non comportassero riduzione dei livelli assistenziali,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

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

Azienda Ospedaliera Universitaria S.ANNA di FERRARA - Valore Accordo per Degenza - Specialistica - Somministrazione Diretta Farmaci ANNI 2010-2013				
	anno 2010	anno 2011	anno 2012	anno 2013
RICOVERI	114.418	114.494	112.494	111.000
SPECIALISTICA	24.700	24.100	24.300	24.300
SOMM. DIRETTA FARMACI	19.103	18.896	19.339	21.242
TOTALE AOSPFE	158.221	157.490	156.133	156.542

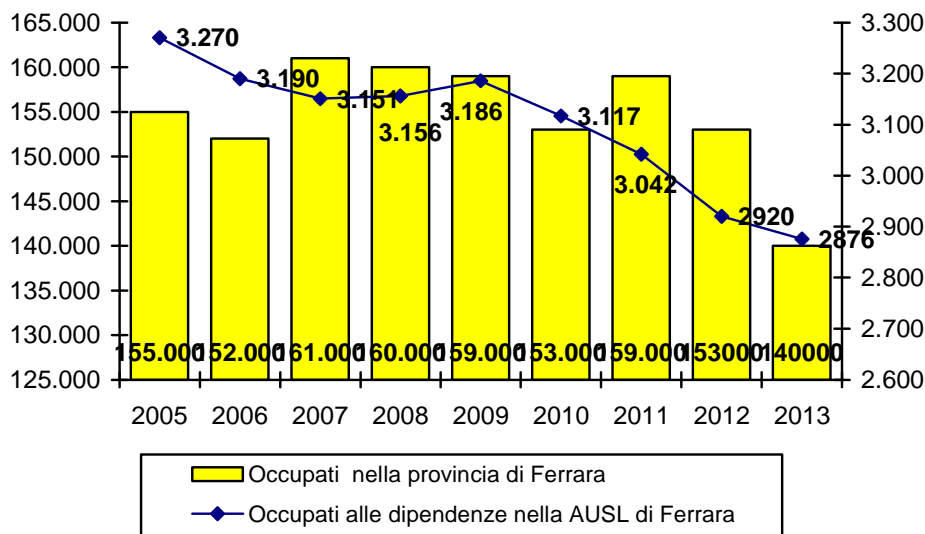


L'indicatore teorico economico mostra il consumo teorico per residente delle risorse economiche messe a disposizione nell'accordo di fornitura (ricoveri+degenze).



Impatto sul contesto territoriale

Stato occupazionale



Fonte: elaborazione ufficio statistico della Provincia di Ferrara

Il grafico sopra riporta un confronto tra il numero degli occupati nel territorio provinciale e gli occupati (a tempo indeterminato e a tempo determinato) alle dipendenze dell'Azienda USL di Ferrara. Questi ultimi mostrano una diminuzione nel tempo dal 2005 al 2013 (-12,0%) con un andamento più marcato dal 2009 al 2013. In linea con anche il dato provinciale, che in particolare dal 2011 al 2013 registra un calo dell'occupazione totale del 12% attestandosi ad un valore minimo negli ultimi otto anni di 140.000 occupati.

La Gestione ambientale nell'Azienda USL di Ferrara

Linea di progetto "SENSIBILIZZAZIONE ALLO SVILUPPO SOSTENIBILE"

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

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

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

Linea di progetto "GESTIONE AMBIENTALE"

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

L'Azienda USL di Ferrara, con delibera del Direttore Generale n. 171 del 30.4.2008 ad oggetto: "Costituzione del Sistema di Gestione Ambientale Aziendale", ha nominato un gruppo permanente i cui componenti, appartenenti alle varie articolazioni aziendali, hanno il compito di occuparsi della gestione ambientale al fine di ridurre al minimo gli impatti negativi del sistema sanitario sull'ambiente in termine di produzione di rifiuti, utilizzo di risorse naturali (es. energia, acqua), emissione di sostanze inquinanti (es: per il riscaldamento, per i trasporti), mobilità sostenibile. La Delibera n. 278 del 26 Novembre 2013 ha integrato i componenti del gruppo.

Finalità e obiettivi del Gruppo di lavoro Sistema gestione Ambientale sono:

- Individuare nell'ambito aziendale eventuali criticità
- Individuare funzioni e responsabilità per le soluzioni delle sopradette criticità
- Definire un sistema di controlli integrati fra le varie macro articolazioni aziendali
- Definire i risultati attesi e gli opportuni indicatori
- Proporre azioni di miglioramento continuo e di revisione periodica del sistema
- Definire proposte strategiche inerenti a:
 - ✓ Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori
 - ✓ Verifica di efficacia dell'applicazione delle procedure aziendali
 - ✓ Verifica quali – quantitativa della gestione dei rifiuti prodotti e dei costi di gestione sostenuti; dell'utilizzo di risorse naturali e relativi costi sostenuti, del controllo delle emissioni inquinanti e relative azioni intraprese
 - ✓ Revisione periodica del Sistema di gestione Ambientale

Come negli anni precedenti, anche nel 2013 il Gruppo Sistema Gestione Ambientale ha continuato a sostenere l'Azienda USL nel perseguimento degli obiettivi inseriti all'interno delle Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale, in linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna.

In particolare sono stati organizzati i corsi formativi "La gestione del registro di carico e scarico" e "La sostenibilità ambientale".

Il Corso formativo "La compilazione del registro di carico e scarico dei rifiuti" aveva come obiettivo quello di fornire gli strumenti necessari affinché la tenuta della documentazione ambientale e la trasmissione dei dati inerenti la gestione dei rifiuti avvenga secondo le modalità indicate nella normativa vigente. Tale Corso, di n. 3 edizioni, ha visto la partecipazione complessiva di n. 44 dipendenti (su n. 60 potenziali) e ha trattato i seguenti argomenti:

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

Il Corso formativo "La sostenibilità ambientale" aveva come obiettivo quello di stimolare comportamenti individuali nella direzione di una maggiore sostenibilità ambientale. Tale Corso, di n. 4 edizioni, ha visto la partecipazione complessiva di n. 302 dipendenti (circa il 10% dei dipendenti complessivi dell'Azienda) e ha trattato i seguenti argomenti:

- Presentazione della bozza della nuova Procedura “La Gestione dei rifiuti”
- Il programma regionale di sostenibilità ambientale
- Gli acquisti verdi
- Il risparmio energetico
- Presentazione ATERSIR e TARES
- La Gestione della Raccolta Differenziata

Linea di progetto "RIFIUTI SANITARI"

Si descrive di seguito cosa è stato fatto nel corso del 2013 da parte del Gruppo di lavoro “Sistema Gestione Ambientale” in tema di gestione rifiuti.

- **Procedura Gestione Rifiuti**
E' stata rivista la Procedura del 2006 ed è stata predisposta una bozza condivisa con tutte le Macrostrutture coinvolte nella gestione dei rifiuti, con i gestori dei rifiuti urbani e con la Ditta deputata alla gestione dei rifiuti speciali.
- **Aspira – liquidi**
Prosegue l'uso delle macchine aspira – liquidi (concesse dalla Ditta Team Ambiente in comodato d'uso gratuito) da parte delle UU.OO. di Chirurgia/Urologia degli Ospedali del Delta e di Cento con riduzione dei costi delle sacche di svuotamento e della produzione dei rifiuti infettivi.
- **Accordi raccolta differenziata**
E' stato rinnovato l'accordo con CMV E' stato posto in essere quanto necessario per il rinnovo dell'accordo in scadenza con Area attraverso l'elaborazione della relativa bozza.
- **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 proseguita con le consulenze successive nel 2013.

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

N°	CER	Descrizione	Quantità (Kg)					Costi IVA inclusa (€)				
			2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
								858.617	802.216	753.316	688.093	
1	18.01.03* 18.02.02*	Rifiuti pericolosi a rischio infettivo	379.627	353.953	273.615	265.279	231.843					
2	180108 180109*	Rifiuti pericolosi che richiedono particolari modalità di gestione (farmaci)	4.557	4.319	3.729	4.147	4.984					
3	Tutti i CER di rifiuti pericolosi non compresi alle righe precedenti	Altri rifiuti pericolosi	6.963	7.723	3.078	4.017	4.781					
4	190814 200304 200306 ecc.	Fanghi	39.850	54.800	39.770	49.140	30.400		60.292	48.679	52.841	35.087
5	150101 150102 150103 150104 150107 160604 160605 170202 170203 170403 170405 200101 200102 200108 200125 200140 200201 ecc	Rifiuti non pericolosi avviati a recupero e raccolte differenziate*	2.477	81.370	66.810	76.120	78.559					
6	Tutti i CER di rifiuti non pericolosi non compresi alle righe precedenti	Altri rifiuti speciali non pericolosi	60.595	64.603	36.716	41.171	61.290					
7	200301	Rifiuti indifferenziati assimilati agli urbani*	/	/	/	/	/	/	/	/		

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

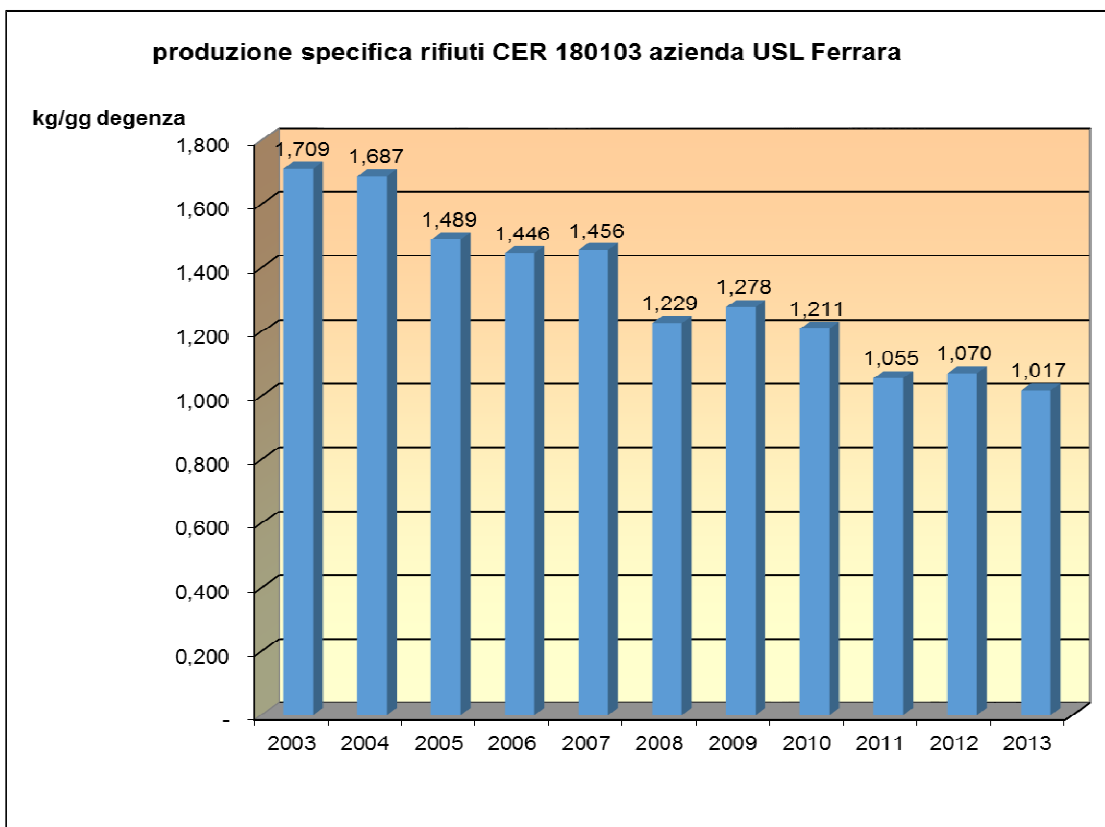
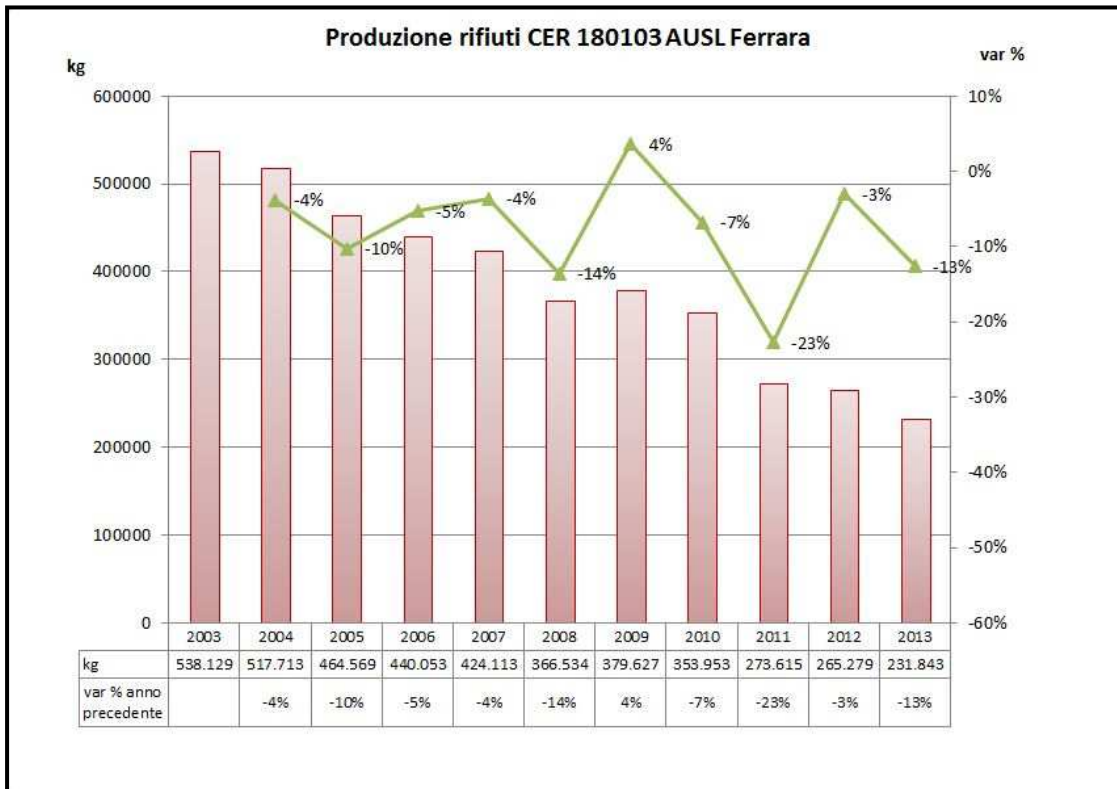
Codice colore

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

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

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

Anno	Posti letto	Giornate di degenza (DO+DH)	Kg 18.01.03*	Kg/GD	Kg/PLg	Variaz. Kg/GD
2009	751	297.088	379.627	1,278	1,38	
2010	753	292.177	353.953	1,211	1,29	-0,07
2011	753	259.384	273.615	1,055	1,00	-0,16
2012	721	247.883	265.279	1,070	1,01	0,02
2013	600	227.971	231.843	1,017	1,06	-0,05
Media				1,126	1,111	
Mediana				1,070	1,008	



Linea di Progetto “MOBILITA’ SOSTENIBILE”

Si è collaborato con la Regione per la predisposizione di tabelle per la rilevazione del parco auto aziendale. Si è poi provveduto all’inserimento dei dati relativi al parco auto per l’anno 2013, relativamente alle seguenti voci:

- ✓ targa
- ✓ anno di immatricolazione
- ✓ classificazione
- ✓ sede
- ✓ dipartimento di assegnazione
- ✓ uso
- ✓ marca
- ✓ modello
- ✓ alimentazione
- ✓ potenza motore
- ✓ km percorsi.

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

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

Sono state avviate procedure informatiche, tenendo conto di quanto prevedono le norme relative alla privacy, per cui si è installato in ogni vettura un rilevatore collegato ad un software in grado di gestire riparazioni meccaniche, elettriche, ecc, nonché manutenzioni ordinarie e approvvigionamento di carburante. Con i 250.000,00 € previsti dal Piano Annuale 2013 sono stati acquistati n. 8 nuovi automezzi/ambulanza/auto mediche a cui vanno aggiunte n. 5 Fiat Panda acquisite con un ulteriore Fondo Vincolato per un totale di 13 nuovi automezzi, a basso impatto ambientale.

Linea di Progetto “ACQUISTI VERDI”

Anche nel 2013 il Dipartimento Interaziendale Acquisti e Logistica Economale (DIALE) ha continuato ad effettuare iniziative di acquisto volte allo sviluppo sostenibile.

In particolare per quanto concerne gli “acquisti verdi” ha effettuato/prorogato le gare espletate in Area Vasta, da Intercent-ER ed ha altresì aderito alle convenzioni CONSIP.

Linea di Progetto “RISPARMIO ENERGETICO”

Il Dipartimento attività tecnico patrimoniali e tecnologiche ha eseguito il progetto definitivo per interventi di risparmio energetico che è stato approvato in Regione.

Il progetto comprende l’installazione di 4 impianti di cogenerazione, 1 impianto solare termico, 5 nuovi gruppi refrigeratori, la centralizzazione di un impianto di condizionamento, la sostituzione di corpi illuminanti all’interno delle strutture ospedaliere, la sostituzione dei corpi illuminanti nei parcheggi di alcune strutture ospedaliere e la sostituzione di infissi.

Per l’indizione della gara d’appalto del progetto, si attende l’aggiudicazione del nuovo contratto di multiservizio in quanto all’interno dello stesso sono previsti altri interventi di risparmio energetico che potrebbero sovrapporsi a quelli sopra indicati.

Livelli Essenziali di Assistenza

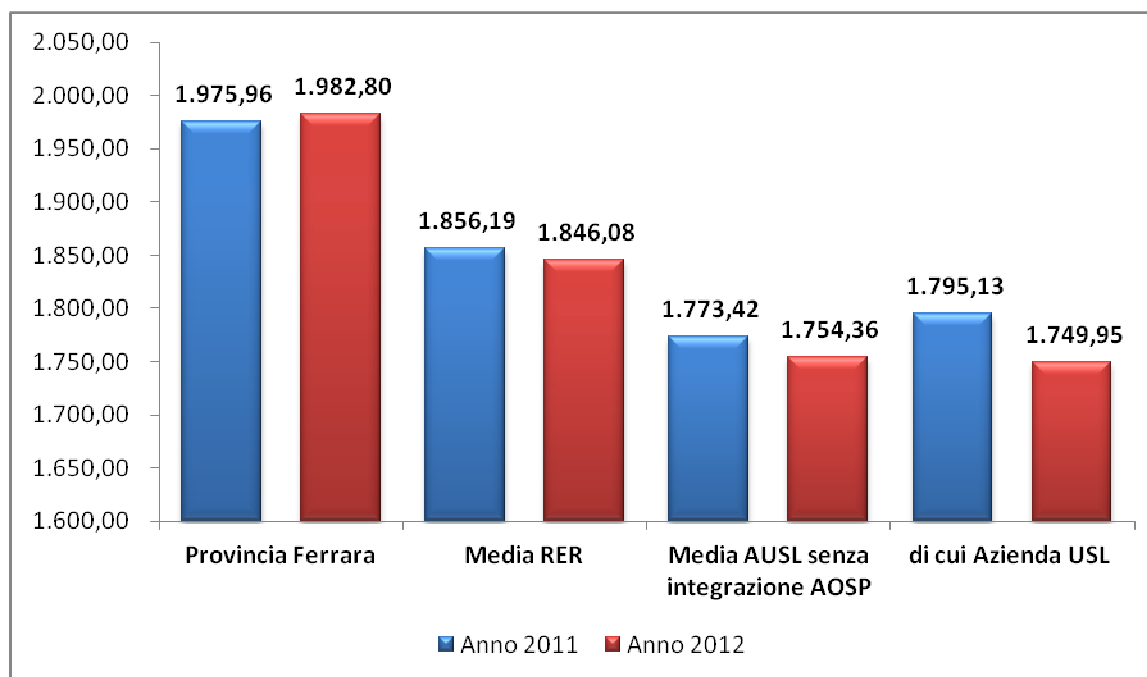
Gli impieghi delle risorse economiche

Costo pro-capite ponderato

Per motivi legati alle tempistiche di elaborazione dei dati delle Aziende e della Regione i valori del costo procapite sono sempre relativi all'anno precedente rispetto a quello di riferimento per il bilancio di missione. Il costo pro-capite evidenzia il rapporto tra risorse impiegate e popolazione di riferimento, ovvero quante risorse vengono impiegate per garantire l'assistenza nel territorio di ciascuna provincia, tenuto conto sia dell'Azienda Sanitaria Territoriale che dell'Azienda Ospedaliera. Ponderando la popolazione di riferimento sulla base della composizione per età è possibile mettere a confronto tale indicatore tra le diverse provincie della Regione, rilevando le situazioni ove quest'ultimo assume valori al di sopra della media regionale. Il costo medio pro capite sostenuto dalle Provincie per garantire i livelli di assistenza presenta differenze fra i diversi contesti provinciali.

Le Provincie 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, 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 e in differenze nei costi di produzione dei servizi e delle prestazioni erogati all'utenza.



La spesa procapite della provincia di Ferrara nel 2012 è pari a 1.982,80 euro (+0,34% rispetto al 2011) contro una media regionale di 1.846,08 (-0,54% rispetto al 2011).

Nel biennio 2011-2012, si è registrata una crescita nei costi complessivamente sostenuti dalle due Aziende provinciali con un peggioramento pari a 7 euro pro-capite. Tale peggioramento è riferibile unicamente ai maggiori costi connessi all'apertura del Nuovo Ospedale di Cona, determinatisi a partire dal secondo semestre 2012. I costi di apertura di un nuovo Ospedale non sono confrontabili con quelli prodotti da una "struttura consolidata". Ne è prova il fatto che il costo procapite per la sola Azienda USL, senza considerare i maggiori costi strutturali per il nuovo ospedale, calcolato in base alla produzione resa, risulta essere pari a 1.749,95. Tale valore è al di sotto del valore medio delle altre Aziende USL calcolato con il medesimo criterio oltre che in diminuzione rispetto al precedente anno del -2,5% (-45,18 euro p.c.), che rappresenta la miglior performance regionale. La situazione del 2012 limitatamente alla parte riferibile alla sola Azienda

Territoriale, non tenendo pertanto conto di quanto integrato a carico dell'Azienda Ospedaliera vede rappresentate con livelli di costo procapite ancora lievemente al di sopra dei valori medi le seguenti aree assistenziali:

- Salute Mentale
- Farmaceutica
- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Emergenza extraospedaliera
- Degenza e specialistica.

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

• *I livelli di costo dell'assistenza sanitaria collettiva sono più alti della media regionale in particolare per ciò che riguarda l'Igiene pubblica e la tutela della salute negli ambienti di lavoro, mentre sono al di sotto del livello medio per ciò che attiene l'assistenza veterinaria.*

• *I livelli di costo della Salute Mentale sono al di sopra del livello medio regionale per ciò che attiene il settore adulti e la Neuropsichiatria infantile mentre si mantengono al di sotto del livello medio nell'area delle Dipendenze patologiche.*

Per entrambe queste due aree l'incidenza del costo fattore umano è particolarmente consistente, da ciò ne consegue che le strategie di approccio al problema sono caratterizzate da revisioni organizzative delle sedi di erogazione (riducendole anche nel numero) e di integrazione delle professionalità evitando così inutili duplicazioni.

• *L'assistenza Farmaceutica convenzionata presenta livelli di costo al di sopra della media regionale principalmente per effetto dell'alto numero di ricette pro capite*

In quest'area, la leva più strategicamente rilevante per ottenere riduzione nei consumi è quella di agire sui fenomeni induttori di alti livelli di prescrizione, in particolare nelle aree caratterizzate da farmaci ad alto livello di costo unitario.

• *Gli alti livelli di costo per la Degenza e specialistica risentono della capillarizzazione delle strutture di offerta.*

La Provincia Ferrarese, da sempre, si è caratterizzata per la numerosità delle strutture ospedaliere rispetto alla quale, da tempo, è stata impostata ed attuata una programmazione volta alla loro riduzione o conversione. Va detto che il 2012, in particolare, è stato caratterizzato dal trasferimento dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo Nosocomio di Cona con conseguenti elevatissime ricadute economiche in termini di costi di avviamento.

Coerentemente con quanto sopra il Piano di Sostenibilità 2014-2015 prevede una serie di azioni:

- Nell'area della Salute Mentale e della Sanità Pubblica si sta procedendo alla riorganizzazione e accorpamento delle sedi fisiche. L'organizzazione della Salute Mentale in particolare, viene sempre di più integrata nell'ambito di percorsi condivisi con il Dipartimento di Cure Primarie realizzando, in tal modo, economie nell'utilizzo delle professionalità
- Nell'area della Degenza e specialistica trovano riscontro i piani di riconversione dei Posti letto Ospedalieri in Posti letto Distrettuali di tipologia post-acuzie ad indirizzo riabilitativo estensivo (strutture OSCO). Sul fronte dell'assistenza specialistica l'Azienda ha elaborato un Piano Provinciale interaziendale che, unitamente alla riduzione dei tempi di attesa, consentirà di evitare duplicazioni nell'offerta.
- L'Emergenza Territoriale è caratterizzata dalla riorganizzazione dei punti di soccorso e dalla accorpamento organizzativo nella Centrale Operativa di Area Vasta
- Il governo della spesa farmaceutica si è caratterizzato per un approccio di tipo interaziendale al problema degli elevati costi definendo una serie di obiettivi al perseguimento dei quali sono impegnati sia Medici del Territorio, sia Medici dell'Azienda Ospedaliera.

Per una più dettagliata articolazione degli obiettivi sopra indicati si faccia riferimento al Capitolo 3.

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

		2011			2012			2012 VS 2011		
		costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	popolazione	Costo procapite (€)	costo livello (K€)	Costo procapite (€)	%
Integrazione costi da AOSP *	Fe	69.083	382.030	180,83	89.233	383.217	232,85	20.150	52,02	28,8%
	RER	366.869	4.432.439	82,77	408.918	4.459.246	91,70	42.049	8,93	10,8%
SALUTE MENTALE	Fe	25.323	382.030	66,29	26.853	383.217	70,07	1.530	3,79	5,7%
	RER	292.532	4.432.439	66,00	304.326	4.459.246	68,25	11.794	2,25	3,4%
PREVENZIONE	Fe	21.865	382.030	57,23	23.270	383.217	60,72	1.405	3,49	6,1%
	RER	252.370	4.432.439	56,94	253.037	4.459.246	56,74	667	-0,19	-0,3%
EMERGENZA EXTRAOSP.	Fe	14.760	382.030	38,64	15.362	383.217	40,09	602	1,45	3,8%
	RER	149.557	4.432.439	33,74	153.165	4.459.246	34,35	3.608	0,61	1,8%
Degenza e specialistica senza integrazione costi delle AOSP	Fe	384.229	382.030	1.005,76	376.104	383.217	981,44	-8.125	-24,32	-2,4%
	RER	4.343.368	4.432.439	979,90	4.353.762	4.459.246	976,34	10.394	-3,56	-0,4%
DISTRETTO altro	Fe	239.614	382.030	627,21	229.019	383.217	597,62	-10.595	-29,59	-4,7%
	RER	2.822.741	4.432.439	636,84	2.758.823	4.459.246	618,67	-63.918	-18,16	-2,9%
TOTALE	Fe	754.874	382.030	1.975,95	759.841	383.217	1.982,80	4.967	6,84	0,3%
	RER	8.227.437	4.432.439	1.856,19	8.232.031	4.459.246	1.846,06	4.594	-10,13	-0,5%
TOTALE senza integrazione costi da AOSP	Fe	685.791	382.030	1.795,12	670.608	383.217	1.749,94	-15.183	-45,18	-2,5%
	RER	7.860.568	4.432.439	1.773,42	7.823.113	4.459.246	1.754,36	-37.455	-19,06	-1,1%

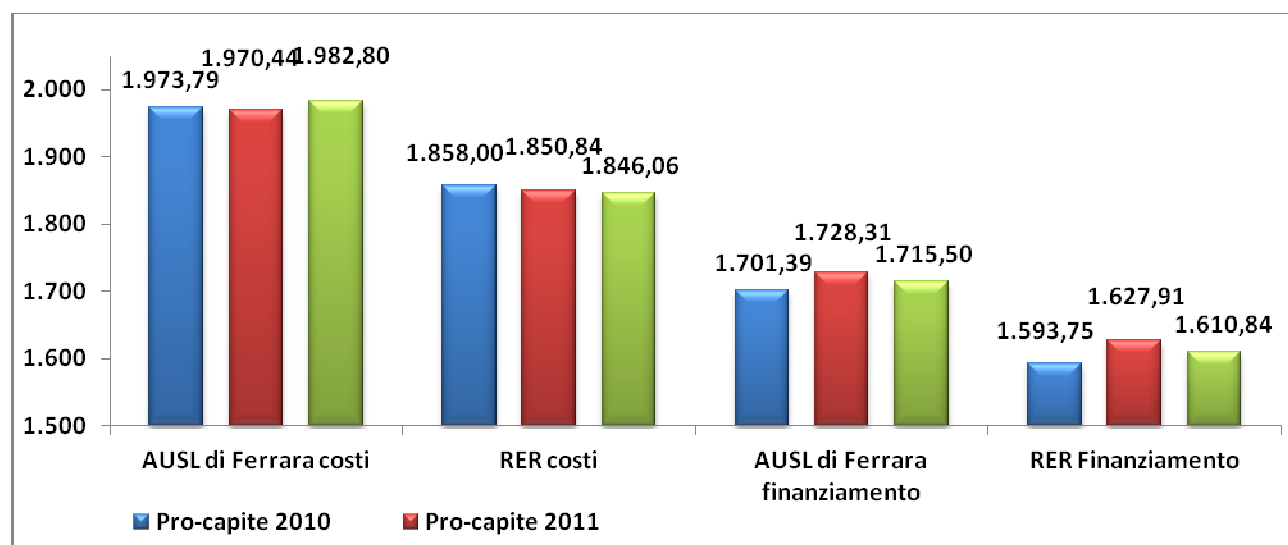
* l'integrazione costi da AOSP è rappresentato dalla differenza tra costi di produzione delle Aziende Ospedaliere e valore economico dell'accordo stipulato con le AUSL

Finanziamento pro capite ponderato per i cittadini residenti. La ripartizione annuale del Fondo Sanitario Regionale tra le Aziende Sanitarie avviene sulla base di criteri che tengono principalmente conto della composizione per età della popolazione di riferimento; per questo motivo, essendo la provincia di Ferrara caratterizzata da un elevato indice di vecchiaia, il valore del finanziamento pro capite assegnato è il più alto tra le province emiliano - romagnole. Si nota che a livello complessivo provinciale, nel 2012, si assiste all'incremento del costo procapite e al contemporaneo decremento del finanziamento.

Confronto tra finanziamento pro-capite e costo pro-capite ponderato

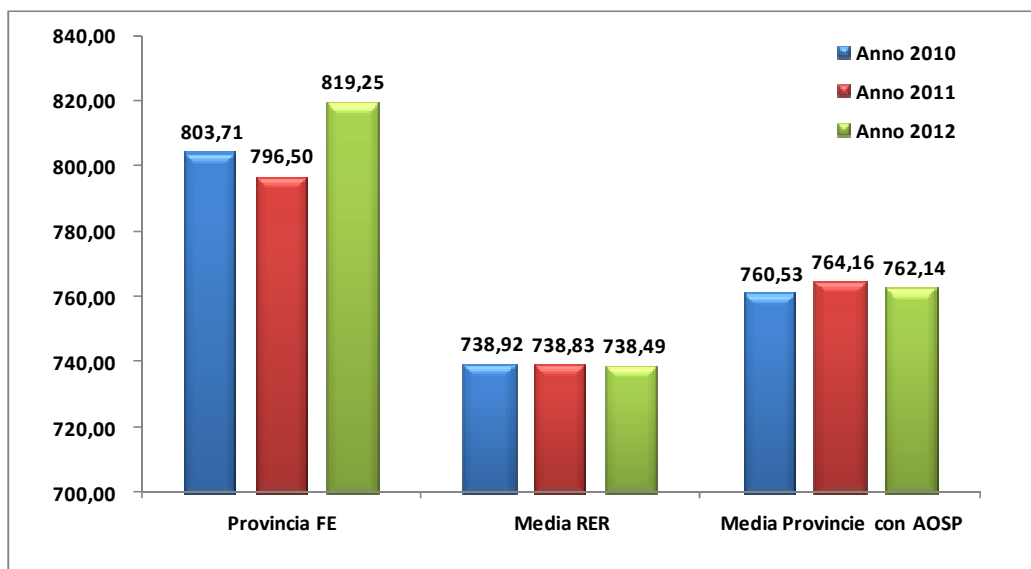
	AUSL di Ferrara costo pro-capite	RER costo pro-capite	AUSL di Ferrara finanziamento pro-capite	RER Finanziamento pro-capite
Pro-capite 2010	1.973,79	1.858,00	1.701,39	1.593,75
Pro capite 2011	1.970,44	1.850,84	1.728,31	1.627,91
Pro capite 2012	1.982,80	1.846,06	1.715,50	1.610,84

Valori in Euro.



Area della degenza ospedaliera

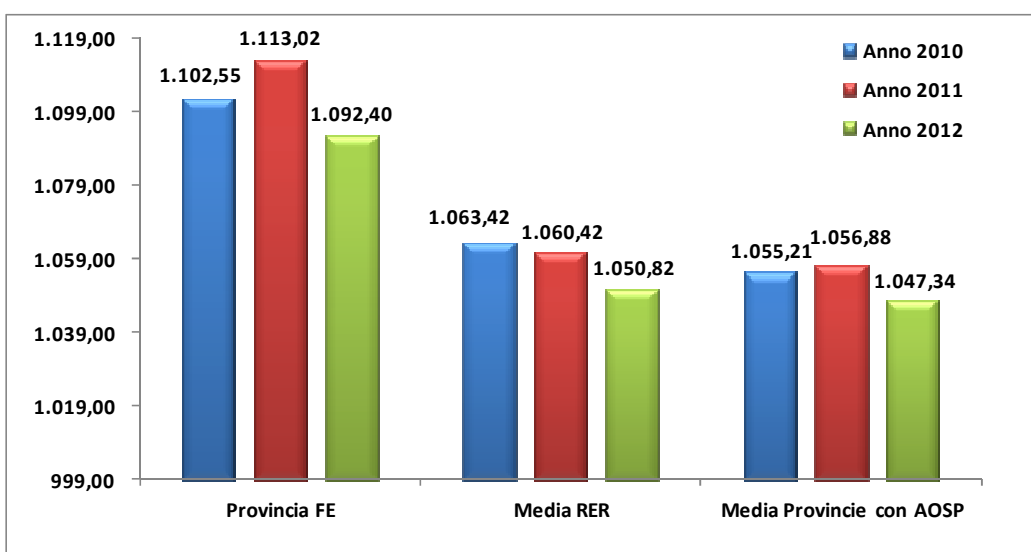
Il costo pro-capite pesato dell'Area Ospedaliera è ottenuto dal rapporto tra i costi sostenuti dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini residenti e la popolazione della provincia ponderata in base all'età.



La provincia di Ferrara, ha speso complessivamente nel 2012 un importo pari a 322.095.785 euro per garantire l'assistenza ospedaliera ai propri cittadini, posizionandosi al primo posto in termini di risorse pro capite consumate. Il costo pro-capite ponderato è rimasto, nel tempo, al di sopra dei valori medi regionali. Come già più sopra spiegato, l'alto costo dell'assistenza ospedaliera è sicuramente determinato dalla numerosità delle strutture ospedaliere provinciali, dall'assoluta consistenza del fenomeno legato alla mobilità passiva e, in particolare per l'anno 2012, dalle pesanti ricadute economiche derivanti dal trasloco dell'Azienda Ospedaliera nel nuovo nosocomio di Cona con conseguenti alti costi di avviamento della struttura.

Area Distrettuale

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

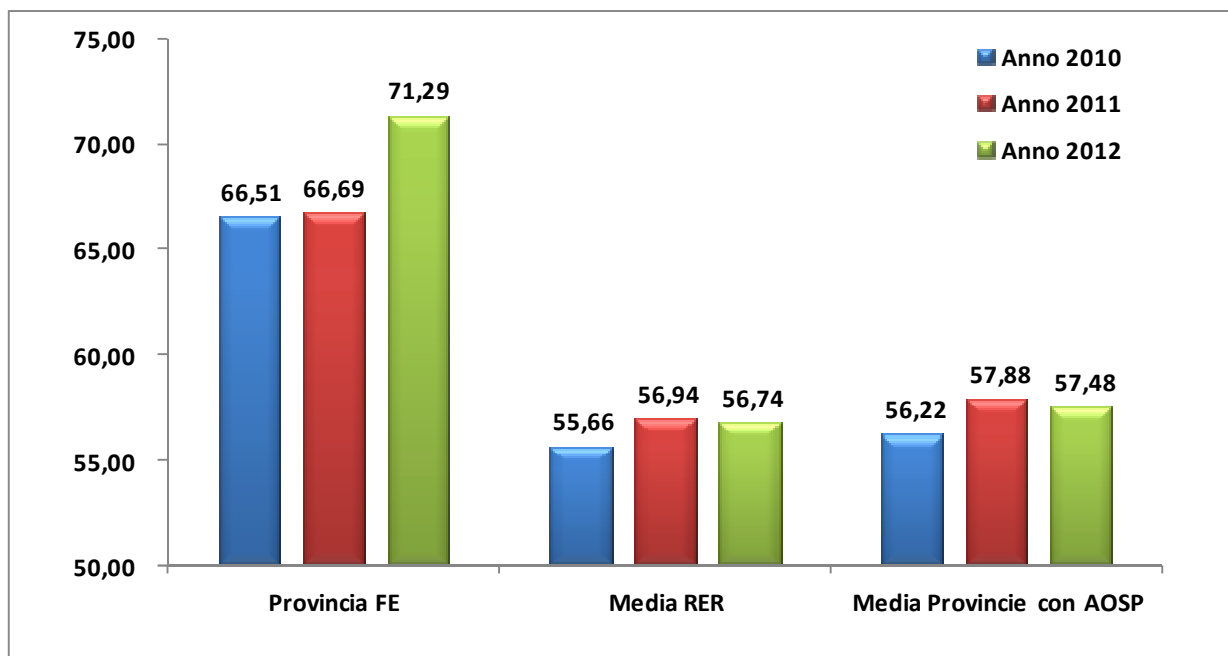


Per garantire l'assistenza distrettuale nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2012 ha consumato risorse per complessivi 414.475.949 euro. Il costo procapite è diminuito del -1,858% rispetto al 2011 contro

un dato RER pari a -0,90%. Risultano al di sopra della media regionale le seguenti aree: Farmaceutica, Specialistica e Salute Mentale. Si rimanda a quanto sopra descritto per ciò che riguarda le principali ragioni degli scostamenti.

Area della Sanità Pubblica

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



Per garantire la funzione di sanità pubblica nel proprio territorio, la provincia di Ferrara, nel 2012 ha consumato risorse per complessivi 23.269.724 euro; rispetto alle altre Aziende territoriali si posiziona al primo posto in termini di costo ponderato pro-capite.

L'incremento di costo evidenziato nel 2012 è spiegabile dal passaggio alla nuova procedura informatica stipendiale, a seguito della quale si sono generate variazioni nei costi del personale dipendente conseguenti ad una più corretta allocazione dello stesso tra i diversi centri di costo aziendali.

Le strutture di offerta dei Distretti

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

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

BONDENO

Punti prelievi
Salute donna
1 C. P.
1 R.S.A.
Centri Handicap
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo Mista (MMG e PLS)

VIGARANO MAINARDA

Poliambulatorio
Punto prelievi
1 C. P.
1 Medicina di Gruppo

MIRABELLO

Pediatria di Comunità
Punto prelievi

CENTO

Ospedale S. Annunziata
Poliambulatorio, Sportello Unico
Salute Donna
Salute Anziani
ADI
Pediatria di Comunità
1 C.P. Convenzionata
1 C.D. Convenzionato
Ambulatori Serv. psych. territoriale
C.D. psichiatrico Corte dei Liutai
Serv. psych. territoriale. Semiresidenze
Centri Handicap
SASSI
Dipendenze Patologiche
Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Med. Legale e Amb. Invalidi
Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Veterinario
Neuropsichiatria Infantile
1 Medicina di Gruppo

SANT'AGOSTINO

1 C. P.
Punto prelievi

POGGIORENATICO

Punto prelievi
1 C. P.

Nuclei di Cure Primarie:
1. Cento
2. S. Agostino-Mirabello-frazioni di Cento
3. Bondeno
4. Vigarano Mainarda-Poggio Renatico

COPPARO

Ospedale S. Giuseppe
1 Pediatria di Gruppo
Casa della Salute "Terra e Fiumi"
Poliambulatorio/Sportello Unico
Punto prelievi
Salute donna, Salute Anziani, ADI, SASSI
Pediatria di Comunità
1 C.P. Convenzionata CRA
1 C.D. Convenzionato
1 Ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie H12

Ambulatorio Serv. psych. territoriale
C.D. Salute Mentale
G. Appartamento Salute mentale
Dipendenze Patologiche
UONPIA

Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Veterinario

Med. Legale e Amb. Invalidi

BERRA

Medicina di Gruppo
Punto Prelievi

RO

Punto Prelievi
Medicina di Gruppo

IOLANDA DI SAVOIA

CSR disabili diurno e residenziale
Punto prelievi

TRESIGALLO

Sportello Unico
Punto prelievi
1 C. P. CRA.
1 C.D. per anziani

FORMIGNANA

G. Appartamento Salute mentale

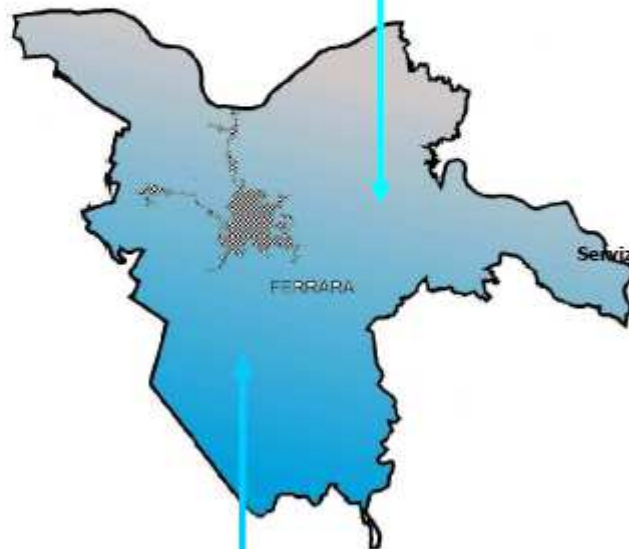
VOGHIERA

Punto prelievi

Nuclei di Cure Primarie:

1. Copparo
2. Ferrara (num.8)

FERRARA



Poliambulatorio – Sportello Unico
Salute donna
Salute infanzia
Salute Anziani
ADI
SASSI
CSR disabili diurno e residenziale
Punti prelievo
6 Medicine di gruppo
3 R.S.A. convenzionate
1 C.D. Convenzionato
6 C.P. Convenzionate
1 Hospice convenzionato

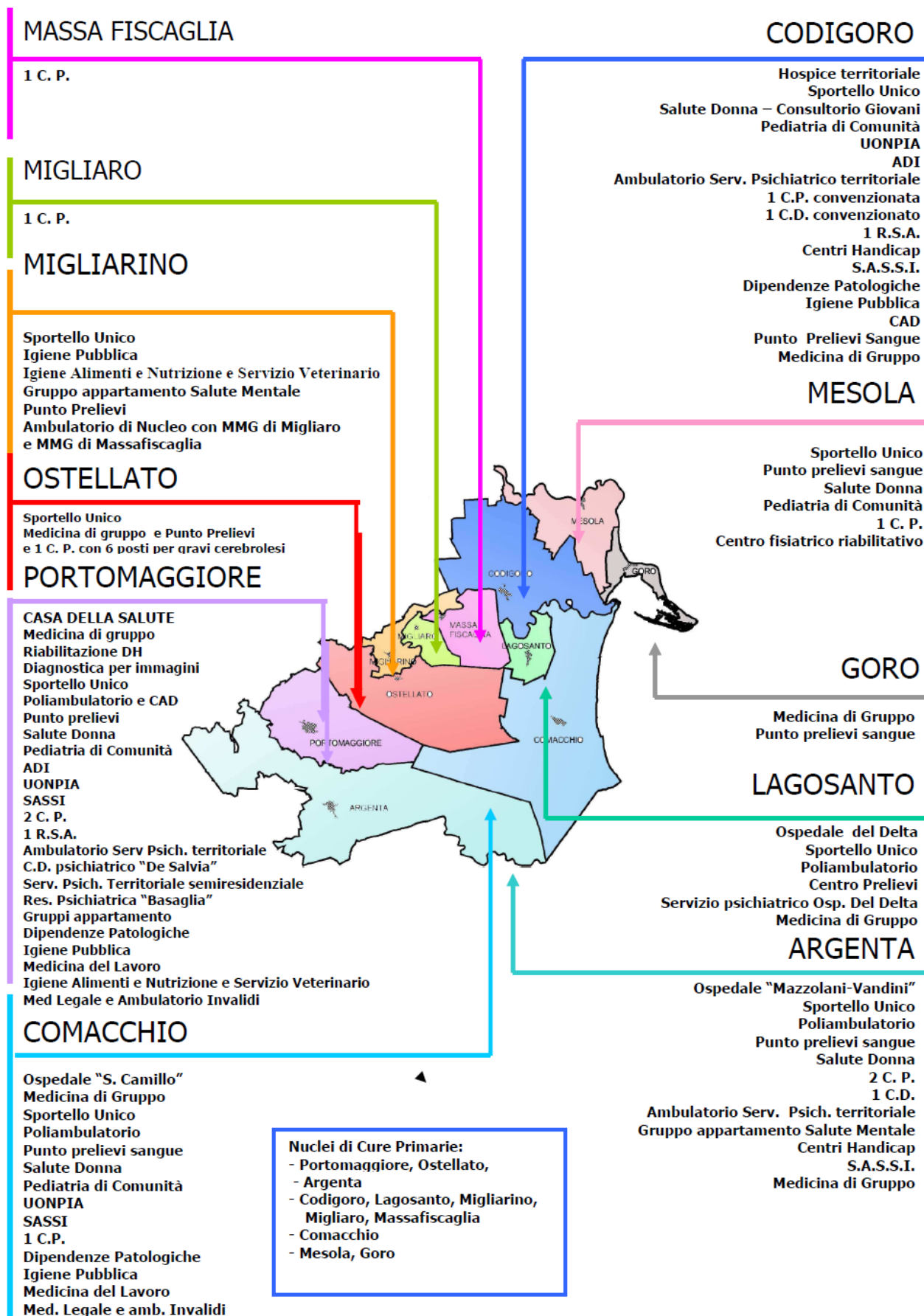
Casa di Cura Salus
Casa di Cura Quisisana

Servizio psichiatrico territoriale
Gruppi Appartamento Salute Mentale
Residenza tratt. intensivo La Luna
Centro Diurno Maoccaro
Res. tratt. protrato il Convento
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura a Cona
Dipendenze Patologiche
UONPIA

Igiene Pubblica
Medicina del Lavoro
Igiene Alimenti e Nutrizione
Servizio Veterinario

Med. Legale e amb. Invalidi

Azienda Ospedaliera Sant'Anna



Il Dipartimento Sanità Pubblica

Prevenzione e tutela della salute

Screening oncologici

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

Screening dei tumori della cervice uterina

Coinvolge le donne nella fascia di età 25-64 anni. Dal 1° ottobre 2011 è iniziato il 6° round triennale organizzativo. Nell'anno 2013, 28354 donne residenti e domiciliate sono state invitate tramite lettera con appuntamento personalizzato ad eseguire il test di screening (pap test) con una estensione corretta all'invito del 96% mentre la percentuale di risposta allo screening è stata del 65%. Le donne non rispondenti all'invito, in accordo alle procedure stabilite, sono richiamate con una lettera di sollecito a distanza di sei mesi dal primo invito (invio al 100% delle non rispondenti). Le nuove tecniche per la citodiagnostica (strato sottile, lettura assistita, sonda HPV-DNA) garantiscono una migliore predittività del test di primo livello. Un nuovo programma informatico per la gestione dello screening è stato avviato nel dicembre 2010 per garantire un miglior servizio alle donne.

Screening dei tumori della mammella

Nell'anno 2013 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne, residenti e domiciliate dai 45 ai 74 anni, tramite lettera di invito personalizzato e, secondo le modalità procedurali, il richiamo tramite lettera di sollecito alle non rispondenti (invio al 100% delle non rispondenti). Nell'anno 2013 sono state invitate 45124 donne, con un'estensione all'invito del 98,7% (96,1% per le 45-49, 95,2% per le 50-54 e 105% per le 70-74) con una percentuale di risposta allo screening superiore al 75% (del 73% per le 50-69enni, dell'84% per le 45-49 e del 70% per le 70-74).

Nell'anno 2012, nell'ambito del programma di screening del tumore della mammella, è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare rispondente alla richiesta del Progetto Regionale. Dal 01/06/2012 al 31/12/2013 sono state invitate al centro spoke 2673 donne, di queste 338 hanno risposto e 107 sono state inviate al centro hub.

Screening dei tumori del colon retto

Il 21 marzo 2013 è iniziato il 5° round biennale, che terminerà nel marzo 2015. La popolazione target è composta da circa 50.000 donne e uomini, pari alla somma di residenti e domiciliati in fascia di età compresa tra 50 e 69 anni. Le persone interessate sono invitate mediante lettera. La distribuzione del kit per il test di primo livello (ricerca del sangue occulto nelle feci) è affidata alle Farmacie. La riconsegna del test avviene in 23 "punti" di raccolta, elencati nella lettera di invito. Nel 2013 sono state invitate 48876 persone (un'estensione agli inviti del 99%). La percentuale di risposta allo screening è del 50%.

Qualità degli screening

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

messe a punto a livello regionale. Durante il 2013 sono stati fatti più incontri con il personale delle due aziende coinvolto per esaminare e migliorare i diversi aspetti del percorso di screening.
 Nell'anno 2012 è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale per la gestione del rischio eredo-familiare per il carcinoma della mammella femminile.

Indicatori di attività - Anni 2009 – 2012

	Screening del collo dell'utero (età 25-64 anni)								Screening della mammella (età 50-69anni)							
	% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**				% avanzamento del programma*				% adesione all'invito**			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FERRARA	96,3	99,4	110,2	120,1	65,8	64,2	62,8	56,7	96,5	101,6	100,6	112,3	77,9	76,7	74,1	74,5
TOT REGIONE	101,2	106,4	114,1	113,2	61,9	60,0	58,4	56,9	102,6	90,4	116,3	106,4	73,2	72,9	68,0	73,7

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

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

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

Screening per la diagnosi precoce dei tumori della mammella - Indicatori di attività - Anno 2010-2012

Aziende USL	% avanzamento del programma*						% adesione all'invito**					
	fascia 45 - 49 anni			fascia 70 - 74 anni			fascia 45 - 49 anni			fascia 70 - 74 anni		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2010	2011	2012
FERRARA	99,3	100,0	99,7	117,0	103,8	102,7	61,4	66,3	75,0	68,4	68,8	69,8
TOTALE REGIONE	66,5	76,8	86,3	105,5	102,3	106,9	62,7	70,7	71,1	65,6	65,3	71,3

Screening per la prevenzione dei tumori del colon-retto - Indicatori di attività - Anni 2005 - 2012

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

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

** % persone esaminate / persone invitate.

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

Programmi di vaccinazione

Copertura vaccinale per le vaccinazioni dell'infanzia.

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

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

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

per tutte le vaccinazioni previste al 24° mese di vita sono stati ampiamente superati gli obiettivi del 95%; infatti la copertura vaccinale per DT, polio, epatite B, è superiore al 97%; rispetto al Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015 si è verificata una lieve flessione

per quanto riguarda la prima dose di MPR, entro i 24 mesi di vita: 94%. E' garantita la vaccinazione dei bambini a maggior rischio e la registrazione dei dati per la elaborazione delle coperture vaccinali regionali al fine di evitare sacche di suscettibilità.

La provincia di Ferrara ha nel 2012, per la gran parte dei vaccini, coperture vaccinali in linea e al di sopra di quelle della media regionale. Sono state implementate tutte le iniziative volte al recupero delle vaccinazioni per la prevenzione di rosolia congenita e morbillo specie nelle donne in età fertile non vaccinate e nei giovani che non hanno ricevuto la 2° dose di MMR.

Indicatori	Valore atteso regionale 31.12.2011	Valore osservato regionale 31.12.2011	Valore atteso locale 31.12.2011	Valore osservato locale 31.12.2011	Valore atteso regionale 31.12.2012	Valore atteso locale 31.12.2012	Valore al 31/12/2013
Coperture contro polio, difto-tetano, epatite B al 24° mese	≥ 95%	96,2%	≥ 95%	97,5 %	≥ 95%	>95%	97%
Coperture al 24° mese per le vaccinazioni contro:							
- Pneumococco	≥ 95%	94,1 %	≥ 95%	95,6 %	≥ 95%	>95%	> 95%
- Meningococco tipo C		92,5 %		95,3 %		>95%	94,5%
Copertura per la vaccinazione contro il morbillo al 24° mese	94%	93%	94%	95,7 %	Nell'80% pop. ≥ 95%; nel restante 20% pop. >90%	>95% >90%	94%

Vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV)

	Coorti di nascita							
	1997		1998		1999		2000	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture e vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture e vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture e vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)
Azienda USL FE 31/12/2013	85,9	84	83,9	81,4	84,8	83,4	87,3	85,1

Aziende USL	Polio al 24° mese*				Morbillo al 24° mese**				Hib al 24° mese*				Pertosse al 24° mese*			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
FERRARA	98,8	97,2	97,6	97,2	97,0	95,3	95,6	94,7	98,3	97,0	97,1	95,4	98,7	97,2	97,5	97,1
RER	97,3	96,7	96,5	96,3	93,7	92,9	92,9	92,6	96,5	96,0	95,4	95,4	97,1	96,4	96,2	96,0

* bambini che sono stati vaccinati con almeno 3 dosi di vaccino

Copertura vaccinale Morbillo al 24° mese per Distretto - Anno 2012

Azienda USL	Distretto	% vaccinati
FERRARA	Centro Nord	94,0
	Sud Est	95,5
	Ovest	95,5
	Totale Ausl Ferrara	94,7
RER		92,6

Copertura vaccinale HPV per le coorti di nascita 1997-2001 distinte per Azienda Usi al 30/06/2013

Aziende Usi	Coorti di nascita									
	1997		1998		1999		2000		2001	
	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)	% vaccinati con almeno 1 dose	% vaccinati 3 con dosi (coperture vaccinali)
Ferrara	85,4	82,7	83,0	81,0	84,3	82,7	86,8	84,1	76,6	32,8
Regione Emilia-Romagna	78,4	75,6	79,2	76,0	76,2	72,9	77,3	73,4	74,3	50,7

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

- acquisto del vaccino antipapilloma virus,
- formazione del personale coinvolto,
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti fino al compimento del 18° anno, su richiesta della famiglia e con pagamento di ticket.
- esecuzione della vaccinazione a tutte le altre coorti (maschi e femmine) oltre il compimento del 18° anno, su richiesta e con pagamento di ticket.

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

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

Campagna antinfluenzale 2013/14

La Campagna di vaccinazione antinfluenzale 2013/14 è stata effettuata secondo le indicazioni delle Circolari Nazionale e Regionale .

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

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

vaccinazione. Gli indici di copertura vaccinale - diminuiti negli ultimi tempi, a livello nazionale e regionale (< al 60%) - sono risultati in ripresa e l'Azienda USL di Ferrara ha realizzato uno dei migliori risultato regionali.

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA
VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE
TASSO DI COPERTURA VACCINALE (%)
NELLA POPOLAZIONE DI ETÀ >= 65 ANNI**

AZIENDA USL	campagna 2001/2002	campagna 2002/2003	campagna 2003/2004	campagna 2004/2005	campagna 2005/2006	campagna 2006/2007	campagna 2007/2008	campagna 2008/2009	campagna 2009/2010	campagna 2010/2011	campagna 2011/2012	campagna 2012/2013*
PIACENZA	53,9	63,5	71,4	72,1	75,3	74,5	73,8	74,4	74,5	61,0	65,3	55,4
PARMA	48,8	53,3	56,5	62,3	69,0	68,3	66,5	66,0	68,3	52,7	54,9	47,3
REGGIO EMILIA	64,9	67,8	71,6	73,7	76,2	76,1	75,5	75,9	76,9	70,5	65,6	53,1
MODENA	70,4	74,4	75,9	75,6	78,0	77,7	76,3	75,8	75,5	65,2	66,5	55,7
BOLOGNA	57,3	62,6	68,5	69,5	72,8	72,9	71,6	72,5	72,4	65,7	62,9	56,0
IMOLA	66,0	71,9	72,6	71,6	73,9	74,0	72,0	72,6	71,2	63,3	64,9	58,0
FERRARA	63,1	66,7	69,5	70,1	73,9	75,0	74,3	75,3	75,9	66,9	68,3	57,4
RAVENNA	63,2	64,5	67,6	70,3	74,9	75,6	72,9	71,6	73,3	61,7	63,1	55,1
FORLÌ	65,6	67,0	76,4	75,8	77,9	78,7	77,5	77,6	75,1	63,8	65,2	57,6
CESENA	64,9	65,2	68,8	70,0	72,0	73,0	70,8	70,5	71,2	59,7	64,0	52,1
RIMINI	62,9	64,9	68,2	69,4	72,4	74,2	73,3	72,3	65,1	58,2	59,8	52,2
RER	61,2	65,2	69,3	70,8	74,2	74,4	73,1	73,0	63,3	63,6	54,5	

N.B.: La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.
*Per la campagna 2012/13 la popolazione è riferita al 31/12/2011 in quanto ancora non disponibile al 31/12/2012.
I dati di copertura vaccinale sono provvisori ed aggiornati al **06/03/2013**
Fonte: Popolazione residente, Statistica self-service - Regione Emilia-Romagna

Campagna 2013/2014 : indice di copertura nella popolazione di età => ai 65 anni → 60,3%

Vaccinazione antinfluenzale. Numero di soggetti vaccinati (tutte le età)

Aziende USL				Variazione % dei soggetti vaccinati tra 2012/13 e 2000/01
	Campagna 2010/2011	Campagna 2011/2012	Campagna 2012/2013	
FERRARA	87.956	89.745	72.979	49,0
TOTALE REGIONE	844.920	851.986	710.840	38,9

Vaccinazione antinfluenzale. Tasso di copertura per 100 abitanti di età oltre i 65 anni (%)*

Aziende USL			
	Campagna 2010/2011	Campagna 2011/2012	Campagna 2012/2013
FERRARA	66,9	68,3	57,9
TOTALE REGIONE	63,3	63,6	54,7

* La popolazione di riferimento è quella al 31/12 dell'anno di inizio di ogni campagna vaccinale.

Copertura vaccinale meningococco

	Copertura vaccinale al 24° mese		Copertura vaccinale a 16 anni	
	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2011	Anno 2012
FERRARA	95,3%	94,5	89,6%	87,5
Totale Regione	92,5%	92,2	78,7%	80,4

Copertura vaccinale pneumococco

	Copertura vaccinale al 12° mese	
	Anno 2011	Anno 2012
FERRARA	94,0%	96,8
Totale Regione	95,2%	95,5

Tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro

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

Servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Anno 2013

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

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

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

Percentuale di aziende controllate sulle esistenti

AUSL	Anno 2013		
	Confronto con i dati fonte ISTAT	Confronto con le PAT 2013 Totali fonte INAIL	Confronto con le PAT 2009 almeno 1 dip. e almeno 2 artig. fonte INAIL
FE	5,2	6,7	10,7
TOTALE	5,5	6,4	10,3

Percentuale di aziende sanzionate sulle aziende controllate. Anni 2010-2013

AUSL	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013
FE	9,9	15,9	15,1	17,3
TOTALE	17,2	15,0	12,7	11,6

Il perdurare della crisi economica assieme agli effetti del terremoto che ha fortemente colpito una vasta area intensamente industrializzata della nostra Provincia, ha avuto come effetto, negli ultimi anni, la progressiva riduzione delle aziende attive nel nostro territorio con un evidente decremento delle aziende assicurate Inail, unico dato, che verificato annualmente, ci permette di avere una situazione aggiornata delle attività produttive esistenti nella Provincia di Ferrara.

Dall'analisi dei dati forniti dall'INAIL sull'andamento infortunistico dal 2008 al 2012, si evidenzia per la Provincia di Ferrara una progressiva riduzione del numero degli infortuni denunciati con una variazione in

diminuzione pari al 30,9%, unico dato in aumento nella nostra Provincia, in analogia con quanto riscontrato nel resto della Regione, risulta essere quello relativo agli infortuni così detti in itinere, che avvengono lungo il percorso per raggiungere o per tornare dal luogo di lavoro. Per quanto riguarda le malattie professionali dall'anno 2008 all'anno 2012, nella Provincia di Ferrara, si è registrato un progressivo aumento di quelle denunciate all'INAIL, come del resto è avvenuto in quasi tutte le realtà provinciali della Regione, attestandosi attorno al valore di 300 l'anno. Tale fenomeno in aumento è in parte probabilmente dovuto ad una maggiore sensibilità dei medici rispetto a questo problema, anche come risultato delle iniziative di sensibilizzazione messe in atto dall'Unità Operativa e in parte ad una revisione della tabella delle tecnopatie che ha agevolato il loro riconoscimento. Per quanto riguarda la nostra Provincia, dal 2008 al 2012 si è avuto un aumento delle denunce di malattia professionale pari al 22,6%.

Nell'ambito dell'attività di vigilanza, sono state controllate dal SPSAL nel 2013 n. 1.466 Unità Locali, risultando questa attività pressoché invariata rispetto all'anno 2012.

L'obiettivo da raggiungere, imposto dalla RER, pari al 9% delle aziende da controllare, è dato dalla frazione al cui denominatore è posto il numero di posizioni assicurative territoriali INAIL (PAT INAIL) con almeno un lavoratore dipendente, che per Ferrara nel 2012 risulta essere pari a 14.297 e al numeratore dal numero di aziende controllate pari a 1.466. Applicando la formula sopra descritta si ottiene un 10,1 % di aziende controllate rispetto alle PAT INAIL con almeno un dipendente.

L'obiettivo del 9% delle aziende da controllare imposto dalla RER per il 2013 è stato raggiunto e superato (10,1% Unità Locali Controllate). Dall'analisi dei dati di attività riferita all'anno 2013, si evidenzia un consistente aumento delle aziende sanzionate rispetto al totale delle aziende ispezionate rispetto all'andamento degli ultimi anni. Questo dato certamente impone una riflessione in merito all'applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro in quanto dimostra il perdurare di una situazione di elevata inadempienza che giustifica una costante attenzione in termini di vigilanza e controllo sull'attuazione della prevenzione dei danni alla salute all'interno delle attività produttive.

Sanità Pubblica Veterinaria

Nell'anno 2013 l'Unità Operativa Attività Veterinarie (UOAV), che si occupa di tutti gli aspetti della sanità pubblica Veterinaria operando per la Sicurezza Alimentare e la tutela del benessere degli animali, ha dato continuità ai seguenti macro-obiettivi: sorveglianza sulle malattie trasmissibili degli animali e gestione delle emergenze epidemiche; sorveglianza sull'igiene delle produzioni zootecniche e degli alimenti in allevamento e presso gli stabilimenti del settore, ivi compresa la gestione delle allerta riguardanti alimenti e mangimi; controllo della popolazione canina e felina.

Sistema di Gestione della Qualità

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

- programmazione del lavoro dettagliata in ogni settore di attività, con frequenza dei controlli stabilita in base al "rischio" delle strutture
- qualifica degli Operatori addetti al controllo come "Auditor per la Sicurezza alimentare"
- utilizzo di procedure e istruzioni operative per l'esecuzione dei controlli
- verifiche (follow-up) entro tempi certi sulla risoluzione delle irregolarità riscontrate nei controlli ufficiali
- registrazione su base informatica di ogni controllo svolto e delle non conformità riscontrate. La registrazione dell'esito di ogni controllo permette di costruire le informazioni utili a programmare la frequenza dei controlli per l'anno successivo presso ogni singolo Produttore di alimenti (minimo, standard e rinforzato), in funzione della valutazione dei rischi
- verifica della qualità delle prestazioni mediante un programma di supervisioni e audit interni
- verifica dei risultati, ai fini del riesame e della successiva riprogrammazione
- gestione di un complesso sistema informativo che gestisce tutte le informazioni necessarie mediante uno specifico software.

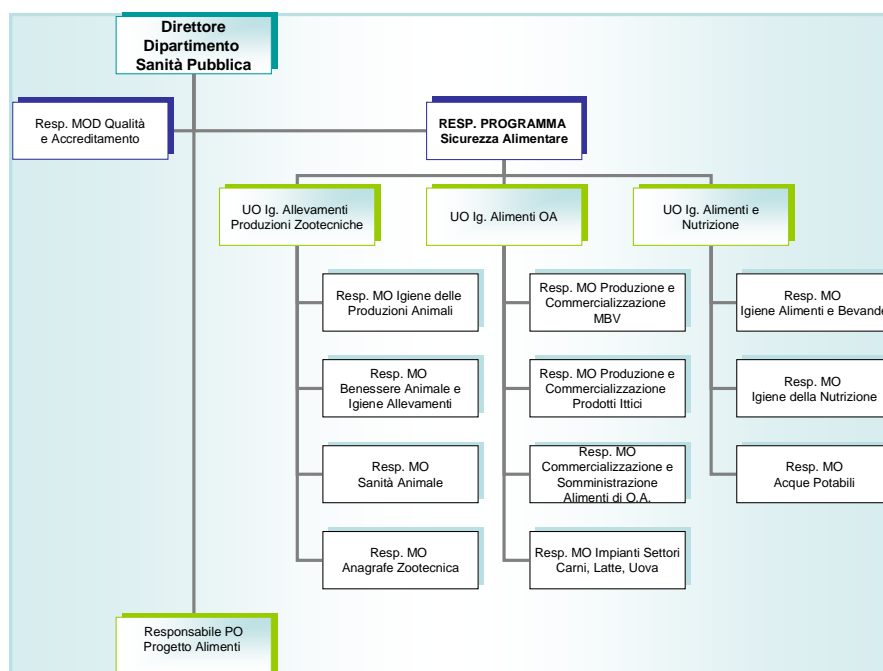
La supervisione è stata introdotta, in attuazione di specifico obiettivo regionale e aziendale, nel 2013. Consiste nell'effettuazione di ispezioni in presenza sul campo del Veterinario supervisionato e del Veterinario supervisore, con discussione delle risultanze del controllo ufficiale eseguito. La supervisione ha

quali finalità quella di verificare, su mandato della Direzione dell'Unità Operativa, l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, ottenendo elementi al fine di indirizzare la pianificazione della formazione e di altri strumenti tesi al miglioramento, promuovendo altresì la socializzazione delle migliori conoscenze disponibili. I settori sottoposti a supervisione sono stati i controlli ufficiali sulla biosicurezza degli allevamenti avicoli, sull'anagrafe degli equidi, sull'igiene della produzione alla stalla di latte bovino e ovino, sul benessere animale in allevamento, sul controllo degli stabilimenti di depurazione dei molluschi e di produzione di prodotti a base di carne. Sono state effettuate n. 41 supervisioni, le cui risultanze sono state elaborate e illustrate, in riunione plenaria, a tutto il Personale Veterinario. Ha fatto seguito, quale azione di miglioramento per l'anno seguente, la programmazione di attività formative, affiancamenti e tutoraggi.

Sicurezza alimentare

La "sicurezza alimentare" prevede la responsabilità principale del produttore, *Operatore del Settore Alimentare (OSA)*, e quella dell'*Autorità Competente* addetta al controllo ufficiale di parte terza sulla correttezza dei processi produttivi. Il sistema è, quindi, un sistema integrato privato-pubblico, che si basa sui principi dell'analisi del rischio, della rintracciabilità degli animali e degli alimenti ai fini della gestione delle emergenze.

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



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

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

Tra le diverse attività realizzate dal Programma per il 2013, si riportano i risultati del Piano di ispezioni congiunte tra Personale, veterinario, medico o tecnico della prevenzione, effettuate presso gli Operatori del settore alimentare, che ha dato i seguenti risultati:

COMPARTO	Ferrara		Copparo		Codigoro		Portomaggiore		Cento		AUSL	
	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti	n. controlli progr.	eseguiti
GRANDE DISTRIBUZIONE	15	11	3	5	6	3	3	4	6	6	33	29
RISTORAZIONE COLLETTIVA > 250 PASTI	4	4	2	3	2	2	3	3	2	3	13	15
RISTORANTI	14	15	9	8	19	18	8	8	8	8	58	57
ROSTICCERIE	7	6	4	4	1	2	5	5	6	7	23	24
NEGOZI DI VICINATO	8	11	5	6	8	7	6	10	4	4	31	38
DEPOSITI ALIMENTI	3	6	0	1	4	2	0	0	0	0	7	9
DEPOSITI CEREALI	2	2	2	2	0	0	2	2	2	2	8	8
FIERE FESTIVAL SAGRE	3	4	3	3	3	6	3	4	3	3	15	20
ALTRO	0	3	0	0	1	1	0	0	2	3	3	7
TOTALE	56	62	28	32	44	41	30	36	33	36	191	207

Il numero di ispezioni effettuate, n. 207 su n. 191 programmate a livello provinciale, costituisce una minima parte dei controlli complessivi per la Sicurezza alimentare effettuati nell'anno, ma presenta il valore aggiunto dell'interdisciplinarietà del controllo.

Gli obiettivi principali perseguiti dall'**Unità Operativa Attività Veterinarie** nel corso del 2013 sono riportati di seguito, con particolare riguardo a quelli fissati dalla Regione.

Sanità animale

Anagrafe zootecnica

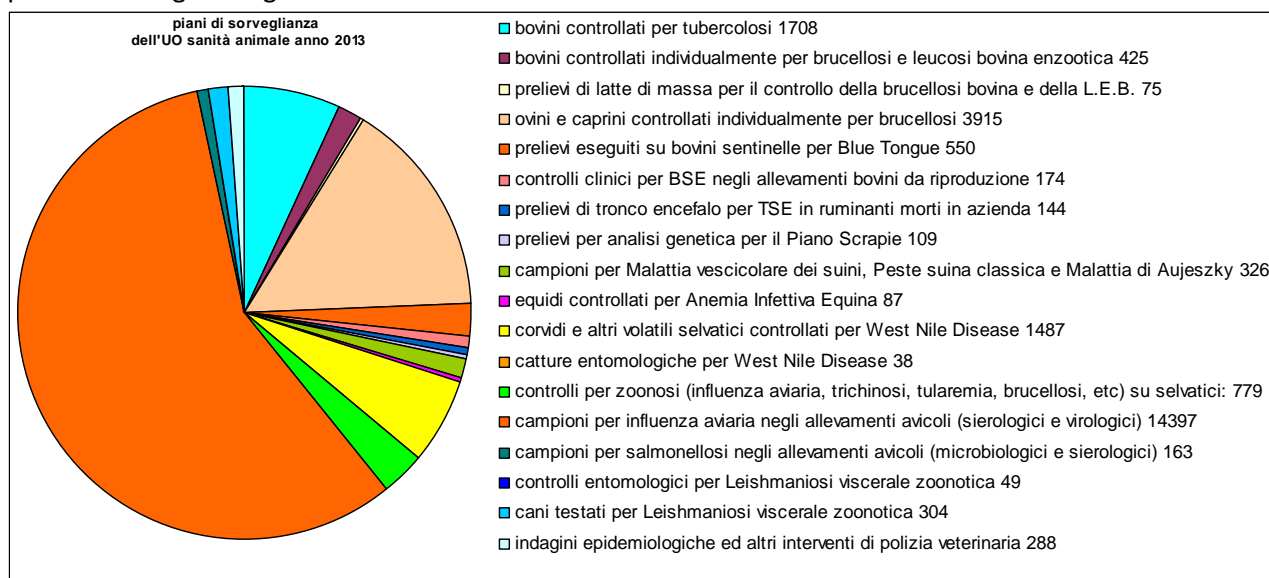
L'obiettivo riguarda l'attuazione di controlli dell'anagrafe su almeno il 3% degli allevamenti bovini e ovicaprini, l'1% degli allevamenti suini e il 5% degli allevamenti di equidi registrati nella Banca Dati Nazionale (BDN) dell'Anagrafe zootecnica. I controlli sono effettuati secondo istruzioni operative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

Sono stati effettuati tutti i 45 controlli programmati in base alle percentuali suddette: 8 allevamenti bovini, 6 allevamenti ovicaprini, 3 allevamenti di suini e 28 allevamenti di equidi:

	Allevamenti registrati in BDN	n. controlli programmati	n. controlli eseguiti	% sugli allevamenti esistenti	standard
Allevamenti bovini	177	8	8	4,5	3%
Allevamenti ovicaprini	140	6	6	4,2	3%
Allevamenti suini	242	3	3	1,2	1%
Allevamenti equini	529	28	28	5,2	5%

Piani di sorveglianza malattie infettive degli animali

Si tratta dei controlli in parte programmati all'interno di piani di sorveglianza relativi alle malattie infettive di interesse di sanità pubblica veterinaria, ed in parte determinati da emergenze. L'attività complessiva svolta è riportata nel seguente grafico:



Si evidenziano:

- la cospicua intensificazione dell'attività di sorveglianza per l'influenza aviaria dovuto all'epidemia da virus H7 ad alta patogenicità verificatasi a partire dal mese di agosto nella nostra AUSL;
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la West Nile Disease, che ha precocemente evidenziato positività nel 2013 (85 volatili positivi a partire dal 30 luglio) ;
- il mantenimento di un elevato livello di attività di sorveglianza per la leishmaniosi zoonotica viscerale, con l'esame di 304 cani nei 5 canili della Provincia (2 nuovi positivi, 0,70% di incidenza), e 49 esami su pool di insetti catturati presso i canili, che non hanno evidenziato la presenza del flebotomo vettore, continuando a confermare che i casi di positività sono tutti di origine non autoctona, in cani provenienti da zone endemiche quali per es. le regioni meridionali.

Emergenza Influenza Aviaria ad alta patogenicità (HPAI) agosto 2013

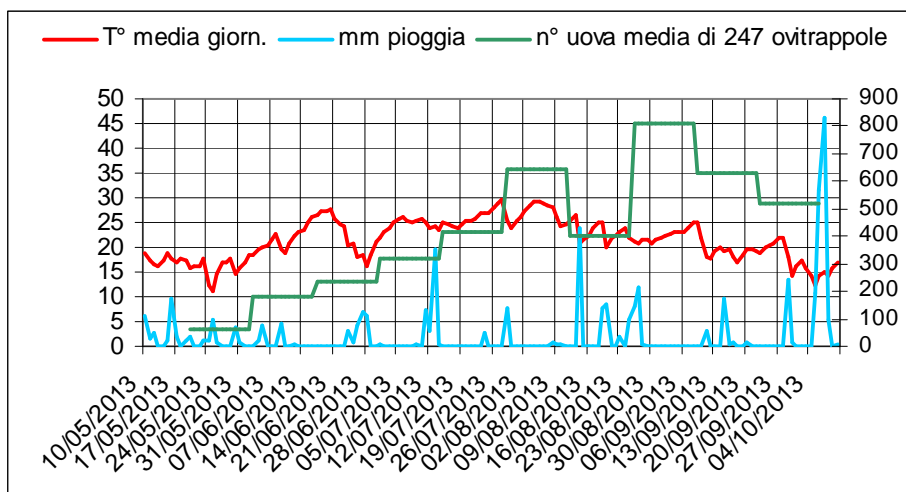
Il 14 agosto 2013 è pervenuta alla sede dell'Unità Operativa la comunicazione della presenza del virus dell'Influenza aviaria ad alta patogenicità presso un allevamento di galline ovaiole di Ostellato dove erano presenti n. 127.442 capi, il 23 agosto 2013 perveniva la conferma di un ulteriore focolaio della medesima malattia in un allevamento di n. 19.640 tacchini da carne, in Comune di Portomaggiore e il 28 agosto la Regione Emilia Romagna decideva l'abbattimento preventivo di n. 64.795 tacchini da carne presso un altro allevamento di Portomaggiore, sospetti di contaminazione. In seguito, nei primi giorni di settembre, si sono accertati un altro focolaio della malattia in un piccolo allevamento rurale di Bondeno (3 galline) ed un sospetto, poi non confermato, in altro rurale di Iolanda di Savoia, con abbattimento di 101 avicoli misti.

Nel corso dell'emergenza si è reso necessario programmare, con carattere di assoluta urgenza, fin dal 14 agosto, turni di presenze in servizio h 24 (3 turni nelle 24 ore) di Veterinari per garantire la vigilanza presso gli allevamenti focolaio, anche in orario festivo e notturno, nonché per dare attuazione al piano di sorveglianza in emergenza sulla generalità dei 52 allevamenti avicoli industriali del territorio. Durante le operazioni presso gli allevamenti il Personale dell'AUSL ha operato con dotazione di DPI specifici (autorespiratori), trattandosi di una zoonosi potenzialmente grave.

La vigilanza presso i focolai ha riguardato la correttezza delle operazioni di abbattimento, nel rispetto della protezione degli animali, il controllo sulle regole di biosicurezza, la verifica sui quantitativi dei materiali da smaltire, il corretto uso dei DPI da parte del Personale incaricato delle operazioni abbattimento dei capi e trasporto delle carcasse e altri materiali da smaltire. Nessun caso di malattia umana si è verificato.

Gli indennizzi agli allevatori, pari a € 2.408.452, sono stati corrisposti dalla Regione Emilia Romagna sulla base di pratiche tempestivamente predisposte e verificate dall'Unità Operativa entro le scadenze previste dalla normativa comunitaria. Le attività di sorveglianza presso gli allevamenti avicoli del territorio proseguono, anche in tempo di pace, in attuazione dei piani di sorveglianza delle malattie infettive, al fine di tenere sotto controllo in permanenza lo stato sanitario degli animali allevati.

Sorveglianza entomologica nella lotta alla zanzara tigre: nell'ambito del "Piano regionale per la lotta alla zanzara tigre e la prevenzione della Chikungunya e della Dengue" si sono coordinate e valutate le attività di sorveglianza entomologica e lotta all'insetto vettore svolte dai Comuni. In tabella sono riportati alcuni dati relativi all'attività di monitoraggio della presenza della zanzara tigre (n. 247 ovitrappele per 10 turni di raccolta):



Si può constatare l'elevata presenza della zanzara tigre ad inizio del mese di agosto e del mese di settembre, favorita dalle piogge della seconda settimana di luglio e della seconda settimana di agosto, in presenza di temperature favorevoli, seguita da un progressivo calo in parallelo con il calo della temperatura; anche nel 2013 le due principali malattie trasmesse da questa zanzara non sono state presenti con casi autoctoni nel nostro paese, dopo l'epidemia di Chikungunya del 2007 ed l'allarme per l'epidemia di Dengue nell'isola di Madera.

Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche

Tra i piani di sorveglianza, il Piano Nazionale Residui ha la finalità di monitorare la presenza di sostanze nocive o potenzialmente pericolose per l'uomo e gli animali e di verificare l'uso di sostanze illecite. Sono stati eseguiti nel 2013 n. 140 campioni programmati su diverse matrici e prodotti di origine animale, prelevati presso gli allevamenti (sangue, urina, pelo, latte, uova), impianti di lavorazione (miele e stabilimenti di ovoprodotti) e presso i macelli, uno di specie avicole e uno di ovini del territorio (matrici organiche) con riscontri analitici tutti regolari. Sono state, invece, segnalate irregolarità da macelli regionali su animali provenienti dal territorio ferrarese, uno avicolo e uno di bovini. In particolare, sono state riscontrate la presenza di un farmaco chinolonico (enrofloxacin) in muscolo di tacchino e la positività istologica, da sospetto utilizzo di cortisonici, in timo di un bovino. Alle irregolarità hanno fatto seguito le indagini epidemiologiche con particolari approfondimenti di farmacovigilanza e, in un caso, è stata irrogata la sanzione amministrativa prevista all'allevatore.

E' proseguito il piano di monitoraggio straordinario disposto dal ministero della Salute ai fini della prevenzione della contaminazione da aflatossine nelle derrate alimentari ed in particolare del latte vaccino e del mais destinato all'alimentazione animale a seguito dell'emergenza 2012.

I campionamenti ufficiali per la ricerca di aflatossine nel latte bovino sono stati n. 32, risultati tutti regolari, anche se alcuni di essi hanno evidenziato tenori di contaminante prossimi al valore soglia. In questi casi è stato comunque prescritto alle Aziende interessate di intensificare, in regime di autocontrollo, la sorveglianza sia sul mangime che sul latte prodotto. Sono stati segnalati dalle Ditte Prime Acquirenti del latte,

superamenti dei valori massimi in regime di autocontrollo in n. 7 aziende; a tali segnalazioni hanno fatto seguito indagini epidemiologiche, prescrizioni per la variazione dell'approvvigionamento del mais o del mangime complementare nella razione alimentare degli animali ed esecuzione di un campione ufficiale di latte per la conferma del ripristino della conformità del prodotto.

I campionamenti previsti dal Piano Alimentazione Animale e Piano Micotossine negli alimenti per animali, consentono di valutare il livello igienico sanitario dei mangimi utilizzati presso gli allevamenti di specie destinate alla produzione di alimenti o a quelle che vivono abitualmente a contatto con l'uomo (pet) e forniscono elementi di valutazione sull'adeguatezza delle buone pratiche in uso presso i mangimifici: gli esiti irregolari possono determinare l'adozione, in caso di allerta, di provvedimenti di sequestro e ritiro dei prodotti. Sono stati eseguiti complessivamente n. 130 campioni di mangimi presso gli operatori della filiera mangimistica.

Nell'ambito del Piano alimenti, sono stati effettuati controlli presso i 16 distributori fissi di latte crudo e presso una rivendita ambulante, con n. 31 campioni per ricerca germi patogeni (Salmonella, E. Coli O157, S. aureus, L.monocytogenes, Campylobacter), sostanze inibenti, parametri igienico sanitari (cellule somatiche/ml. e tenore di germi a 30°C/ ml.) a cui sono seguiti n. 2 campioni aggiuntivi per ricerca E. Coli O157 a seguito di "non negatività" in altrettanti campioni di monitoraggio e ulteriori 2 campioni di verifica del Tenore di germi a 30°C e del Tenore di cellule somatiche per riscontro di irregolarità.

L'attività svolta nell'ambito dei piani di campionamento sopra descritti è sintetizzata di seguito:

Piani Sorveglianza	n. campioni programmati	n. campioni eseguiti	%	Standard %	n. campioni irregolari
Piano Nazionale Residui (PNR)	140	140	100	95	0
Piano Nazionale Alimentazione Animale (PNAA)	130	130	100	95	0
Piano Micotossine (aflatossine)	25	32	128	95	0
Piano sorveglianza latte vendita diretta (distributori automatici di latte crudo)	34	35	103	95	2

Nell'ambito dei controlli nel settore della farmacovigilanza, va segnalata la corposa attività svolta a supporto di indagini affidate al Corpo Forestale dello Stato dall'Autorità Giudiziaria a seguito del reperimento di un grande quantitativo di farmaci per uso umano e animale, detenuti illecitamente in locali posti all'interno di un'azienda zootecnica. Le indagini da parte del C.F.S. sono tuttora in corso.

Nel corso dell'anno 2013, a seguito della emanazione della D.G.R. n. 274/2013 che recepisce le disposizioni applicative delle norme sanitarie europee in materia di sottoprodotti di origine animale, l'U.O. ha iniziato una nuova attività di rilascio pareri alla Provincia di Ferrara, nell'ambito dei procedimenti delle autorizzazioni ambientali rilasciate alle aziende che gestiscono impianti di biogas o compostaggio e che utilizzano biomasse di origine animale (sottoprodotti di origine animali o derivati).

Sono state gestite nell'anno 2013 n. 9 pratiche amministrative relative ad altrettanti impianti.

Benessere animale

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

Controlli eseguiti in allevamento:

Allevamenti	n. aziende esistenti	n. strutture programmate per il controllo	n. strutture controllate	n. strutture con irregolarità	% di strutture con irregolarità sulle controllate
Bovini / bufalini	171	48	64	16	25%
Suini (escluso autoconsumo)	52	12	11	2	18%
Ovicapri	114	16	20	1	5%
Equini ingrasso	52	4	4	1	25%
Galline ovaiole	6	6	6	1	17%
Altri avicoli > 250 capi	39	20	18	2	11%
Conigli	3	3	3	0	0%
Animali pelliccia	1	1	1	0	0%
Pesci	3	1	1	0	0%
Selvaggina	3	1	1	0	0%
Totali	444	112	129	23	18%

Si è effettuato il 115% dei controlli programmati. Sono emerse non conformità nel 18% degli allevamenti suinicoli controllati, riconducibili a svariati requisiti, quali libertà di movimento, spazio disponibile, edifici e locali di stabulazione, illuminazione minima, pavimentazioni, materiale manipolabile, alimentazione e abbeveraggio; in un solo allevamento di ovaiole, successivamente chiuso, dove è emerso in particolare il problema delle gabbie non a norma; nell'11% circa degli allevamenti di tacchini, riferibili a personale e attrezzature automatiche; nel 25% degli allevamenti bovini controllati, riferibili a edifici e locali di stabulazione.

Controlli effettuati durante il trasporto di animali:

Numero di controlli	N. dei mezzi di trasporto ispezionati	Numero di animali controllati					
		Bovini	Suini	Ovi-capri	Equini	Avicoli e Conigli	Altre specie
Durante il trasporto stradale	29	159	586	686	3	66.166	-
Al luogo di arrivo	57	134	-	-	15	150.337	1184
Controlli documentali	88	293	586	686	18	216.503	1184

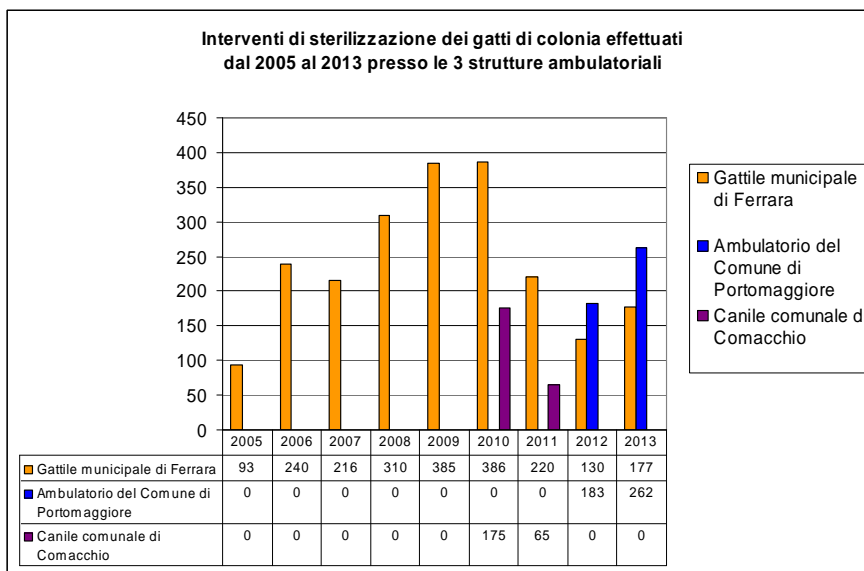
Le irregolarità rilevate al luogo di arrivo degli animali hanno riguardato 6 partite di volatili, per un totale di 19674 soggetti scaricati al macello avicolo, dei quali si è riscontrata eccessiva mortalità in relazione alla durata del viaggio e alla elevata temperatura esterna. Le irregolarità rilevate nei controlli sulla strada hanno riguardato 3 automezzi che trasportavano bovini o pollame. Si sono rilevate anche 9 irregolarità documentali, su 88 controlli eseguiti.

Igiene urbana veterinaria

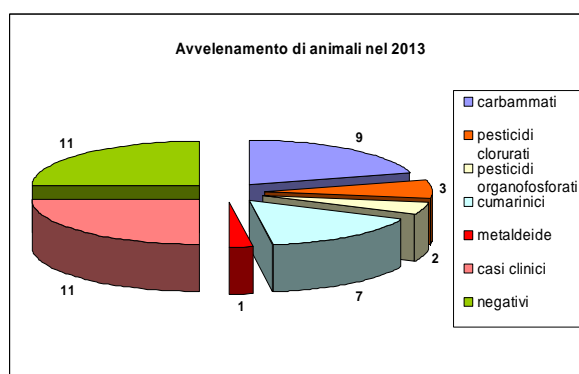
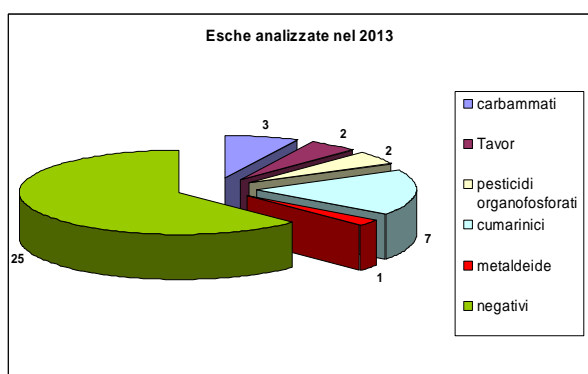
L'attività è svolta per la prevenzione delle problematiche di convivenza uomo animale in ambito urbano e riguarda il controllo della popolazione canina e felina, la tutela del benessere degli animali da compagnia, la prevenzione delle zoonosi, la prevenzione delle morsicature provocate dai cani, ivi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

	Impianti di cura di animali d'affezione	Canili, gattili, colonie feline	Esposti di privati cittadini	Cani che hanno morso o segnalati per aggressività	Interventi di sterilizzazione di gatti di colonia	Passaporti rilasciati a cani, gatti o furetti	Rivendite, toelettature, pensioni e allevamenti di animali d'affezione
N. di controlli / prestazioni	66	261	183	225	439	347	53

Nell'ambito delle attività rivolte agli animali d'affezione, dal 2005 l'Unità Operativa ha attivato, presso l'ambulatorio veterinario del Gattile municipale di Ferrara, la sterilizzazione chirurgica dei gatti delle colonie feline censite presso i Comuni, affidata ai Veterinari dell'AUSL. L'attività, che si svolge in stretta collaborazione con i Comuni, le Associazioni animaliste e i cittadini Referenti di colonia, è stata poi attivata anche presso l'ambulatorio presente presso il Canile di Comacchio e, dal 2012, all'ambulatorio ad hoc realizzato dal Comune di Portomaggiore. Dal 2005 al 2013 sono stati operati complessivamente n. 2842 gatti e il numero degli interventi è in crescita, come rappresentato nel grafico che segue: nel 2013 sono stati operati n. 439 gatti delle colonie feline di Ferrara, Argenta, Portomaggiore, Ostellato, Migliarino.



Per ciò che riguarda il piano di controllo degli avvelenamenti degli animali in applicazione della DGR n. 469/2009, sono state gestite nel 2013 n. 78 segnalazioni di casi sospetti tra esche, carcasse di animali deceduti e sospetti clinici: 12 esche e 19 carcasse di animali sono risultate positive all'esame tossicologico. Le sostanze ritrovate sono riportate nei grafici seguenti:



Igiene Alimenti di Origine Animale

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

	Strutture esistenti	Strutture controllate	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Impianti riconosciuti	77	77	1910	254	16	254	0	12

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

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

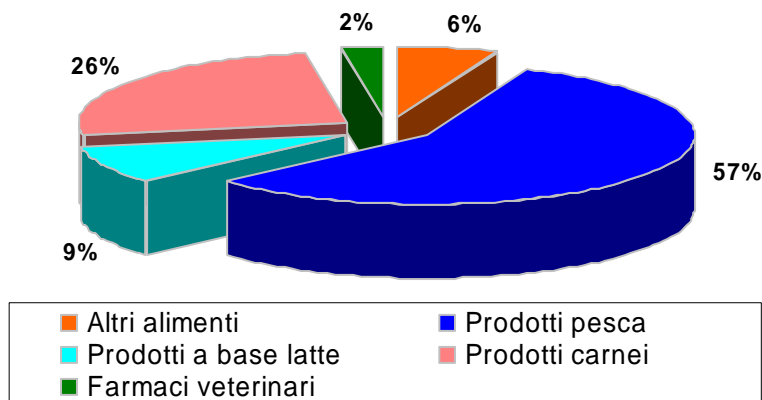
	Strutture esistenti	Strutture controllate	%	Controlli eseguiti	Irregolarità riscontrate	Sanzioni	Prescrizioni	Provvedimenti sanitari coattivi	Denunce
Altre strutture	1946	696	35,8	995	476	20	476	1	4

In questo settore, le irregolarità più frequentemente riscontrate hanno riguardato l'idoneità di strutture ed attrezzature, il prodotto finito ed il piano HACCP.

Sistema di allerta alimenti e mangimi:

L'attivazione del sistema di allerta è prevista per gli alimenti o mangimi che rappresentano un grave rischio per la salute umana e animale, per i quali è richiesto un intervento immediato per escludere l'alimento dal circuito distributivo e dalla disponibilità del consumatore. Nella gestione dell'allerta, secondo procedura dipartimentale, si garantisce l'attivazione dell'UO entro 24 dalla segnalazione. L'intervento consiste nell'individuazione di alimenti pericolosi e nella verifica che l'Operatore del settore alimentare abbia attivato tutti i provvedimenti di rintraccio e ritiro del prodotto oggetto di segnalazione.

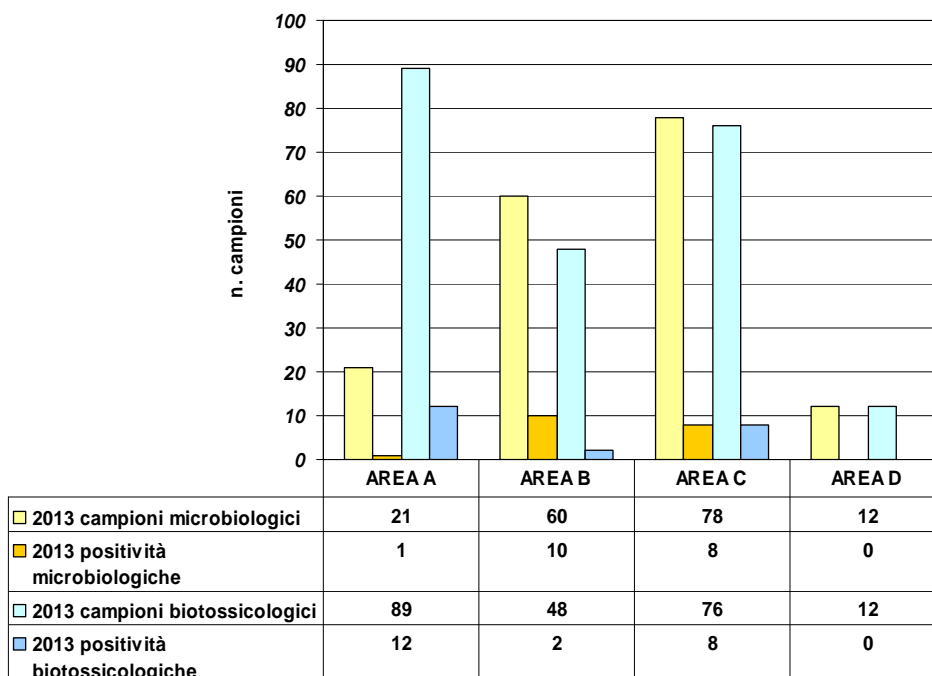
Nel 2013 sono state gestite n. 70 emergenze, tra allerta e notifiche di informazione per attenzione provenienti da altri Enti, tutte riguardanti alimenti di origine animale, mentre n. 10 allerta sono state attivate dall'Unità Operativa. Nell'ambito dei mangimi non si è verificata nessuna allerta mentre sono state gestite 2 allerta per difetti di qualità di farmaci veterinari per animali da compagnia. Le matrici interessate sono rappresentate in grafico:



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

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

Monitoraggio delle zone di produzione di Molluschi bivalvi - anno 2013



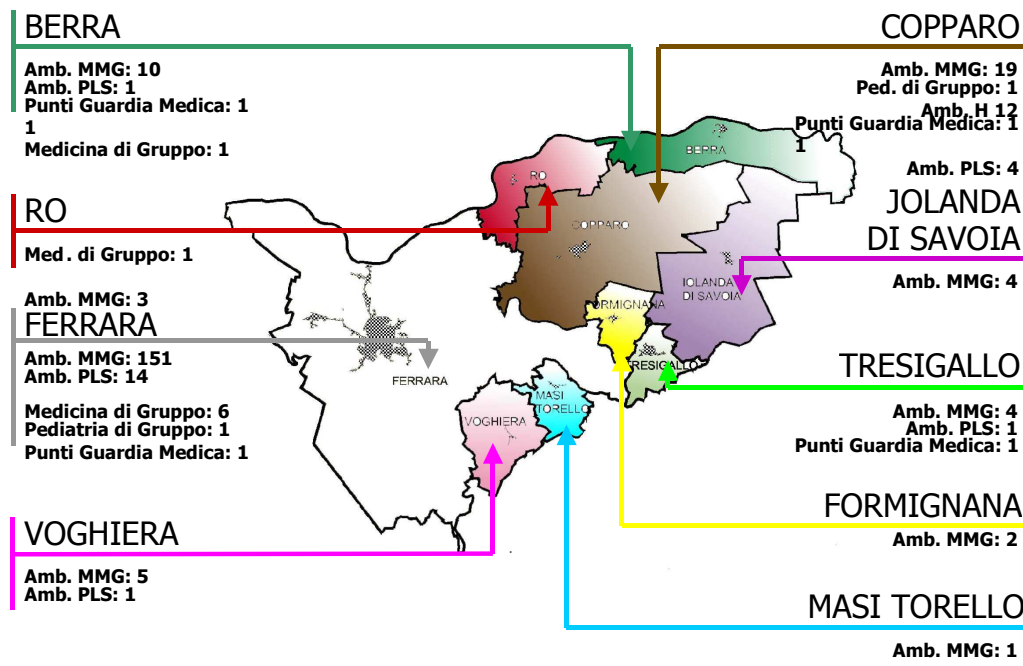
Dai risultati del monitoraggio si traggono valutazioni sul rischio microbiologico e biotossicologico delle diverse zone di produzione che, in taluni casi, impongono l'adozione di provvedimenti restrittivi, di chiusura delle zone di raccolta. Nel 2013 sono stati adottati n. 19 provvedimenti di chiusura temporanea di zone di produzione a seguito di non conformità microbiologiche e n. 22 a seguito di non conformità biotossicologiche come conseguenza della risultanze riportate in tabella.

Assistenza distrettuale

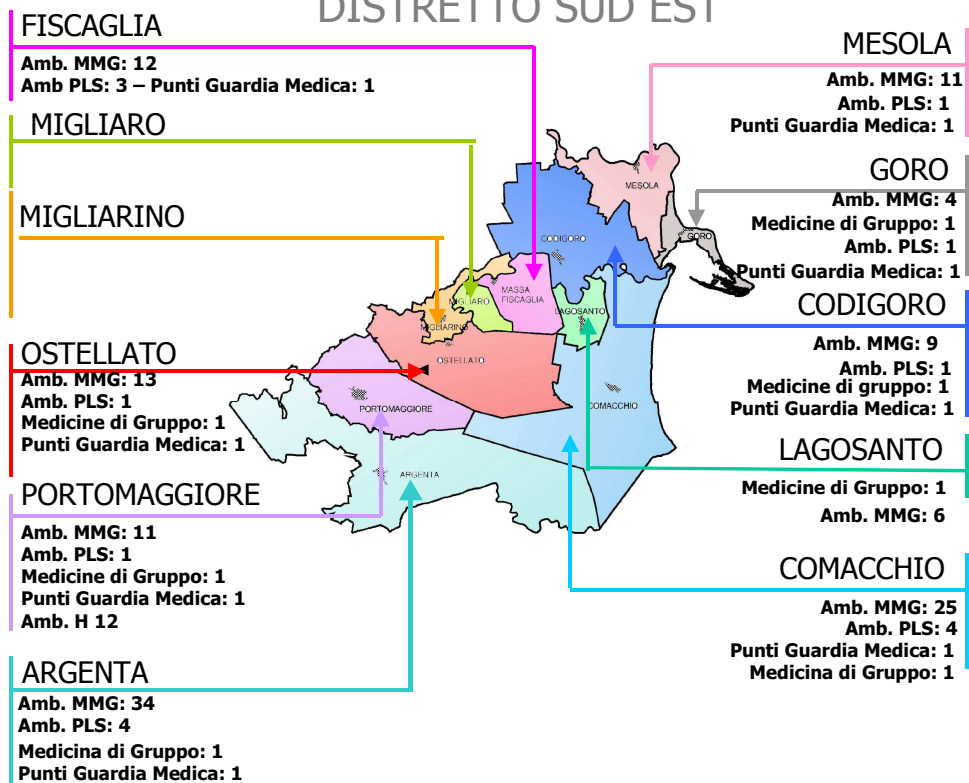
Assetto organizzativo dell'assistenza di base

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

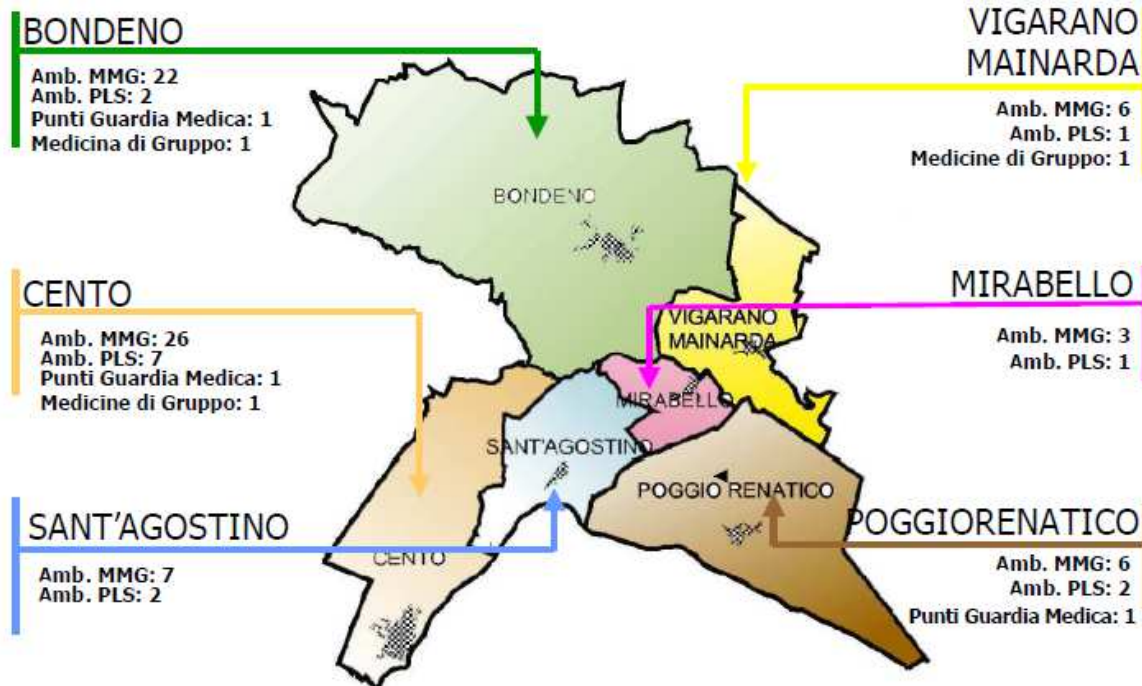
DISTRETTO CENTRO NORD



DISTRETTO SUD EST



DISTRETTO OVEST



Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Le risorse del FRNA per l'anno 2013 sono state ripartite fra i distretti dalla CTSS nella seduta del 23 maggio 2013.

Nel 2013 oltre al FRNA la regione ha assegnato alle Aziende una quota di FNA e una quota di FNA finalizzato all'assistenza in favore di utenti malati di SLA.

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

Assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani

Nella Provincia di Ferrara tutte le strutture socio sanitarie sono da tempo accreditate. L'accreditamento e l'adozione di tariffe omogenee nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani e disabili si dimostra molto razionale per erogare assistenza con ben definiti livelli di qualità e costi univoci.

I contratti di servizio sono gli strumenti che definiscono i contenuti dell'assistenza residenziale e semiresidenziale in favore di anziani non autosufficienti.

Nel corso del 2013 la rete dei servizi residenziali per anziani del distretto Centro Nord è stata riprogrammata per consentire la chiusura ed il superamento dell'ultima struttura per anziani a gestione diretta dell'Azienda USL di Ferrara. La CRA ex RSA di Tresigallo è stata chiusa nel corso dell'anno ed i posti letto sono stati distribuiti fra le strutture residenziali dell'area di Copparo, realizzando in nucleo ad alta intensità assistenziale presso la CRA di Copparo, implementando di 10 posti letto in accreditamento provvisorio e di ulteriori 10 posti letto temporanei la CRA di Serravalle.

Il 2013 è stato il primo anno di condivisione delle relazioni annuali inviate dagli enti gestori per la verifica del percorso di accreditamento.

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

N. di posti ogni 1000 >74	Posti residenziali convenzionati (CP +RSA)				Posti semi residenziali convenzionati (CD)			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
FERRARA	31,9	31,9	32,3	31,3	2,7	2,7	2,7	2,7
TOTALE REGIONE	30,3	30,2	29,8	29,7	6,0	6,1	5,8	5,7

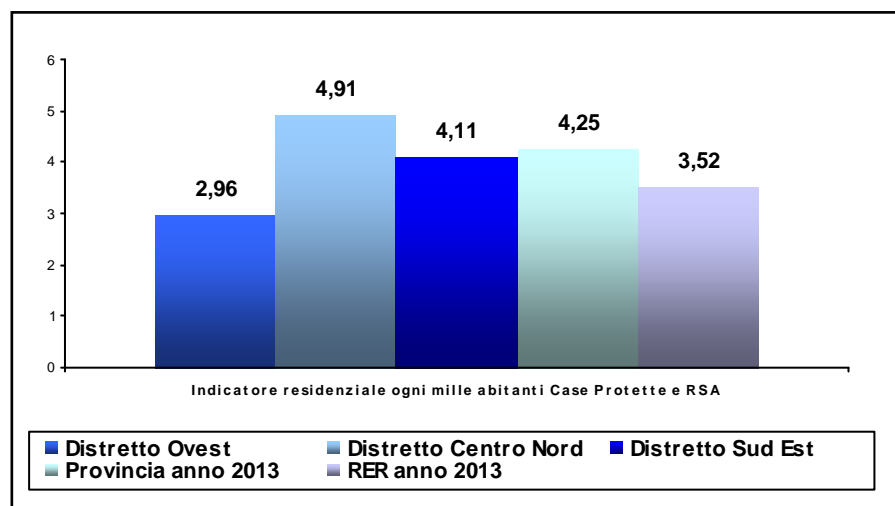
Ferrara	Case protette e RSA	Centri Diurni
2000	1.400	84
2001	1.125	105
2002	1.387	112
2003	1.382	112
2004	1.381	116
2005	1.460	113
2006	1.437	126
2007	1.445	131
2008	1455	130
2009	1.493	155
2010	1.517	130
2011	1.596	130
2012	1.522	131

Struttura dell'offerta (valori assoluti)

N. di posti Convenzionati	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia anno 2013
Residenziale Protetta (RSA e CP)	234	869	419	1.522
Centri Diurni per anziani	22	74	35	131

Indicatori di offerta e di utilizzo (anno 2013)

	Centri diurni Tasso di copertura su >74*	Residenzialità protetta e RSA Tasso di copertura >74*
Distretto Ovest	0,28	2,96
Distretto Centro Nord	0,42	4,91
Distretto Sud Est	0,34	4,11
Provincia 2013	0,37	4,25
RER 2013	0,68	3,52



Centri Diurni

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

Nel corso dell'anno sono stati avviati percorsi per il migliore utilizzo del Centri Diurni per anziani.

Malgrado l'incremento della rete avviato negli anni precedenti la percentuale di copertura provinciale è al di sotto della media regionale (2,7 posti di Centro Diurno ogni 1.000 ab. >74 anni, contro 6,1 posti a livello regionale).

Assegno di cura

L'erogazione dell'Assegno di cura in favore di utenti non autosufficienti è funzionale a contrastare o ritardare il ricorso ai ricoveri in istituti. E' finanziato con fondi del Fondo regionale per la Non Autosufficienza. E' riconosciuto a fronte di infermità attestate dall'Unità di valutazione geriatrica e che possono riguardare sia fattori sociali, relazionali che sanitari ma sempre considerati in maniera integrata.

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

Nel corso del 2013 sono state avviate azioni per il potenziamento del numero di assegni di cura erogati

Assistenza residenziale e semi-residenziale per disabili

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

Nel corso del 2013 sono state avviate le procedure per esternalizzare l'ultima struttura semiresidenziale per disabili a gestione diretta dell'Azienda USL di Ferrara.

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

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

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

	Residenziali				Semiresidenziali			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
FERRARA	0,56	0,59	0,66	0,70	0,63	0,78	0,75	0,74
TOTALE REGIONE	0,47	0,51	0,53	0,54	0,90	0,97	1,00	1,03

Posti letto disabili residenziali al 31.12.2013

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2013 *	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	60	177.045	0,3
	FERRARA OVEST	30	79.081	0,4
	FERRARA SUD-EST	159	101.990	1,6
REGIONE EMILIA ROMAGNA		2.416	4.471.104	0,5

Posti letto disabili semi-residenziali al 31.12.2013

AZ. USL	AMBITI DISTRETTUALI	POSTI	POPOL. 2013 *	INDICATORE
FERRARA	FERRARA CENTRO-NORD	142	177.045	0,8
	FERRARA OVEST	56	79.081	0,7
	FERRARA SUD-EST	67	101.990	0,7
REGIONE EMILIA ROMAGNA		4.593	4.471.104	1,0

¹ Manca il dato relativo all'anno 2008 perché l'Istat ha sospeso la rilevazione dei Presidi per quell'anno.

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

Gravissime disabilità acquisite

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

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

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

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

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

Pazienti in carico per classi di età e distretti sanitari - Anno 2013

Distretto erogatore	Classi di età					TOTALE
	0-17	18-44	45-64	65-74	oltre 75	
OVEST	1	2	9	9	2	23
CENTRO-NORD	0	9	18	11	2	40
SUD-EST	1	9	18	4	5	37
TOTALE	2	20	45	24	9	100
RER	82	279	564	295	142	1362

Dimissione dagli Hospice

Relativamente alla produzione riferita a pazienti terminali con prevalente patologia neoplastica il dato per l'Ausl di Ferrara dimostra un incremento costante quale supporto alla domiciliarità fino al 2010 con una lieve contrazione nel 2011 e una ripresa a partire dal 2012. La degenza media è di circa 15,4 giorni per l'ADO e

16,7 per l'hospice di Codigoro a dimostrazione dell'elevato turn-over trattandosi di pazienti terminali con trattamenti palliativi.

Dimessi dagli Hospice, Degenza Media e % di decessi per Azienda di residenza. Anno 2013

	DEGENZA MEDIA	% DECESSI
HOSPICE ADO	15,4	73,6
HOSPICE DI CODIGORO	16,7	80,6

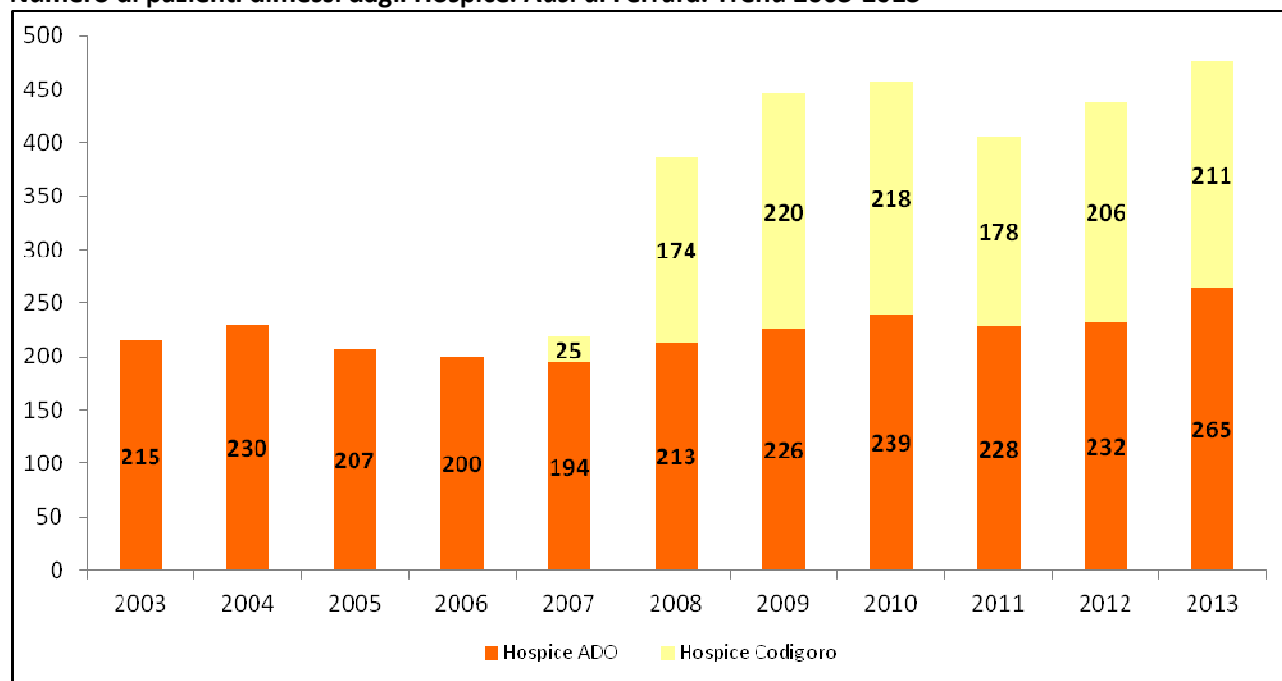
Dimessi dagli Hospice e % di decessi per Distretto e Azienda di residenza.

Indice di dipendenza * 100.000 abitanti - Anno 2013

	CENTRO NORD			SUD EST			OVEST		
	dimessi	Indice di dip.	%decessi	dimessi	Indice di dip.	%decessi	dimessi	Indice di dip.	%decessi
HOSPICE POLICLINICO DI MODENA	1	0,4	100	.	.	.	1	1,1	100
HOSPICE CASTEL SAN PIETRO	.	.	.	2	1,1	50	.	.	.
HOSPICE MT CHIATORE SERAGNOLI	.	.	.	6	3,2	83,3	42	45,2	76,2
HOSPICE ADO	190	76,9	73,7	27	14,4	77,8	47	50,5	66
HOSPICE CODIGORO	54	21,9	74,1	149	79,7	84,6	3	3,2	33,3
HOSPICE BELLARIA	1	0,4	100	1	0,5	100	.	.	.
HOSPICE OSPEDALIERO LUGO	.	.	.	2	1,1	50	.	.	.
HOSPICE CASALECCHIO	1	0,4	100

	FERRARA AUSL			REGIONE		
	dimessi	Indice di dipendenza	%decessi	dimessi	Indice di dipendenza	%decessi
HOSPICE POLICLINICO DI MODENA	2	0,4	100	222	4,4	78,8
HOSPICE CASTEL SAN PIETRO	2	0,4	50	188	3,7	77,1
HOSPICE MT CHIATORE SERAGNOLI	48	9,1	77,1	675	13,3	76,3
HOSPICE ADO	264	50,1	72,7	265	5,2	72,8
HOSPICE CODIGORO	206	39,1	81,1	207	4,1	81,2
HOSPICE BELLARIA	2	0,4	100	287	5,7	75,3
HOSPICE OSPEDALIERO LUGO	2	0,4	50	196	3,9	80,6
HOSPICE CASALECCHIO	1	0,2	100	262	5,2	72,1

Numero di pazienti dimessi dagli Hospice. Ausl di Ferrara. Trend 2003-2013²



Assistenza odontoiatrica in utenti non vulnerabili

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

Nel 2013, il totale dei pazienti trattati con almeno una prestazione odontoiatrica, è pari a 3.150.

Il numero di utenti "Non Vulnerabili" che, nell'anno 2012, hanno ricevuto assistenza odontoiatrica e di 51 pari al 1,6% (non superiore al 30% del totale degli utenti trattati) da cui si può dedurre il rispetto della normativa Regionale che regola l'accesso ai servizi privilegiando la categoria di pazienti che presentano i requisiti di Vulnerabilità Sociale e/o Sanitaria.

Numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa protesica e ortodonzia sul totale dei pazienti trattati. Anno 2013

Azienda erogante	UTENTI NON VULNERABILI				TOTALE UTENTI				%			
	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti 0-14	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile	Conservativa/Endodonzia	Ortodonzia e Trattamenti	Protesica Fissa	Protesica Mobile
FERRARA	27	11	3	10	1447	649	120	934	1,9%	1,7%	2,5%	1,1%
REGIONE	2.724	715	143	845	24.744	7.225	1.121	6.794	11,0%	9,9%	12,8%	12,4%

Le "cure domiciliari"

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

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

Le cure domiciliari si caratterizzano per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura e alla complessità dei bisogni a cui rispondono; si connotano per l'unitarietà di intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto

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

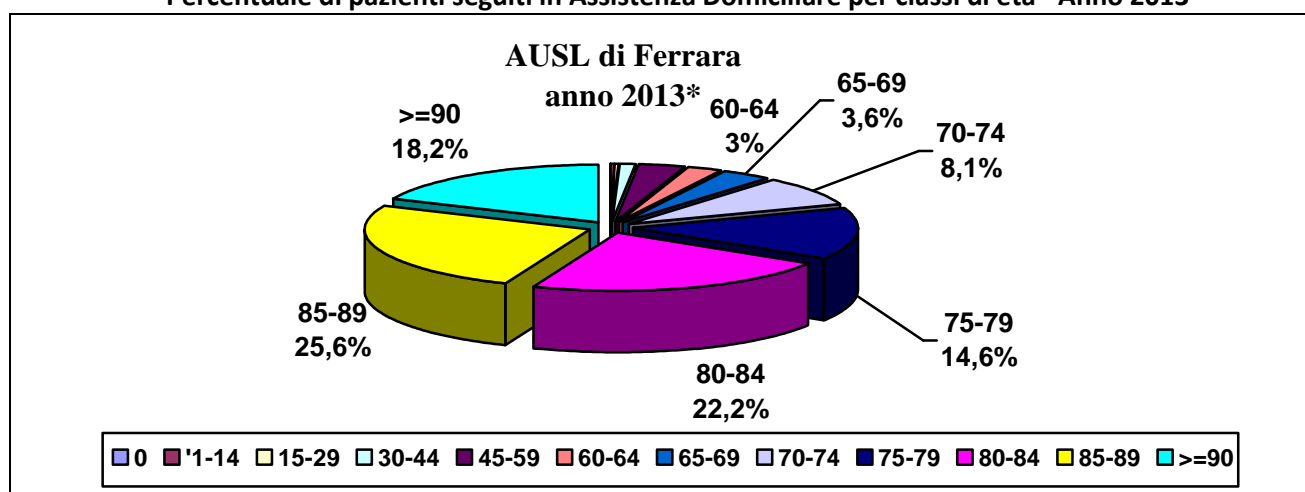
assistenziale personalizzato; si basano sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarità delle risorse necessarie al raggiungimento dei risultati di salute.

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

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

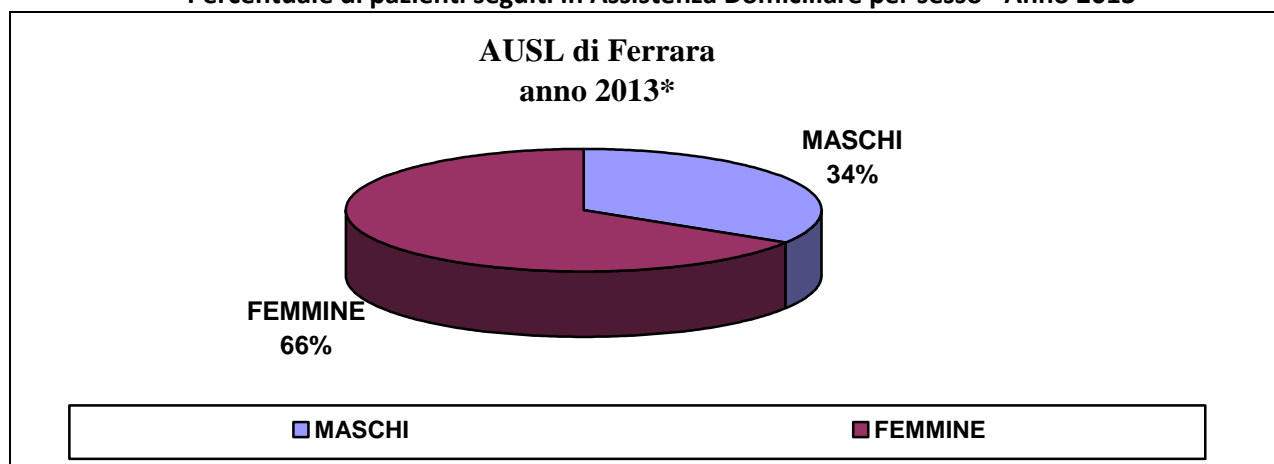
Un altro aspetto assai significativo dell'assistenza domiciliare è rappresentato dall'assistenza infermieristica che può svolgere la propria attività di nursing anche in maniera esclusiva (cioè non in forma integrata).

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per classi di età - Anno 2013



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

Percentuale di pazienti seguiti in Assistenza Domiciliare per sesso - Anno 2013



Anche nel 2013, oltre l'80% dei pazienti ha un'età superiore ai 74 anni e, tra questi, gli over 85 costituiscono più della metà (52%); risulta invariato, rispetto agli anni precedenti, il rapporto maschi/femmine, le quali rappresentano i 2/3 della popolazione assistita.

Percentuale di episodi di presa in carico per tipo di assistenza - Anno 2013

	ASSISTENZA DI MEDICINA GENERALE		ASSISTENZA INFERMIERISTICA		ASSISTENZA ASSOCIAZIONI NO PROFIT		ASSISTENZA SOCIO- SANITARIA		TOTALE	
	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%	Episodi	%
FERRARA	4.277	6,6	3.849	6,9	280	18	100	3	8.506	6,8
Totale	64.865	100	55.947	100	1.554	100	3.359	100	125.725	100

Considerando anche le prestazioni occasionali, cioè tutte quelle prestazioni sanitarie e/o socio-assistenziali che si concludono con una prestazione del professionista, e non necessitano di un piano personalizzato di assistenza né di una valutazione multidimensionale, gli episodi di presa in carico prevalenti risultano essere quelli infermieristici, seguono gli episodi di presa in carico di Medicina Generale; la percentuale si inverte nel caso in cui le prestazioni occasionali vengano escluse e si rileva un maggiore allineamento alle percentuali regionali; fanno eccezione gli episodi di presa in carico delle Associazioni no-profit e di assistenza socio-sanitaria. Con percentuali invertite a livello regionale.

Composizione per livelli

Pazienti per 1.000 residenti per classe d'età e livello di attività assistenziale: rapporto tra il numero di pazienti seguiti nell'anno e popolazione residente - ANNO 2013

	OVEST	CENTRO NORD	SUD EST	Provincia 2013	RER 2013
Bassa intensità	15,11	19,61	15,80	17,53	18,16
Media intensità	2,87	4,14	6,05	4,40	6,83
Alta intensità	1,33	2,16	1,64	1,83	2,83
TOTALE	19,31	25,91	23,48	23,76	27,82

*Popolazione al 01/01/2013

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

Servizi consultoriali

Salute Donna

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

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

- assistenza ambulatoriale: con ampia fascia oraria che comprende anche ambulatori pomeridiani,
- assistenza ecografica con ecografie tecnicamente di 2° livello,
- corsi di accompagnamento alla nascita offerti gratuitamente,
- ambulatorio ostetrico dedicato alle donne straniere con presenza di mediatore culturale,
- puerperio domiciliare,
- ambulatorio di sostegno all'allattamento materno e consulenza telefonica,

- punto di ascolto per sostenere nel primo anno di vita genitori in condizioni di fragilità e per rispondere al bisogno talvolta inespresso di sostegno emotivo post-partum.

Il percorso ginecologico prevede:

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

Lo spazio giovani:

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

Il percorso Menopausa in collaborazione con l'Università per la fascia di età 45/60 anni.

Lo spazio donne immigrate:

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

Prevenzione Oncologica 2013

USL	N. pap test eseguiti	N. colposcopie	Totale prestazioni prevenzione tumori
AUSL Ferrara	24.215	462	24.677

Percentuale di donne immigrate gravide in carico ai consultori familiari sul totale delle donne gravide in carico ai consultori familiari. Anno 2012

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Gravide immigrate in carico ai C.F.	% immigrate gravide/totale gravide in carico ai C.F.
AUSL Ferrara	788	366	46,4
TOTALE R.E.R.	16.520	9.179	55,6

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

Percentuale di donne seguite in gravidanza sul totale dei nati vivi e prestazioni per assistenza alla gravidanza. Anno 2012

AUSL	Gravide in carico ai C.F.	Nati vivi da residenti nell'anno*	% Gravide in carico/ nati vivi
AUSL Ferrara	788	2.632	29,9
TOTALE R.E.R.	16.520	39.337	42,0

UTENTI ED ATTIVITA' 2012

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

Distretto	Popolazione target *	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	50.268	1.244	2,5
Centro Nord	110.025	5.104	4,6
Sud-Est	63.969	1.095	1,7
AUSL Ferrara	224.262	7.377	3,3
TOTALE R.E.R.	2.850.467	102.711	3,6

* Popolazione target= 15-64 anni residenti al 31-12-2012

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

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

Distretto	Popolazione target*	Totale utenti	% utenti su pop. target
Ovest	50.268		
Centro Nord	110.025		
Sud-Est	63.969		
AUSL Ferrara	224.262	0	0,0
TOTALE R.E.R.	2.850.467	6.276	0,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consulenti familiari. Ambito di attività: Gravidanza. Anno 2012

AUSL	Prestazioni in gravidanza	Totale prestazioni	% prestazioni di assistenza alla gravidanza sul totale prestazioni
AUSL Ferrara	2.364	22.715	10,4
TOTALE R.E.R.	218.997	670.435	32,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consulenti familiari. Ambito di attività: Contraccezione. Anno 2012

AUSL	Prestazioni contraccezione	Totale prestazioni	% prestazioni contraccezione su totale prestazioni
AUSL Ferrara	74	22.715	0,3
TOTALE R.E.R.	41.571	670.435	6,2

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: IVG. Anno 2012

AUSL	Prestazioni per IVG	Totale prestazioni	% prestazioni per IVG su totale prestazioni
AUSL Ferrara	163	22.715	0,7
TOTALE R.E.R.	17.165	670.435	2,6

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari. Ambito di attività: Menopausa. Anno 2012

AUSL	Prestazioni in menopausa	Totale prestazioni	% Prestazioni in menopausa su totale prestazioni
AUSL Ferrara	237	22.715	1,0
TOTALE R.E.R.	11.401	670.435	1,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito della prevenzione tumori femminili. Anno 2012

AUSL	Totale prestazioni prevenzione tumori	Totale prestazioni	% prestazioni per diagnosi precoce tumori femminili su totale prestazioni
AUSL Ferrara	9.930	22.715	43,7
TOTALE R.E.R.	185.862	670.435	27,7

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Psicologia. Anno 2012

AUSL	Prestazioni di psicologia	Totale prestazioni	% prestazioni di psicologia su totale prestazioni
AUSL Ferrara	0	22.715	0,0
TOTALE R.E.R.	26.053	670.435	3,9

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Puerperio. Anno 2012

AUSL	Prestazioni per puerpere	Totale prestazioni	% Prestazioni per puerpere su totale prestazioni
AUSL Ferrara	139	22.715	0,6
TOTALE R.E.R.	18.905	670.435	2,8

Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate dai consultori familiari nell'ambito di attività: Specialistica Ginecologica. Anno 2012

AUSL	Prestazioni di specialistica ginecologica	Totale prestazioni	% prestazioni di specialistica ginecologica su totale prestazioni
AUSL Ferrara	9.808	22.715	43,2
TOTALE R.E.R.	150.481	670.435	22,4

Nel valutare le prestazioni, sia nell'ambito delle gravidanze che nell'ambito del Settore Ostetrico Ginecologico, non viene rilevata l'attività prestata direttamente dai presidi ospedalieri che svolgono attività ambulatoriale di primo livello, nonché dai medici in libera professione. In entrambe i casi il Distretto Centro Nord presenta valori al di sopra della media provinciale, in quanto l'Azienda Ospedaliera non svolge attività ambulatoriale di primo livello, ma garantisce il secondo livello ostetrico come previsto nel "percorso nascita".

Pediatria di Comunità

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

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

-esecuzione delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per la popolazione in età 0-17 anni, allo scopo di mantenere elevate coperture vaccinali per le malattie (difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pertosse, haemophilus influenzae B e pneumococco) per le quali sono stati raggiunti gli obiettivi previsti dai Piani Sanitari Nazionali, nonché dall'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; promuovere appropriati interventi vaccinali di recupero per le malattie (morbillo, parotite, rosolia, meningococco C) per le quali è già stata definita una strategia operativa di base, ma per le quali non sono ancora stati raggiunti livelli di copertura ottimali; implementare iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla recente disponibilità di nuovi vaccini (papillomavirus alle dodicenni dalla coorte del 1996, varicella agli adolescenti suscettibili, epatite A ai bambini che viaggiano) per tutti o per categorie a rischio, secondo il Calendario Regionale;

-individuazione delle Case della Salute, Copparo con Pediatria di Gruppo e Portomaggiore con U.O. Igiene Pubblica, come sede prioritaria per la sperimentazione dei modelli di integrazione, successivamente implementati anche nelle sedi di Cento e Codigoro;

-formazione del personale, sulla base delle indicazioni regionali, per acquisire e migliorare le competenze per la definizione dei ruoli e delle responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nell'effettuazione delle vaccinazioni, con l'obiettivo della valorizzazione dell'autonomia professionale e della responsabilità degli AS e degli infermieri, come da DGR 256/09;

-incrementare la sicurezza delle pratiche di immunizzazione; incrementare gli interventi di ordine strutturale, organizzativo, informativo, formativo e comunicativo necessari per consentire la partecipazione consapevole delle famiglie e migliorare la trasmissione e archiviazione dei dati;

-prevenzione della diffusione di malattie infettive ed infestazioni nelle comunità: interventi nelle comunità scolastiche a seguito di notifica di malattie infettive (meningite, scabbia, pediculosi, morbillo, TBC, ecc.) in ottemperanza alle indicazioni ministeriali;

-sorveglianza igienico-sanitaria in comunità che ospitano minori.

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

Sorveglianza qualitativa delle refezioni scolastiche:

La Pediatria di Comunità e il SIAN (Servizio igiene degli alimenti e nutrizione) stabiliscono la tabella dietetica quotidiana nelle comunità infantili per una corretta alimentazione dei bambini. La Pediatria di Comunità

valuta l'ammissibilità delle diete speciali per patologia prescritte dal medico curante e collabora a programmi di educazione alimentare e di sorveglianza dietetica nelle comunità infantili in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica - SIAN (Servizio Igiene Ambienti Nutrizione) e i servizi scolastici.

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

- bambini affetti da patologie croniche: inserimento in ambito scolastico in collaborazione con altri servizi (Pediatri di Libera Scelta e Specialisti), enti e istituzioni; elaborazione di protocolli personalizzati, informazione ed istruzione del personale della scuola, anche quando sia necessaria la somministrazione di farmaci in orario scolastico, in applicazione del Protocollo Provinciale in applicazione delle linee guida inerenti la somministrazione di farmaci in contesti extra – famigliari, educativi o scolastici in Emilia – Romagna, alla cui redazione ha partecipato una Pediatra di Comunità in rappresentanza della AUSL FE;
- sostegno e tutela ai bambini e ragazzi in condizioni di disagio socio sanitario (sospetto di incuria, maltrattamento, abuso; immigrati con difficoltà di integrazione): progetti condivisi con altri Servizi (Servizio Sociale, SMRIA-UONPIA, SERT, Salute Mentale, Salute Donna),
- partecipazione ai gruppi di lavoro interistituzionali provinciali e comunali su tali tematiche,
- partecipazione di una pediatra di comunità al Tavolo Tecnico Regionale “ Diabete in età pediatrica”.

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

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

- partecipazione, in collaborazione con Salute Donna e i Centri per le famiglie di Ferrara e Comacchio ai “corsi di accompagnamento alla nascita” ed alla promozione e sostegno dell'allattamento al seno con offerta di consulenze telefoniche ed ambulatoriali alle mamme; il pieghevole informativo su questa rete di sostegno e promozione è stato tradotto in sette lingue straniere, delle etnie più rappresentate nella nostra Provincia, con il contributo dell'Ufficio Mediazione ed Accoglienza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ed è stato aggiornato nel 2013;
- nel Distretto Sud Est continua la collaborazione con il “Punto di Ascolto Psicologico per la Gravidanza e il Post parto” per la realizzazione di una rete distrettuale per l'individuazione precoce di stati di disagio delle mamme nel primo anno di vita dei bambini;
- nel 2013 é proseguito nel Distretto Centro Nord, il progetto "Ben arrivato": progetto di accompagnamento e sostegno di genitori di bambini nel 1° anno di vita attivo dal 2008, in ottemperanza alle indicazioni regionali, che vede la collaborazione di 5 diversi servizi, comunali e sanitari:
 - per il COMUNE DI FERRARA sono coinvolti il Centro per le Famiglie e il Centro per Bambini e Genitori Piccola Casa dell'U.O. Politiche Familiari e Genitorialità,
 - per l'Ausl la Pediatria di Comunità e il Consultorio Salute Donna del Dipartimento Cure primarie e il Servizio di Psicologia Clinica del Dipartimento di Salute Mentale.

Il progetto realizza, in via sperimentale, un punto di ascolto e di sostegno ai genitori a rischio di depressione e difficoltà di relazione e di gestione del neonato nel centro Piccola Casa di Viale Krasnodar, 112 - Ferrara.

Da settembre 2011, grazie a risorse aggiuntive decise dal Tavolo Salute Donna e inserite nel Piano di Zona, il servizio accoglie mamme e bambini al martedì e al giovedì mattina, dalle ore 9.30 alle 12.30, e il primo giovedì del mese si tengono anche incontri di gruppo con i genitori. Le visite domiciliari iniziate nella tarda primavera 2010 dopo la firma dell'accordo tra Comune, Azienda UsI ed Ospedale avvengono prevalentemente (anche se non esclusivamente) nelle stesse giornate, mentre la presenza presso il reparto maternità è assicurata a giorni alterni, tre mattine alla settimana, da un'assistente sanitaria della Pediatria di Comunità e dalla psicologa del Centro per le Famiglie. Nella primavera 2012 è stato inoltre avviato un incontro prima mensile, poi quindicinale, e ora tre volte al mese, per piccoli gruppi di mamme e neonati, cui

partecipa, oltre alle operatrici a turno del Punto d'Ascolto, una fisioterapista. L'appuntamento è denominato **“Il tappeto dei piccoli”** ed è dedicato rispettivamente il secondo giovedì del mese ai bambini neonati (entro massimo il primo mese e mezzo di vita), il terzo giovedì del mese a bambini che hanno già compiuto il 3° mese di vita (fino al massimo a 4 mesi e mezzo di vita) e il quarto giovedì ai bambini che hanno compiuto il 5° mese (fino al massimo a 6 mesi). Obiettivo della proposta è quello di offrire ai neo-genitori che accedono al Punto d'Ascolto appuntamenti con possibilità di approfondire la conoscenza del proprio bambino in momenti cruciali del suo primo sviluppo psico-motorio.

Attività del PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO “BEN ARRIVATO” 1 gennaio 2009 - 31 dicembre 2013

PUNTO D'ASCOLTO E SOSTEGNO “BEN ARRIVATO ... PICCOLO!MIO!”										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.	1° s.	2° s.
Prime prese in carico										
Primi colloqui	10	16	22	19	14	16	22	17	14	18
Prime consulenze telefoniche	3	7	20	22	14	17	23	14	12	26
Prime Visite Domiciliari			7	25	28	29	34	20	20	40
Interventi di proseguimento										
Colloqui	9	19	22	26	22	31	42	34	16	13
Consulenze telefoniche		2	6	8	3	12	16	53	23	25
Visite Domiciliari successive					1	4	5	23	6	6
Colloqui post domiciliari al BA					22	18	25	20	7	9
Colloqui di coppia							13	6		
Accompagnamenti ai servizi							2	1		
Totali interventi										
Tot. Visite Domiciliari			7	25	29	33	39	43	26	52
Tot. Colloqui	19	35	44	45	58	65	102	77	30	31
Tot. Consulenze telefoniche	3	9	26	30	17	29	39	67	35	51
Interventi di accompagnamento							2	1		
Tot. Genitori partec. al Tappeto dei piccoli							28	19	47	34
TOTALE	22	44	77	100	104	127	182	188	138	168

Accoglienza delle famiglie straniere e dei loro bambini.

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

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

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

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

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

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

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

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

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

La proposta riorganizzativa è in linea con la legislazione vigente, il Piano triennale Salute Mentale 2009-2011 e le attuali linee di contenimento delle spese nazionali, regionali ed aziendali e ha realizzato le seguenti azioni di cambiamento: sviluppo della semplificazione e razionalizzazione dei percorsi di accesso e di presa in carico dei pazienti, garantendo livelli di appropriatezza e qualità assistenziale e del rispetto della sicurezza anche degli operatori; unificazione dell'assistenza psichiatrica nell'area ospedaliera attraverso la costituzione di una Unità Operativa a direzione universitaria; unicità e continuità dei percorsi terapeutici riabilitativi nel territorio provinciale attraverso la costituzione di una estesa U.O. complessa che governa unitariamente nel territorio la salute mentale, superando la logica particolaristica dei distretti Centro/Nord e Sud/Est; integrazione intra-dipartimentale e interdipartimentale (Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Cure Primarie) e con l'Azienda Ospedaliera Universitaria; superamento della logica della frammentazione distrettuale delle risorse umane amministrative riorganizzando l'U.O. Servizi Amministrativi del DAI SM DP.

Programma di Psicologia Clinica e di Comunità

Ulteriore sviluppo del Dipartimento è l'implementazione del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità finalizzato ad una razionale valorizzazione di tutte le risorse professionali di psicologo presenti in Azienda, nel senso di garantire un'appropriata risposta ai bisogni diagnostico assistenziali provenienti da una realtà sociale in continua evoluzione per gli aspetti epidemiologici e garantire equità nell'organizzazione ed erogazione della risposta. Una visione d'insieme del panorama professionale, principalmente rappresentato nel DAISMDP ed in minima parte nel DCP, e delle esigenze emergenti trova nel Programma il necessario punto di coordinamento e facilitazione gestionale. I settori di attività specifica propri del Programma, per i quali si configura, quindi, una piena responsabilità di coordinamento di idonee forme di gestione sono:

- Affidamento familiare, Adozioni nazionali e internazionali e Centro contro l'Abuso all'infanzia in forte integrazione con gli enti locali.
- Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse. Il Centro si occupa di Psicologia Cognitiva ed in particolare della valutazione e certificazione dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento (dislessia, discalculia, disortografia, disgrafia ecc.) per tutta la provincia di Ferrara.
- Centro di psicoterapia breve centralizzato per tutte le U.U.O.O. che ne fanno richiesta, con prestazioni previste nell'ambito dei LEA

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

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

L'Azienda USL è impegnata ad assicurare: attenzione ai processi di prevenzione secondaria dei DCA; qualificazione dei percorsi di appropriatezza terapeutica e continuità assistenziale; individuazione delle risorse specificamente destinate alla diagnosi e presa in carico dei pazienti.

Programma salute mentale nell'Istituto Penitenziario

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

Le attività curative che il Dipartimento di Salute Mentale svolge all'interno del carcere sono inerenti ai cittadini con diagnosi psichiatriche e con disturbi da abuso di sostanze psicotrope. Questa attività dipartimentale di salute mentale viene attuata in stretta collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie.

Un altro progetto è quello che riguarda l'accoglienza presso le Comunità Terapeutiche per i detenuti con problematiche di tossicodipendenza (SerT) che possono usufruire dei benefici della legge sugli arresti domiciliari.

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

Comitato Utenti Famiglie Operatori (CUFO)

Il Comitato Utenti Famiglie e Operatori è un importante organismo di integrazione tra i diversi attori istituzionali e sociali, che hanno come mission lo sviluppo della salute mentale.

Il CUFO nel corso degli ultimi 4 anni si è regolarmente incontrato (ogni anno in media 5 incontri plenari, 6 incontri dei vari sottogruppi di lavoro) per affrontare i problemi che i percorsi curativi e riabilitativi possono incontrare: qualità dei prodotti erogati, percorsi organizzativi, soddisfazione di famigliari-utenti e operatori, sicurezza di utenti e operatori.

Psichiatria adulti

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

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

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

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati. Anni 2010/2013 - Età >18 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	19,6	21	19,2	20,8	18,4	20,8	17,4	20,0
RER	17,6	19,2	17,4	19,4	17,2	19,8	17,2	19,8

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

		2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ferrara	OVEST	154,3	184,2	176,5	173,0	179,9	163,0
	CENTRO-NORD	150,3	216,2	213,5	204,3	204,9	205,2
	SUD-EST	178,1	221,7	235,0	241,5	239,0	219,0
Totale Azienda		159,2	211,1	211,9	208,3	209,3	200,1
Totale		168,0	184,5	192,0	195,0	198,6	199,4

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

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale: attività ambulatoriale

Attività Ambulatoriale							
	Centro nord	Ovest	Sud est	Non Resid.	2013	2012	Δ %
Numero Utenti Trattati	3421	851	1975	407	6.654	6.888	-3,4%
Nuovi ingressi:	1662	427	836	343	3.268	3.454	-5,4%
Ingressi Ambulatoriali	1035	353	587	118	2.093	2.224	-5,9%
Consulenze Ospedaliere	564	50	207	184	1.005	1.088	-7,6%
Ingressi Reparto	63	24	42	41	170	142	+19,7%
Pazienti presi in carico	488	105	284	47	924	1.051	-12,1%
Pazienti già in carico	2.002	476	1314	103	3.895	3.825	+1,8%
Pazienti in carico TOTALI	2.490	581	1598	150	4.819	4.876	-1,2%

Nel 2013 i pazienti che si sono rivolti ai servizi territoriali della Psichiatri Adulti sono stati 6.654 (58,7 maschi; 41,3% femmine), distribuiti per il 51,4% nel distretto Centro Nord, per il 29,7% nel distretto Sud Est e per il 12,8% nel distretto Ovest. La quota degli utenti non residenti raggiunge il 6,1% del totale.

I nuovi ingressi rappresentano il 49% dell'utenza complessiva: si tratta in prevalenza di attività sanitarie ambulatoriali (64%), anche se le consulenze ospedaliere rappresentano il 31%. Gli ingressi in reparto hanno riguardato 170 pazienti, il 5,2% dei nuovi ingressi.

I pazienti in carico totali sono risultati 4.819, il 72,4% degli utenti trattati, di questi 924 (19,2%) sono risultati nuovi utenti e 3.825 (80,8%) già in carico da anni precedenti.

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

DIAGNOSI	TOTALE 2013	
PSICOSI	1303	19,58%
DISTURBI AFFETTIVI	1052	15,81%
DISTURBI NEVROTICI	1258	18,91%
DISTURBI DI PERSONALITA	510	7,66%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	147	2,21%
DISTURBI REATTIVI	1026	15,42%
RITARDI MENTALI	224	3,37%
DEMENZE	225	3,38%
DISTURBI ORGANICI	192	2,89%
ALTRE DIAGNOSI	196	2,95%
IN OSSERVAZIONE	463	6,96%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	58	0,87%
TOTALE	6.654	100,00%

Questi dati rivelano che i trattamenti diagnostici terapeutici del CSM sono rivolti in particolare verso i disturbi psichiatrici maggiori (psicotici (19,6%), gravi disturbi affettivi (15,8%), gravi disturbi di personalità (7,7%) e disturbi psichiatrici associati ad abuso di sostanze); contemporaneamente il CSM cura anche i disturbi meno gravi presenti nella popolazione, quali i disturbi nevrotici (18,9%) e i disturbi reattivi.

DIAGNOSI	< 18 anni	18 - 24 anni	25 - 44 anni	45 - 64 anni	>65 anni	TOTALE 2013
PSICOSI		27	355	653	268	1303
DISTURBI AFFETTIVI		8	157	522	365	1052
DISTURBI NEVROTICI	1	45	373	497	342	1258
DISTURBI DI PERSONALITA'	1	22	205	237	44	510
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE		7	49	74	17	147
DISTURBI REATTIVI		32	315	417	262	1026
RITARDI MENTALI	1	18	84	88	33	224
DEMENZE			1	12	212	225
DISTURBI ORGANICI		1	30	61	100	192
ALTRE DIAGNOSI	10	25	57	57	47	196
IN OSSERVAZIONE	4	25	179	171	84	463
IN ATTESA DI VALUTAZIONE		2	8	23	25	58
TOTALE	17	212	1.813	2.812	1.799	6.654

Questi dati indicano che la popolazione trattata nei CSM è principalmente caratterizzata da un'alta percentuale di persone con età avanzata (42,3% dai 45-64; 27% over 65), come riflesso della tendenza alla cronicizzazione di molti disturbi psichiatrici.

Trattamenti Residenziali

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

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

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

Le residenze rispondono alla necessità di stabilizzare il quadro clinico acuto psicopatologico e di iniziare percorsi riabilitativi con approccio biopsicosociale. Il ricovero medio presso queste residenze ha la durata di rispettivamente di 56,2 e 45,7 giorni.

A Ferrara la **Residenza a Trattamento Protratto (RTP)** "Il Convento- San Bartolo" dispone di due Moduli (di 15 posti letto ciascuno) e fornisce trattamenti riabilitativi prolungati (6-36 mesi) a pazienti affetti da disturbi psichiatrici gravi in fase sub acuta e/o cronica, con lunga storia di malattia e di ricoveri.

I pazienti presenti nelle strutture residenziali dipartimentali nel 2013 sono risultati 203, il 12,8% in più rispetto all'anno precedente, con 153 giornate medie di degenza.

Le strutture residenziali del Dipartimento a gestione diretta non soddisfano completamente i bisogni assistenziali della popolazione, pertanto il DAISM DP utilizza altri **posti letto esterni con pagamento della retta** a favore di 119 pazienti provenienti dal vecchio ospedale psichiatrico e a favore di pazienti più giovani, appartenenti alla fascia della cosiddetta "nuova cronicità" (98).

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

Nel 2013 sono stati inseriti nelle Case di Cura accreditate 52 pazienti, il 24% in meno rispetto al 2012, con una media di 30 giornate di assistenza.

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

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

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Residenziali

	2013			2012		
	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati	RICOVERI	GG. degenza	PAZIENTI ricoverati
Ricoveri Residenziali a gestione diretta						
Il Convento - S. Bartolo (adulti)	74	11.346	47	73	11.444	40
La Luna (adulti)	97	5.450	73	92	5.654	73
Basaglia (adulti)	122	5.540	83	117	5.711	67
Ricoveri Residenziali in Retta						
Altre Residenze non definite (adulti - ex op)	119	42.475	119	130	45.869	130
Altre Residenze non definite (adulti - no op)	98	30.102	98	109	31.549	109
TOTALE	217	72.577	217	239	77.418	239
Ricoveri Residenziali in Retta in altre Province a residenti						
Case di cura accreditate Entro RER	64	1.546	52	79	2.714	68

Trattamenti Semiresidenziali (Centri Diurni)

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

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

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

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

Pazienti in trattamento presso il Centro Salute Mentale con Trattamenti Semiresidenziali

CENTRI DIURNI	2011	2012	2013
Il Convento (S. Bartolo)			
Accessi	13.845	14.909	15.280
Pazienti	60	60	60
Maccaccaro (Ferrara)			
Accessi	4.795	5.077	6.226
Pazienti	92	94	101
TOTALE PAZIENTI	152	154	161

Gruppi Appartamento e Unità Abitative supportate

Il CSM utilizza numerosi gruppi appartamento e unità abitative per curare numerosi pazienti nel contesto normale della società secondo l'orientamento tipico della psichiatria di comunità che privilegia l'ottica della riabilitazione biopsicosociale territoriale. Questo tipo di trattamento riabilitativo è concordato con il paziente, la famiglia, l'amministratore di sostegno e le cooperative sociali con le quali il Dipartimento è in convenzione.

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

	2011	2012	2013
Gruppi Appartamento			
Posti letto	30	30	28
Pazienti	35	31	29
Unità Abitative			
Posti letto	20	20	28
Pazienti	20	21	31

Psichiatria Ospedaliera Universitaria

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

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

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

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

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

In entrambi i reparti è disponibile una guardia psichiatrica attiva h. 24. La durata media di ricovero ospedaliero è sovrapponibile per entrambi i reparti è di circa due settimane.

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

Azienda di residenza	2011			2012			2013		
	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab	Dimessi	Pop.	Tasso d'ospedalizzaz. x 10.000 ab
Ferrara	947	313.325	30,2	842	312.549	26,9	808	310.777	26,0
Totale Regione	9.179	3.737.396	24,6	9.137	3.754.501	24,3	9.031	3.759.836	24,0

Dimessi dai reparti di Psichiatria, in regime ordinario, con età >=18 (compresa la mobilità passiva interregionale eccetto il 2013). Fonte SDO

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

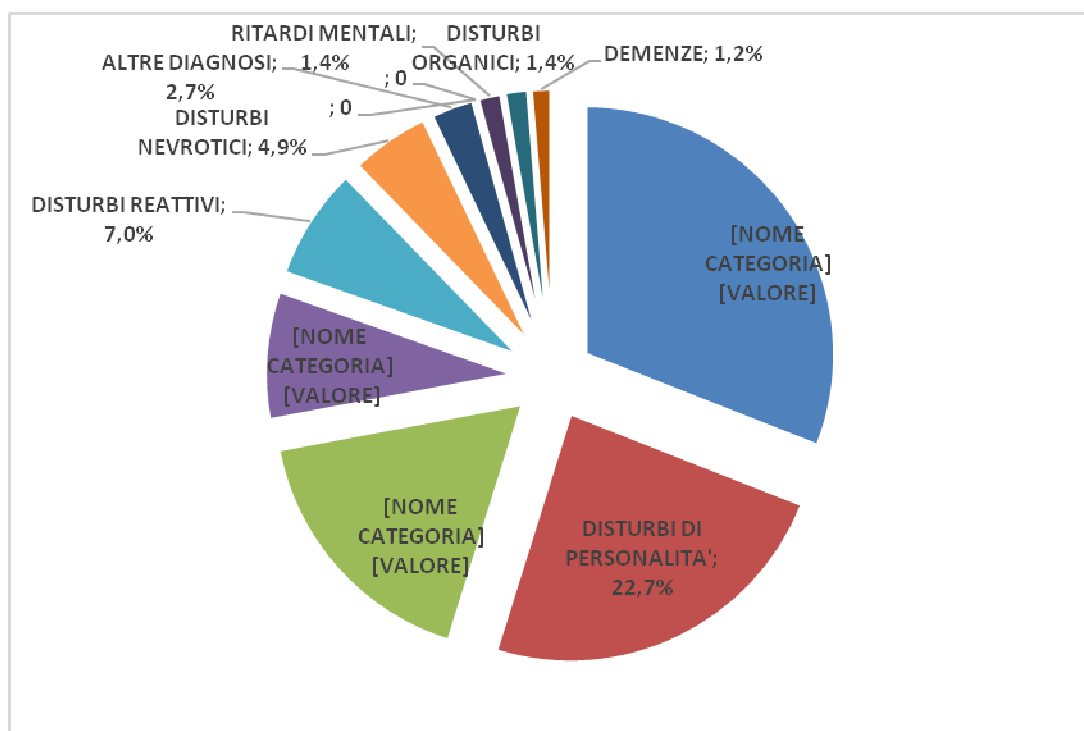
Spetta a questo servizio garantire il ricovero volontario (TSV) o in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico,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

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

Pazienti ricoverati in SPDC

SPDC	2011	2012	2013
Pazienti ricoverati	335	312	362
Ricoveri	485	423	489
Indice occupazione posti letto	98,61	97,98%	104,35%
Presenza media giornaliera	14,79	14,7	15,65

Ricoveri suddivisi per fasce di diagnosi. Anno 2013



FASCE DI DIAGNOSI	n.	%
PSICOSI	144	29,4%
DISTURBI DI PERSONALITA'	111	22,7%
DISTURBI AFFETTIVI	80	16,4%
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	39	8,0%
DISTURBI REATTIVI	34	7,0%
DISTURBI NEVROTICI	24	4,9%
ALTRE DIAGNOSI	13	2,7%
RITARDI MENTALI	7	1,4%
DISTURBI ORGANICI	7	1,4%
DEMENZE	6	1,2%
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	13	2,7%
IN OSSERVAZIONE	11	2,2%
TOTALE	489	100,0%

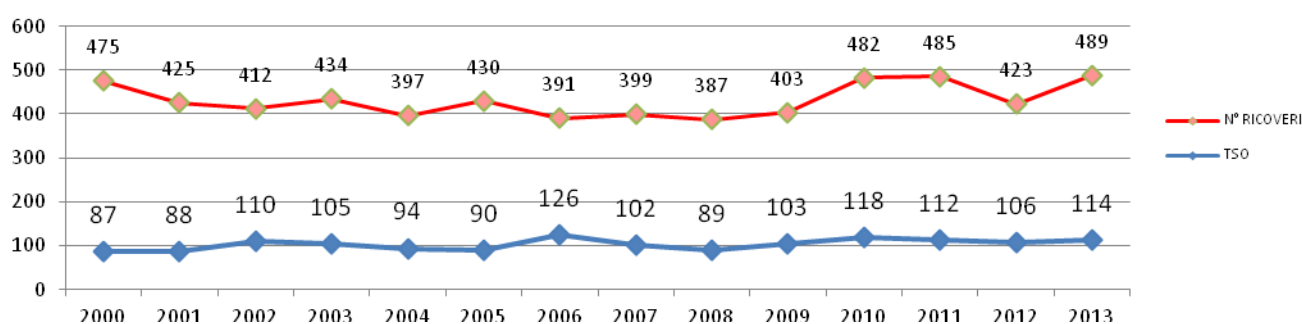
Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)

L'applicazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) viene rivolto solo ai pazienti psichiatrici che 1) non hanno coscienza del proprio disturbo, 2) necessitano di interventi terapeutici rifiutati dal paziente stesso, 3) questi trattamenti debbono essere erogati solo in ambiente ospedaliero (Legge 833/79).

Pazienti con Trattamento Sanitario Obbligatorio

Aziende USL	anno 2013		
	TSO	Totale Dimessi SPDC	% TSO/Ricoveri
Ferrara	97	423	22,9
Totale Regione	985	6.987	14,1

S.P.D.C. Ferrara - Andamento dei ricoveri e dei ricoveri TSO - Periodo 2000-2013



L'analisi di questi dati evidenzia che il Dipartimento è costante nell'uso del TSO (min 87 ricoveri nel 2000 – max 114 nel 2013); in generale su 4 ricoveri 1 è in TSO.

Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI)

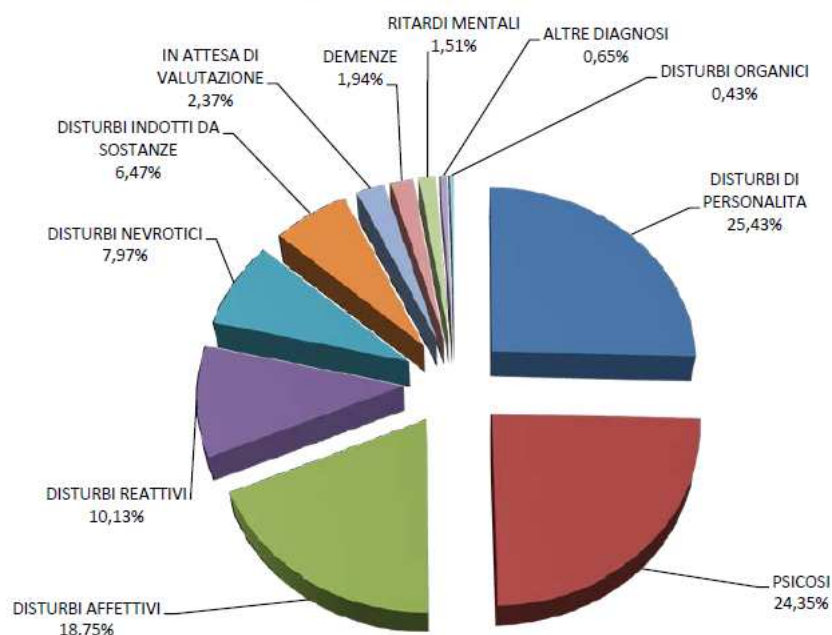
Spetta allo SPOI garantire il ricovero volontario (TSV) di pazienti con disturbi psichiatrici in fase acuta. Nel corso del ricovero vengono realizzati i trattamenti più appropriati, affinché il paziente usufruisca di un ambiente sicuro e terapeutico, sia dal punto di vista diagnostico farmacologico,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

Pazienti ricoverati in SPOI

SPOI	2011	2012	2013
Pazienti ricoverati	327	305	334
Ricoveri	463	433	466
Indice occupazione posti letto	98,90%	99,60%	100,11%
Presenza media giornaliera	14,84	14,94	15,02
Dimessi	484	496	489

Ricoveri suddivisi per fasce di diagnosi

Anno 2013



Fasce di Diagnosi	n°
DISTURBI DI PERSONALITÀ	118
PSICOSI	113
DISTURBI AFFETTIVI	87
DISTURBI REATTIVI	47
DISTURBI NEVROTICI	37
DISTURBI INDOTTI DA SOSTANZE	30
IN ATTESA DI VALUTAZIONE	11
DEMENZE	9
RITARDI MENTALI	7
ALTRE DIAGNOSI	3
DISTURBI ORGANICI	2
Totale	464

Servizio Psichiatria di Consultazione (SPC)

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

CONSULENZE OSPEDALIERE	2011	2012	2013
Adulti	2.800	2485	2.447
Azienda Ospedaliera S. Anna	2.085	1861	1.895
Altri Ospedali (Delta e San Giorgio)	715	624	552
Minori	4	13	19

Servizio di Psiconcologia e Psichiatria nelle cure palliative

È inoltre gestito all'interno della Unità Operativa di Psichiatria Ospedaliera a direzione universitaria il programma assistenziale psichiatrico per persone affette da cancro e i loro familiari, svolto dal Servizio di Psiconcologia. Tale servizio svolge inoltre attività di collegamento per la componente psiconcologica con le varie attività svolte dalla Azienda Ospedaliero Universitaria (ad es. Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale per cancro della mammella) e dalla Azienda USL (ad es. Tavolo Cure Palliative).

Sert – Programma Dipendenze Patologiche

Si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi legati al consumo problematico e alla dipendenza patologica da eroina, cocaina, alcol, poliabuso di sostanze chimiche, cannabinoidi e tabacco.

Garantisce la continuità del trattamento per i detenuti tossicodipendenti in carcere attraverso l'équipe carcere del Dipartimento e la prevenzione della mortalità e morbilità con interventi di riduzione del danno.

Il servizio affronta l'insieme dei problemi presentati dall'utente con un approccio biopsicosociale.

La persona è al centro dell'intervento dell'équipe multidisciplinare che affronta i problemi della salute, delle conseguenze psicologiche, familiari, legali e sociali causate dalla tossicodipendenza.

Il SerT lavora in rete con i servizi inter e intra dipartimentali per i casi in doppia diagnosi, i servizi sociali (ASP) e il sistema del privato sociale accreditato (Comunità Terapeutiche) attraverso il Programma Dipendenze Patologiche. Negli ultimi anni l'attenzione è rivolta anche alla dipendenza da gioco d'azzardo patologico (GAP). Sono in aumento, infatti, tipi di dipendenza sine substantia, che presentano tratti caratteristici in comune con la tradizionale dipendenza da sostanze stupefacenti.

Programmi di prevenzione mirata e interventi precoci, in collaborazione con Spazio Giovani, Promeco, Operatori di Strada, per interventi sul territorio non medicalizzati e per la presa in carico e cura per la fascia d'età 14-24 anni, nella consapevolezza che prima si interviene e più risulta favorevole l'evoluzione clinica.

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati. Anni 2010/2013 - Età 15-64 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	6,8	8,4	6,8	8,4	6,2	8,2	5,8	8
RER	6,4	7,8	6,4	7,8	6,6	9,2	7	9,4

Il Servizio Tossicodipendenze (SerT)

Il SerT svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso, dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali (droghe, alcol, tabacco). Su tutto il territorio provinciale è attivo un Centro per la prevenzione e cura del giocatore d'azzardo patologico che si occupa delle problematiche che investono il giocatore, la sua famiglia e il contesto sociale. All'interno del SerT opera un'équipe multidisciplinare, composta da professionisti di differenti competenze (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri professionali, assistenti sanitari), per garantire una presa in carico globale ed unitaria che valorizza la centralità della persona, occupandosi dei suoi problemi con un approccio biopsicosociale. Particolare attenzione è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, alle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.

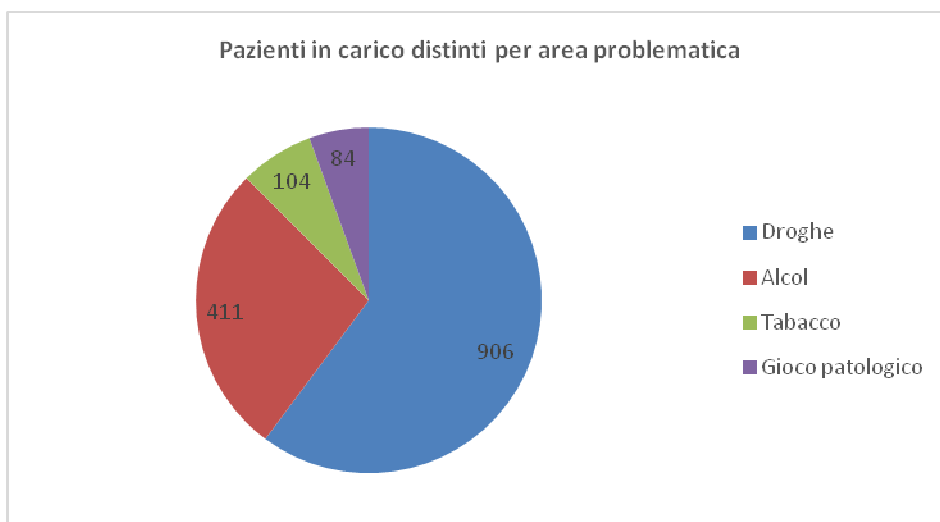
UTENTI SERT	Totale 2013	Totale 2012	Δ %
TOTALE PAZIENTI TRATTATI	2.223	2.205	+0,8
Nuovi pazienti presi in carico	289	336	-14,0
Ambulatoriali	253	286	-11,5
In carcere	36	50	-28,0
Pazienti già in carico	1.216	1.136	+7,0
Ambulatoriali	1.111	1.038	+7,0
In carcere	105	98	+7,1
TOTALE PAZIENTI IN CARICO	1.505	1.472	+2,2

Nel 2013 i servizi per le dipendenze patologiche hanno risposto alla domanda di trattamento proveniente da 2.223 utenti, 1.364 (61,4%) hanno seguito un programma terapeutico ambulatoriale, 141 in carcere (6,3%), 718 (32,3%) hanno ricevuto prestazioni in fase di osservazione e diagnosi o in fase di post dimissione o consulenza.

Tra i pazienti con un programma terapeutico il 60,2% presentava problematiche relative alla dipendenza da droghe e il 27,3% da alcol. Il 7% si è rivolto ai Centri Antifumo per la disassuefazione dal fumo di tabacco e il 5,6% per gioco d'azzardo patologico.

Pazienti in carico distinti per area problematica	Centro Nord	Sud Est	Ovest	Totale	%
Droghe	525	259	122	906	60,2%
Alcol	208	139	64	411	27,3%
Gioco patologico	67	10	7	84	5,6%
Tabacco*	104			104	6,9%
TOTALE	904	408	193	1.505	100%

*I Centri Antifumo per il trattamento della disassuefazione dal fumo di sigarette sono solo nel distretto Centro Nord



Accesso differenziato per Adolescenti e Giovani al SerT: In risposta all'aumento del consumo di sostanze tra la popolazione giovanile, per facilitare gli accessi al sistema di cura, i servizi hanno attivato percorsi di presa in carico specifici diretti agli adolescenti attivando un'équipe multidisciplinare dedicata al fine di agire precocemente, in una fase di uso non stabilizzato di sostanze psicoattive. In particolare l'intervento precoce dedicato ai giovani mira all'inquadramento diagnostico e al lavoro integrato con le famiglie ad orientamento cognitivo comportamentale. Nel 2013 sono stati 140 i giovani che hanno seguito un percorso dedicato presso

i SerT; il 17,8% degli accessi è stato tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 17 anni e l'82,2% nella fascia d'età 18-24 anni.

Accesso differenziato per adolescenti e giovani	Centro Nord	Sud Est	Ovest	2013	%	2012	%
Giovani di età 15-17 anni con accesso al percorso dedicato	13	11	1	25	17,8	28	13,5
Giovani di età 18-24 anni con accesso al percorso dedicato	60	29	26	115	82,2	179	86,5
TOTALE	73	40	27	140	100%	207	100%

Monitoraggio della salute: L'invecchiamento della popolazione già in carico al SerT e l'arrivo di nuova utenza con problematiche diverse, ha imposto un ripensamento sul monitoraggio della salute e delle malattie infettive per procedere ad interventi precoci e più efficaci.

Lo screening proposto prevede, ad ogni accesso o riammissione di utenza identificata, un percorso di valutazione sanitaria e monitoraggio dello stato di salute, che comprende routine degli esami ematochimici e routine Hiv, Hbv, Hcv, Hav. Ai pazienti in trattamento con metadone cloridrato con dosaggi maggiori o uguali a mg 100 pro/die viene proposta una visita cardiologica e un elettrocardiogramma.

Ai pazienti con disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina, viene proposta una eventuale valutazione ORL, l'elettrocardiogramma (Rx-Torace 2P più eventuale prova da sforzo) e la visita cardiologia.

Nel 2013 i pazienti inclusi nel percorso di screening sono stati 1.033, di questi 671 (65%) è stato sottoposto al monitoraggio dello stato di salute (134 nuovi utenti, 537 già in carico).

Monitoraggio della salute	Utenti da screenare	Utenti screenati 2013	Nuovi utenti	Utenti già in carico	%
Centro Nord	511	342	52	290	66,9%
Sud Est	382	238	55	183	62,3%
Ovest	140	91	27	64	65,0%
TOTALE	1.033	671	134	537	65%

Attività socio-riabilitativa: Nel corso del biennio 2012-2013 è stato portato a termine il progetto RELI, finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, per la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi, di **formazione-orientamento per l'avviamento al lavoro** di utenti in carico al SerT. Il progetto ha messo in rete le 6 Comunità accreditate del territorio con i 5 SerT e la Coop. Sociale Work and Services, con il coinvolgimento di 75 utenti impegnati in borsa lavoro. Il progetto si è concluso nel 2013, ha portato al consolidamento della rete dei servizi e al mantenimento delle opportunità promosse dalla sperimentazione.

Continuità Terapeutica in Carcere: L'attività di un'équipe carceraria, in rapporto con il SerT, garantisce l'assistenza alle persone detenute con problemi di dipendenza da sostanze. Nel 2013 i soggetti detenuti seguiti con un trattamento terapeutico sono stati 141, il 90% per droga e il 10% per alcol.

Pazienti con trattamento in carcere distinti per Area problematica	Nuovo	Già in carico	Totale
Droghe	35	92	127
Alcol	1	13	14
Totale	36	105	141

Percorsi Residenziali e Semiresidenziali

Sul territorio provinciale le strutture accreditate per il trattamento dei soggetti dipendenti da sostanze d'abuso offrono sia i tradizionali percorsi terapeutici e pedagogici (3 Strutture residenziali a tipologia terapeutico-riabilitativo; una struttura residenziale a tipologia pedagogico-riabilitativo), sia trattamenti specialistici che rispondono a particolari bisogni assistenziali e di cura legati alla tipologia dei soggetti: una Struttura madre-bambino che accoglie donne tossicodipendenti con figli minori e un Centro di Osservazione e Diagnosi per la gestione delle crisi e la rivalutazione diagnostica.

Posti residenziali e semiresidenziali sanitari gestiti da privato sociale e accreditati RER per trattamento dipendenze patologiche

	Posti residenziali	Posti semiresidenziali	Totale
FERRARA	100	12	112
RER	1300	196	1496

L'accesso alle strutture avviene tramite l'invio dal SerT che sulla base dei criteri di eleggibilità definiti dalla struttura individua il percorso più appropriato per i bisogni di salute specifici del paziente. In casi particolari gli invii possono essere effettuati anche da Enti Locali e dal Ministero di Giustizia (per i soggetti in carcere). L'onere della prestazione è a carico dell'AUSL (SerT) che definisce, di concerto con la struttura, il piano terapeutico del paziente e le modalità per la verifica dei risultati raggiunti (indicatori e standard di prodotto).

Dopo il percorso di accreditamento e la stipula degli accordi locali tra Aziende USL ed Enti gestori le procedure relative all'invio nelle strutture e alla gestione dei trattamenti residenziali/semiresidenziali sempre più spesso costituiscono il prodotto di un lavoro condiviso, fra pubblico e privato, finalizzato a garantire trattamenti più appropriati, dal punto di vista clinico ed organizzativo.

Inserimenti di pazienti SerT in strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali

	2013	2012	2011
Inserimenti presso Enti Accreditati Regionali			
Soggetti inseriti	90	76	91
Numero di ricoveri	117	104	105
Giornate totali	14.112	12.892	11.451
Inserimenti presso Altri Enti			
Soggetti inseriti	16	18	13
Numero di ricoveri	18	22	13
Giornate totali	3.747	4.748	2.565
Inserimenti di soggetti agli arresti domiciliari			
Soggetti inseriti	5	7	12
Numero di ricoveri	5	7	14
Giornate totali	539	1.033	2.269

Nel 2013 sono stati attivati 21 percorsi speciali (per 18 pazienti) post-comunitari a sostegno del reinserimento in regime non residenziale in Comunità Terapeutica. Le prestazioni erogate dalla C.T riguardano: inserimenti in appartamenti protetti, casa famiglia, colloqui individuali psicoterapeutici o educativi, sostegno nel reinserimento lavorativo.

Il nuovo programma regionale dipendenze patologiche (DGR n. 999/2011) orienta i Programmi Aziendali verso la programmazione congiunta con le strutture residenziali e l'attuazione di percorsi residenziali più brevi e personalizzati.

Il Programma Dipendenze Patologiche dell'Ausl di Ferrara nell'Accordo economico con gli Enti Ausiliari Accreditati ha definito il fabbisogno dei percorsi clinico-terapeutici degli utenti; ha stipulato gli accordi di fornitura e ne ha predisposto il loro monitoraggio; ha definito un piano di garanzia dell'appropriatezza dei percorsi terapeutici in struttura; ha pianificato la formazione degli operatori SerT-Strutture congiunta.

Interventi di Promozione della Salute, Prevenzione, Integrazione Socio-Sanitaria

Nel corso degli ultimi anni le attività di prevenzione e promozione della salute nella comunità locale hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione sui comportamenti a rischio e la promozione di stili di vita sani. La realizzazione di queste attività è avvenuta attraverso l'attivazione di una rete istituzionale che ha permesso di programmare e realizzare interventi nelle scuole (*Punto di vista: l'operatore a scuola*), sul territorio (*Servizi di Prossimità: Progetto FREE ENTRY*) e di offrire di spazi di ascolto rivolti ai giovani (*Progetto Asterix: interventi precoci in adolescenza*) e ai genitori (*Spazio di consulenza ai genitori di adolescenti*).

Questa esperienza troverà la sua integrazione formale nell'attuazione del progetto regionale adolescenza: dalla prevenzione, alla presa in carico precoce, alla cura finalizzato ai giovani compresi nella fascia di età 14-24 anni.

Progetto Punto di vista: l'operatore a scuola. Nei contesti scolastici laddove sono rilevabili segni e sintomi predittivi tali da dover considerare alto il rischio per quanto riguarda lo sviluppo futuro di un disturbo sono attivati interventi preventivi selettivi. Si tratta di interventi che rivolgono lo sguardo al ruolo attivo che i singoli e la comunità possono avere nell'influenzare gli stili di vita, riconoscendo e sostenendo le risorse che possono funzionare da "fattori protettivi". Si passa così da una logica di sollecitazione, stimolo e valorizzazione delle risorse, al potenziamento del patrimonio del singolo aumentando la capacità individuale di far fronte alle difficoltà all'interno del contesto scuola.

I progetti sono attivati e integrati sul territorio provinciale con l'obiettivo di prevenire e o di intervenire in modo integrato su situazioni di disagio con particolare riguardo all'uso di sostanze legali e illegali, alle difficoltà di integrazione nel gruppo classe, nelle prevaricazioni e nelle violenze, nelle difficoltà personali di relazione, nel supporto alle difficoltà nel percorso di crescita.

In particolare il progetto punto di vista, coordinato da Promeco, garantisce la presenza di un operatore (psicologo scolastico o educatore professionale o pedagogo), all'interno delle scuole secondarie di I° e II° grado con compiti di supporto agli insegnanti, alla direzione didattica e a gli studenti.

Il progetto ha coinvolto la maggior parte degli istituti del territorio su percorsi di integrazione dei gruppi classe (finalizzati alla prevenzione delle difficoltà relazionali, hanno lo scopo di favorire un clima di classe positivo prevenendo dinamiche relazionali distorte tra pari e nei confronti degli insegnanti) o percorsi in classi segnalate (di contrasto alle difficoltà relazionali in caso di dinamiche relazionali distorte tra il gruppo dei pari o di difficile gestione del gruppo da parte degli insegnanti).

Il progetto offre inoltre uno spazio di ascolto per studenti di riflessione guidata su situazioni di difficoltà nell'ambito del quale l'operatore offre un intervento di consulenza breve che la finalità di ri-orientare l'adolescente in difficoltà nella direzione di individuare strategie per fronteggiare il momento di crisi; per genitori rispondendo a situazioni problematiche riguardanti i figli o la comunicazione tra scuola e famiglia. Infine con la consulenza insegnanti, viene offerto un confronto rispetto alla gestione della classe o a situazioni personali di alcuni studenti.

Interventi nelle scuole - Anno scolastico 2012/2013

	Prevenzione comportamenti a rischio	Accoglienza ed integrazione	Percorsi in classe segnalate	Consulenza studenti	Consulenza insegnanti	Consulenza ai genitori
Studenti raggiunti						
Scuole secondarie di I°	1250	700	550	193	115	143
Scuole secondarie di II°	2.025	1875	1125	402	159	124
Classi raggiunte						
Scuole secondarie di I°	50	28	22	460	285	265
Scuole secondarie di II°	81	75	45	1127	186	186

Spazio di consulenza ai genitori di adolescenti: offre consulenza educativa ai genitori di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 18 anni che nel percorso di crescita incontrano difficoltà a livello relazionale, comportamentale e motivazionale. Gli interventi di consulenza hanno lo scopo di sostenere e sviluppare le potenzialità dei genitori, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta. Lo spazio di consulenza si occupa in particolare di gestione delle regole e di situazioni conflittuali, di attivazione degli equilibri delle funzioni genitoriali, di mediazione tra scuola e famiglia e di riadattamento individuale e della coppia alla fase evolutiva dei figli.

Il servizio di consulenza per famiglie lavora strettamente in contatto con altri progetti di Promeco (Punto di Vista) e con tutte quelle agenzie del territorio che possono essere a contatto con genitori di ragazzi adolescenti (Centro Famiglie del Comune di Ferrara, Spazio Giovani, MMG e Pediatri di Comunità).

Gli incontri di consulenza vengono realizzati nella sede di Promeco, luogo non connotato da un punto di vista "sanitario", dove è più semplice sviluppare relazioni empatiche più legate alla faticosa normalità.

Nel 2013 sono state seguite 108 famiglie, incontrate 208 persone e sono stati realizzati 368 incontri.

Per quanto riguarda le persone incontrate, spesso si tratta di coppie di genitori che necessitano di riflettere sul loro agire educativo quotidiano, ripensare e ritrovare una importante "sinergia" nelle indicazioni educativo-valoriali, ricercando un diverso equilibrio, in cui implementare a volte il ruolo paterno così importante in questo periodo evolutivo. In collaborazione con le scuole nell'anno scolastico 2012/2013 sono stati realizzati 6 seminari dal titolo "Figli adolescenti che crescono" ai quali hanno partecipato 410 genitori.

Progetto Genitori	2011	2012	2013
Famiglie incontrate	82	68	108
Partecipanti laboratori	45	n.d.	410
Persone incontrate	169	115	208
Incontri realizzati	224	197	368

Progetto Asterix: interventi precoci in adolescenza: Il progetto è promosso dal SerT di Ferrara, nell'ambito dell'attività di prevenzione delle tossicodipendenze con interventi precoci integrati tra gli operatori di strada, lo Spazio Giovani dell'Azienda USL di Ferrara, Area Giovani e Promeco del Comune di Ferrara.

La finalità del progetto è prevenire lo sviluppo, in adolescenti con comportamenti a rischio, di atteggiamenti problematici, rinforzando i fattori protettivi individuali e favorendo la consapevolezza e l'elaborazione dei propri vissuti emotivi.

Il progetto si rivolge a giovani in fase di iniziale consumo di sostanze che frequentano il SerT e inviati dalla Prefettura nell'ambito delle procedure previste in materia di tossicodipendenza, o con difficoltà psicologiche, sociali, comportamentali segnalati da Spazio Giovani, Area giovani, Servizio Materno Infantile, Promeco (progetto Punto di vista), Scuole.

Il Gruppo, misto di maschi e femmine, è aperto e prevede un numero minimo di 5-6 persone e un numero massimo di 12. Gruppi differenziati per età compresa tra 15-18 e 19-24. La conduzione del gruppo è affidata a tre operatori del SerT e una psicologa di Spazio Giovani. Al fine di un supporto rivolto al buon esito dell'esperienza, ai partecipanti viene data l'opportunità di un lavoro con le famiglie.

Il progetto utilizza una metodologia di intervento integrata, secondo l'approccio sistemico-relazionale e biosistemico (attività psicocorporea, elaborazione cognitiva, vissuti emozionali). Sono previsti colloqui individuali, gruppi di lavoro, laboratori, attività esterne, incontri con le famiglie.

Negli ultimi tre anni i ragazzi che hanno frequentato il gruppo sono stati complessivamente 15, con un'età compresa tra i 15 e i 17 anni. Le Problematiche presentate hanno riguardato: disagi familiari a seguito di separazione dei genitori; disturbi alimentari; disagi relazionali.

L'attività di gruppo si è incentrata principalmente su giochi animativi di conoscenza reciproca; esercizi biosistemici per accrescere il senso di fiducia e di appartenenza al gruppo; discussione e confronto sulle tematiche emerse (famiglia e rapporti difficili con i genitori); le relazioni con i pari; scelte e decisioni rispetto al futuro. La specificità di questo intervento è quella di essere precoce, a bassa soglia, indirizzato agli adolescenti in situazioni emotive e relazionali difficili, con comportamenti a rischio o di addiction. Il progetto

promuove le competenze pro sociali e life skills (solidarietà, ascolto, cooperazione), lo sviluppo delle capacità critiche e l'assunzione di responsabilità nei comportamenti.

Si tratta di costruire un servizio non medicalizzato per l'identificazione e trattamento di soggetti a rischio di dipendenza patologica, di disagio sociale, psicologico-relazionale, disturbi del comportamento alimentare, e in fase prodromica di disturbo mentale.

Servizi di Prossimità: Progetto FREE ENTRY. Il progetto operatori di strada è attivo sul territorio ferrarese ormai da 15 anni. A partire dal 2013, ha cambiato denominazione diventando Progetto Free Entry ed estendendo la propria area di intervento su tutta la Provincia ferrarese. Gli interventi oltre che a Ferrara sono stati effettuati a Copparo, Portomaggiore, Comacchio, Bondeno e Cento.

FREE ENTRY O "ENTRATA LIBERA" ESPRIME L'IDEOLOGIA ALLA BASE DEL PROGETTO CHE SI FA FORZA DI PAROLE CHIAVE COME SERVIZIO DI PROSSIMITÀ, ACCESSO LIBERO AL SERVIZIO, PRESENZA NEI LUOGHI DEL DIVERTIMENTO E DELL'AGGREGAZIONE, UTILIZZO DI UN APPROCCIO COMUNITARIO, RELAZIONE COME STRUMENTO CENTRALE DEL PROPRIO INTERVENTO.

L'obiettivo principale del progetto rimane la prevenzione di comportamenti a rischio legati all'assunzione di sostanze alcoliche e psicoattive e, più in generale, quello di attivare processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago.

Il servizio è realizzato con il supporto di 3 operatori di strada e 1 unità mobile, che in collaborazione con gli Enti Locali, il privato sociale, le associazioni garantiscono interventi di prossimità a quella fascia di consumatori, sperimentatori soprattutto giovani, che per scelta o per difficoltà non si rivolge ai servizi ma che necessita comunque di risposte e di accompagnamento per lo sviluppo della capacità critica e di scelta.

I contesti di intervento del Servizio di prossimità sono diversi e molteplici, caratterizzati dalla flessibilità di orari e destinatari: luoghi del divertimento collaborando con le agenzie che a vario titolo si occupano del divertimento (gestori locali, discoteche); contesti di aggregazione giovanile, scuole e autoscuole con interventi di prevenzione secondaria/selettiva (picometro, etilometro), sensibilizzazione e informazione (distribuzione di materiali informativi); spazi pubblici dove è presente marginalità sociale con interventi di mediazione sociale sul territorio e di riduzione danno.

La presenza di un servizio di prossimità può esprimere le sue potenzialità tanto più efficacemente quanto più si inserisce in una rete che comprende i servizi di cura ma anche le associazioni e tutte le energie vive e positive che il territorio può esprimere.

I progetti che sono stati realizzati nel 2013 sono i seguenti:

Progetto Mondo della notte: interventi di prevenzione dei comportamenti a rischio nei luoghi del divertimento: /a presenza nei contesti relazionali in cui, si vivono esperienze, si sperimentano comportamenti trasgressivi e pericolosi per l'uso di sostanze stupefacenti o alcol, è importante per attivare scambi e relazioni utili all'elaborazione di queste esperienze con momenti di riflessione in grado di dare senso ai comportamenti che si mettono in atto. Con questo progetto vengono attivati processi educativi atti a favorire ed incoraggiare comportamenti responsabili nell'utilizzo del tempo libero e dei momenti di svago; aumentare l'informazione dei giovani consumatori e non rispetto ai rischi connessi all'utilizzo di bevande alcoliche o di sostanze stupefacenti; offrire opportunità di ripensamento, informazione personalizzata, confronto diretto rispetto a proprie condotte di consumo di sostanze; aumentare il livello di consapevolezza sui rischi della guida sotto l'effetto di alcol e di altre sostanze; offrire informazioni e ridurre i rischi sui rapporti sessuali non protetti, attraverso la promozione dell'utilizzo del profilattico, in particolare in relazione al consumo/abuso di droghe alcol; responsabilizzare i gruppi giovanili ad un "divertimento sicuro" aumentando il numero di gruppi target che si avvalgono della pratica del guidatore di turno e altre modalità di "ritorno sicuro".

I principali contesti di intervento relativi a questa area di progetto sono stati per il 2013: il "mercoledì sera universitario" in Piazza Trento Trieste, gli stabilimenti balneari dei Lidi ferraresi, le fiere paesane di Portomaggiore e Copparo "Settembre Copparese"; feste della birra a Portomaggiore; festival musicale "Buskers Festival"; manifestazione eno- gastronomica Lido degli Estensi.

Complessivamente nel 2013 sono state effettuate 34 uscite, 1841 (73% maschi, 27% femmine) prove etilometriche; 2751 contatti (numero complessivo di persone che si sono rivolte all'unità di strada per fare l'etilometro sommate a quelle che hanno richiesto consulenze, hanno ritirato materiale informativo, ecc.).

A sottoporsi alla prova dell'etilometro sono soprattutto giovani tra i 18 e i 25 anni (59%) che rappresentano la fascia di popolazione che maggiormente popola i contesti di aggregazione in cui vengono svolti gli interventi.

La maggioranza delle persone che si sono sottoposte all'alcoltest hanno dichiarato di aver mischiato nell'arco della serata più bevande alcoliche diverse sia per tipologia che per gradazione alcolica (36% Mix).

Dal confronto tra i comportamenti dichiarati dai guidatori prima e dopo la prova etilometrica, si è osservato come l'intervento degli operatori abbia influito fortemente nella decisione dei guidatori di non mettersi alla guida. Questo dato è ancora più rilevante se si prendono in considerazione solo i neopatentati dove il numero di guidatori che decidono di cedere le chiavi è quasi triplicato dopo la prova con l'alcoltest.

La maggior parte delle consulenze effettuate dagli operatori si sono concentrate sull'alcol (effetti, rischi, modalità di assunzione, fattori che influenzano il tasso alcolemico ecc.) e sulla legge relativa alla guida in stato di ebbrezza, viste anche le diverse modifiche della normativa approvate nel corso degli ultimi anni. Tali modifiche hanno creato confusione ed incertezza nei giovani contattati, che si sono rivolti all'unità di strada per avere informazioni aggiornate e corrette sull'andamento della legislazione relativa alla guida in stato di ebbrezza.

Per quanto riguarda l'alcol sono state date informazioni specifiche in relazione alle caratteristiche del target con particolare attenzione ai fattori che possono influenzare e determinare i diversi tassi alcolemici (sesso, età, peso corporeo, assunzione prima o dopo i pasti). Si è inoltre rilevata la necessità di sfatare una serie di false credenze e luoghi comuni che circolano tra i ragazzi relativi allo smaltimento, agli effetti e ai danni causati dall'abuso di alcol.

Rispetto alle consulenze sul tema delle sostanze alcune novità riguardano le richieste di informazioni rispetto alla cannabis sintetica, al mefedrone e a nuove sostanze sintetiche presenti sul mercato illegale.

Molte consulenze sono state effettuate dagli operatori sul tema del gioco d'azzardo patologico. Sembrano essere molti i giovani che giocano, on line e nelle sale scommesse, e che cominciano ad interrogarsi rispetto alla propria modalità di approccio all'azzardo. Rimane diffusa la convinzione che si tratti di un vizio e non di una vera e propria dipendenza.

Per quanto riguarda la legge, il maggior interesse dei giovani si è focalizzato sulle conseguenze legali relative alla detenzione e all'uso dei derivati della cannabis.

Unità di Strada	2011	2012*	2013
Operatori	3	3	3
Uscite	42	24	34
Contatti	3.315	1.445	2.751
Consulenze	1.934	883	1.522
Prove etilometriche	2.209	968	1.841
Materiali informativi distribuiti	7.141	2.009	4.752
Profilattici distribuiti	2.622	1.678	2.622

* nel 2012 gli operatori hanno avuto il contratto per 7 mesi su 12

Progetto autoscuole "don't drink and drive": prevede interventi info-educativi finalizzati ad informare e sensibilizzare gli allievi delle autoscuole sui rischi connessi alla guida in stato di alterazione psicofisica. Un intervento di prevenzione rivolto alle autoscuole risulta essere di forte efficacia per favorire un atteggiamento critico e un aumento di consapevolezza nei confronti di comportamenti a rischio quali l'abuso di alcol e droghe prima di mettersi alla guida. Nel 2013 il progetto ha coinvolto 5 autoscuole (Pontelagoscuro, Ferrara, Bondeno, Cento, Copparo). Sono stati effettuati 11 interventi, ai quali hanno partecipato 176 allievi, sono stati distribuiti 700 materiali informativi e 200 etilometri monouso.

Interventi di riduzione del danno: prevedono il monitoraggio dei luoghi del territorio considerati più a rischio per utilizzo e spaccio di sostanze, il contenimento dei problemi più rilevanti di chi è già in una situazione di dipendenza, la riduzione dei rischi di infezione e di malattie nei soggetti che fanno uso di sostanze. I soggetti tossicodipendenti vengono contattati nei luoghi del consumo con un camper per offrire materiale sanitario sterile, materiale sanitario per medicazioni, raccogliere e scambiare siringhe, distribuire generi alimentari. Mantenere un contatto con questo tipo di utenza permette di creare una sorta di "ponte" tra la strada e i servizi favorendo percorsi di presa in carico.

Interventi educativi e formativi sul gioco d'azzardo: Il progetto Free Entry è intervenuto in occasione dell'inaugurazione dell'università popolare di Fiesse Umbertiano (RO) con un intervento di formazione sul gioco d'azzardo. La lezione era divisa in due parti: una parte informativa sul gioco d'azzardo, (caratteristiche, rischi, influenza dei media, probabilità di vincita ecc.); una parte clinica di descrizione della patologia e delle modalità di intervento clinico.

Giornata mondiale contro l'Aids: "write aids story": "Write Aids Story" nasce con l'obiettivo di raccogliere le opere più significative che hanno caratterizzato i 4 anni del concorso "Write Aids" promosso dalla Commissione Interaziendale Aids. Il concorso, a partire dal 2009, ha cercato di sensibilizzare l'opinione pubblica offrendo la possibilità ai partecipanti di esprimere la propria sensibilità sul tema con scritti, articoli, testimonianze, foto, opere grafiche, video, documentari, spot ecc. La mostra composta da 8 pannelli con 32 immagini è stata inaugurata venerdì 29 novembre 2013 presso il Cortile D' Onore del Castello Estense di Ferrara ed è rimasta visibile al pubblico fino al 1 Dicembre, Giornata Mondiale contro l'Aids. Oltre alle opere grafiche è stata allestita una postazione video con proiezioni di filmati, spot e documentari. I visitatori sono stati 250 circa e sono state distribuiti 1000 brochure su hiv/aids e 500 profilattici. La mostra sarà itinerante e verrà allestita nel corso del 2014 nelle scuole di Ferrara con l'obiettivo di sensibilizzare e mantenere viva l'attenzione, soprattutto dei più giovani, su una tematica sempre più trascurata dai media ma ancora drammatica nella sua evoluzione quotidiana.

Progetto di Modernizzazione "Verso una comunità di pratica virtuale tra agenti di cura": Intervento per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai Sert e agli enti privati accreditati per le dipendenze

Con il progetto REX Ricerca di buone pratiche nei percorsi di inserimento in strutture private accreditate per il trattamento delle dipendenze, sono stati condivisi requisiti di qualità e appropriatezza per gli inserimenti dei pazienti dei SerT nelle strutture private Accreditate. In particolare la richiesta di condivisione della valutazione diagnostica tra SerT e strutture residenziali e del progetto terapeutico tra SerT strutture e paziente ha richiesto la realizzazione di uno studio pilota in grado di sperimentare un modello di comunicazione in grado di garantire la trasmissione/condivisione del profilo di salute dei pazienti, il confronto tra operatori e la condivisione con il paziente del progetto terapeutico riabilitativo.

Il progetto di modernizzazione mira alla realizzazione di un sistema di comunicazione tra professionisti supportata da un network comunitario telematico, con una ricaduta sui processi di knowledge management aggiungendo così valore alle organizzazioni (trasferire buone prassi e sviluppare competenze professionali).

A partire dai sistemi informativi esistenti (SistERSERT e SistERCT) il progetto sta sperimentando l'implementazione di una piattaforma informatica in grado di assicurare il passaggio sistematico delle informazioni della cartella clinica informatizzata integrata (SerT e Strutture del privato sociale accreditato), al fine di attivare una condivisione delle informazioni relative ai processi terapeutici primari.

La metodologia prevede la conduzione di focus group professionali per la ottimizzazione dei requisiti del progetto REX, la definizione/condivisione dei flussi informativi tra SerT-Comunità, l'adattamento e la sperimentazione della piattaforma informatica per supportare i flussi (da SistER a SistERCT e viceversa), l'attivazione di processi comunicativi fra pubblico e privato accreditato della Regione Emilia-Romagna finalizzato alla condivisione virtuale della pratica terapeutica tra agenti di cura (facilitare la discussione dei casi tra operatori di enti diversi in videoconferenza).

Il progetto consentirà la condivisione dei processi di cura garantendo la storicizzazione delle informazioni relative al paziente in una ricomposizione del percorso terapeutico dalla fase della proposta terapeutica, all'eventuale modifica del trattamento, fino alla dimissione, migliorando lo scambio comunicativo tra operatori ottimizzando il confronto sui casi, e tra operatori e paziente con un incremento della compliance al trattamento.

Equipe integrata dipartimentale su casi complessi. E' stata costituita una équipe integrata dipartimentale per lo sviluppo del protocollo sulla gestione dei casi in doppia diagnosi e la sperimentazione di interventi integrati su casi complessi in carico ai SerT e ai Centri di Salute Mentale.

Salute Mentale e Riabilitazione Infanzia e Adolescenza – Uonpia

Nella provincia di Ferrara l'attività di neuropsichiatria e psicologia clinica dell'infanzia-adolescenza è erogata dall'Ausl tramite una Struttura Complessa del DAISMDP. L'ambito di attività si svolge all'interno dei requisiti specifici stabiliti dal DRG 911/2007. Gli obiettivi di lungo periodo si riferiscono alla programmazione regionale, mentre quelli di breve periodo riflettono anche le esigenze di budget aziendale.

La riorganizzazione dipartimentale 2013 valorizza i percorsi di accoglienza, valutazione e trattamento per l'infanzia-adolescenza consolidati negli anni precedenti. L'obiettivo è prevenire le eventuali conseguenze nell'età adulta del disagio e della disabilità riscontrate nell'età dello sviluppo. Alle famiglie che chiedono consulenza e trattamenti specifici si offre un colloquio informativo di accesso da parte di un dirigente medico o psicologo liberamente prenotabile presso tutte le sedi CUP di Ferrara e provincia, o telefonicamente allo 0532 975 123. L'eventuale urgenza va semplicemente attestata con l'apposita richiesta del medico di medicina generale, pediatra o altro specialista. I tempi d'attesa si mantengono da anni tra i più bassi della Regione Emilia-Romagna e hanno un andamento stagionale legato all'anno scolastico.

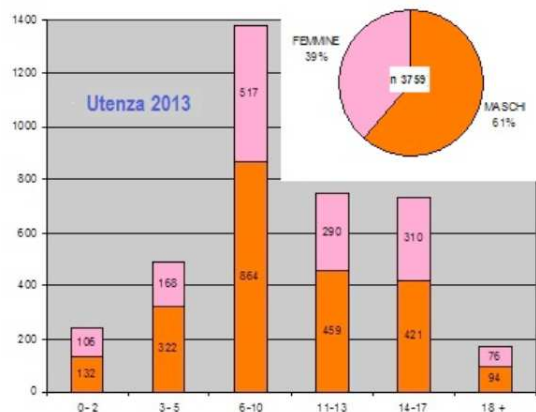
La comunicazione interna si realizza in incontri di équipe in ciascun Polo di erogazione territoriale: Ferrara-Messidoro, Copparo-Casa della salute, Codigoro-Comacchio, Portomaggiore-Casa della Salute e Centro-Bondeno. Periodicamente vi sono incontri di coordinamento UONPIA e tra i vari gruppi professionali di questo servizio multidisciplinare. La comunicazione con le famiglie e gli operatori del sistema educativo-socio-sanitario integrato che caratterizza la realtà locale s'impenna sulla stesura di documenti sanitari elaborati dai dirigenti psicologi e medici dell'UO in collaborazione con il comparto educativo-riabilitativo (educatori professionali, fisioterapisti, logopedisti).

La tabella che segue indica una sostanziale costanza nel numero di nuovi pazienti nuovi e di quelli già seguiti dall'UO. L'andamento delle prestazioni erogate e del numero di giornate residenziali e semiresidenziali è soggetto a oscillazioni anche marcate, queste ultime anche a motivo del numero contenuto di casi a cui si riferiscono e al fatto che più trattamenti potrebbero essere riferiti allo stesso paziente:

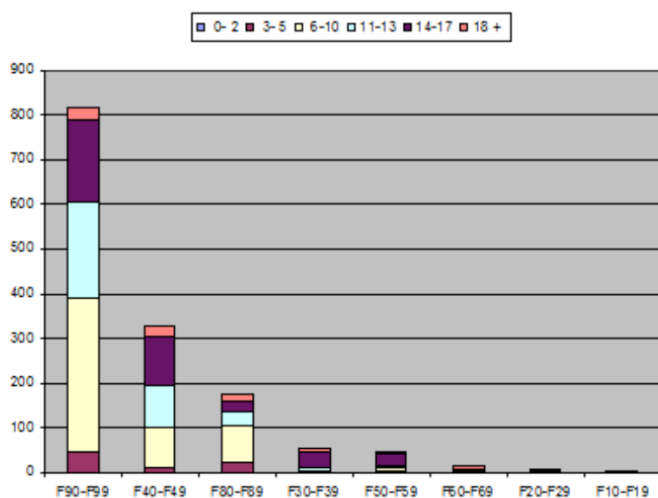
UONPIA	2012	2013
Pazienti presi in carico	530	614
Pazienti già in carico	2.140	2316
Pazienti in carico totali	2.670	3.782
Prestazioni complessive	53.257	45.185
Consulenze ospedaliere	13	19
Pazienti Residenziali e Semi-Residenziali	27	29
Giornate complessive	4.649	6.435

Tassi di prevalenza grezzi e standardizzati. Anni 2010/2013 - Età <=17 anni

AUSL residenza	2010		2011		2012		2013	
	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo	Tasso std.	Tasso grezzo
Ferrara	90	90	94	94,4	93,2	93,6	97,2	97,2
RER	69,8	69,6	71,6	72	77,8	77,4	82,8	83,6



Nel corso del 2013 l'UO vede **3759** utenti almeno una volta, 61% maschi e 39% femmine, e il 40% è teenager

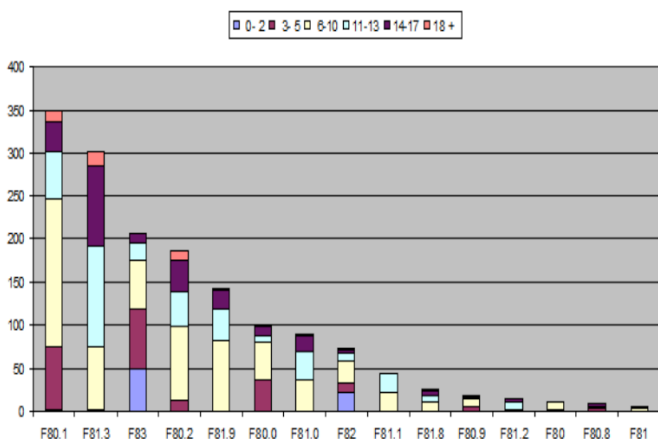


In Asse I si registrano **1438** diagnosi. Le diagnosi prevalenti sono quelle riguardanti i disturbi dell'attenzione-iperattività e della condotta:

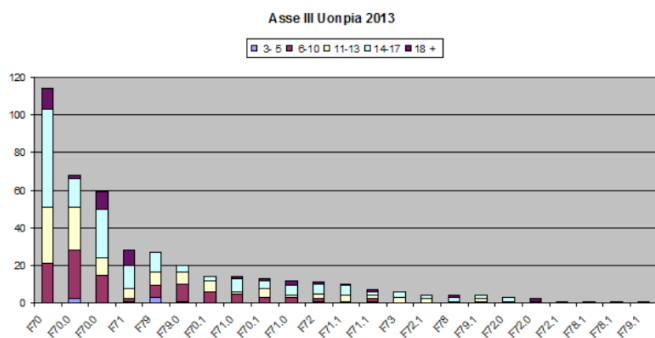
- Esternalizzanti 355
- Autismo 155
- DCA 40

Si vedano le tabelle in calce per i dettagli

Asse II Uonpia 2013

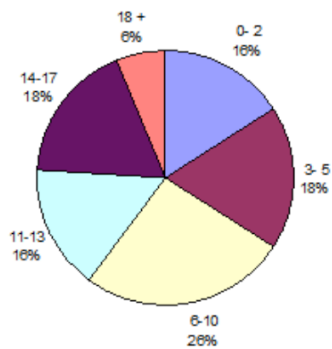


In Asse II ricorrono **1565** diagnosi. Le diagnosi prevalenti sono il disturbo del linguaggio espressivo e il disturbo misto delle capacità scolastiche. I disturbi specifici della lettura (F81.0) sono < 100



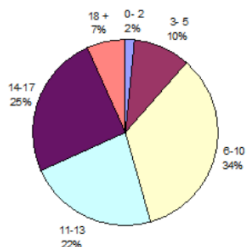
In Asse III ci sono **424** diagnosi, e prevale quella di ritardo mentale lieve

Asse IV Uonpia 2013



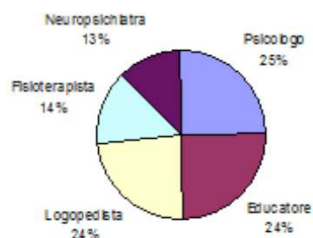
In Asse IV vi è molta dispersione delle **704** diverse diagnosi registrate. Le diagnosi che ricorrono una sola volta sono 104. Quelle con 10 o più casi sono le seguenti: Distur. correlati a breve gestaz. e a basso peso alla nascita n.c.a., Sindrome di down, Anomalie cromosomiche di altro tipo non classificate altrove, Epilessia e sindromi epilettiche generalizzate di altro tipo, Emiplegia infantile, Ipoacusia neurosensoriale bilaterale, Ipoacusia bilaterale, Malattie del sistema muscolo-scheletrico, Condizioni di altro tipo sorte nel periodo perinatale, Epilessie, Diplegia spastica, Deformazioni congenite del piede, Epilessia idiopatica e sindromi epilettiche generalizzate, Paralisi cerebrale discinetica, Cecità e ipovisione, Malformazioni cerebrali congenite di altro tipo (in ordine decrescente di frequenza)

Asse V Uonpia 2013



In Asse V oltre la metà delle **1335** diagnosi riguardano teenager

Prestazioni Uonpia 2013 (n 45185)



Delle **45185** prestazioni il 38% risultano erogate dai dirigenti np e ps, e il 62% dagli operatori del comparto (ed, lg, ft, trp)

La tabella e i grafici che seguono, ricavati dal sistema informativo Elea, indica il numero i pazienti con trattamento in corso distinti per diagnosi specifica:

Alcune diagnosi specifiche (numero di casi con trattamento in corso)

AUTISMO		0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale
F84	Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico			2	1			3
F84.0	Autismo infantile		11	31	13	10	4	69
F84.1	Autismo atipico		1	2	2		1	6
F84.2	Sindrome di rett					1	1	2
F84.3	Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo				1			1
F84.4	Sindr.iperatt.associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati		1	5	3		1	10
F84.5	Sindrome di asperger			4	5	2		11
F84.8	Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psic. Di altro tipo			4			1	5
F84.9	Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psic. Non specific.		10	27	3	3	5	48
Totale		0	23	75	28	16	13	155
ESTERNALIZZANTI		0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale
F90	Sindromi ipercinetiche			2	2	1	1	6
F90.0	Disturbo dell'attivit� e dell'attenzione			80	39	18	5	142
F90.1	Disturbo ipercinetico della condotta			3	8	6		17
F90.8	Sindromi ipercinetiche di altro tipo				5	4	1	10
F90.9	Sindromi ipercinetiche non specificate		1	8	1			10
F91	Disturbi della condotta				1	1		2
F91.0	Disturbo della condotta limitato al contesto familiare		1			4		5
F91.1	Disturbo della condotta con ridotta socializzazione				2	4		6
F91.2	Disturbo della condotta con socializzazione normale				1	2		3
F91.3	Disturbo oppositivo provocatorio		14	54	20	21	1	110
F91.8	Disturbi della condotta di altro tipo			1		3		4
F91.9	Disturbi della condotta non specificati				1	1		2
F92	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale			4	2	1		7
F92.0	Disturbo della condotta depressivo				2	8		10
F92.8	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale di altr.tip			3	3	8		14
F92.9	Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale non specif.				2	4	1	7
Totale		0	16	155	89	86	9	355
DCA		0-2	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale
F50	Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare		1			3	1	5
F50.0	Anoressia nervosa					12	2	14
F50.1	Anoressia nervosa atipica					1	1	2
F50.2	Bulimia nervosa					1		1
F50.4	Iperalimentazione associata a disturbi psicologici di altro tipo				2	3	1	6
F50.8	Sindromi e disturbi da alterato comportamen. Aliment.di altro tipo			1	2	3		6
F50.9	Sindromi e disturbi da alterato comportamen. Aliment.non specific.		1		2	3		6
Totale		0	2	1	6	26	5	40

I casi gravi e complessi che richiedono un ricovero specialistico sono indirizzati all'unica struttura psichiatrica accreditata per i minorenni dalla Regione, a Modena (privata e non aperta all'urgenza), se i reparti pediatrici e psichiatrici adulti dell'Ospedale di Cona non sono in grado di accoglierli.

	2012			2013		
	Ricoveri	Giorni Degenza	Pazienti ricoverati	Ricoveri	Giorni degenza	Pazienti ricoverati
Ricoveri Residenziali Minori						
Altre Residenze non definite (minori- psichiatrici)	8	1.300	8	21	2.932	13
Altre Residenze non definite (minori - handicap)	19	3.349	19	18	3.503	16
Totale	27	4.649	27	39	6.435	29

Il trend incrementale del fabbisogno qualitativo e quantitativo di ricoveri ospedalieri NPIA è segnalato da: Fattori demografici, Incremento delle situazioni sottoposte a ordinanza del Tribunale dei Minori, Carenza di strutture socioeducative a valenza anche sanitaria per minorenni in provincia.

Un sistema opportunamente articolato riduce le avversità quando si deve trovare la collocazione appropriata per un bambino o un adolescente aggressivo verso sé o altri, e non sia possibile od opportuna la presenza costante di un familiare, rendendosi così necessario un ambiente sicuro e sorvegliabile in continuazione da parte di personale professionalmente competente nelle problematiche dell'infanzia-adolescenza.

Disturbo autistico - L'attività a favore di bambini e ragazzi con disturbo autistico riguarda 156 casi. Di questi 16 hanno oltre 18 anni e sono seguiti da UONPIA in consulenza a scuola nell'ambito della rete assistenziale per l'età adulta.

Sesso	3-5	6-10	11-13	14-17	18+	Totale	
Femmine	8	10	5	4	3	30	19%
Maschi	15	62	23	13	13	126	81%
Totale	23	72	28	17	16	156	

Gli interventi sui casi sono individuali e di gruppo. Ai casi neo diagnosticati è offerto un ciclo di parent training. Oltre alle visite e ai colloqui ambulatoriali si effettuano incontri con gli insegnanti a scuola nell'ambito dei benefici della legge 104/1992. L'attività riabilitativo-educativa è a cicli ripetibili e modellata sulle indicazioni regionali per il trattamento psicoeducativo integrato da elementi ABA.

Ai cicli educativo-riabilitativi si accede con lista d'attesa interna distinta nelle fasce 3-7 e 8-17 anni. Il trattamento di gruppo è condotto con 3-5 bambini e 2 operatori prevalentemente educatori professionali, coadiuvati da personale del servizio civile e tirocinanti. Gli obiettivi dell'intervento di gruppo sono simili a quelli dell'intervento individuale, arricchiti dell'aspetto socializzante che per molti bambini e ragazzi con autismo è più una finalità che non uno strumento di apprendimento.

Attività a favore di bambini con disturbo specifico dell'apprendimento (DSA)

Il confronto tra i dati del sistema informativo dell'UO del 2012 e 2013 indicano un aumento del trend di bambini e ragazzi con disturbo specifico dell'apprendimento (anche come diagnosi accessoria): da 552 a 597. Vi è invece stata un quasi dimezzamento nelle richieste di valutazione della conformità delle diagnosi di professionisti privati: da 179 a 95 in relazione all'avvio del Centro DSA a ottobre del 2013, con l'invio di 67 nuovi utenti che erano rimasti in attesa. Dei 162 valutati dal Centro DSA, 20 sono poi entrati o rientrati all'UO.

Prodotti DSA seguiti da UONPIA (gennaio-settembre 2013)

<i>Anno 2012</i>	<i>6-10</i>	<i>11-13</i>	<i>14-17</i>	<i>18 +</i>	<i>Totale</i>	<i>Anno 2013</i>	<i>6-10</i>	<i>11-13</i>	<i>14-17</i>	<i>18 +</i>	<i>Totale</i>
Femmine	70	66	48	11	195	Femmine	65	68	57	13	203
Maschi	117	106	107	27	357	Maschi	111	141	114	28	394
Totale	187	172	155	38	552	Totale	176	209	171	41	597

Centro di alta specializzazione per diagnosi e trattamento Disturbi Specifici Apprendimento (DSA) e valutazioni neuropsicologiche complesse (dati di attività ottobre-dicembre 2013)

Il Centro DSA che appartiene al Programma di Psicologia Clinica e di Comunità ha iniziato a lavorare a pieno regime nell'ottobre 2013. In questo periodo sono stati visti 162 nuovi casi di cui 58 appartenenti al Distretto Centro Nord, 54 al distretto Ovest e 50 al Sud Est.

Tra i nuovi casi 95 si sono rivolti al Centro DSA con accesso diretto (indirizzati dalle scuole o dai Pediatri di libera scelta o da UONPIA su telefonate per informazioni dei genitori) e 67 sono stati inviati da UONPIA dopo colloquio informativo di accesso. I casi inviati dal Centro DSA a UONPIA dopo la valutazione sono stati 20, di cui 8 del Centro Nord, 6 dell'Ovest e 6 del Sud Est.

Disturbi del Comportamento Alimentare strutturati a rete nella provincia di Ferrara

L'Azienda USL di Ferrara ha organizzato l'assistenza per la popolazione adulta con DCA all'insegna di una stretta integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Ha pertanto elaborato il "Protocollo di Collaborazione tra il Centro DCA dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche" che regola il flusso dei pazienti di età > 18 anni. L'assistenza ai pazienti di età < 18 anni è organizzata nel seguente modo: da parte territoriale c'è un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) che collega l'Unità Operativa NPIA e l'Ambulatorio Nutrizionale dell'Unità Operativa Servizio Igiene Alimentare Nutrizione presso cui è prevista una disponibilità di accesso riservato ai minori in carico al Servizio Infanzia-Adolescenza (oltre che ai pazienti adulti). La criticità maggiore attualmente è la collaborazione con i reparti di pediatria, che sono in profonda trasformazione.

Dal punto di vista quantitativo nell'anno 2013 i Pazienti adulti in carico sono stati 61; i Pazienti minori in sono risultati 40.

Presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara il Centro DCA è inserito nel Dipartimento Medico, Unità Operativa di Medicina Interna. Attualmente è concentrato su una popolazione adulta (> 18 aa). Si avvale di un team che comprende professionisti afferenti alle seguenti discipline: psichiatria, medicina interna, psicologia, dietologia.

L'offerta prevede attività ambulatoriale, di day-hospital (all'interno del day-hospital internistico) e degenza ordinaria nell'Unità Operativa di Medicina Interna ospedaliera e risponde ai bisogni della popolazione adulta del territorio dell'AUSL di Ferrara.

Dal punto di vista quantitativo nell'anno 2013 ha prodotto i seguenti volumi di attività: Prime visite: 200 (livello I°B), Pazienti inseriti nel percorso: 150, Ricoveri in degenza ordinaria per emergenze metaboliche: 3, Pazienti adulti dimessi dal percorso: 59, Pazienti trattati in DH internistico (N. Casi in trattamento 41, N. dimissioni fatte 24), N. casi pervenuti a remissione totale: 20, N. casi pervenuti a remissione parziale: 7, N. casi invariati: 14.

Programma Salute Mentale nella Casa Circondariale di Ferrara

In applicazione della delibera n 173/2013 si è costituita nell'ultima parte dell'anno la micro équipe psichiatrica composta di un medico psichiatra con funzioni di Modulo Operativo, un medico a tempo parziale delle cure primarie, due psicologhe e un'assistente sociale delle dipendenze patologiche (a tempi parziali). In considerazione della complessità del contesto, delle risorse disponibili, le attività sono orientate prevalentemente al trattamento del disagio psichico nelle sue varie espressioni psicopatologiche.

L'équipe psichiatrica si è definitivamente formalizzata nello scorso giugno 2013, e risulta composta:

Dalla raccolta dati l'attività per il 2013 è la seguente: 669 Prestazione psichiatriche; 744 Prestazioni SerT⁴ relative alla valutazione, presa in carico, trattamento farmacologico e/o psicoeducativo individuale e/o gruppale dei detenuti. Inoltre la definizione dei percorsi extra carcerari per i detenuti tossicodipendenti certificati, in collaborazione con la magistratura per la concessione dei benefici di legge con la possibilità di accedere ai trattamenti in Comunità Terapeutica e/o agli arresti domiciliari con programma integrato.

Assistenza integrativa e 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 mantenimento del livello di spesa rispetto al 2012, senza un incremento di costi nel 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.

Assistenza Farmaceutica Provinciale

Nell'anno 2013 l'assistenza farmaceutica convenzionata e territoriale nella provincia di Ferrara, rispetto all'anno precedente, è stata complessivamente caratterizzata da un decremento di spesa netta convenzionata (- 4,74%), inferiore al calo della RER (- 5,04%), ed un decremento della spesa territoriale (- 2,92%) inferiore al valore della RER (-3,48%).

Composizione spesa farmaceutica. Anno 2013⁵

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica - Anno 2013								
	Spesa netta per erogazione mediante farmacie convenzionate		Spesa per erogazione diretta farmaci fascia A		Spesa per erogazione diretta altri farmaci		Spesa ospedaliera (esclusa erogazione diretta)		Spesa farmaceutica totale SSN
	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro	%	Euro
Area Ferrara	51.197.852	48,4%	21.369.871	20,2%	11.011.155	10,4%	22.283.284	21,0%	105.862.162
RER	560.567.262	45,2%	235.422.828	19,0%	184.785.595	14,9%	258.831.934	20,9%	1.239.607.619

(*) Le aree di erogazione comprendono una Ausl ed una o più aziende sanitarie o Irccs che si trovano nel territorio della Ausl.

⁴ Questi dati non sono completi in quanto è in fase di implementazione il nuovo sistema informativo basato sulla cartella informatizzata.

⁵ Fonte dati: la spesa convenzionata è tratta dal flusso economico-finanziario gestito dal Servizio Politica del Farmaco, la spesa per erogazione diretta e la spesa ospedaliera sono tratte dal flusso AFO.

Spesa pro capite pesata per assistenza farmaceutica territoriale. Anno 2013⁶

Area di erogazione (*)	Spesa farmaceutica territoriale - Anno 2013 (euro)	Residenti al 1/1/2013		Spesa pesata procapite
		Popolazione effettiva	Popolazione pesata	
Area Ferrara	72.567.723	358.116	393.266	184,53
Totale Regione	795.990.090	4.471.104	4.471.104	178,03

(*) Le aree di erogazione comprendono una Ausl ed una o più aziende sanitarie o Irccs che si trovano nel territorio della Ausl

Su tale decremento hanno influito principalmente le scadenze di brevetto di farmaci ad elevato impatto prescrittivo e/o di spesa, ma anche gli interventi sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva. Nel 2013, infatti, sono proseguiti gli interventi di promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto e di miglioramento dell'appropriatezza, in particolare relativamente ai farmaci oggetto di obiettivi regionali.

Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa

La regione ha assegnato, tramite le Linee di programmazione, obiettivi di incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (farmaci equivalenti) e obiettivi di appropriata prescrizione su categorie terapeutiche specifiche. Il DIF ha tradotto le Linee di indirizzo regionali in obiettivi sia per i medici ospedalieri che per i medici di medicina generale (MMG).

La promozione dei medicinali equivalenti e dell'appropriatezza prescrittiva è infatti sempre stato un obiettivo perseguito dal Dipartimento, convinti che solo attraverso una politica Ospedale-Territorio sulle prescrizioni degli specialisti e dei MMG, si potesse realizzare un obiettivo strategico così trasversale.

Anche nel 2013 sono stati attribuiti sia ai medici ospedalieri che ai MMG, obiettivi specifici sulla base delle indicazioni regionali di aumento utilizzo di farmaci con brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche (Ace inibitori-sartani, statine, antidepressivi SSRI, inibitori di pompa protonica). Tali obiettivi sono stati monitorati con cadenza bimestrale per i MMG e trimestrale per i dipartimenti ospedalieri di entrambe le aziende sanitarie.

Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2013 nella provincia di Ferrara di ottime performance in termini di appropriatezza prescrittiva che hanno determinato o il raggiungimento dell'obiettivo specifico o comunque un miglioramento dell'appropriatezza con performance tra le più elevate in Regione.

Particolare rilevanza è stata data alla promozione della prescrizione di **farmaci a brevetto scaduto (equivalenti e generici)**. L'impiego appropriato delle risorse assegnate al SSN è una condizione imprescindibile per il mantenimento e la sostenibilità dell'attuale struttura universalistica del sistema sanitario, specie nell'attuale contesto di costante crescita della richiesta di servizi motivata da fattori noti (invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche, sviluppo di nuove tecnologie/progresso scientifico) e di progressiva riduzione delle risorse a disposizione.

Il farmaco a brevetto scaduto rappresenta, in questo quadro, uno strumento di rilevanza strategica cruciale che, accanto alle garanzie derivanti dall'impiego di terapie conosciute per l'uso clinico prolungato e ben documentate, offre l'opportunità di mantenere elevati livelli di qualità assistenziale a costi molto più contenuti, permettendo di liberare risorse da destinare a trattamenti e tecnologie realmente innovative altrimenti non sostenibili (Documento AVEC "I Farmaci a brevetto scaduto", 27 giugno 2013).

Ferrara, a Dicembre 2013, presenta una % di DDD di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle prescrizioni del 77,2% e pertanto l'obiettivo 2013 è stato raggiunto.

⁶ Fonte dati: la popolazione effettiva residente viene rilevata dal servizio controllo strategico della Regione E.R., la popolazione pesata viene calcolata in base alla spesa farmaceutica convenzionata del flusso AFT. La spesa farmaceutica territoriale comprende la spesa netta convenzionata e l'erogazione diretta di farmaci di fascia A

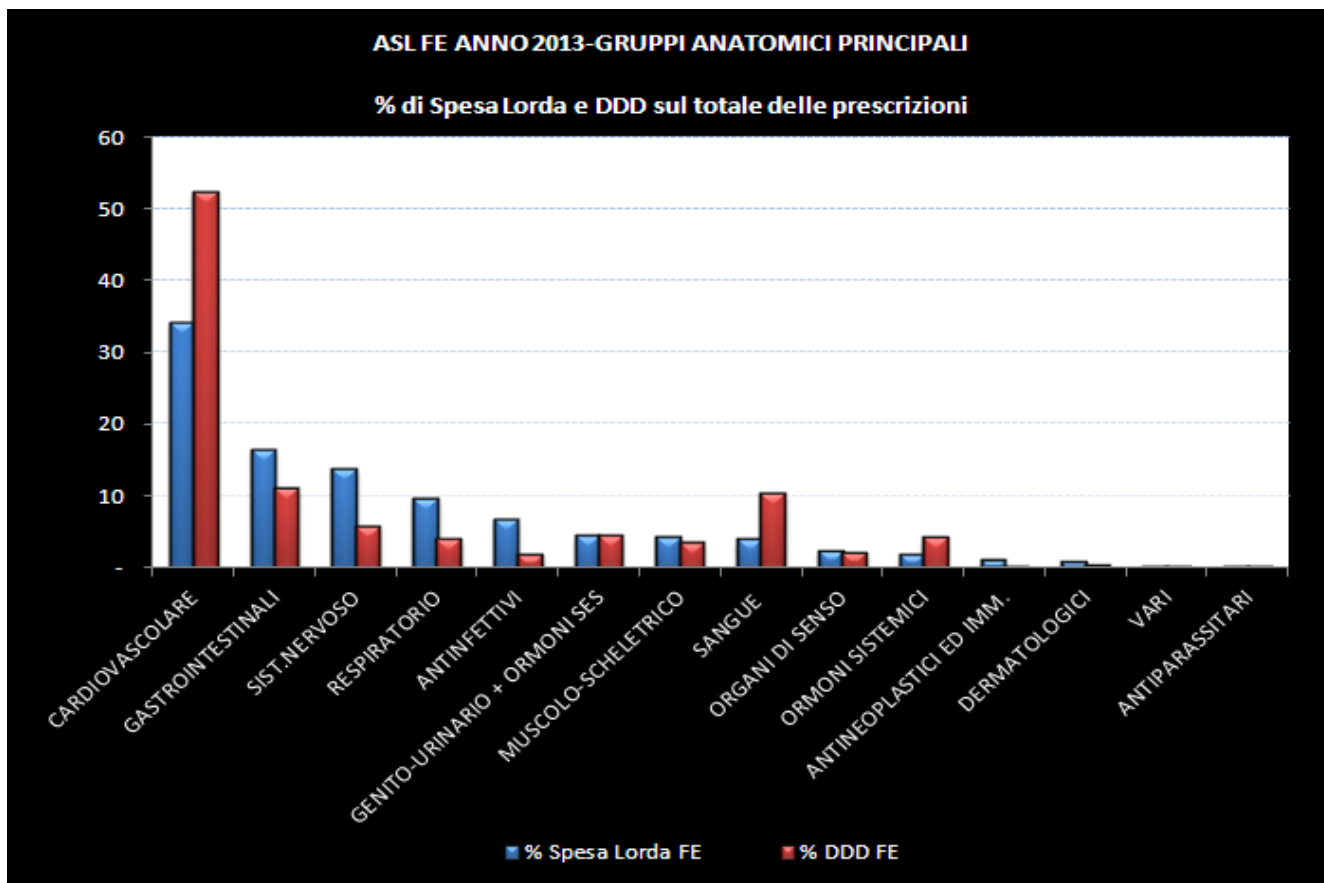
OBIETTIVO 2013	RN	PR	RE	FE	RER	MO	BO	FO	PC	RA	IM	CS
% BREVETTO SCADUTO	78,5%	77,5%	76,9%	76,8%	76,1%	75,9%	75,8%	75,4%	75,3%	75,1%	75,0%	72,8%
Gennaio 2013	RN	PR	RE	FE	RER	MO	BO	FO	IM	PC	RA	CS
LISTA DI TRASPARENZA	68,5%	67,7%	67,2%	66,8%	66,0%	65,8%	65,6%	65,4%	65,3%	65,2%	64,3%	62,2%
GENERICO PURO	32,8%	25,7%	28,5%	26,4%	28,6%	32,2%	28,1%	27,0%	33,7%	26,0%	28,0%	26,9%
Dicembre 2013	PR	RN	FE	RA	RE	FO	RER	MO	BO	IM	PC	CS
LISTA DI TRASPARENZA	77,8%	77,7%	77,2%	76,3%	76,2%	75,9%	75,9%	75,4%	75,4%	74,8%	73,8%	72,6%
GENERICO PURO	27,3%	35,7%	29,6%	30,8%	31,3%	30,1%	31,2%	35,1%	30,5%	36,6%	27,6%	29,2%

Analisi prescrizione Farmaceutica Convenzionata provinciale

Relativamente alla Provincia di Ferrara, vengono rappresentati i gruppi Anatomici principali per percentuale di spesa e di dosi prescritte (DDD) rispetto alla prescrizione totale.

I farmaci cardiovascolari superano il 50% in termini di DDD, mentre la spesa si ferma al 34%, in tale gruppo infatti è cospicuo ed in continuo incremento il numero di molecole a brevetto scaduto, con un prezzo più vantaggioso rispetto ai nuovi farmaci "di marca" ("branded"), seguono per percentuale di spesa i farmaci gastrointestinali, neurologici, respiratori, antinfettivi (antibiotici, antimicotici, antivirali).

E' da notare che i farmaci del Sangue, all'ottavo posto in termini di spesa, hanno una percentuale di prescrizione di circa il 10% del totale, la più alta, insieme ai farmaci gastrointestinali, dopo i cardiovascolari. Tale elevata percentuale è determinata dalla prescrizione di acido acetilsalicilico (scaduto di brevetto a settembre 2013), utilizzato come antiaggregante piastrinico, di norma in concomitanza con farmaci cardiovascolari, che da solo rappresenta più del 80% delle DDD prescritte dell'intera classe.



GRAF.1

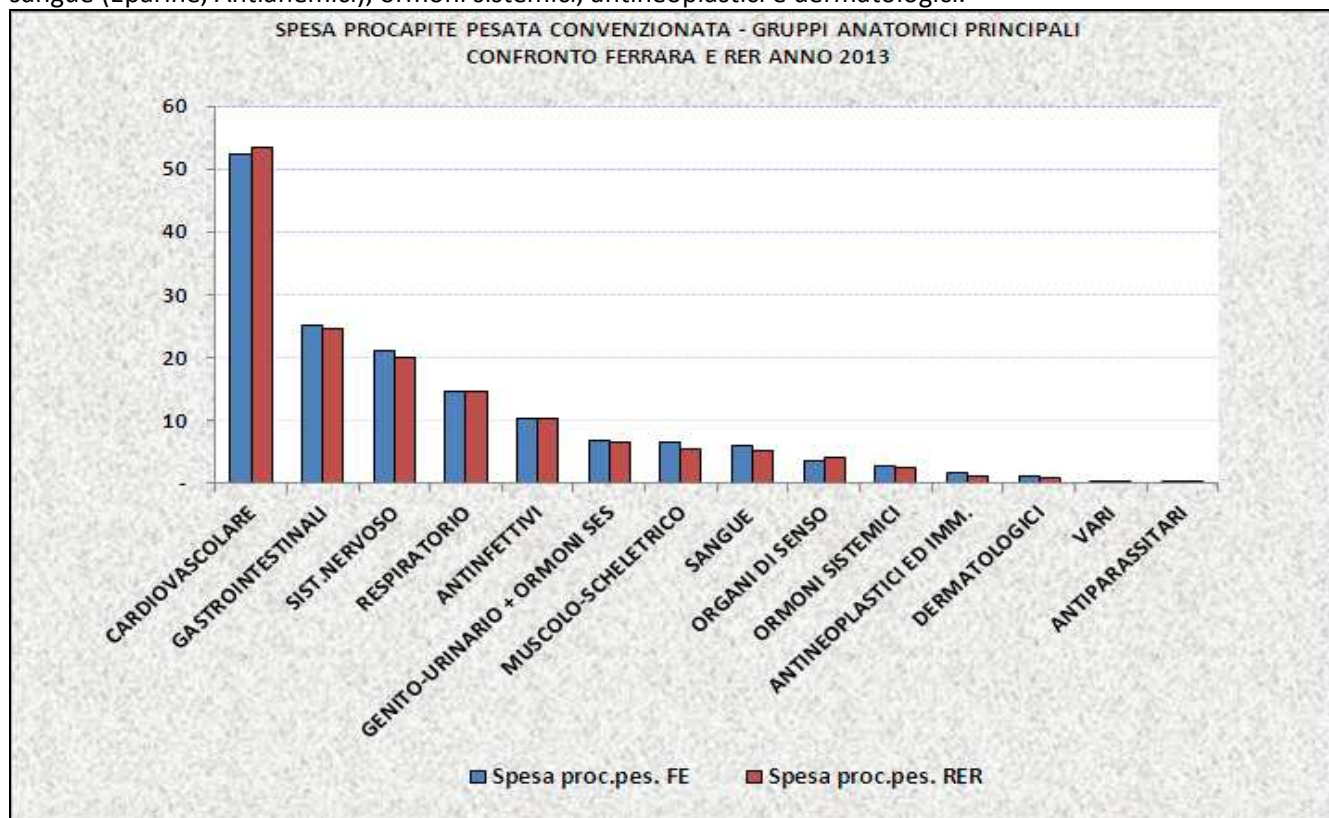
Confrontando la spesa pro-capite pesata provinciale per gruppi Anatomici principali, rispetto alla media Regionale, Ferrara presenta valori inferiori di spesa relativamente ai farmaci cardiovascolari, organi di senso ed antiparassitari.

Relativamente ai farmaci gastrointestinali, per i quali la spesa e la prescrizione è fortemente determinata dai farmaci inibitori di pompa protonica (PPI), si segnala che dal 2012, dopo anni in cui la prescrizione, nonostante la limitazione delle Note AIFA relative e gli interventi di appropriatezza effettuati a livello locale, incrementava sensibilmente, quasi triplicando dal 2004 al 2011, si è registrato un contenimento della prescrizione, portando Ferrara a valori inferiori alla media Regionale, oltre che al pieno raggiungimento dell'obiettivo assegnato dalla RER .

La spesa di Ferrara risulta invece superiore alla media RER per farmaci neurologici, in particolare per gli Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (SSRI) tale scostamento è dovuto al minor utilizzo vs la RER di farmaci a brevetto scaduto anche se la prescrizione di SSRI tot. è in calo rispetto all'anno precedente (-12,3%).

Anche i farmaci dei farmaci del sistema muscolo-scheletrico, tra cui i farmaci per la terapia dell'osteoporosi, presentano valori di spesa e di prescrizione superiori del +22% rispetto alla media RER.

Maggiore spesa si registra inoltre a livello dei farmaci antinfettivi, in particolare per antimicotici, farmaci del sangue (Eparine, Antianemici), ormoni sistemici, antineoplastici e dermatologici.



GRAF.2

Per avere un maggiore dettaglio della prescrizione si riportano nella Tabella 3 i primi 25 gruppi terapeutici a maggior importo di spesa, che da soli superano il 93% della spesa farmaceutica totale, con la relativa percentuale di spesa e di prescrizione sul totale, i rispettivi indicatori di prescrizione 2013 (spesa procapite pesata, DDD/1.000 ab. pes. die, costo DDD) e lo scostamento degli stessi rispetto l'anno precedente.

DDD 1000 ab. pes/die: è un indicatore di esposizione della popolazione ai farmaci, espressa in dosi di mantenimento per giorno di terapia, in soggetti adulti, relative all'indicazione terapeutica principale del farmaco, per 1000 abitanti "pesati".

PESATURA: STANDARDIZZAZIONE DELLA POPOLAZIONE PER ETÀ E SESSO PER RENDERE MAGGIORMENTE CONFRONTABILI TRA LORO POPOLAZIONI DI COMPOSIZIONE DIVERSA.

PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A MAGGIORE IMPATTO DI SPESA - ASL FERRARA ANNO 2013 Vs 2012

Descrizione	Ausi 109 FERRARA							Scost. % FE 2013 Vs 2012		
	FE Spesa Lorda (€) gen-dic 13	Spesa proc. Pes(€) gen-dic 13	% Spesa proc. Sul Tot.	FE n° DDD gen-dic 13	DDD/1000 ab pes die gen-dic 13	% DDD sul Tot.	COSTO DDD 2013	Spesa proc. Pes	DDD/1000 ab pes die	COSTO DDD
C09 - SOSTANZE AD AZIONE SUL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA	8.340.492	21,21	13,8	38.558.329	268,62	25,69	0,22	-9,70	6,00	-14,58
R03 - FARMACI PER DISTURBI OSTRUTTIVI DELLE VIE RESPIRATORIE	5.396.172	13,72	8,9	4.682.399	32,62	3,12	1,15	-2,08	3,67	-5,29
C10 - SOSTANZE MODIFICATRICI DEI LIPIDI	5.316.483	13,52	8,8	10.160.463	70,78	6,77	0,52	-18,63	4,73	-22,09
A02 - FARMACI PER DISTURBI CORRELATI ALL'ACIDITA'	5.131.302	13,05	8,5	8.948.427	62,34	5,96	0,57	-6,76	-3,80	-2,81
J01 - ANTIBATTERICI PER USO SISTEMICO	3.470.961	8,83	5,8	2.515.190	17,52	1,68	1,38	3,70	6,92	-2,74
N06 - PSICOANALETTICI	3.442.535	8,75	5,7	5.818.288	40,53	3,88	0,59	-4,98	-0,31	-4,43
N02 - ANALGESICI	2.333.455	5,93	3,9	853.280	5,94	0,57	2,73	0,15	5,29	-4,62
C08 - CALCIO-ANTAGONISTI	2.159.795	5,49	3,6	9.140.879	63,68	6,09	0,24	-1,34	2,66	-3,63
B01 - ANTITROMBOTICI	1.944.863	4,95	3,2	13.681.615	95,31	9,12	0,14	-18,80	0,40	-18,90
C07 - BETABLOCCANTI	1.936.316	4,92	3,2	7.590.806	52,88	5,06	0,26	4,46	2,52	2,17
G04 - UROLOGICI	1.911.079	4,86	3,2	4.417.752	30,78	2,94	0,43	5,88	5,06	1,05
A07 - ANTIDIARROICI, ANTINFIAMMATORI ED ANTIMICROBICI INTESTINALI	1.739.481	4,42	2,9	1.216.877	8,48	0,81	1,43	11,79	8,80	3,03
N03 - ANTIEPILETTICI	1.727.099	4,39	2,9	1.135.267	7,91	0,76	1,52	-13,64	-2,84	-10,88
S01 - OFTALMOLOGICI	1.423.177	3,62	2,4	3.245.711	22,61	2,16	0,44	0,53	1,96	-1,14
A11 - VITAMINE	1.381.406	3,51	2,3	676.261	4,71	0,45	2,04	41,27	18,01	20,04
M05 - FARMACI PER IL TRATTAMENTO DELLE MALATTIE DELLE OSSA	1.249.871	3,18	2,1	1.585.561	11,05	1,06	0,79	-21,81	-13,40	-9,46
M01 - FARMACI ANTINFIAMMATORI ED ANTIREUMATICI	1.061.365	2,70	1,8	2.240.680	15,61	1,49	0,47	-6,73	-8,24	1,93
C01 - TERAPIA CARDIACA	1.038.886	2,64	1,7	3.424.139	23,85	2,28	0,30	-5,38	-7,36	2,41
C03 - DIURETICI	1.001.953	2,55	1,7	7.837.270	54,60	5,22	0,13	4,35	4,08	0,53
A10 - FARMACI USATI NEL DIABETE	940.511	2,39	1,6	4.153.772	28,94	2,77	0,23	-1,72	0,81	-2,24
C02 - ANTIIPERTENSIVI	826.331	2,10	1,4	1.728.201	12,04	1,15	0,46	0,78	1,87	-0,80
G03 - ORMONI SESSUALI E MODULATORI DEL SISTEMA GENITALE	886.971	1,75	1,1	2.173.211	15,14	1,45	0,32	-5,31	-4,29	-0,80
N04 - ANTIPARKINSONIANI	630.844	1,60	1,0	569.815	3,97	0,38	1,11	-19,32	-3,70	-16,00
H02 - CORTICOSTEROIDI SISTEMICI	534.010	1,36	0,9	1.891.150	13,17	1,26	0,28	7,74	8,87	-0,77
H03 - TERAPIA TIROIDEA	475.302	1,21	0,8	4.315.703	30,07	2,88	0,11	5,67	5,37	0,56
TOT. PRIMI 25 GRUPPI TERAPEUTICI A MAGGIORE SPESA	56.100.659	142,65	93,0	142.560.847	993,16	94,99	0,39	-5,40	2,49	-7,45
TOTALE COMPLESSIVO	60.310.545	153,36		150.073.357	1.045,50		0,40	-4,83	2,59	-6,88

Relativamente al confronto con l'anno precedente possiamo notare, a fronte di un incremento della prescrizione totale, un decremento della spesa procapite pesata determinato da una riduzione del costo DDD. I farmaci maggiormente prescritti sono gli ACE-Inibitori e Sartani, farmaci utilizzati per la terapia dell'ipertensione arteriosa, seguiti dai farmaci respiratori, dalle sostanze modificatrici dei lipidi anche conosciuti come ipolipemizzanti, tale gruppo di farmaci, rappresentato principalmente dalle statine, viene utilizzato per abbassare il livello del colesterolo. Un'elevata prescrizione, ma comunque in calo rispetto all'anno precedente, si registra nei farmaci dei disturbi correlati all'acidità, utilizzati principalmente per il trattamento delle ulcere gastrica e duodenale, nonché di altre patologie del tratto gastro-esofageo. Seguono quindi i farmaci antimicrobici per uso sistemico principalmente antibiotici per uso orale ed iniettabile, psicoanalettici (antidepressivi), analgesici, calcio-antagonisti, antitrombotici. Solo al ventesimo posto troviamo i farmaci per la terapia del diabete, ma ciò dipende dal fatto che la maggior parte dell'erogazione degli stessi viene effettuata in distribuzione diretta.

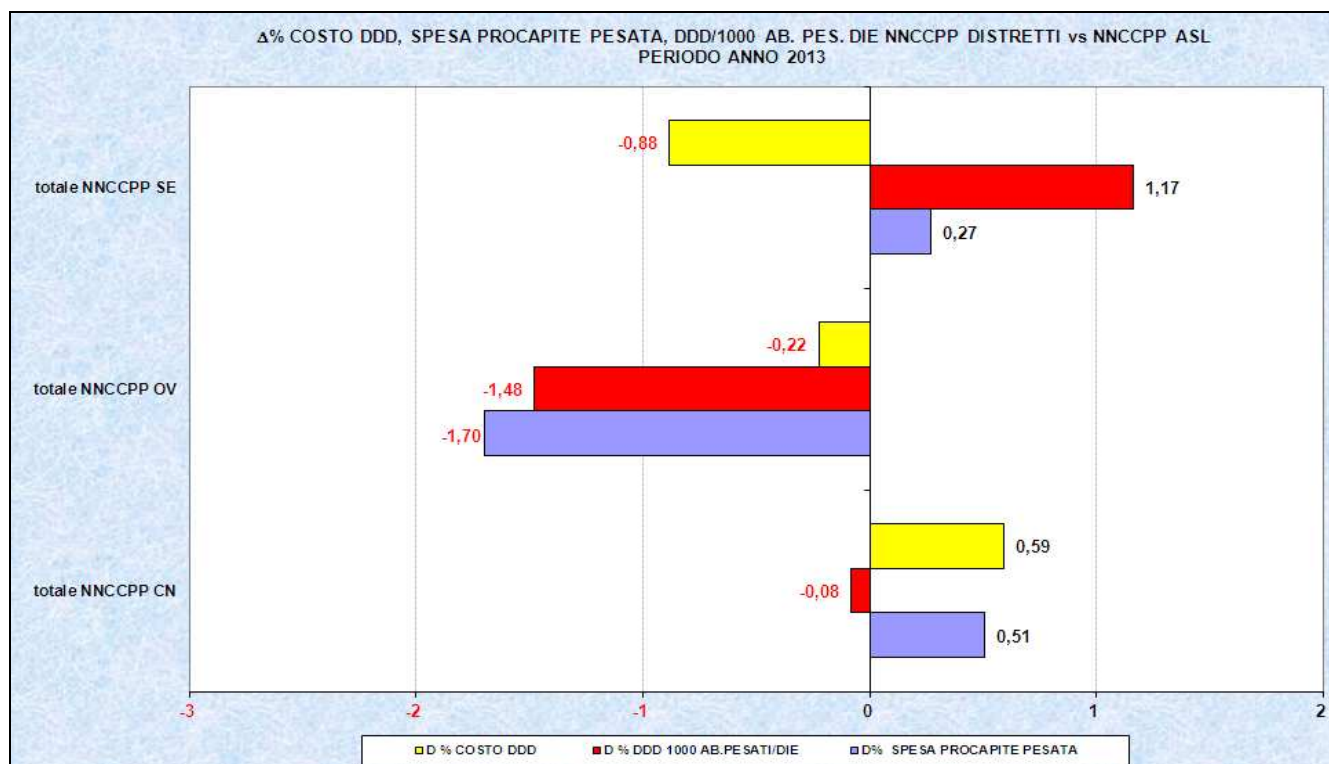
Pro capite in ambito AUSL, RER e a livello Distrettuale

Farmaci per il trattamento di patologie:	0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Totale
Gastro-intestinali	2,02	15,38	57,11	74,32	78,17	27,31
Cardiovascolari	0,07	25,23	139,09	178,94	164,65	57,11
Muscoscheletriche	0,02	3,03	16,08	24,87	23,23	7,24
Nervose	0,82	16,78	36,2	56,26	62,66	23,06
Respiratorie	9,48	9,54	27,53	41,02	38,67	15,99
TOT. AUSL	12,39	69,95	276,01	375,4	367,38	130,71
CENTRO-NORD	10,81	70,68	266,79	371,58	357,73	133,08
SUD-EST	14,41	71,44	280,33	380,33	366,11	133,93
OVEST	13,02	66,47	294,16	378,32	395,03	121,27
RER	11,19	63,55	279,91	376,62	363,45	116,72

Analisi prescrizione farmaceutica distrettuale

Nell' ambito del distretto la prescrizione di farmaci viene effettuata prevalentemente dai MMG raggruppati nei nuclei delle cure primarie (NCP).

Si riporta di seguito il comportamento prescrittivo dei Nuclei delle cure primarie dei tre Distretti Provinciali, rappresentati come valore di scostamento rispetto alla media aziendale dei tre indicatori principali: spesa procapite pesata, DDD/1.000 ab. Pesati die e costo DDD.



GRAF.3

I Nuclei del distretto Centro Nord, nel loro insieme, continuano a presentare una spesa procapite pesata superiore alla media Aziendale, dovuta ad un più elevato costo DDD. I Nuclei del Distretto Ovest hanno la spesa procapite pesata più bassa, determinata principalmente da una minore prescrizione, mentre il Distretto Sud Est ha una spesa procapite pesata superiore alla media aziendale, determinata esclusivamente dalla maggiore prescrizione. Complessivamente comunque si rileva un comportamento prescrittivo scarsamente differenziato in quanto anche lo scostamento maggiore rimane inferiore al 1,2%.

Prescrizione distrettuale per gruppi terapeutici

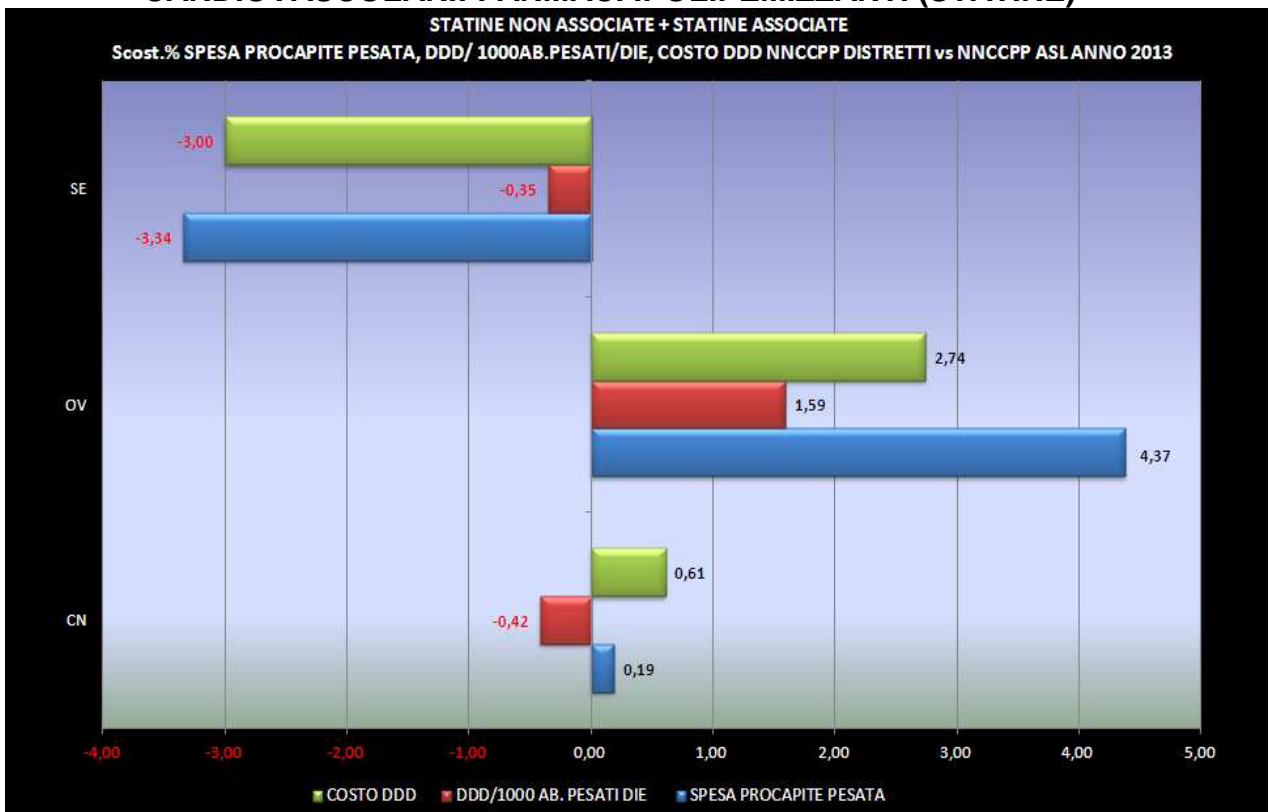
Rispetto ai singoli gruppi terapeutici permangono invece sensibili variazioni distrettuali, rispetto alla media aziendale, che si riportano di seguito per alcuni gruppi terapeutici a maggiore significatività di prescrizione.

CARDIOVASCOLARI: FARMACI PER LA TERAPIA DELL'IPERTENSIONE



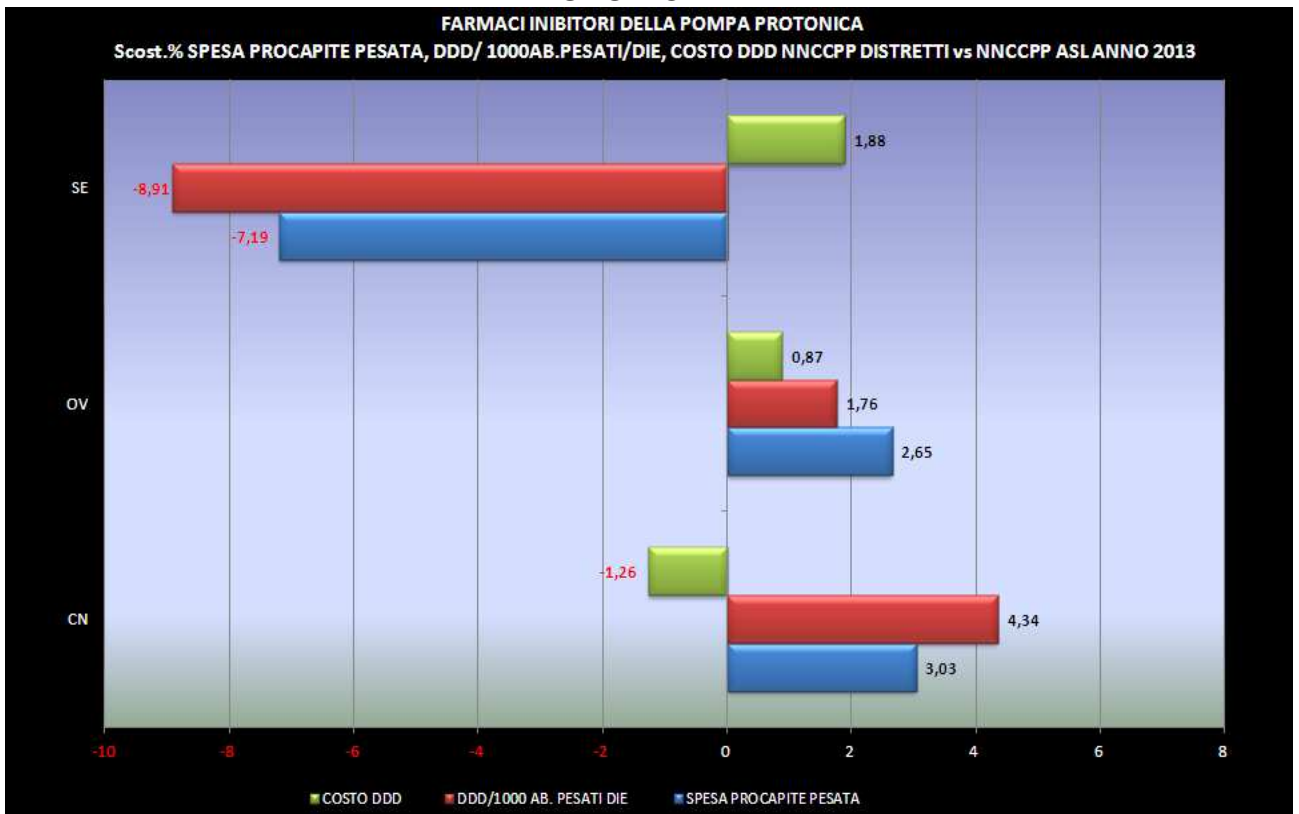
GRAF.4

CARDIOVASCOLARI: FARMACI IPOLIPEMIZZANTI (STATINE)



GRAF.5

GASTROINTESTINALI: FARMACI ANTIULCERA- INIBITORI POMPA PROTONICA



GRAF.6

FARMACI METABOLISMO OSSEO: FARMACI PER OSTEOPOROSI



GRAF.7

NEUROLOGICI: FARMACI ANTIDEPRESSIVI



GRAF.8

Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica comprende le prestazioni (visite e/o esami) erogate agli utenti da parte di medici specialisti nelle diverse branche medico-chirurgiche. La tabella mostra le prestazioni specialistiche (con esclusione del laboratorio e del pronto soccorso) erogate ai cittadini ferraresi nell'anno 2012 suddivise per comune di residenza del cittadino e per struttura erogatrice della prestazione.

Il consumo

INDICI DI CONSUMO
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CON ESCLUSIONE DEL LABORATORIO E DEL PRONTO SOCCORSO - ANNO 2012

COMUNE	AUSLFE	Privato FE	AOSPFE	Totale Prov.le	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale Mobilità	Totale Prestazioni	IC Prov. x 1000 ab.	IC Mob.x 1000 ab.	IC Complessivo x 1000 ab.
CENTO	79.414	8.476	19.280	107.170	23.073	2.915	25.988	133.158	2.981,50	722,99	3.704,49
SANT'AGOSTINO	13.029	3.880	6.151	23.060	2.296	716	3.012	26.072	3.263,05	426,21	3.689,26
MIRABELLO	7.199	1.828	6.591	15.618	620	771	1.391	17.009	4.532,21	403,66	4.935,87
BONDENO	28.399	2.377	18.107	48.883	2.353	6.977	9.330	58.213	3.235,57	617,55	3.853,12
VIGARANO MAINARDA	10.115	2.622	18.290	31.027	702	1.896	2.598	33.625	4.039,97	338,28	4.378,26
POGGIO RENATICO	13.128	2.576	19.853	35.557	4.229	1.699	5.928	41.485	3.615,35	602,75	4.218,10
FERRARA	137.729	49.921	464.386	652.036	14.207	46.797	61.004	713.040	4.830,50	451,94	5.282,44
MASI TORELLO	4.329	449	5.609	10.387	307	377	684	11.071	4.391,97	289,22	4.681,18
VOGHIERA	7.730	1.137	7.273	16.140	326	661	987	17.127	4.206,41	257,23	4.463,64
COPPARO	42.561	2.008	23.504	68.073	1.303	10.605	11.908	79.981	4.006,18	700,80	4.706,98
RO	7.267	342	4.807	12.416	139	3.932	4.071	16.487	3.670,12	1.203,37	4.873,49
BERRA	10.957	1.499	5.748	18.204	322	5.255	5.577	23.781	3.577,83	1.096,11	4.673,94
JOLANDA DI SAVOIA	8.469	390	3.687	12.546	273	1.416	1.689	14.235	4.139,23	557,24	4.696,47
FORMIGNANA	8.005	339	3.414	11.758	267	968	1.235	12.993	4.188,81	439,97	4.628,79
TRESIGALLO	12.393	693	6.609	19.695	436	903	1.339	21.034	4.320,03	293,70	4.613,73
ARGENTA	49.351	1.602	18.158	69.111	15.078	1.817	16.895	86.006	3.083,66	753,84	3.837,50
PORTOMAGGIORE	38.465	1.426	15.440	55.331	2.104	1.336	3.440	58.771	4.498,82	279,70	4.778,52
OSTELLATO	18.085	880	7.314	26.279	553	1.066	1.619	27.898	4.063,55	250,35	4.313,90
COMACCHIO	65.361	3.610	14.917	83.888	6.074	7.116	13.190	97.078	3.650,48	573,98	4.224,46
MIGLIARINO	9.366	506	4.849	14.721	515	675	1.190	15.911	4.003,54	323,63	4.327,17
MIGLIARO	6.622	235	3.007	9.864	268	365	633	10.497	4.429,28	284,24	4.713,52
MASSA FISCAGLIA	10.763	481	3.468	14.712	380	572	952	15.664	4.141,89	268,02	4.409,91
LAGOSANTO	16.857	1.110	2.997	20.964	699	1.546	2.245	23.209	4.202,04	449,99	4.652,03
CODIGORO	32.178	3.627	9.061	44.866	1.101	8.431	9.532	54.398	3.617,64	768,59	4.386,23
MESOLA	11.601	5.011	3.975	20.587	540	9.644	10.184	30.771	2.899,17	1.434,16	4.333,33
GORO	6.135	745	2.007	8.887	338	3.932	4.270	13.157	2.288,11	1.099,38	3.387,49
PROVINCIA DI FERRARA	655.508	97.770	698.502	1.451.780	78.503	122.388	200.891	1.652.671	4.053,94	560,97	4.614,90
DISTRETTO OVEST	151.284	21.759	88.272	261.315	33.273	14.974	48.247	309.562	3.304,40	610,10	3.914,49
DISTRETTO CENTRO-NORD	239.440	56.778	525.037	821.255	17.580	70.914	88.494	909.749	4.638,68	499,84	5.138,52
DISTRETTO SUD-EST	264.784	19.233	85.193	369.210	27.650	36.500	64.150	433.360	3.620,06	628,98	4.249,04

Nell'anno 2012 i 358.116 residenti della provincia di Ferrara hanno usufruito di 1.652.671 prestazioni a cui corrisponde un indice di consumo di 4.614,90 prestazioni per 1.000 abitanti di cui 560,97 in mobilità. L'indice di consumo complessivo più alto si rileva tra i cittadini del comune di Ferrara con 5.282,44 prestazioni per 1.000 abitanti, mentre quello più basso si rileva tra i cittadini del comune di Goro con 3.387,49 prestazioni per 1.000 abitanti.

L'indice di consumo in mobilità più alto si registra per il comune di Mesola (1.434,16 prestazioni per 1.000 abitanti), mentre il più basso si rileva per il comune di Ostellato (250,35 prestazioni per 1.000 abitanti).

Indice di consumo per categoria aggregata per 1.000 abitanti per Distretto - ANNO 2013

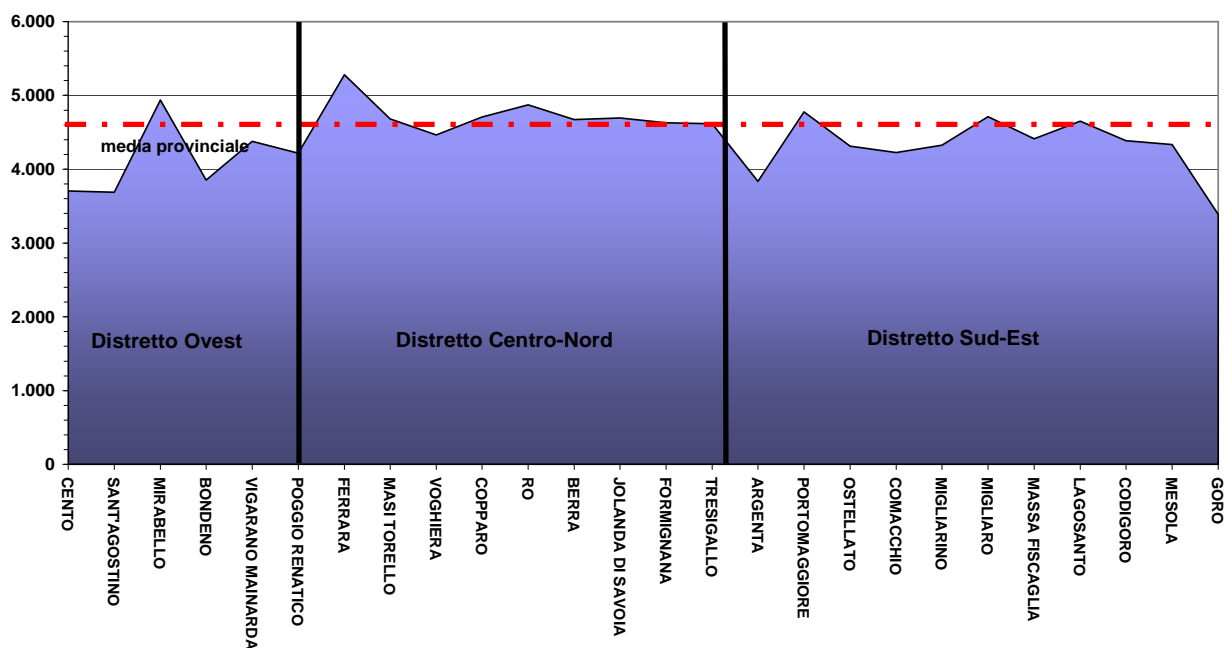
		0-14	15-64	65-74	75-84	>=85	Indice di consumo	Indice di consumo Std.
Diagnostica	Ovest	725	1.308	2.731	2.419	1.227	1.473	1.467
	Centro-Nord	674	1.347	2.926	2.751	1.401	1.631	1.508
	Sud Est	733	1.379	2.838	2.682	1.351	1.626	1.521
	Totale	704	1.348	2.863	2.669	1.353	1.595	1.505
	RER	613	1.255	2.809	2.744	1.481	1.468	1.462
Laboratorio	Ovest	2.329	9.231	18.779	21.710	20.755	10.761	10.750
	Centro-Nord	1.923	8.133	16.456	20.444	20.771	10.377	9.517
	Sud Est	4.808	14.439	27.616	31.066	30.786	17.369	16.276
	Totale	2.821	10.178	20.160	23.784	23.476	12.453	11.714
	RER	2.479	8.672	18.214	21.309	18.494	10.274	10.249
Riabilitazione	Ovest	125	465	980	751	247	490	485
	Centro-Nord	157	445	965	851	268	518	473
	Sud Est	159	514	1.232	848	262	593	542
	Totale	149	469	1.046	831	262	533	495
	RER	183	340	854	804	328	413	410
Terapeutiche	Ovest	104	339	966	1.288	762	468	460
	Centro-Nord	143	307	978	1.161	613	478	424
	Sud Est	110	352	1.068	1.039	658	498	453
	Totale	123	327	1.002	1.149	654	481	440
	RER	99	321	1.002	1.257	860	462	457
Visite ambulatoriali	Ovest	798	989	2.144	2.451	1.444	1.226	1.222
	Centro-Nord	841	1.056	2.749	3.808	2.839	1.612	1.477
	Sud Est	857	1.080	2.347	2.535	1.639	1.385	1.310
	Totale	834	1.048	2.515	3.182	2.238	1.462	1.379
	RER	753	1.016	2.420	2.977	2.091	1.334	1.329
Totale	Ovest	4.081	12.331	25.600	28.619	24.435	14.418	14.384
	Centro-Nord	3.738	11.288	24.073	29.015	25.891	14.615	13.398
	Sud Est	6.667	17.764	35.101	38.169	34.696	21.470	20.102
	Totale	4.631	13.369	27.585	31.615	27.984	16.524	15.533
	RER	4.126	11.604	25.299	29.091	23.253	13.951	13.907

Indice di Consumo Standardizzato per età e percentuali di Fuga Extraziendale (Esclusi Pronto Soccorso ed Obi) * 1000 Abitanti

		Indice di consumo Std.	% Fuga fuori Azienda	% Fuga fuori Distretto
Diagnostica	Ovest	1.474	18,95	56,35
	Centro-Nord	1.527	15,44	27,65
	Sud Est	1.532	17,89	41,08
	Totale	1.519	16,86	37,4
	RER	1.463	9,37	34,08
Laboratorio	Ovest	10.752	10,24	29,89
	Centro-Nord	9.598	4,91	9,18
	Sud Est	16.320	6,52	44,13
	Totale	11.773	6,57	27
	RER	10.269	4,88	30,77
Riabilitazione	Ovest	496	7,88	23,15
	Centro-Nord	472	12,13	20,1
	Sud Est	543	4,62	14
	Totale	498	8,89	18,82
	RER	410	4,44	18,22
Terapeutiche	Ovest	465	23,25	61,87
	Centro-Nord	425	12,88	18,01
	Sud Est	441	20,14	65,37
	Totale	438	17,24	41,28
	RER	456	11,31	37,75
Visite ambulatoriali	Ovest	1.226	16,8	54,75
	Centro-Nord	1.490	9,03	16,24
	Sud Est	1.329	16,63	45,56
	Totale	1.392	12,53	31,3
	RER	1.330	9,22	31,57
Totale senza laboratorio	Ovest	3.663	17,32	52,02
	Centro-Nord	3.916	12,34	21,34
	Sud Est	3.848	15,86	41,62
	Totale	3.849	14,34	33,26
	RER	3.664	9,11	31,93

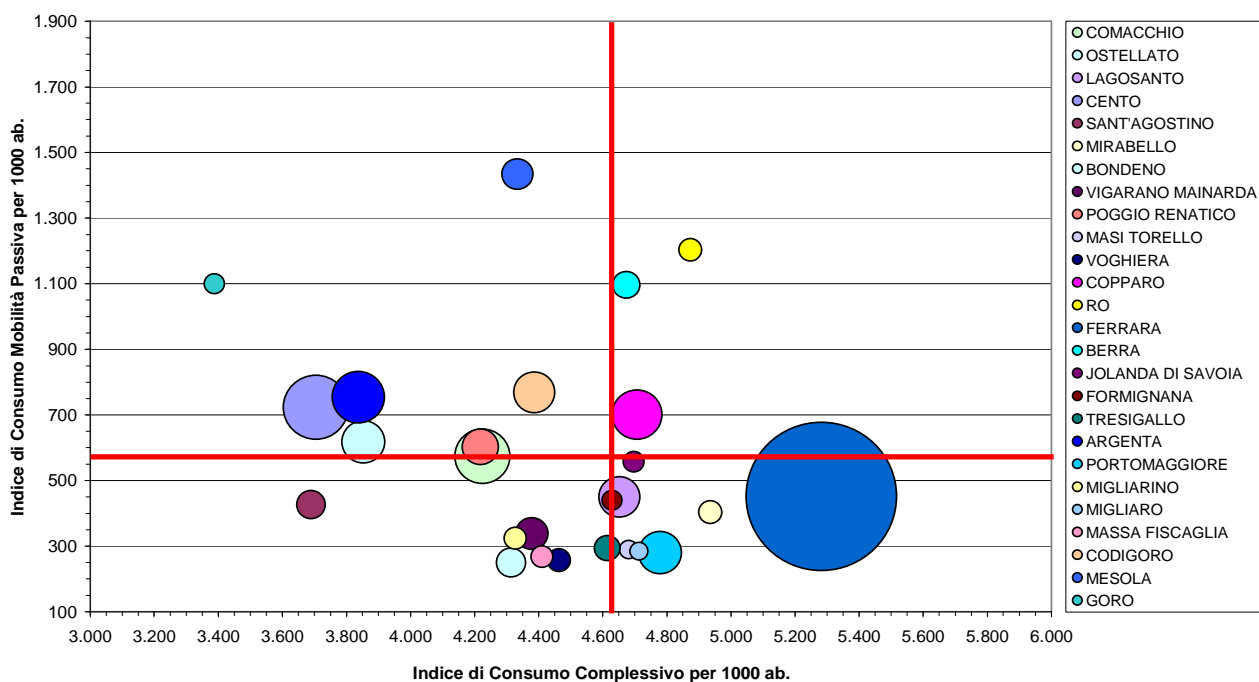
Nel complesso l'Azienda USL di Ferrara presenta un indice di consumo standardizzato pari a 15.533 prestazioni per 1000 abitanti che risulta essere superiore a quello medio regionale pari a 13.907. Analizzando la distribuzione all'interno dei Distretti si osserva come il Distretto Sud Est mostri l'indice di consumo standardizzato più alto, pari a 20.102 prestazioni, segue il Distretto Ovest con 14.384 prestazioni e il Distretto Centro-Nord con 13.398 prestazioni.

**Indice di Consumo Comunali Prestazioni Specialistiche per 1.000 Residenti
(esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012**



L'indice di consumo di prestazioni specialistiche nell'anno 2012 in relazione al distretto di appartenenza del cittadino mostra l'andamento evidenziato in figura. In particolare il distretto centro-nord presenta un indice di consumo di 5.138,52 prestazioni per 1.000 abitanti, il distretto sud-est presenta un indice di consumo di 4.249,04/1.000 e il distretto ovest un indice di consumo di 3.914,49/1.000. Ai cittadini del distretto centro-nord sono state erogate 909.749 prestazioni, a quelli del sud-est 433.360 prestazioni e a quelli dell' ovest 309.562 prestazioni. La maggior parte dei comuni del distretto ovest ha un indice di consumo inferiore a quello medio provinciale, a differenza di quelli del centro-nord che tendono ad avere un indice di consumo superiore a quello medio provinciale, mentre nel distretto sud-est hanno un comportamento diverso in relazione al singolo comune considerato.

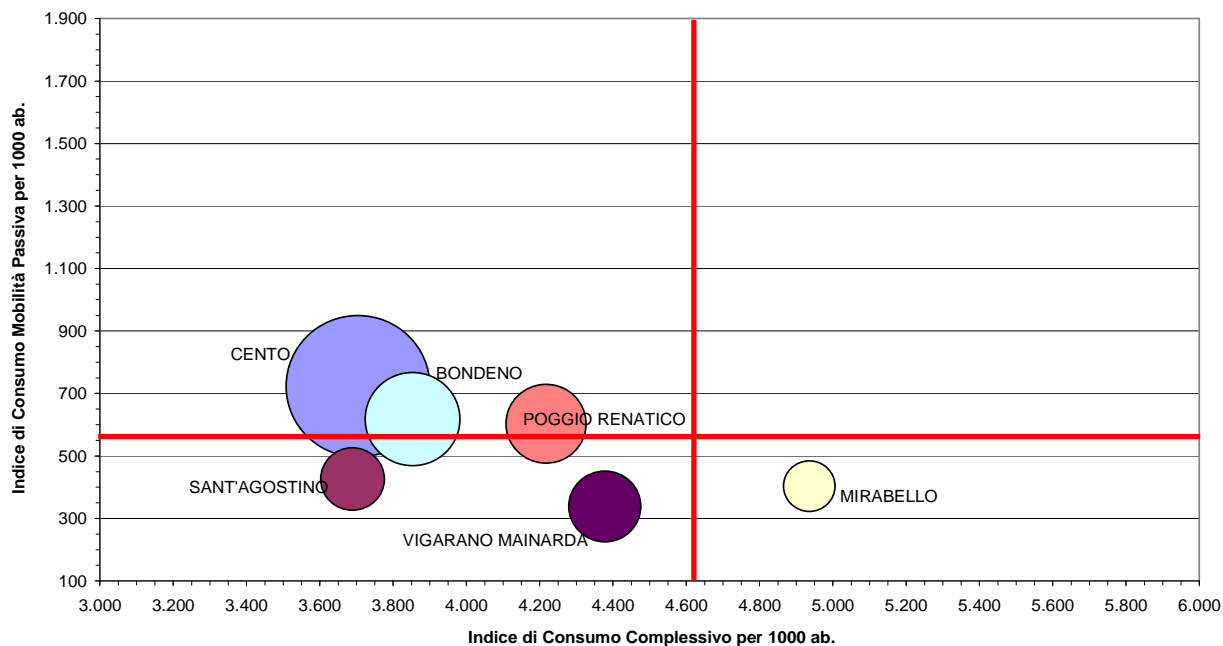
Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012



La matrice di posizionamento dei diversi comuni in relazione all'indice di consumo complessivo e all'indice di mobilità mostra come i comuni posizionati nel quadrante in basso a destra consumino molte prestazioni, ma si rechino meno in mobilità passiva (quindi in strutture poste al di fuori dell'ambito provinciale), i comuni posizionati nel quadrante in basso a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino meno in mobilità, i comuni posizionati nel quadrante in alto a destra consumino molte prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva, i comuni posizionati nel quadrante in alto a sinistra consumino meno prestazioni e si rechino maggiormente in mobilità passiva.

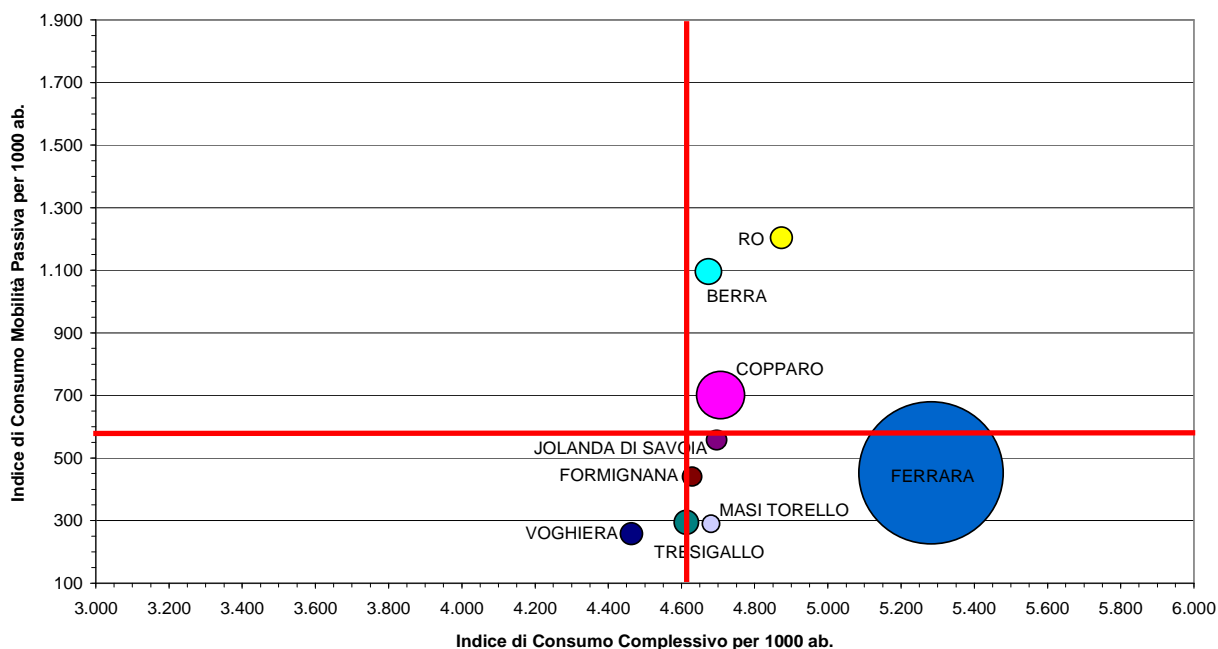
Il comune di Ferrara presenta l'indice di consumo di prestazioni più elevato della provincia, ma un indice di consumo di prestazioni eseguite in strutture extra provinciali minore della media provinciale. Il comune di Mesola presenta l'indice di consumo in mobilità più elevato della provincia (1.434,16 prestazioni per 1.000 abitanti contro le 560,97 prestazioni della media provinciale). Agli estremi opposti il comune di Goro presenta l'indice di consumo minore della provincia e un indice di consumo in mobilità passiva (1.099,38 prestazioni per 1.000 assistiti) quasi doppio rispetto a quello provinciale (560,97 prestazioni per 1.000 abitanti).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012
- Distretto Ovest**



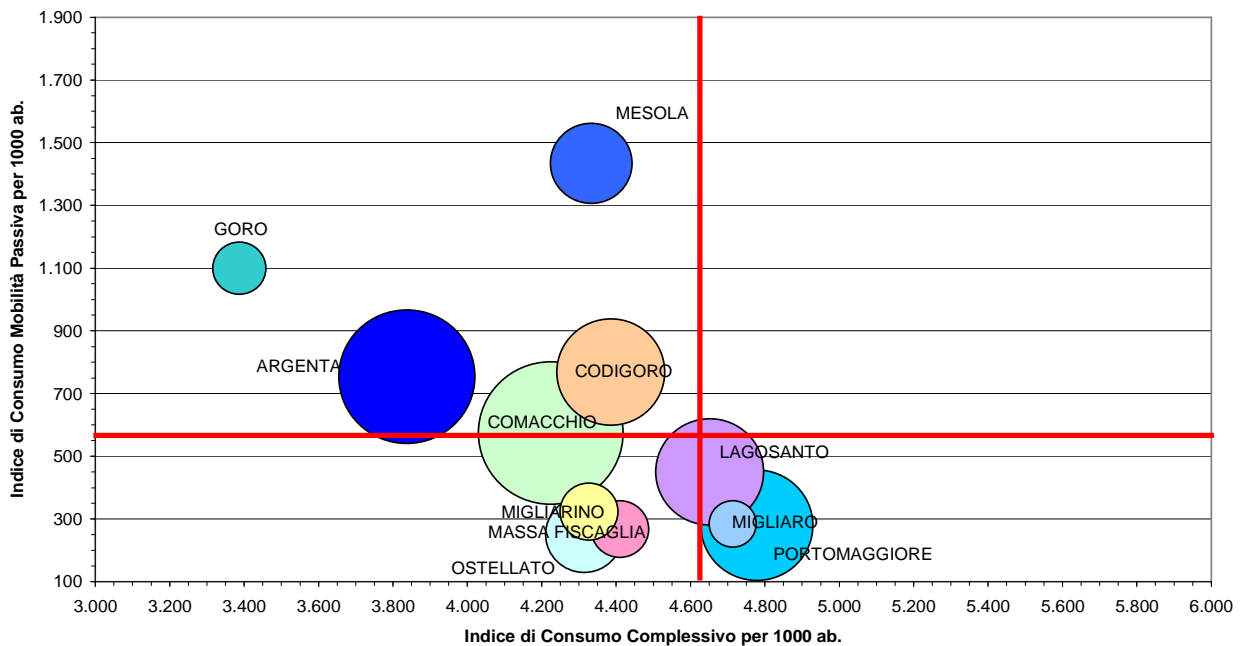
I comuni del distretto ovest presentano un indice di consumo (3.914,49 prestazioni per 1.000 abitanti) inferiore a quello provinciale (4.614,90/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (610,10/ 1.000) superiore (560,97/1.000). Come si può osservare il comune di Cento presenta un indice di consumo basso (3.704,49/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva più elevato pari a 722,99/1.000. I cittadini centesi usufruiscono di prestazioni specialistiche in strutture extraprovinciali (infraregionali o extraregionali) in misura maggiore dei cittadini appartenenti agli altri comuni del distretto ovest. Il comune di Mirabello presenta invece un elevato indice di consumo (4.935,87/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva relativamente basso (403,66/ 1.000).

**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012
- Distretto Centro-Nord**



Il distretto centro-nord presenta un indice di consumo di prestazioni (5.138,52/1.000) superiore a quello medio provinciale (4.614,21/1.000), ma un indice di consumo in mobilità passiva (499,84/1.000) inferiore a quello medio provinciale (560,97/1.000). I cittadini del distretto centro-nord pertanto usufruiscono di un numero maggiore di prestazioni rispetto alla media provinciale, ma tendono a rimanere nelle strutture della provincia di Ferrara. Il comune di Ro è quello con un indice di consumo in mobilità passiva più elevato del distretto (1.203,37/1.000 abitanti vs 499,84 del distretto centro-nord). Tale valore risulta il doppio del valore medio provinciale.

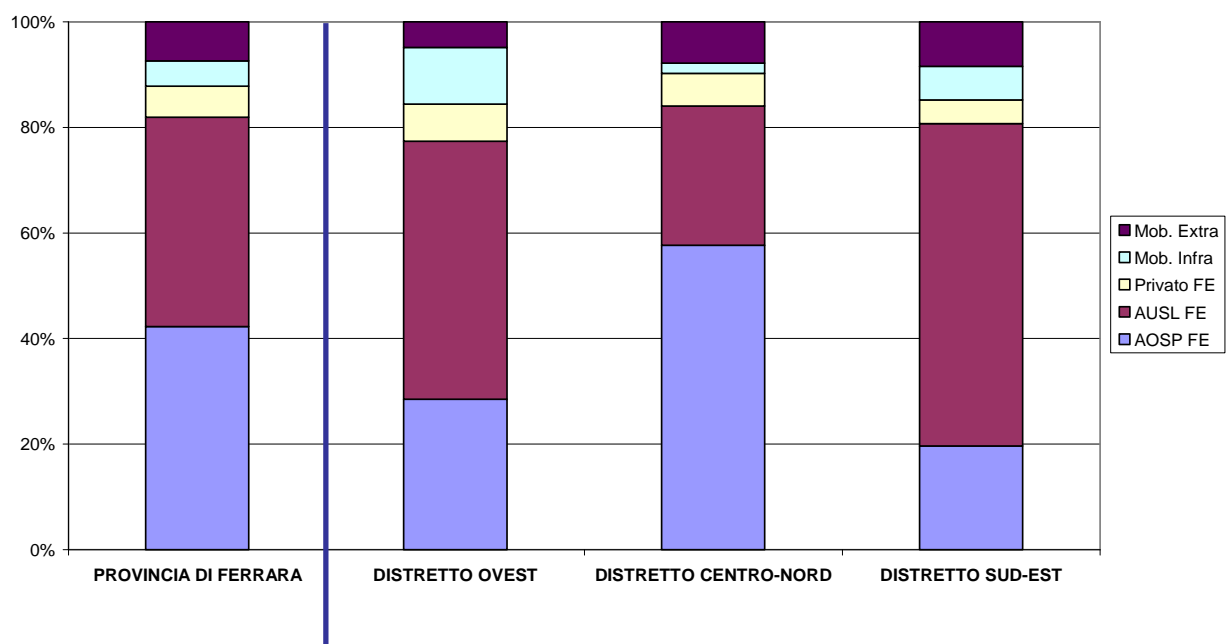
**Indice di Consumo Prestazioni Specialistiche (esclusi PS e Laboratorio) - Anno 2012
- Distretto Sud-Est**



Il distretto sud-est presenta un indice di consumo di prestazioni (4.249,04/1.000) leggermente inferiore a quello medio provinciale (4.614,90/1.000) e un indice di consumo in mobilità passiva di 628,98/1.000 quindi superiore rispetto a quello medio provinciale (560,97/1.000).

Due comuni presentano indici di consumo in mobilità passiva particolarmente elevati: Mesola (1.434,16/1.000) e Goro (1.099,38/1.000).

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2012



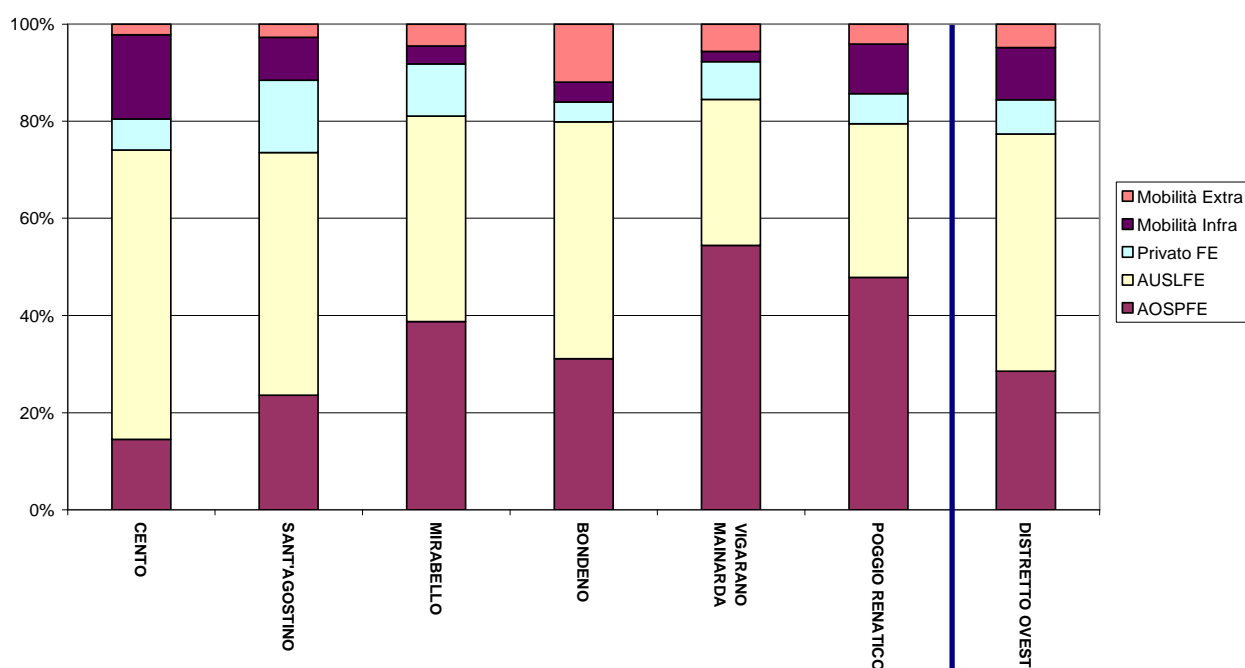
Indice di dipendenza della Struttura Ospedaliera dalla popolazione. Anno 2013 Dimessi.

Azienda di ricovero	Residenti			TOTALE
	Stessa Azienda	Altre Aziende R.E.R.	Fuori R.E.R. ed estero	
FERRARA	85,8	8,5	5,7	100,0
RER	75,5	10,0	14,5	100,0

I maggiori fruitori di prestazioni specialistiche erogate dall'AOSPFE sono i cittadini del distretto centro-nord (525.037 prestazioni) verosimilmente per motivazioni di ordine logistico. I maggiori fruitori di prestazioni erogate da strutture appartenenti all'AUSL Ferrara sono i cittadini del distretto Sud-Est.

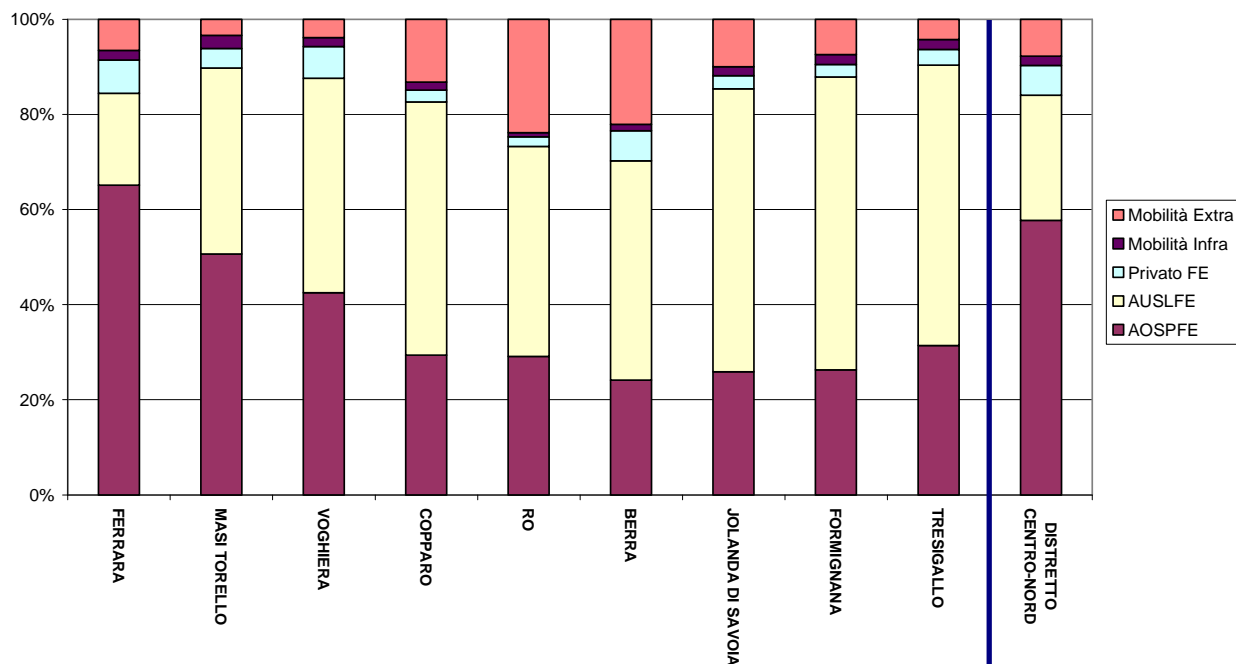
Le quote maggiori di mobilità infra ed extra regionale si riscontrano nei comuni situati in zone di confine: Mesola, Ro, Berra, Goro, Codigoro, Cento, Argenta.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2012 - Distretto Ovest



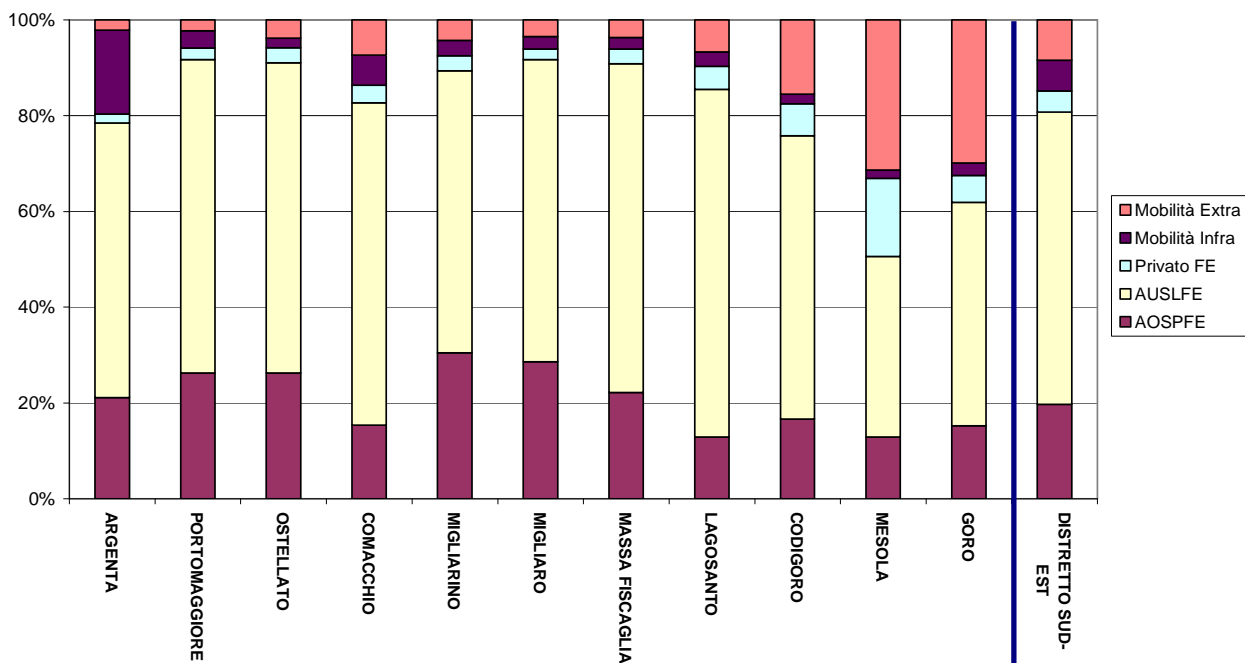
I comuni geograficamente più vicini alla Città di Ferrara (Vigarano Mainarda, Poggiorenatico) usufruiscono di prestazioni per la maggior parte presso l'AOSPFE, mentre i comuni di Cento, S.Agostino, Bondeno e Mirabello prevalentemente presso l'Azienda USL. Il comune di Bondeno presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture extraregionali, mentre il comune di Cento presenta la quota maggiore di prestazioni eseguite presso strutture infra-regionali.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2012 - Distretto Centro-Nord



Relativamente al distretto centro-nord, l'ambito di fruizione delle prestazioni specialistiche riflette l'ambito territoriale di appartenenza. I comuni di Ferrara e Masi Torello presentano la quota maggiore di prestazioni erogate presso l'AOSPFE. Al contrario i restanti comuni presentano la quota maggiore di prestazioni erogate presso strutture dell'AUSL Ferrara. I comuni situati nelle zone confinanti con altre regioni, hanno la quota maggiore di mobilità extraregionale, in particolare Ro e Berra.

Indice di Dipendenza - Prestazioni Specialistiche (escluso Laboratorio e Pronto Soccorso)
- Anno 2012 - Distretto Sud-Est



Le strutture dell'AUSL Ferrara rappresentano le principali erogatrici di prestazioni per i cittadini dei comuni del distretto Sud-Est. I comuni che presentano elevati valori di prestazioni erogate in strutture extraregionali sono: Mesola, Goro, Codigoro, Comacchio, mentre Argenta mostra valori elevati di prestazioni erogate in strutture infraregionali. Mesola ha inoltre i valori più alti di prestazioni erogate da strutture private provinciali.

Assistenza ospedaliera

La tabella "Indici di dipendenza della popolazione dalle strutture - anno 2012" evidenzia la distribuzione dei ricoveri da parte dei residenti in ciascun comune della provincia di Ferrara presso le strutture sanitarie pubbliche e private della provincia; gli ospedali di altre province della Regione e gli ospedali extraregionali.

Indici di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture - Anno 2012

Comune	AOSPFE	Copparo	Delta	Comacchio	Argenta	Cento	Bondeno	CdCFE	Mob. Infra	Mob. Extra	Totale	Tasso grezzo
CENTO	879	2	78	7	41	2.711	66	185	1.413	254	5.636	156,80
SANT'AGOSTINO	320	6	14		14	437	11	47	216	57	1.122	158,77
MIRABELLO	234		7	1	8	154	10	57	58	63	592	171,79
BONDENO	1.007	3	46	2	45	686	89	167	245	320	2.610	172,76
VIGARANO MAINARDA	661	4	20	1	25	124	15	146	94	139	1.229	160,03
POGGIO RENATICO	783	3	43		30	126	9	118	287	94	1.493	151,80
DISTRETTO OVEST	3.884	18	208	11	163	4.238	200	720	2.313	927	12.682	160,37
FERRARA	14.845	48	613	22	581	220	7	3.403	1.931	2.668	24.338	180,30
MASI TORELLO	225	1	43	1	18	7	0	31	30	36	392	165,75
VOGHIERA	404	1	47	1	42	6	0	76	73	36	686	178,79
COPPARO	1.453	543	373	12	109	52	0	181	190	296	3.209	188,85
RO	267	75	45	2	19	8	0	38	18	104	576	170,26
BERRA	312	142	141	12	21	12	0	48	54	157	899	176,69
JOLANDA DI SAVOIA	219	93	161	10	10	3	0	17	37	49	599	197,62
FORMIGNANA	186	57	104	4	21	18	0	19	40	65	514	183,11
TRESIGALLO	333	97	200	8	19	9	0	42	42	52	802	175,92
DISTRETTO CENTRO-NORD	18.244	1.057	1.727	72	840	335	7	3.855	2.415	3.463	32.015	180,83
ARGENTA	817	4	309	8	1.450	33	0	48	1.004	177	3.850	171,78
PORTOMAGGIORE	798	3	271	7	649	21	0	50	256	111	2.166	176,11
OSTELLATO	327	13	428	42	101	5	0	46	84	63	1.109	171,49
COMACCHIO	684	20	1.738	434	73	21	0	97	599	313	3.979	173,15
MIGLIARINO	163	18	255	27	14	8	0	24	41	30	580	157,74
MIGLIARO	114	8	204	27	12	1	0	20	28	25	439	197,13
MASSA FISCAGLIA	118	15	335	41	18	6	0	17	42	42	634	178,49
LAGOSANTO	130	6	452	26	7	3	0	14	87	89	814	163,16
CODIGORO	390	25	1.074	99	29	13	0	41	183	287	2.141	172,63
MESOLA	192	23	492	65	13	5	0	24	77	326	1.217	171,38
GORO	120	11	280	29	10	1	0	14	81	131	677	174,30
DISTRETTO SUD-EST	3.853	146	5.838	805	2.376	117	0	395	2.482	1.594	17.606	172,62
Provincia di Ferrara	25.981	1.221	7.773	888	3.379	4.690	207	4.970	7.210	5.984	62.303	173,97

NB: Escluso Neonati Sani

I dati sono estratti dalla banca dati regionale

Nell'ultima colonna a destra sono indicati i tassi di ospedalizzazione (T.O.‰) registrati nel 2012 dai residenti di ciascun comune della provincia di Ferrara. Nel corso dell'anno 2012 si sono registrati 62.303 ricoveri di cittadini residenti nella provincia di Ferrara a cui corrisponde un tasso grezzo di ospedalizzazione pari a 173,97 ricoveri/1.000 abitanti dove la media regionale è pari a 163,8 ricoveri/1.000 abitanti.



Tasso di ospedalizzazione standardizzato per Distretto di residenza, Luogo di ricovero e tipo presidio e Tipo Drg. Anno di dimissione 2013

Distretto di residenza	Pubblico RER			Privato RER			Mobilità passiva extraregionale			TOTALE		
	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE	DRG CHIRURGICO	DRG MEDICO	TOTALE
OVEST	59,8	69,8	129,6	5,9	7,3	13,2	7,6	4,1	11,7	73,2	81,3	154,5
CENTRO-NORD	52,8	67,5	120,2	5,7	12,9	18,6	12,5	7	19,4	71	87,3	158,3
SUD-EST	56,1	75,7	131,8	6	4,7	10,7	9,9	6,4	16,2	72	86,8	158,8
TOTALE	55,3	70,2	125,4	5,8	9,5	15,3	10,7	6,2	16,8	71,8	85,8	157,6
RER	51,7	73	124,7	11,1	9,3	20,4	5,3	4,3	9,7	68,1	86,6	154,7

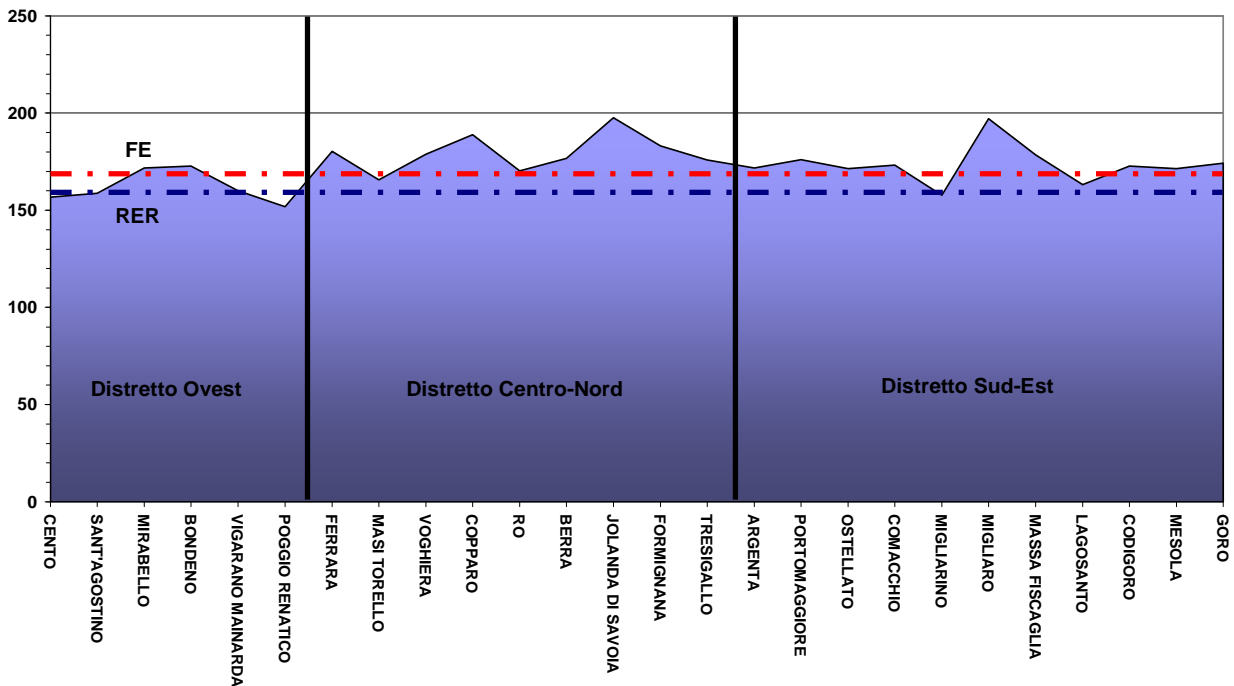
L'analisi di raffronto di tale parametro tra provincia di Ferrara e Regione evidenzia un valore superiore per la provincia di Ferrara (157,6 vs 154,7), soprattutto per la mobilità passiva extraregionale (16,8 vs 9,7), il dato è minore solamente in ambito privato (15,3 vs 20,4).

In particolare, dall'analisi distrettuale si rileva che il Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età più basso, è relativo ai residenti nel Distretto Ovest (154,5 abitanti), seguito quasi a pari merito da quello del Distretto Centro Nord e Distretto Sud Est (rispettivamente 158,3 e 158,8 abitanti).

Tasso di ospedalizzazione specifico per Distretto di residenza e Classe età. Anno di dimissione: 2013

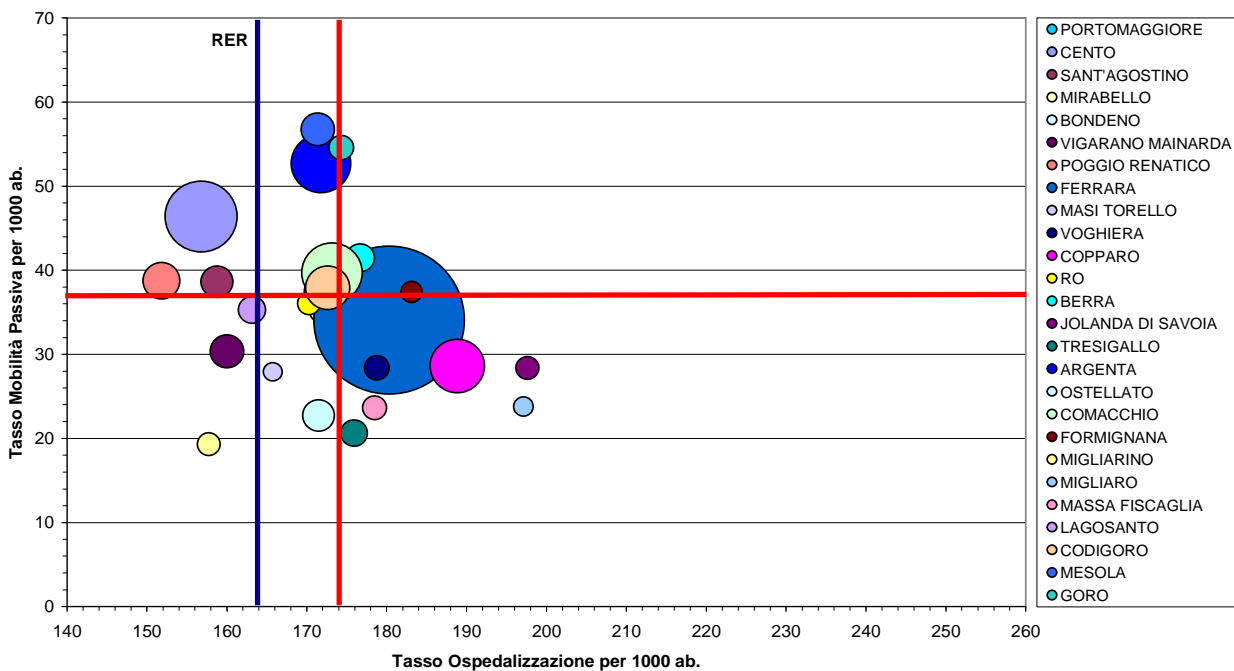
Distretto di residenza	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	75-84	>84	TOTALE
OVEST	381,9	71,1	48,4	108,6	139,4	253	322,4	439,1	159,4
CENTRO-NORD	351,8	78	55,1	107,7	136,4	252,4	358,8	508,4	177,6
SUD-EST	295,4	85,7	59,6	110,1	139,8	264,3	350,7	434,6	173,9
TOTALE	344,4	78,1	54,5	108,6	138	256	349,6	474,3	172,5
RER	355,4	79,3	54,6	105	131,4	254,5	354,2	474,3	161,1

Tassi Grezzi di Ospedalizzazione Comunali - Anno 2012



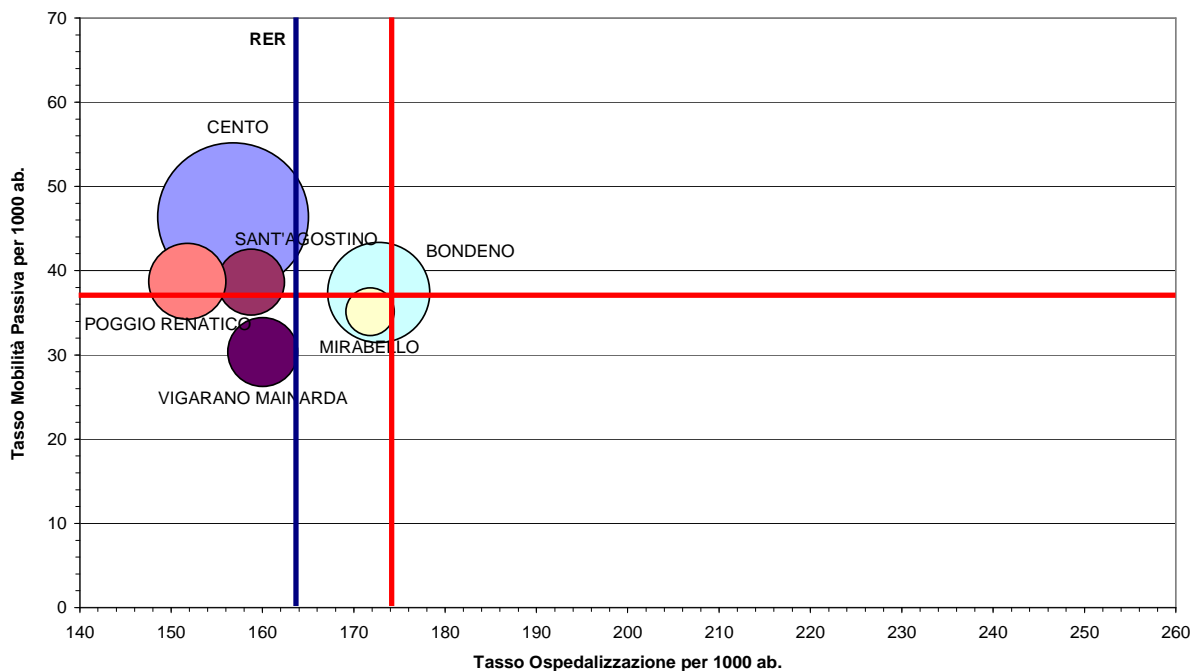
Il distretto centro-nord presenta un tasso di ospedalizzazione pari a 180,83 ricoveri/1.000 abitanti, pertanto superiore alla media provinciale (173,97) e regionale (163,8). I distretti ovest e sud-est presentano rispettivamente tassi di ospedalizzazione di 160,37 ricoveri/1.000 abitanti e 172,62 ricoveri/1.000 abitanti. Si osserva un comportamento disomogeneo all'interno dei distretti, in quanto i comuni mostrano tassi di ospedalizzazione con andamenti diversi. In particolare i comuni di Jolanda di Savoia e Migliaro presentano i tassi di ospedalizzazione più elevati: rispettivamente 197,62 e 197,13 ricoveri/1000 abitanti.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012



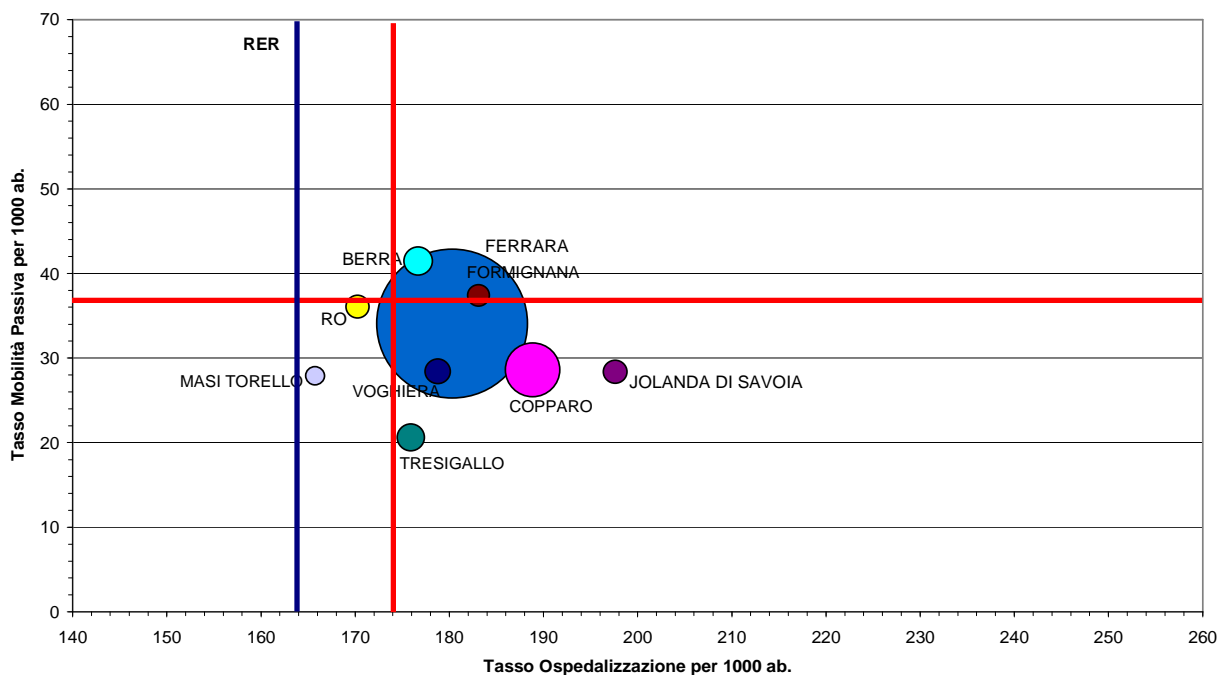
La matrice di posizionamento visualizza il comportamento di ogni singolo comune in relazione al tasso di ospedalizzazione generale e al tasso di mobilità. È possibile pertanto analizzare come i comuni che si posizionano nella parte destra del grafico abbiano elevati tassi di ospedalizzazione (superiori a quelli medi provinciale e regionale), mentre quelli che si posizionano nella parte sinistra del grafico presentino tassi di ospedalizzazione inferiori a quello medio regionale. I comuni nella parte alta del grafico presentano valori elevati di tassi di mobilità passiva, viceversa per i comuni che si collocano nella parte inferiore del grafico. La dimensione del cerchio è direttamente proporzionale al numero di ricoveri: maggiore è la dimensione e maggiore è il numero di ricoveri.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012 - Distretto Ovest



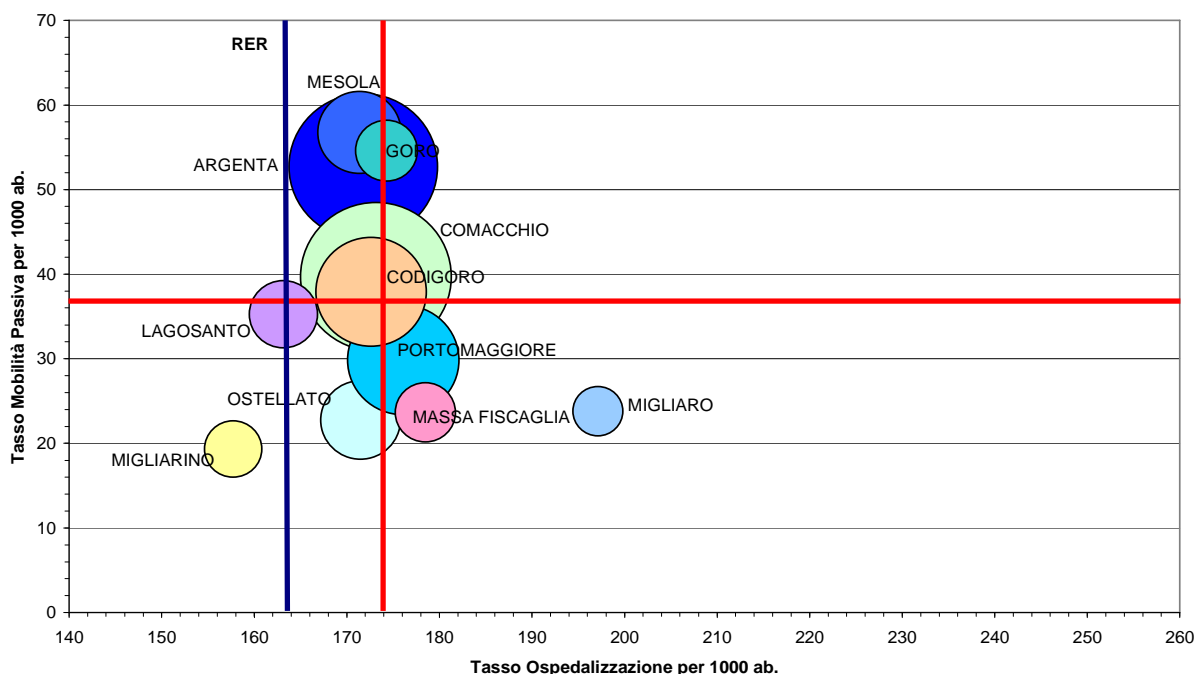
I comuni di Cento, Poggiorenatico, S. Agostino e Vigarano Mainarda mostrano tassi di ospedalizzazione inferiori al tasso medio provinciale a cui si associa per i comuni di Cento, Poggiorenatico e Sant'Agostino una maggiore tendenza ad usufruire dei ricoveri in strutture al di fuori dell'ambito provinciale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012 - Distretto Centro-Nord



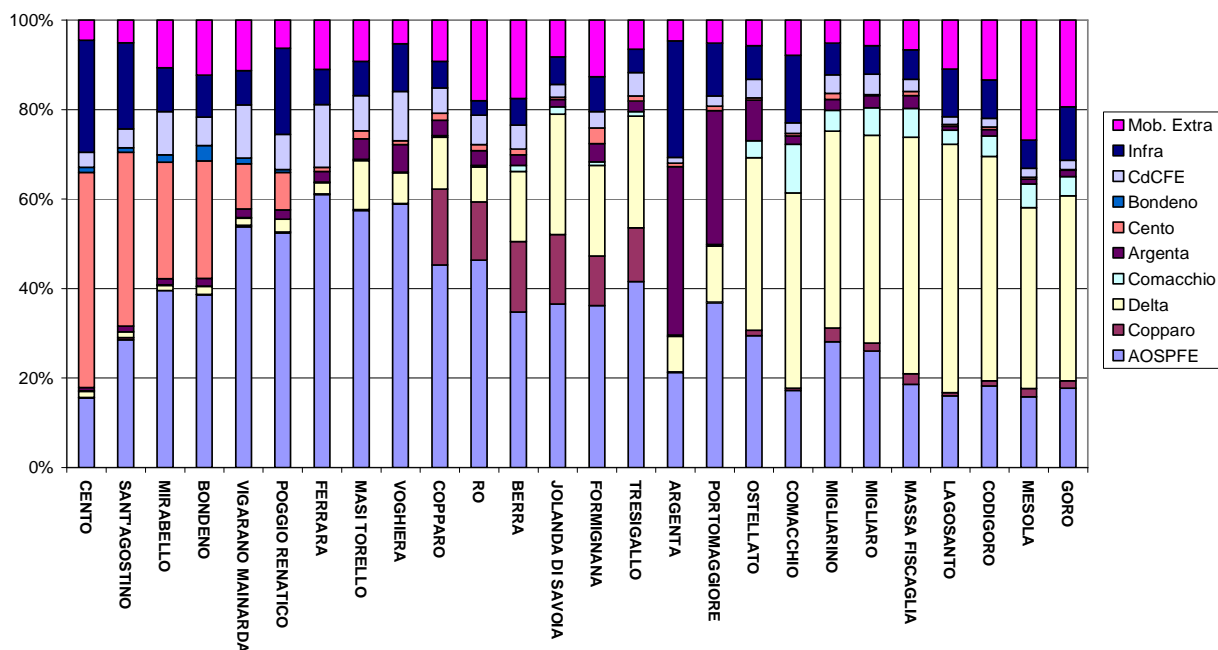
I comuni del distretto centro-nord hanno in generale bassi tassi di mobilità, ma elevati tassi di ospedalizzazione generale.

Matrice di Posizionamento per Ricoveri Ospedalieri - Anno 2012 - Distretto Sud-Est



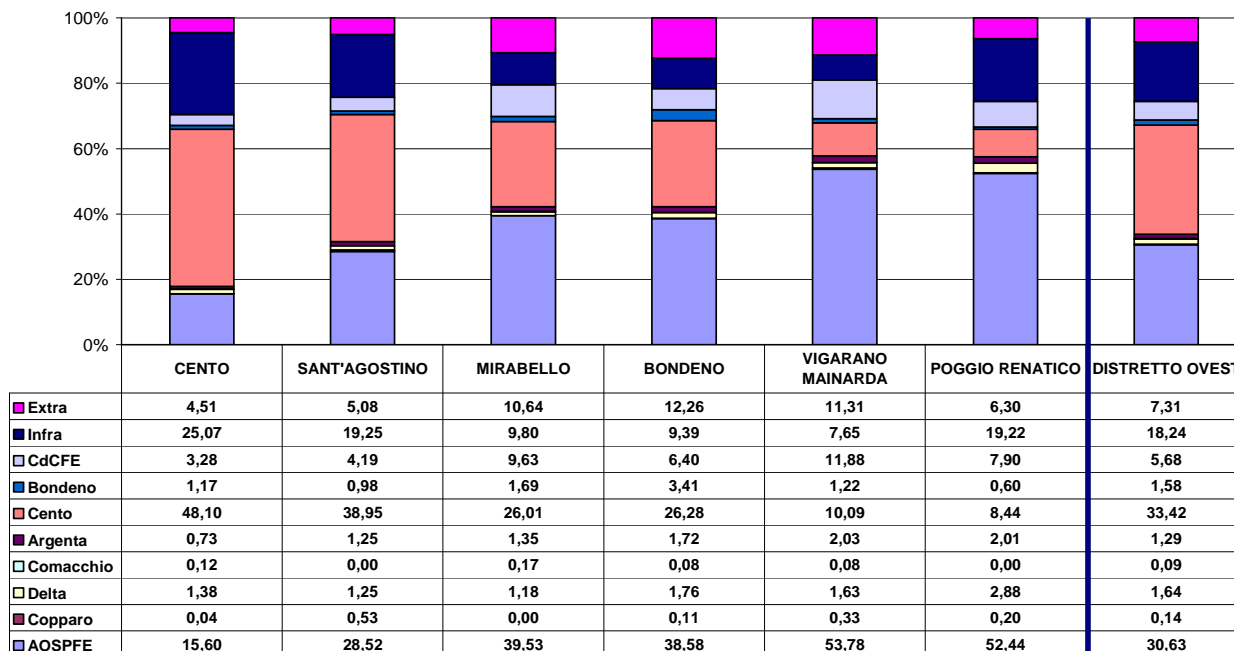
I comuni di Mesola, Goro e Argenta presentano i tassi di mobilità più elevati della provincia (rispettivamente 56,75/1000, 54,58/1000, 52,69/1000 rispetto ad una media provinciale di 36,84/1000). I comuni di Lagosanto (163,16/1000) e Migliarino (157,74/1000) presentano un T.O. più basso rispetto a quello regionale.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2012



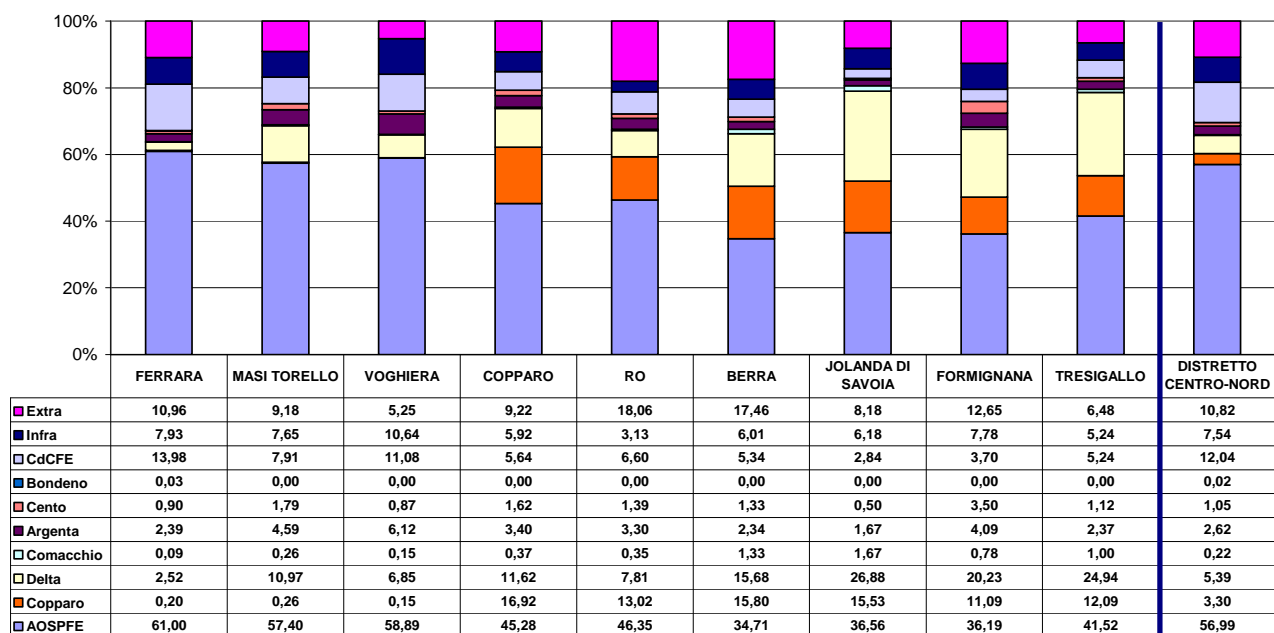
L'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogatrici riflette essenzialmente la collocazione geografica. La tendenza dei cittadini appare pertanto quella di recarsi nelle strutture vicine al luogo di residenza.

Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero - Anno 2012 - Distretto Ovest



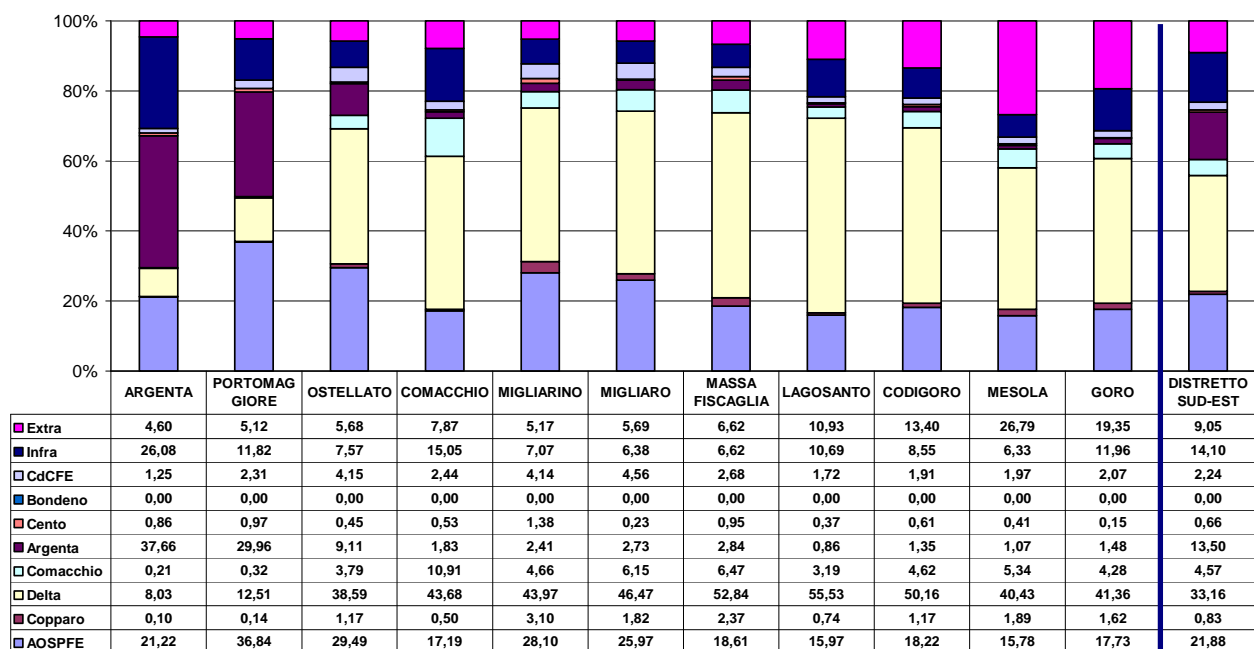
I comuni di Cento e S.Agostino dipendono prevalentemente dall’Ospedale di Cento (rispettivamente 48,10% e 38,95% dei ricoveri) per motivi di vicinanza logistica. Il comune di Cento, al confine con altre province della Regione usufruisce della più alta quota di ricoveri presso strutture extra provinciali infra regionali (25.07% dei ricoveri). I comuni più vicini alla città di Ferrara presentano una quota più elevata di ricoveri consumati presso l’AOSPFE; in particolare i comuni di Mirabello, Bondeno, Vigarano Mainarda e Poggiorenetico con rispettivamente il 39,53%, il 38,58%, il 53,78% e il 52,44% dei ricoveri.

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2012 - Distretto Centro-Nord**



Tutti i comuni del distretto centro-nord presentano elevate percentuali di ricoveri presso l’AOSPFE. I comuni di Ferrara, Masi Torello e Voghiera presentano la quota maggiore di ricoveri presso strutture private di Ferrara (rispettivamente 13,98%, 7,91% e 11,08% dei ricoveri). I comuni di Ro e Berra presentano le quote più elevate di ricoveri consumati presso strutture extraregionali (18,06% e 17,46% dei ricoveri).

**Indice di Dipendenza della Popolazione dalle Strutture di Ricovero
- Anno 2012 - Distretto Sud-Est**



Relativamente al distretto Sud-Est, la sede di erogazione del ricovero rispecchia essenzialmente l'ambito territoriale di appartenenza. Interessante notare l'elevata mobilità extraregionale dei comuni di Codigoro, Mesola e Goro con rispettivamente il 13,40%, 26,79% e 19,35% di tutti i ricoveri erogati in strutture extraregionali. Risulta elevato anche il valore di mobilità infraregionale del comune di Argenta con il 26.08% dei ricoveri erogati da strutture extra provinciali intraregionali.

L'area ospedaliera

L'assistenza ospedaliera dell'Azienda USL di Ferrara, si articola sul territorio provinciale nel seguente modo:

Area 1 OVEST comprendente gli ospedali di Cento, di Copparo e di Bondeno;

Area 2 EST comprendente gli ospedali del Delta, di Comacchio e di Argenta.

e prevede i seguenti Dipartimenti:

1. Chirurgico;
2. Medico;
3. Materno - Infantile;
4. Emergenza;
5. Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica.

Struttura dell'offerta: posti letto pubblici e privati all' 31.12.2013 (Anno 2013)

AZIENDE	Posti letto pubblici				Posti letto privati						Indicatori				
	Acuti	Riabilitazio ne (56+28+75)	LD	Totale	Acuti		Post-acuti			Totale accredita ti	Acuti	LD+ Riab.	Recupero e Riabilitazio ne	LD	Totale
					Accredita ti	Non accreditati	Riabilitazio ne accreditati	LD accr.	riabilitazion e non accreditati						
FERRARA	459	24	117	600	116	-		75		191					
OSP. FERRARA	621	80	10	711						-	1,73	0,25	0,22	0,03	1,99
FERRARA	1.080	104	127	1.311	116	-	-	75	-	191	3,34	0,85	0,29	0,56	4,19
TOTALE REGIONE	12.523	674	1.245	14.442	2.862	233	890	822	31	4.574					
Indicatore PL*1000	2,80		0,43	3,2	0,6			0,4		1,0	3,44	0,81	0,35	0,46	4,25

(*) La popolazione di riferimento per gli indicatori è la popolazione per azienda, residente in Emilia Romagna al 1.01.2013 - 4.471.104

Complessivamente il sistema ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara è dotato di 600 posti letto (compresi 30 posti letto di psichiatria di cui 15 presso l'Ospedale del Delta e 15 facenti parte del SPDC di Ferrara situato all'interno dell'Ospedale S. Anna di Cona), di cui 551 di ricovero ordinario e 49 di ricovero in regime di Day Hospital, suddivisi in 13 discipline, a sua volta articolate nei diversi stabilimenti. Presso l'Ospedale del Delta sono presenti 4 posti di Osservazione breve intensiva (O.B.I.) che non rientrano nel conteggio dei posti letto ospedalieri. Prendendo in considerazione anche i posti letto dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria e delle Case di cura private che insistono sullo stesso territorio, complessivamente la dotazione dei posti letto al 31/12/2013 è la seguente:

Riferimenti	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N° posti letto dell'Azienda USL di Ferrara	753	751	759	752	721	600
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	174	174	174	174	164	141
N° posti letto dell'Azienda OSP di Ferrara	863	863	860	860	704	711
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	97	97	97	97	80	90
N° posti letto accreditati nelle Case di Cura	169	145	145	195	195	191
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	75	75	75	75	75	75
N° totale di posti letto Provincia di Ferrara	1.785	1.759	1.764	1.807	1.620	1.502
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	346	346	346	346	244	231
Dotazione media ogni 1.000 abitanti	5,02	4,91	4,91	5,02	4,50	4,19
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,97	0,97	0,96	0,96	0,89	0,85
Posti letto totali RER (pubblici e privati accreditati)	19.777	19.732	19.606	20.493	19.945	19.016
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	3.896	3.931	3.862	3.911	3.807	3.631
Dotazione media ogni 1.000 abitanti RER	4,63	4,55	4,46	4,62	4,47	4,25
di cui Lungodegenza e Riabilitazione	0,91	0,91	0,88	0,88	0,85	0,81

L'andamento generale dei ricoveri (in regime ordinario e Day – Hospital) presso strutture dell'Azienda USL Ferrara mostra dall'anno 2003 una tendenza alla riduzione, andamento questo rilevato anche per l'ambito regionale.

Day Surgery.

La tendenza al trasferimento di parte della attività chirurgica verso tale forma di assistenza è testimoniata sia dall'incremento dei dimessi in regime di Day Hospital di tipo chirurgico, che dall'indice di Day – Surgery, che esprime la percentuale di dimissioni avvenute in Day Hospital e in regime Ordinario di un giorno. Dal 2007 ad oggi l'indice di Day – Surgery ha ripreso ad aumentare fino ad attestarsi a valori prossimi a quello medio regionale.

Lungodegenza

I Reparti di Lungodegenza dell'Azienda Usl di Ferrara presentano una durata media di degenza pari a 24,5 giorni, valore questo superiore al dato medio regionale che si attesta sui 20,87 giorni.

Nel corso degli anni l'andamento del parametro aziendale e di quello regionale, è rimasto sostanzialmente costante, generando un differenziale pari a circa 4,5 giornate di degenza media in più nell'ambito ferrarese rispetto a quello regionale.

In parte, la degenza media più elevata, può essere legata alla percentuale di ultrasessantacinquenni più elevata nell'ambito della provincia di Ferrara rispetto alla media regionale (valore provinciale > 92%, valore regionale > 88%).

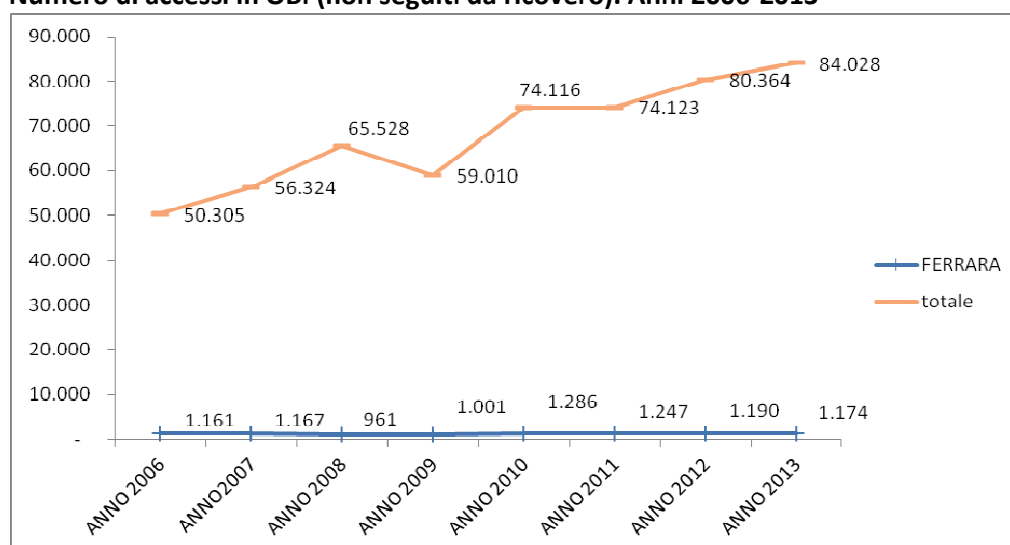
Day Hospital

Il Tasso di ospedalizzazione standardizzato in regime di ricovero in DH medico delle strutture dell'azienda USL mostra un trend in riduzione nel corso degli anni, fino a risultare inferiore al T.O. delle strutture pubbliche regionali (a partire dal 2007 ad oggi). Il T.O. in regime di DH chirurgico mostra un trend in riduzione.

Un dato in controtendenza è quello del rapporto tra tasso di ospedalizzazione standardizzato per il DH medico e il DH chirurgico: infatti in ambito regionale si registra un valore più elevato per il DH medico rispetto a quello chirurgico, mentre nella provincia di Ferrara è più elevato il tasso di ospedalizzazione del DH chirurgico rispetto a quello medico.

Gli accessi in *Osservazione breve intensiva (O.B.I.)* non seguiti da ricovero per l'anno 2013 sono stati per l'Ausl di Ferrara pari a 1.174 (-1,3% rispetto al 2012) in controtendenza al dato regionale che mostra un incremento.

Numero di accessi in OBI (non seguiti da ricovero). Anni 2006-2013



L'Emergenza

L'attività di Emergenza territoriale ha il compito di attuare l'intervento sanitario in loco e se necessario effettuare il trasporto protetto del paziente all'ospedale di competenza. L'attività di Pronto Soccorso ha il compito invece di svolgere attività di accettazione avendo come obiettivi stabilizzare il paziente critico, trattare il paziente acuto, effettuare ricoveri appropriati e rinviare al medico curante, dopo opportuno inquadramento/trattamento, i pazienti che non necessitano di ricovero. Il codice di accesso stabilisce la priorità dell'invio agli ambulatori di Pronto Soccorso.

Attività di pronto Soccorso - anni 2011-2013

Aziende Sanitarie	Anno 2011		Anno 2012		Anno 2013	
	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100	Totale Accessi	Ricov./Acc. * 100
Azienda usl di Ferrara	89.265	15,9	84.543	14,4	74.037	14,0
Totale Regionale	1.835.085	15,2	1.821.086	15,2	1.821.564	15,2

Anche per l'anno 2013 l'Ausl di Ferrara presenta una percentuale di ricoveri/accessi attorno al 14%, come per il 2012 inferiore alla media regionale di circa un punto percentuale.

Numero di accessi x1000 abitanti per Distretto di residenza e Gravità del paziente

Distretto di residenza	PAZIENTE NON URGENTE	PAZIENTE URGENTE	PAZIENTE ACUTO	PAZIENTE CRITICO	NON RILEVABILE	TOTALE
OVEST	51,4	259,6	49,6	4,7	3,3	368,7
CENTRO NORD	45,3	232,6	60,1	5,8	0,4	344,2
SUD EST	76,9	320,2	56,5	8,2	0,8	462,6
PROVINCIA	55,6	263,6	56,8	6,2	1,2	383,4
RER	66,1	227,2	68,7	5,9	7,1	375

Nel 2013 la CO118 di Ferrara ha effettuato 38.780 servizi presentando un decremento dell' 1% di servizi rispetto al 2012 così suddivisi:

Codice rientro	2012	2013
1	45%	52,4%
2	25%	29,4%
3	1.25%	1,1%
4 decesso	1.7%	2,1%
Trattamento sul posto	13%	14%
Rifiuto	14%	2%
Totale	39.278	38.780

Rimangono sovrapponibili le percentuali di tipologie di codice di rientro seppure leggermente in aumento la percentuale dei cod 1 e calati i rifiuti per l'effetto legato alle numerose chiamate ricevute in occasione dei due eventi sismici

Codice di invio	2012	2013
BIANCO	4.5%	4,6%
VERDE	41%	41%
GIALLO	23.5%	23,4%
ROSSO	31%	31%

Le percentuali dei servizi in funzione dei codici colori nel 2013 sono sovrapponibili al 2012 si è registrato una percentuale di sottostima del 0.06% contro lo 0.10% del 2012.

Relativamente agli ospedali di destinazione dei pazienti trasportati dal sistema di emergenza 118:

OSPEDALI	2012 (82%)	2013 (84%)
ARGENTA	6.5%	5.9%
BENTIVOGLIO	0.4	0.3
BOLOGNA	0.1	0.05
BONDENO	0.2	
CENTO	11.4	11.5
COMACCHIO	1.2	1
COPPARO	3.3	
DELTA	20.6	20
FERRARA	57.0	61.2
S.G. PERSICETO	0.1	0.1

Nel 2013 sono stati ricoverati l'84% dei pazienti che hanno chiamato il 118 contro l'82% del 2012. Mentre nel 2012 a fronte di una lieve flessione di ricoveri nell'ospedale di Ferrara che ha affrontato il trasloco da Corso Giovecca a Cona si è avuto un incremento negli ospedali spoke che hanno supportato l'ospedale Hub per alcuni mesi compreso l'ospedale di Bologna dove sono stati centralizzati alcuni pazienti traumatizzati e affetti da IMA., nel 2013 si assiste ad un incremento dei trasporti verso Cona.

Piano sangue, raccolta e consumi

Confronto attività di raccolta sangue 2013 – 2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	21.794	22.368	-2,6
TOTALE	234.457	249.825	-6,2

Confronto consumi di Unità di globuli rossi 2013-2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	23.088	23.035	0,2
TOTALE	234.529	246.074	-4,7

Confronto attività di aferesi 2013-2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	953	856	11,3
TOTALE	63.994	59.243	8,0

Confronto totale attività (raccolta sangue intero+aferesi) 2013 - 2012

	ANNO 2013	ANNO 2012	differenze % 2013-2012
Ferrara	22.747	23.224	-2,1
TOTALE	298.453	309.068	-3,4

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 circa l'11,3% (nello stesso periodo il dato regionale è diminuito). L'attività totale di raccolta della provincia di Ferrara nel periodo 2013-2012 registra quindi un -2,1% rispetto ad un andamento regionale pari al -3,4%. 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.

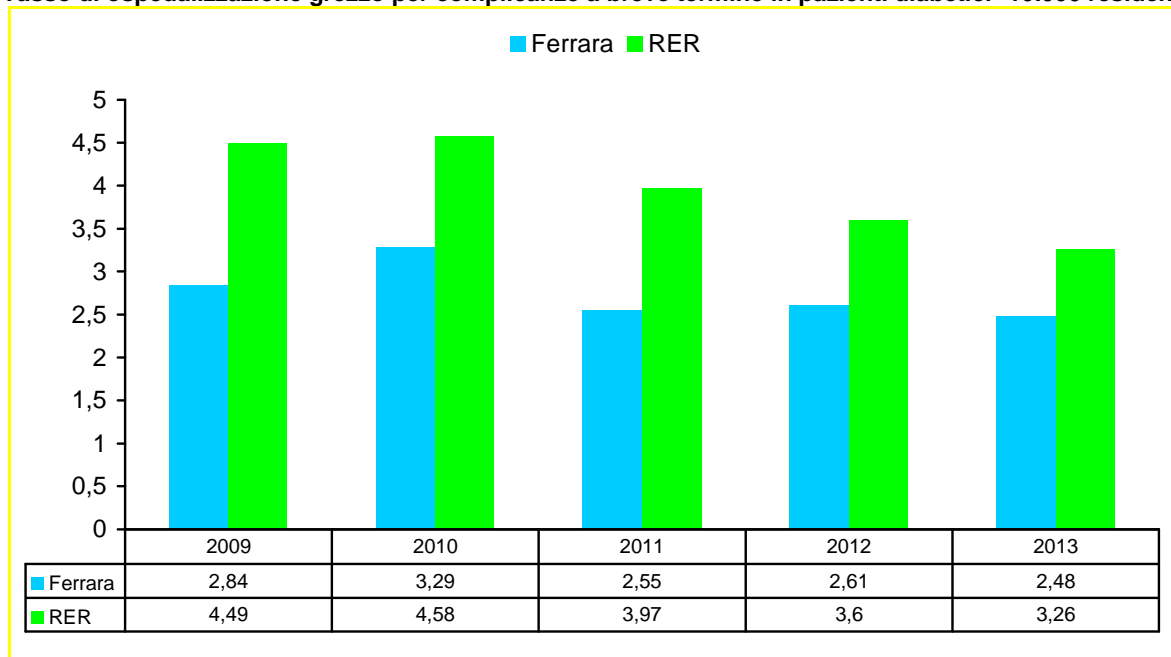
Livelli Essenziali di Assistenza – Qualità dell'Assistenza

Indicatori di qualità legati al consumo di prestazioni ospedaliere dei cittadini ferraresi

Ciascun indicatore è soggetto a possibili *bias* (errori) legati alle modalità di raccolta dei dati e alla possibilità di correzione degli stessi, al fine di azzerare l'effetto delle differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni; quest'ultime originate da consuetudini, razze, usi e costumi, presenza di fattori etiologici diversi, etc.

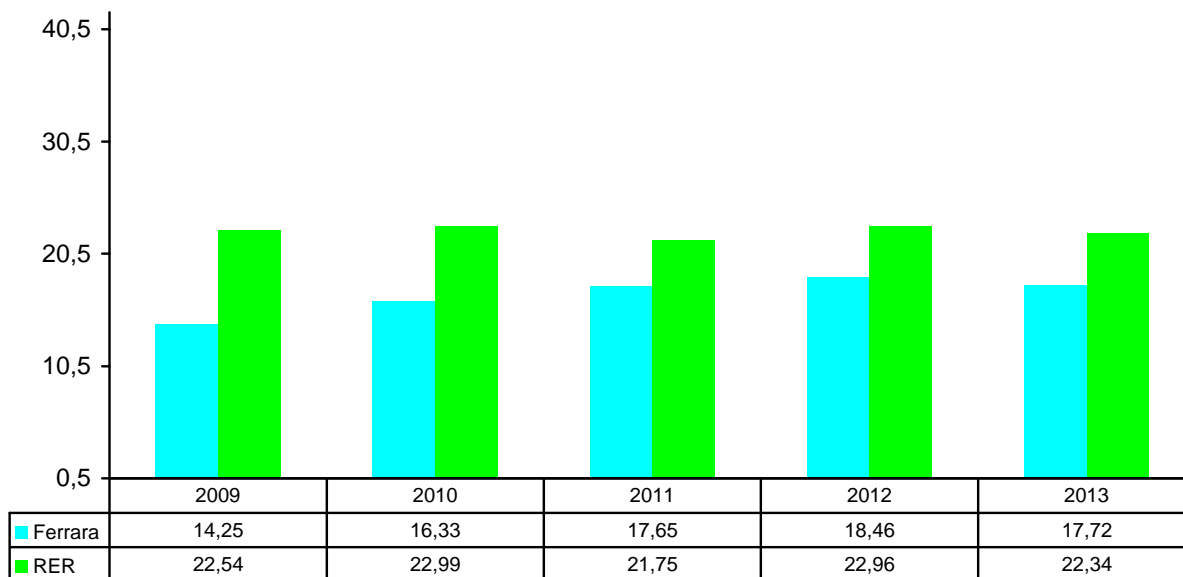
L'uso di un indicatore di per sé non deve avvenire determinando nel lettore interpretazioni assolute; l'interpretazione dei dati deve invece avvenire in un contesto multidimensionale al fine di permettere la visione complessiva del sistema analizzato nei suoi più variegati aspetti.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a breve termine in pazienti diabetici *10.000 residenti.



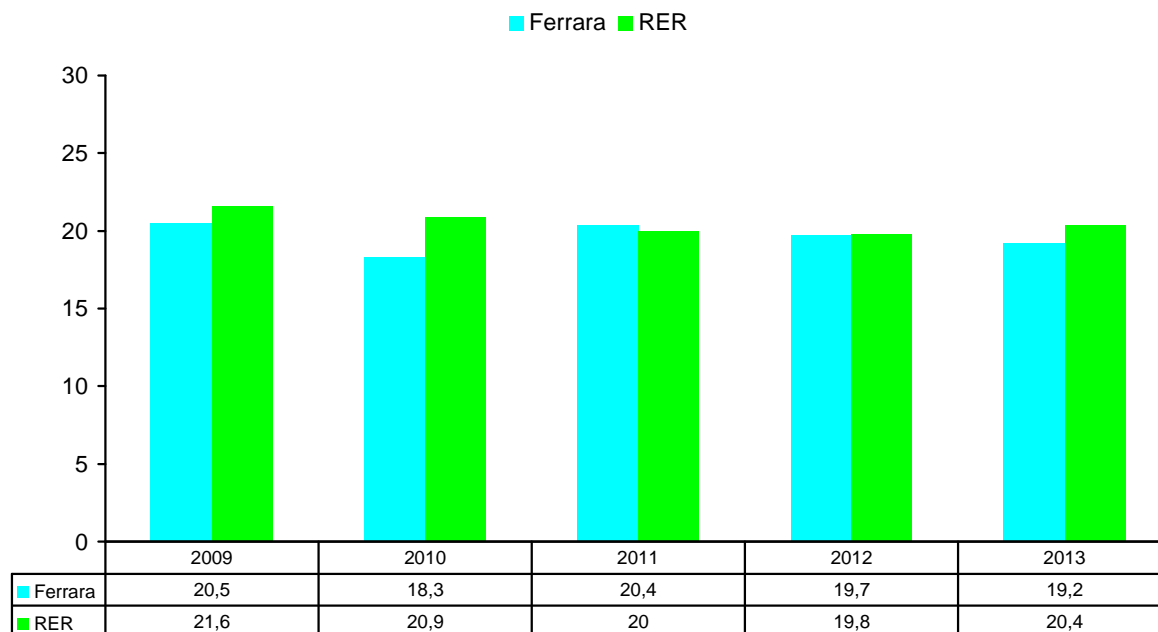
Tasso di ospedalizzazione grezzo per complicanze a lungo termine in pazienti diabetici* 10.000 residenti.

■ Ferrara ■ RER



Il tasso di ospedalizzazione per diabete è un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze della patologia che rendono necessario il ricovero. Questi indicatori ci forniscono un'idea dell'effetto preventivo esercitato, o meno, dal sistema sanitario di riferimento sulle complicanze relative alla patologia dismetabolica cronica più diffusa nel mondo, il diabete; la corretta gestione del paziente avrebbe, infatti, un effetto inversamente proporzionale rispetto ai relativi tassi specifici di ospedalizzazione. L'Ausl di Ferrara per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per le complicanze a breve termine, ha fatto registrare valori inferiori alla media regionale, in tutto il triennio. Ciò molto probabilmente è da imputare ad un buon livello di gestione ambulatoriale e territoriale della malattia che previene complicanze ad insorgenza improvvisa quali la chetoacidosi o il coma diabetico. In modo analogo possiamo commentare il valore del tasso di ospedalizzazione per le complicanze a lungo termine; da questo punto di vista una buona gestione ambulatoriale e territoriale del paziente unita ad una adeguata compliance dello stesso, legata a specifici programmi di educazione e follow up, consentono di registrare valori notevolmente inferiori alla media regionale in tutto il triennio.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Per Azienda Sanitaria di ricovero.



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 2009-2013 ha fatto registrare valori del tutto in linea con la media regionale e con analoghi valori registrati a livello europeo e statunitense (18-20%).

L'analisi di questo indicatore ci permette di riconoscere, al di là delle sempre possibili differenze epidemiologiche tra diverse popolazioni, il sostanziale orientamento dell'équipe alla cui attività si riferisce; nonostante l'elevata percentuale di cesarei non rappresenti in assoluto una misura di inappropriatazza, la valutazione della variabilità tra diversi ospedali (oltre al confronto con standard nazionali e internazionali) può consentire l'identificazione di aree in cui può essere ridotta.

Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2013. AUSL FE. Distretto CENTRO-NORD

	Punto nascita	Residenti distretto:n°parti	Residenti distretto:% cesarei	Residenti AUSL:n°parti	Residenti AUSL:% cesarei	Residenti Regione E.R.: n°parti	Residenti RegioneE.R.: % cesarei
1	AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	870	29,5	1.257	30,2	1.320	31,0
2	OSPEDALE DEL DELTA	58	43,1	339	29,8	345	29,3
3	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	22	45,5	70	45,7	3.369	34,3
4	OSPEDALE MAGGIORE	10	30,0	29	31,0	2.953	29,2
5	OSPEDALE BENTIVOGLIO	4	25,0	39	25,6	565	23,4
6	OSPEDALE RAVENNA	4	50,0	32	50,0	1.415	33,6
7	OSPEDALE CENTO	3	33,3	350	26,6	560	26,4
8	AOSPU POLICLINICO - MO	2	50,0	5	40,0	2.865	28,6
9	OSPEDALE CESENA	1	100,0	2	100,0	2.035	25,5
10	OSPEDALE RIMINI	1	0,0	2	0,0	2.616	18,2
11	OSPEDALE PIACENZA	0	.	.	.	1.293	28,2
12	OSPEDALE FIOREZZUOLA D'ARDA	0	.	.	.	597	33,5
13	OSPEDALE FIDENZA	0	.	.	.	823	26,7
14	OSPEDALE BORGO VAL DI TARO	0	.	.	.	148	27,0
15	OSPEDALE GUASTALLA	0	.	.	.	720	26,5
16	OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	0	.	.	.	689	28,4
17	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	.	.	645	19,8
18	OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	0	.	.	.	189	34,9
19	OSPEDALE CARPI	0	.	1	0,0	1.294	18,1
20	OSPEDALE MIRANDOLA	0	.	4	50,0	369	20,1
21	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	0	.	.	.	343	28,0
22	OSPEDALE IMOLA	0	.	13	30,8	981	30,7
23	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	.	.	101	11,9
24	OSPEDALE LUGO	0	.	36	13,9	788	21,6
25	OSPEDALE FAENZA	0	.	3	0,0	767	25,9
26	OSPEDALE FORLI'	0	.	.	.	1.283	24,8
27	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	0	.	.	.	1.244	27,4
28	OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	0	.	.	.	320	62,5
29	OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO	0	.	.	.	28	82,1
30	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	.	.	2.277	32,3
31	AOSP S.MARIA NUOVA - RE	0	.	.	.	2.012	30,6
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	.	.	101	0,0
99	TOTALE	975	30,9	2.182	30,0	35.055	28,0

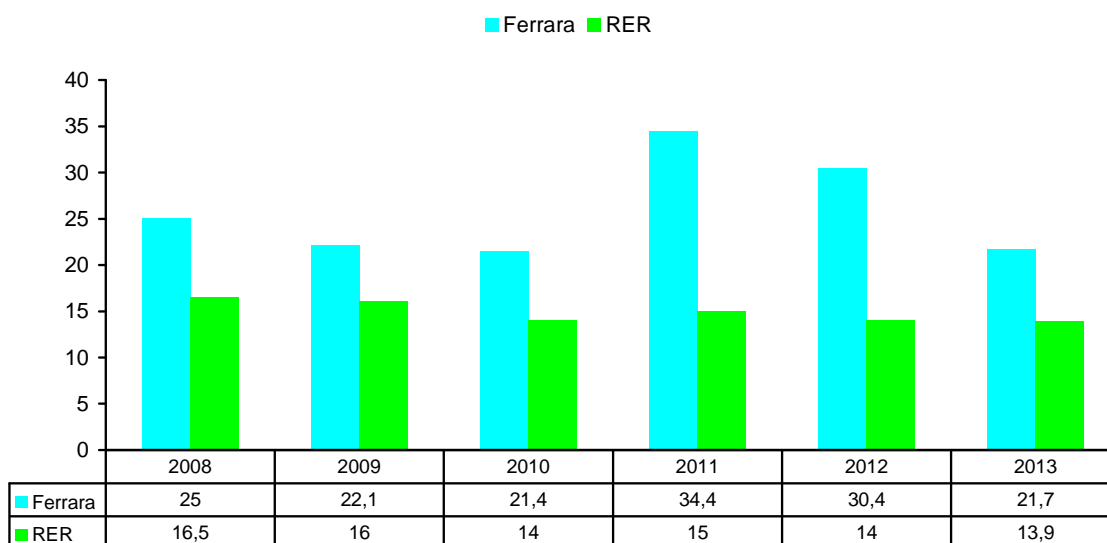
Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2012. AUSL FE - Distretto OVEST

Punto nascita		Residenti distretto:n°parti	Residenti distretto:% cesarei	Residenti AUSL:n°parti	Residenti AUSL:% cesarei	Residenti Regione E.R.: n°parti	Residenti Regione E.R.: % cesarei
1	OSPEDALE CENTO	345	26,7	350	26,6	560	26,4
2	AOSPU S.ANNA - FE	221	28,1	1.257	30,2	1.320	31,0
3	OSPEDALE BENTIVOGLIO	29	24,1	39	25,6	565	23,4
4	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	28	46,4	70	45,7	3.369	34,3
5	OSPEDALE MAGGIORE	15	20,0	29	31,0	2.953	29,2
6	OSPEDALE MIRANDOLA	4	50,0	4	50,0	369	20,1
7	OSPEDALE DEL DELTA	4	25,0	339	29,8	345	29,3
8	AOSPU POLICLINICO - MO	3	33,3	5	40,0	2.865	28,6
9	OSPEDALE RAVENNA	2	100,0	32	50,0	1.415	33,6
10	OSPEDALE IMOLA	1	0,0	13	30,8	981	30,7
11	OSPEDALE FAENZA	1	0,0	3	0,0	767	25,9
12	OSPEDALE RIMINI	1	0,0	2	0,0	2.616	18,2
13	OSPEDALE PIACENZA	0	.	.	.	1.293	28,2
14	OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	0	.	.	.	597	33,5
15	OSPEDALE FIDENZA	0	.	.	.	823	26,7
16	OSPEDALE BORGO VAL DI TARO	0	.	.	.	148	27,0
17	OSPEDALE GUASTALLA	0	.	.	.	720	26,5
18	OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	0	.	.	.	689	28,4
19	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	.	.	645	19,8
20	OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	0	.	.	.	189	34,9
21	OSPEDALE CARPI	0	.	1	0,0	1.294	18,1
22	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	0	.	.	.	343	28,0
23	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	.	.	101	11,9
24	OSPEDALE LUGO	0	.	36	13,9	788	21,6
25	OSPEDALE FORLI'	0	.	.	.	1.283	24,8
26	OSPEDALE CESENA	0	.	2	100,0	2.035	25,5
27	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	0	.	.	.	1.244	27,4
28	OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	0	.	.	.	320	62,5
29	OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO	0	.	.	.	28	82,1
30	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	.	.	2.277	32,3
31	AOSP S.MARIA NUOVA - RE	0	.	.	.	2.012	30,6
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	.	.	101	0,0
99	TOTALE	654	28,0	2.182	30,0	35.055	28,0

Numero di parti e percentuale parti cesarei per punto nascita – 2012. AUSL FE - Distretto SUD EST

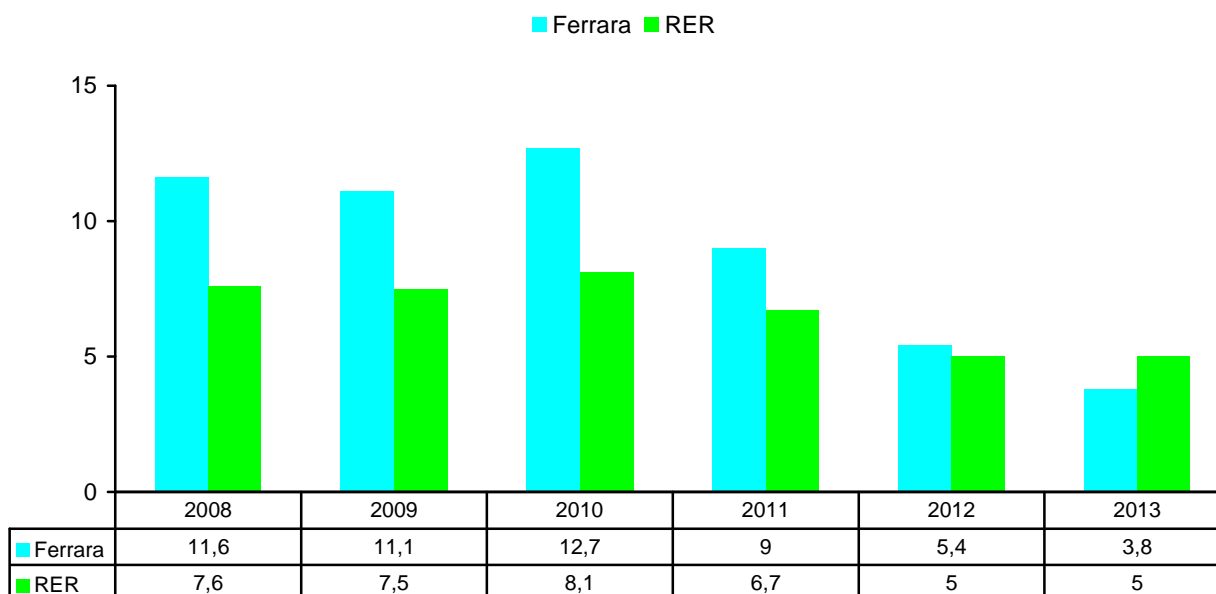
	Punto nascita	Residenti distretto:n°parti	Residenti distretto:% cesarei	Residenti AUSL:n°parti	Residenti AUSL:% cesarei	Residenti RegioneE.R.: n°parti	Residenti RegioneE.R.: % cesarei
1	OSPEDALE DEL DELTA	277	27,1	339	29,8	345	29,3
2	AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	166	36,1	1.257	30,2	1.320	31,0
3	OSPEDALE LUGO	36	13,9	36	13,9	788	21,6
4	OSPEDALE RAVENNA	26	46,2	32	50,0	1.415	33,6
5	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	20	45,0	70	45,7	3.369	34,3
6	OSPEDALE IMOLA	12	33,3	13	30,8	981	30,7
7	OSPEDALE BENTIVOGLIO	6	33,3	39	25,6	565	23,4
8	OSPEDALE MAGGIORE	4	75,0	29	31,0	2.953	29,2
9	OSPEDALE CENTO	2	0,0	350	26,6	560	26,4
10	OSPEDALE FAENZA	2	0,0	3	0,0	767	25,9
11	OSPEDALE CARPI	1	0,0	1	0,0	1.294	18,1
12	OSPEDALE CESENA	1	100,0	2	100,0	2.035	25,5
13	OSPEDALE PIACENZA	0	.	.	.	1.293	28,2
14	OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	0	.	.	.	597	33,5
15	OSPEDALE FIDENZA	0	.	.	.	823	26,7
16	OSPEDALE BORGIO VAL DI TARO	0	.	.	.	148	27,0
17	OSPEDALE GUASTALLA	0	.	.	.	720	26,5
18	OSPEDALE MONTECCHIO EMILIA	0	.	.	.	689	28,4
19	OSPEDALE SCANDIANO	0	.	.	.	645	19,8
20	OSPEDALE CASTELNOVO NE' MONTI	0	.	.	.	189	34,9
21	OSPEDALE MIRANDOLA	0	.	4	50,0	369	20,1
22	OSPEDALE PAVULLO NEL FRIGNANO	0	.	.	.	343	28,0
23	OSPEDALE PORRETTA TERME	0	.	.	.	101	11,9
24	OSPEDALE FORLI'	0	.	.	.	1.283	24,8
25	OSPEDALE RIMINI	0	.	2	0,0	2.616	18,2
26	OSPEDALE CIVILE DI SASSUOLO S.P.A.	0	.	.	.	1.244	27,4
27	OSP. PRIVATO CITTA' DI PARMA	0	.	.	.	320	62,5
28	OSP. PRIVATO VILLA REGINA - BO	0	.	.	.	28	82,1
29	OSPEDALI RIUNITI-PR	0	.	.	.	2.277	32,3
30	AOSP S.MARIA NUOVA - RE	0	.	.	.	2.012	30,6
31	AOSPU POLICLINICO - MO	0	.	5	40,0	2.865	28,6
32	PARTO A DOMICILIO/ALTROVE	0	.	.	.	101	0,0
99	TOTALE	553	30,9	2.182	30,0	35.055	28,0

Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero e residenza



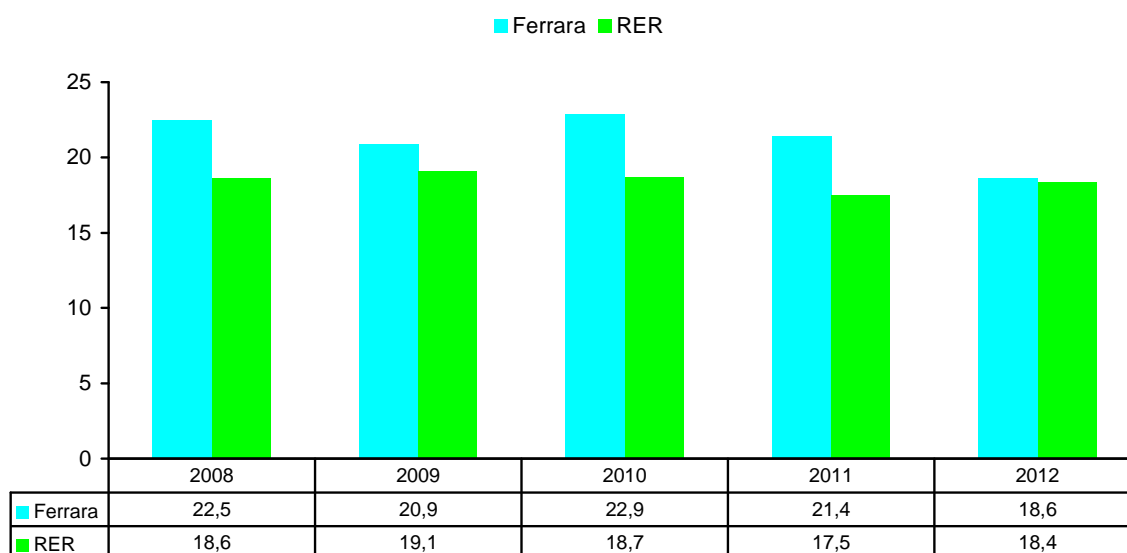
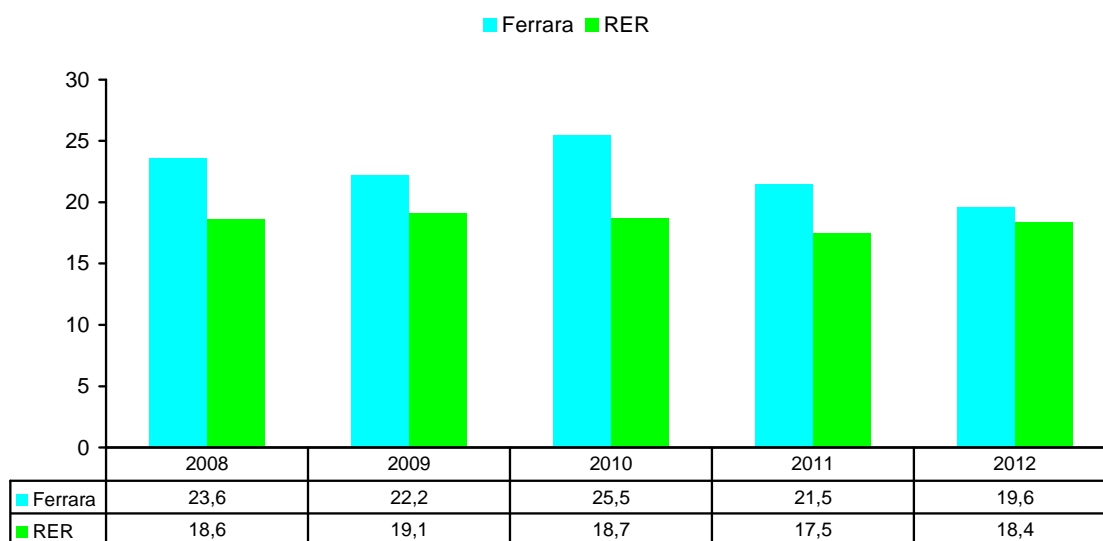
Il valore registrato per l'indicatore (dato riferito alla sede del ricovero) che risulta tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna, ha portato l'Ausl di Ferrara alla riorganizzazione dell'attività di PTCA sul livello provinciale, con il coinvolgimento dell'AOSP di riferimento; ciò con l'ottica di migliorare la clinical competence dei professionisti soprattutto in relazione al numero dei trattamenti effettuati e alla tempestività degli stessi.

Proporzione di decessi entro 30 giorni da un ricovero per un episodio di NSTEMI. Per Azienda Sanitaria di e ricovero e residenza



Analogamente a quanto già riportato in merito ai decessi dopo un ricovero per STEMI, anche l'indicatori di decesso dopo ricovero per NSTEMI (dato riferito alla sede del ricovero), fanno registrare dei valori superiori alla media regionale. In relazione a ciò l'Ausl di Ferrara ha avviato un programma di riorganizzazione provinciale e di Area Vasta delle cardiologie riferito ai ricoveri per IMA.

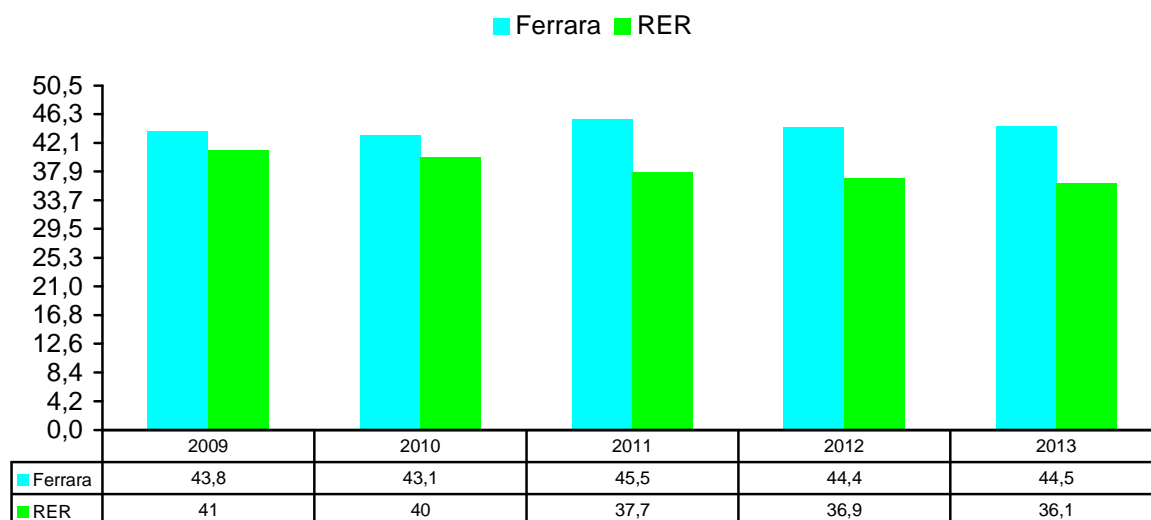
Proporzione di decessi entro 30 giorni dopo un ricovero in urgenza per stroke. Per Azienda Sanitaria di ricovero e di residenza



L'ictus (*"stroke"*) e altre condizioni cerebrovascolari sono fra le prime cause di morte in molti paesi, dopo il cancro e le patologie cardiache. Dato che una parte non trascurabile dei decessi per ictus non avviene durante il ricovero ospedaliero, ma dopo, è opportuno rilevare la mortalità ad una distanza di tempo che include anche una parte della fase riabilitativa, dentro o fuori dalla struttura ospedaliera. Il valore registrato per entrambi gli indicatori (dato riferito alla sede del ricovero e alla sede di residenza) che risulta tra i più elevati della Regione Emilia-Romagna, in alcuni casi il più elevato, ha richiesto da parte dell'Ausl di Ferrara un impegno per rivedere i modelli organizzativi di trattamento dei pazienti ricoverati per Ictus su tutto il livello provinciale con il coinvolgimento dell'azienda ospedaliera di riferimento.

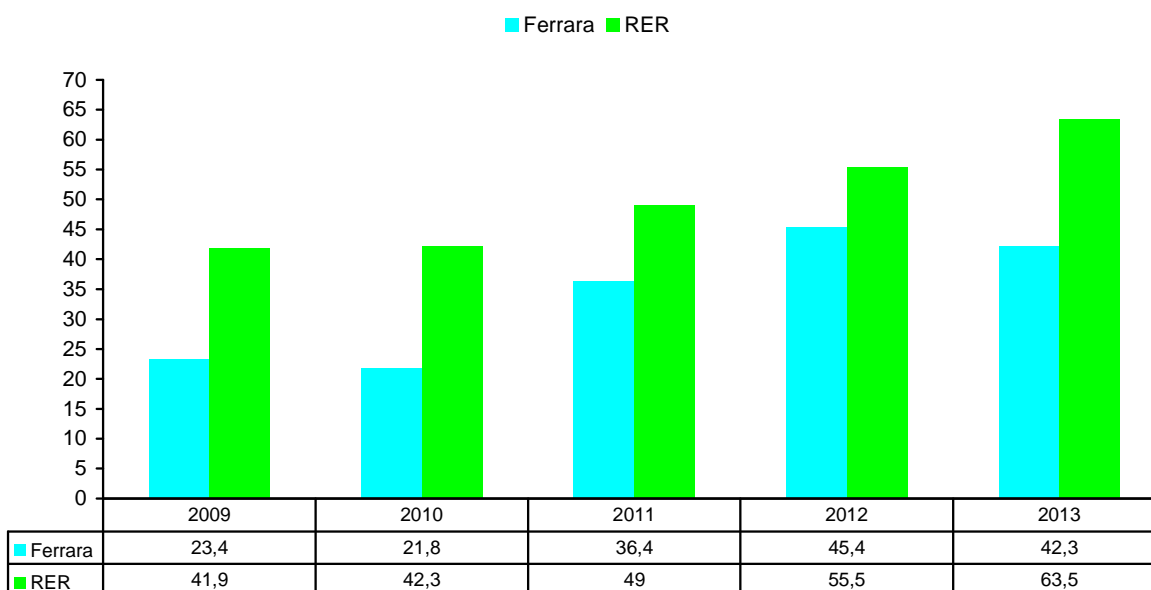
Come per tutti gli indicatori, ancor più in particolare per quelli riguardanti la mortalità, questi dati vanno interpretati tenendo presente il case-mix del singolo ospedale (complessità media dei casi trattati) e l'orientamento clinico della singola équipe. Tale affermazione trova riscontro nelle cospicue differenze tra Aziende e tra anni di attività all'interno delle stesse.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili (in diagnosi principale: asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) *10.000 residenti.



Questo indicatore, pur risultando molto specifico, rappresenta l'effetto della prevenzione messa in atto dai sistemi sanitari ai fini del contenimento dei consumi di prestazioni sanitarie in ambiente non adeguato rispetto alla domanda. Tale indicatore è costituito dal tasso di ricoveri ospedalieri avvenuti per patologie trattabili in altro regime prestativo (es. ipertensione, arteriosclerosi, asma, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, etc); pertanto più risulta elevato e meno evidenti sarebbero gli effetti degli interventi preventivi messi in atto a livello territoriale. L'Ausl di Ferrara per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione grezzo per cause evitabili, ha fatto registrare valori superiori alla media regionale, in tutto il triennio. Risulta quindi necessario procedere ad una revisione della presa in carico delle patologie croniche responsabili di ricovero (asma, scompenso cardiaco, diabete, ipertensione, malattie croniche polmonari) da parte dei servizi ambulatoriali e del territorio. Ciò con l'obiettivo di migliorare gli interventi preventivi atti ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero da parte del paziente per il trattamento della patologia cronica.

Proporzione di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero. Per Azienda Sanitaria di ricovero.



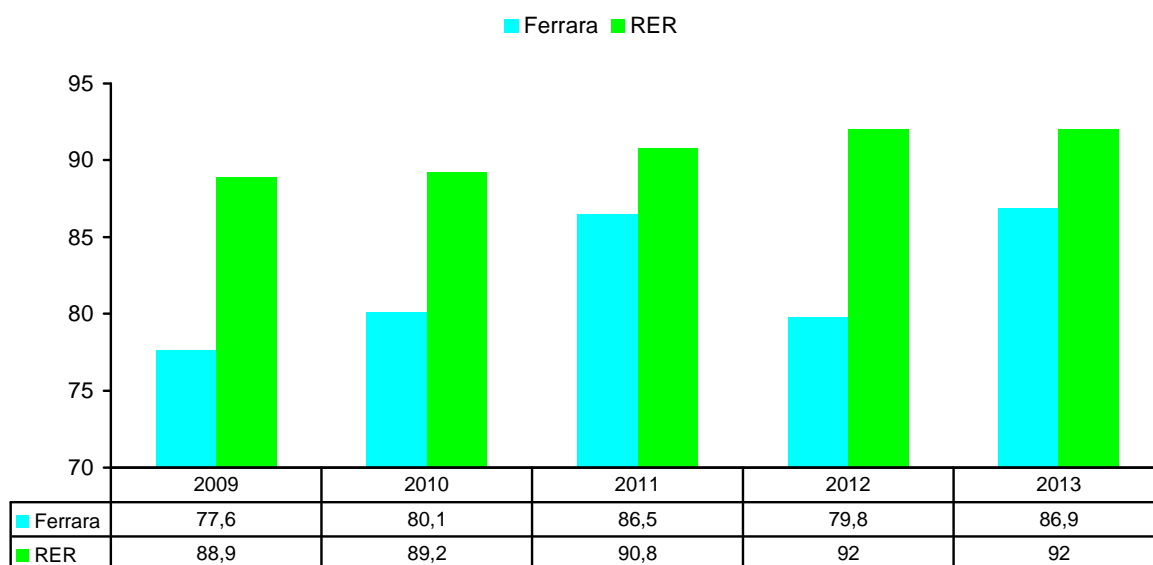
La percentuale di interventi per frattura di femore eseguiti entro le 48 ore dal ricovero per pazienti con più di 65 anni viene monitorata a livello internazionale dall'OECD. Tale monitoraggio mostra che in paesi come la Norvegia, la Svezia e la Finlandia, tra il 2004 e il 2005, il valore dell'indicatore è superiore o prossimo al 90%, mentre in paesi come l'Italia e la Spagna è inferiore al 40%.

Tale indicatore è anche tra quelli individuati dal Patto per la Salute 2010-2012 per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa, nel documento viene individuato come standard il valore medio delle regioni. L'Ausl di Ferrara ha ottenuto un importante miglioramento del valore dell'indicatore a partire dal 2011 grazie ai risultati dell'audit realizzato in collaborazione con il Servizio di Programmazione, alle UU.OO. di Ortopedia dell'Azienda unitamente ad altri servizi dell'Ausl di Ferrara.

L'attività direttamente connessa all'audit delle cartelle cliniche e alla revisione dell'attività ha portato ad un'importante sensibilizzazione dei professionisti coinvolti nel trattamento del paziente con frattura di femore e a una forte presa di coscienza della problematica. Ciò ha reso percentualmente più semplice intraprendere delle modifiche organizzative all'interno della struttura complessa ospedaliera che andassero nell'ottica di perseguire gli standard dell'indicatore.

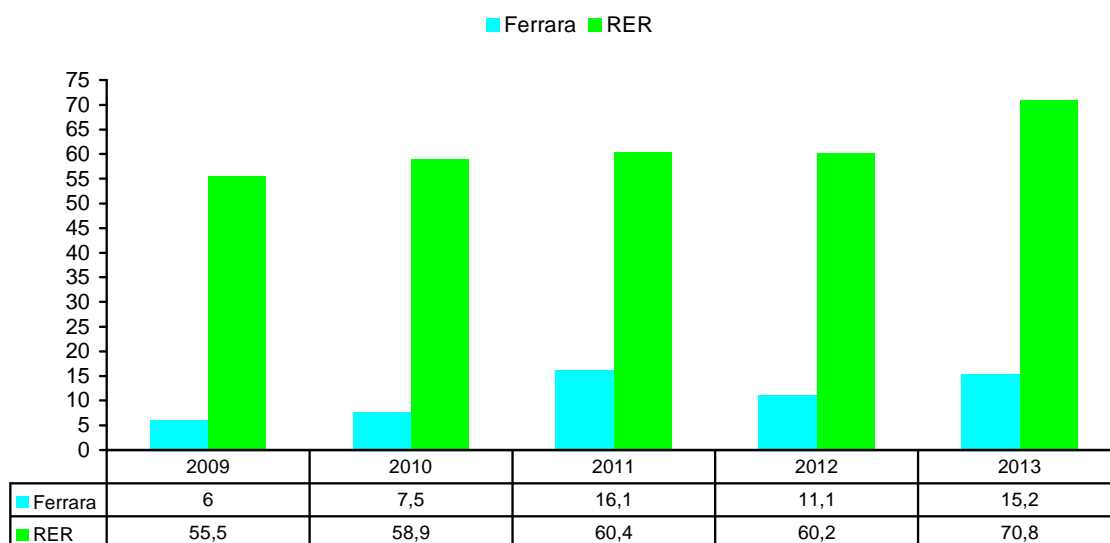
Seppur ancora al di sotto del valore regionale di riferimento, la percentuale di interventi per frattura del collo del femore entro 2 giorni dal ricovero, è passata da 23,4% nel 2009 al 42,3% nel 2013.

Proporzione di interventi di colecistectomia laparoscopica per Azienda Sanitaria di ricovero.



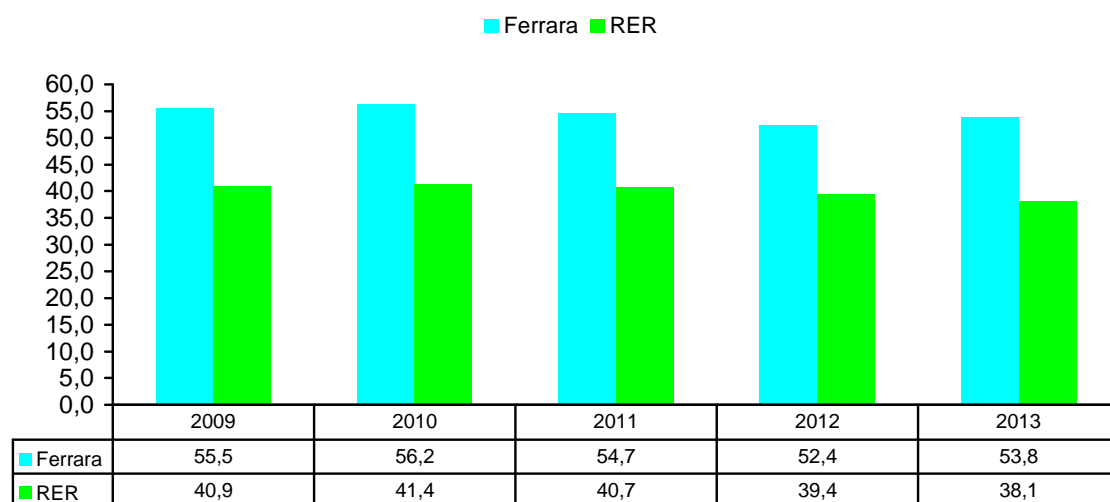
La rimozione della colecisti per via laparoscopica rappresenta il "gold standard" nel trattamento della calcolosi della colecisti nei casi non complicati. Una recente revisione sistematica di trial randomizzati controllati non ha evidenziato alcuna significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomia. La prima è tuttavia associata ad una degenza ospedaliera e ad una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Si ritiene pertanto che alte proporzioni rappresentino una migliore qualità delle cure. L'Ausl di Ferrara, grazie all'effetto combinato dell'acquisizione di idonea strumentazione e della sempre migliore preparazione dei professionisti, ha messo in atto progressivamente azioni con l'obiettivo di un avvicinamento del valore dell'indicatore alla media regionale.

Proporzione di PTCA eseguite entro 1 giorno dall'ammissione di pazienti con un episodio di STEMI. Per Azienda Sanitaria di ricovero.



L'angioplastica coronarica percutanea transluminale (PTCA) è ormai considerata il trattamento più appropriato per l'infarto miocardico acuto. E' stato dimostrato che negli ospedali in cui viene eseguito un numero maggiore di PTCA, gli esiti per i pazienti sono superiori a quelli con minore esperienza. I vantaggi comprendono minore mortalità e necessità di ricorso a operazioni chirurgiche di bypass coronarico. Anche la tempistica di esecuzione, elemento essenziale per il successo della PTCA in urgenza, risulta migliore nelle strutture con un volume maggiore di procedure. L'Ausl di Ferrara ha registrato un valore fortemente disallineato rispetto al dato regionale, e ha intrapreso un'importante riorganizzazione dell'attività di PTCA in ambito provinciale, con il coinvolgimento dell'AOSP di riferimento al fine di migliorare il livello di appropriatezza di erogazione della prestazione, rispetto ai tempi definiti dall'indicatore.

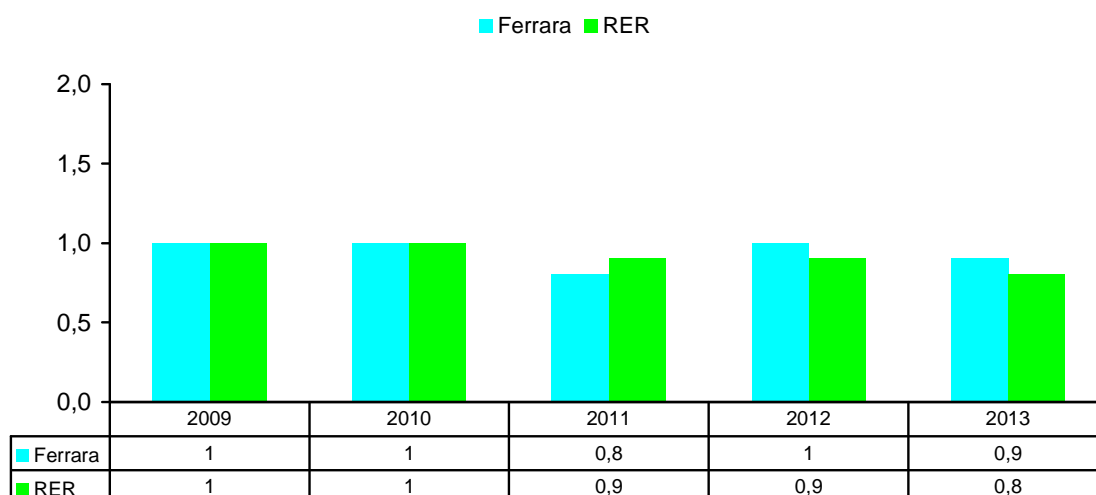
Tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio*10.000 residenti.



Lo scompenso cardiaco (SC) è una patologia cronica e progressiva che per natura richiede talvolta il ricovero ospedaliero, tuttavia, se il paziente riceve un'adeguata assistenza territoriale e domiciliare, la malattia può essere per lo più controllata in regime ambulatoriale, evitando quindi eccessive ospedalizzazioni.

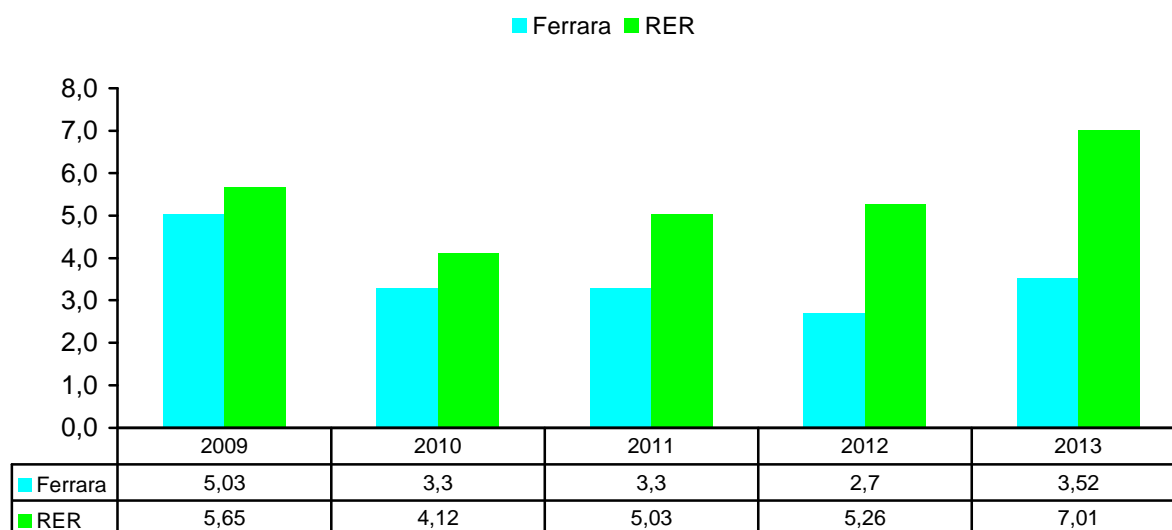
Il dato del tasso di ospedalizzazione grezzo per scompenso cardiaco congestizio fatto registrare dai pazienti residenti nella provincia di Ferrara, risulta essere in tutto il quadriennio il più alto in ambito regionale. L'Ausl ha quindi avviato una revisione della presa in carico dello scompenso cardiaco da parte dei servizi ambulatoriali e del territorio, con la fattiva collaborazione dei MMG, al fine di migliorare gli interventi preventivi atti ad evitare il frequente ricorso al regime di ricovero.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici*10.000 residenti.



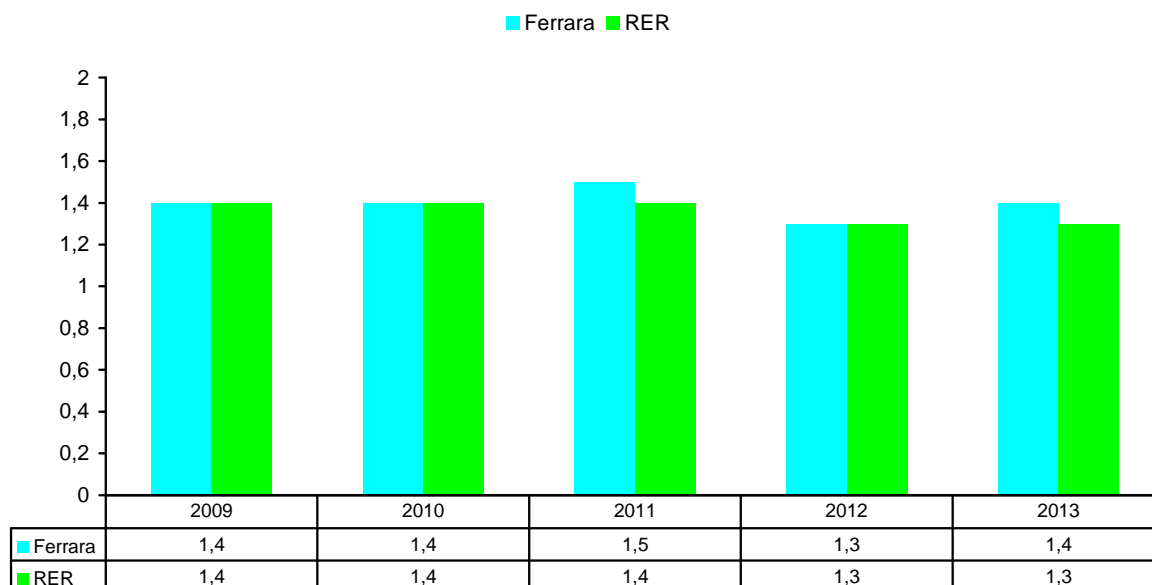
Il controllo del diabete mediante la terapia appropriata, insieme a interventi educativi e adeguata cura del piede sono in grado di ridurre il rischio di necessità di amputazione, come dimostrano studi relativi a programmi di intervento per la gestione del diabete. Il tasso di amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici è pertanto un valore che riflette la qualità delle strategie attuate dal Servizio Sanitario, ospedaliero e territoriale, per la prevenzione delle complicanze che le causano. L'Ausl di Ferrara ha un valore dell'indicatore del tutto in linea con il dato regionale.

Tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani (> 65 aa.)*10.000 residenti anziani.



Un basso tasso di ospedalizzazione grezzo per polmonite o influenza negli anziani evidenzia una buona presa in carico da parte del territorio (MMG, ADB, ADI, ecc..) unitamente ad un buon livello di interazione tra ospedale e territorio. Per quanto riguarda l'Ausl di Ferrara il dato è migliorato nell'ultimo biennio ed è tra i più bassi a livello regionale.

Proporzione di ricoveri non pianificati avvenuti entro 15 giorni dalla dimissione. Per Azienda Sanitaria di ricovero.



Questo indicatore evidenzia un basso livello di appropriatezza rispetto alla dimissione ospedaliera. L'Ausl di Ferrara mantiene costantemente monitorato l'indicatore e ne verifica l'andamento con tutte le UU.OO. ospedaliere per valutare eventuali livelli di in appropriatezza della dimissione ospedaliera. Tale attività perseguita nel corso degli anni si può evidenziare nel dato dell'indicatore che fa registrare valori inferiori a quelli della media regionale.

Tempi di attesa per prestazioni sensibili

Le prestazioni specialistiche

Tempi d'attesa effettivi per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN

% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private - Anno 2013 - escluso PS e OBI

TOTALE REGIONE	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
Visite	3.225.174	2.677.948	43,28	55,37	64,59	71,47	76,87	23,13
Prestazioni Terapeutiche	984.835	565.386	57,06	68,06	75,73	81,95	86,54	13,46
Riabilitazione	1.281.496	769.220	71,3	79,62	84,05	87,19	89,99	10,01
Laboratorio	28.511.562	24.246.872	89,56	93,95	95,68	96,78	97,56	2,44
Diagnostica	4.603.087	3.839.926	50,48	61,03	69,36	75,98	81,06	18,94

109 - FERRARA	Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
Visite	180.799	134.098	34,03	43,04	50,34	57,74	64,29	35,71
Prestazioni Terapeutiche	44.200	28.796	56,84	68,68	76,78	83,14	88,6	11,4
Riabilitazione	115.557	53.563	82,99	89,8	94,58	96,56	97,57	2,43
Laboratorio	1.732.760	1.537.241	91,54	96,22	97,36	98,12	98,68	1,32
Diagnostica	255.380	212.566	51,57	61,54	67,36	71,97	76,05	23,95

**Tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali programmabili a carico del SSN per Distretto di erogazione.
% Prestazioni erogate da strutture pubbliche e private - Anno 2013 - escluso PS e OBI**

109 - FERRARA		Totale erogato	Prestazioni con attesa >0g	1-30 gg (v.%)	1-45 gg (v.%)	1-60 gg (v.%)	1-75 gg (v.%)	1-90 gg (v.%)	oltre 90 gg (v.%)
NON VALORIZZATO	Laboratorio	470	379	82,59	91,03	93,67	96,04	96,04	3,96
OVEST	Visite	43.514	34.595	38,66	48,83	56,55	63,95	71,52	28,48
	Prestazioni Terapeutiche	14.614	10.077	64,8	75,12	83,2	89,4	94,38	5,62
	Riabilitazione	25.906	12.862	74,38	84,68	93,15	97,23	99,15	0,85
	Laboratorio	606.587	563.424	91,73	96,48	97,52	98,19	98,61	1,39
	Diagnostica	45.927	34.414	50,79	66,18	73,53	78,63	81,98	18,02
CENTRO-NORD	Visite	70.866	45.956	34,72	43	50,44	58,27	65,19	34,81
	Prestazioni Terapeutiche	13.201	6.688	52,18	62,2	70,5	78,59	85,87	14,13
	Riabilitazione	35.483	23.964	82,42	89,58	93,4	94,85	95,99	4,01
	Laboratorio	143.044	121.226	88,8	94	95,35	96,26	97,17	2,83
	Diagnostica	110.451	91.388	46,96	57,77	64,3	69,17	73,93	26,07
SUD-EST	Visite	66.419	53.547	30,44	39,33	46,24	53,29	58,85	41,15
	Prestazioni Terapeutiche	16.385	12.031	52,76	66,88	74,9	80,42	85,26	14,74
	Riabilitazione	54.168	16.737	90,41	94,04	97,36	98,51	98,63	1,37
	Laboratorio	982.659	852.212	91,82	96,37	97,54	98,33	98,94	1,06
	Diagnostica	99.002	86.764	56,73	63,68	68,13	72,29	75,93	24,07

L'area ospedaliera - Tempi di attesa ospedali

Ricoveri programmati a carico del SSN – tempi di attesa ospedali – Anno 2013

Tipo intervento e Tipo azienda	Ricoveri Programmati	Ricoveri programmati con attesa > 0 gg	% Tempi di attesa = 0 gg	% Tempi di attesa = 1-30 gg	% Tempi di attesa = 1-60 gg	% Tempi di attesa = 1-90 gg	% Tempi di attesa = 1-120 gg	% Tempi di attesa = 1-180 gg	% Tempi di attesa > 180 gg	Attesa mediana (gg)
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE MAMMELLA - MASTECTOMIA (ord.) Azienda USL	8	7	12,5	71,4	100	100	100	100	0	21
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE PROSTATA (ord.) Azienda USL	24	23	4,2	30,4	65,2	82,6	95,7	100	0	41
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE COLON RETTO (ord.) Azienda USL	56	50	10,7	90	100	100	100	100	0	11
INTERVENTO CHIRURGICO TUMORE UTERO (ord.) Azienda USL	27	25	7,4	88	100	100	100	100	0	10
CHEMIOTERAPIA (DH) Azienda USL	396	301	24	99	99,3	99,7	100	100	0	1
ANGIOPLASTICA (PTCA) (ord.) Azienda USL	18	10	44,4	80	90	90	100	100	0	11
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA (ord.) Azienda USL	25	24	4	37,5	75	95,8	100	100	0	34,5
INTERVENTO PROTESI D'ANCA (ord.) Azienda USL	254	249	2	4	20,9	32,9	40,6	49,8	50,2	181
EMORROIDECTOMIA (DH) Azienda USL	25	25	0	24	44	68	84	92	8	65
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE (DH) Azienda USL	394	394	0	30,2	57,9	71,6	81,2	92,6	7,4	52

Banca dati SDO

(*)La %Ricoveri con TdA = 0 gg viene calcolata in rapporto al totale dei ricoveri programmati, mentre le %TdA 1-30 ... %TdA >180 vengono calcolate in rapporto al totale dei ricoveri con TdA > 0 gg

Segnalazioni dagli URP aziendali per tipologia di segnalazione e per CCRQ. Anno 2012 vs anno 2013

Distribuzione per tipologia di segnalazione e per CCRQ (evento segnalato) 2012 vs 2013

	Elogi		Impropri		Reclami e Rilievi		Suggerimenti		TOTALE	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Aspetti tecnici professionali	210	200	0	0	117	167	1	0	328	367
Aspetti relazionali	180	133	0	0	50	49	0	2	230	184
Aspetti organizzativi	3	8	0	0	149	140	4	6	156	154
Tempi	0	0	0	0	55	75	0	0	55	75
Aspetti economici	0	0	0	0	47	65	0	0	47	65
Aspetti alberghieri e comfort	0	4	0	0	36	34	8	5	44	43
Informazione	3	6	0	0	23	21	2	0	28	27
Aspetti normativi	0	0	0	0	15	26	0	1	15	27
Altro	15	16	0	0	6	9	1	0	22	25
Provo di CCRQ	0	0	6	23	0	0	0	0	18	23
Aspetti strutturali	1	0	0	0	21	11	2	0	24	11
TOTALE	412	367	6	23	519	597	18	14	967	1001

Capitolo realizzato con la collaborazione di: Antonio Alfano, Gabriella Antolini, Paola Bardasi, Sandro Bartalotta, Antonella Beccati, Lorenzo Benini, Chiara Benvenuti, Chiara Berardelli, Maria Chiara Bongiovanni, Anna Campi, Stefano Carlini, Renato Cardelli, Sara Castellari, Filomena CATERA, Giuseppe Chillemi, Anna Codamo, Giuseppe Cosenza, Marisa Cova, Chiara Cuoghi, Aldo De Togni, Antonio Di Giorgio, Franca Emanuelli, Flavio Ferioli, Maria Ficca, Alessandra Galletti, Luisa Garofani, Paola Giacometti, Erika Grandi, Michele Greco, Antonella Grotti, Sandro Guerra, Mauro Manfredini, Felice Maran, Luigi Martelli, Cinzia Martelossi, Emanuela Montanari, Silvano Nola, Stefano Palazzi, Maria Caterina Pareschi, Valerio Parmeggiani, Adelina Ricciardelli, Erminio Righini, Cristina Rossi, Paola Scanavacca, Carlotta Serenelli, Gianni Serra, Cristina Sorio, Adello Vanni, Daniela Vassalli.

www.Usl.com



P.A.
Oscar di Bilancio

Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione

Vincitore Oscar 2013 AZIENDE SANITARIE LOCALI

Azienda USL di Ferrara

La Azienda USL di Ferrara, per la sua capacità di integrare le risorse e di gestire in modo efficiente e innovativo il Bilancio di esercizio. La Nota Integrativa espone in modo chiaro e trasparente le attività e le risorse amministrative.

La Azienda USL di Ferrara è un'azienda che opera in modo efficiente e responsabile, con un alto livello di trasparenza e di integrità. La Azienda USL di Ferrara è un'azienda che opera in modo efficiente e responsabile, con un alto livello di trasparenza e di integrità.

La Azienda USL di Ferrara è un'azienda che opera in modo efficiente e responsabile, con un alto livello di trasparenza e di integrità. La Azienda USL di Ferrara è un'azienda che opera in modo efficiente e responsabile, con un alto livello di trasparenza e di integrità.

3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione anno 2013 all'Azienda Usl di Ferrara

Ciò che ha caratterizzato la strategia della Direzione nel biennio 2012-2013 è stata certamente una attività organica ed innovativa di programmazione sanitaria, in grado di integrare i servizi ospedalieri, territoriali, tecnico-amministrativi per garantire ai cittadini livelli di assistenza sicuri, completi e sostenibili, non disgiunta dalla necessaria e doverosa ricerca della ottimizzazione nell'uso delle risorse. A questi due aspetti, si è affiancato un percorso di comunicazione ed informazione, interna ed esterna, con tutte le forze sociali, nel solco della reale trasparenza dell'azione aziendale. Forse sono questi gli aspetti che hanno permesso all'Azienda Usl di Ferrara nel Novembre 2013, di ricevere un ambito riconoscimento a livello nazionale nel Settore della Sanità pubblica della Pubblica Amministrazione.

“Assegnati giovedì 7 novembre 2013, a Roma gli Oscar della Pubblica Amministrazione 2013 alla presenza di Graziano Del Rio, Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie e di Dino Piero Giarda, Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione.

Nel Settore della Sanità pubblica, con l'Oscar di Bilancio è stata premiata l'Azienda AUSL di Ferrara.

L'Oscar di Bilancio persegue l'obiettivo di premiare le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere che, pur tra tante incertezze e difficoltà dovute ai molti provvedimenti di contenimento della spesa, anche per il 2012 hanno saputo dare una rendicontazione e una informazione esterna puntuale, dettagliata e facilmente comprensibile. Quest'anno ha rappresentato certamente un anno di transizione per la rendicontazione della Pubblica Amministrazione per un insieme di fattori. Innanzi tutto per l'introduzione della novazione normativa con l'applicazione del decreto sull'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio diretta a garantire trasparenza e comparabilità dei dati economico-finanziari. La giuria, composta da 19 membri suddivisi in 5 commissioni e presieduta da Giarda, ha tenuto conto delle indicazioni espresse dal recente decreto riguardante gli obblighi di trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni rilevanti per attivare un nuovo tipo di accesso civico e abilitare nuovi meccanismi di partecipazione e collaborazione tra P.A. e cittadini.”



Queste le motivazioni del premio all'Azienda USL di Ferrara: “La documentazione proposta espone con ottima impaginazione e qualità grafica tutti i principali elementi costitutivi del **Bilancio d'Esercizio**. La Nota Integrativa espone in modo chiaro e dettagliato il contenuto delle rilevazioni contabili. La Relazione sulla Gestione è ampia e articolata, approfondisce in modo puntuale e significativo i diversi aspetti rilevanti della gestione economica-aziendale, fa particolare riferimento ai progetti innovativi in relazione al miglioramento della governance e alla fruibilità ed accessibilità dei servizi offerti, presenta elementi utili per la valutazione delle linee strategiche e della programmazione. Sono analizzati i progetti di investimento, le problematiche ambientali e più in generale i rapporti con il territorio, seguendo la logica del coinvolgimento dei principali

Stakeholder. La lettura sinergica della **Relazione sulla Gestione e del Bilancio di Missione**, consente di apprezzare la ripartizione degli interventi per Livello Essenziale di Assistenza”.

L’Oscar di Bilancio della Pubblica amministrazione è l’unico Premio nazionale che ha l’obiettivo di segnalare e sostenere le Best Practices di rendicontazione di quelle realtà tra Enti Locali e Aziende Sanitarie pubbliche che danno prova di buona amministrazione, di trasparenza delle scelte attuate e soprattutto della capacità di comunicare con efficacia agli Stakeholder sia i rendiconti contabili, sia i risultati sociali ed ambientali utilizzando anche modalità innovative. L’Oscar di Bilancio si svolge sotto l’Alto Patronato del Presidente della Repubblica ed ha il patrocinio di Conferenza delle Regioni e delle province Autonome – Unione Province italiane, Anci – Associazione Nazionale Comuni italiani e Fiaso – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere “

Tale riconoscimento assume una particolare importanza per l’Azienda USL di Ferrara. L’Oscar di Bilancio si è dimostrato, infatti, il conseguimento di un significativo obiettivo legato, non solo agli aspetti economico-finanziari dell’Azienda con il raggiungimento, dopo anni, del pareggio di Bilancio, ma anche un elemento di riconoscimento agli sforzi che l’Azienda sta compiendo in termini di trasparenza e comunicazione, in una logica di miglioramento complessivo della qualità.

Programmazione strategica e centralità della persona

Al centro della attività di programmazione 2013 dell’Azienda UsI di Ferrara è il cittadino, al quale offrire servizi integrati, completi efficaci ma anche sostenibili. Anche per questa ragione, questo anno l’impegno della Direzione strategica si è rivolto verso particolari aspetti di innovazione organizzativa e di interesse gestionale, puntando al riallineamento dei costi di produzione al livello medio regionale.

Le azioni hanno riguardato tra l’altro il progressivo riassetto dell’offerta sanitaria provinciale con l’obiettivo di allineamento ai parametri medi regionali del tasso di ospedalizzazione, durata media della degenza per funzioni critiche e realizzando il modello Hub e Spoke in sinergia con l’Azienda Ospedaliera. Avviato anche il riallineamento al consumo medio pesato per le prestazioni specialistiche, per riportarsi al costo medio pro-capite regionale per il livello Specialistica anche attraverso la rimodulazione dell’accordo di fornitura con l’Azienda Ospedaliera. Sono state adottate inoltre, misure strutturali ed organizzative orientate alla riorganizzazione del territorio e dell’Ospedale volte all’accorpamento delle sedi ed alla integrazione funzionale e tra Dipartimenti e Distretti, per sviluppare una condivisione di risorse.

Un’importante azione è quella relativa alla concentrazione di funzioni e servizi tecnico-logistici e il completamento e la messa a regime dell’unificazione dei servizi amministrativi e tecnici su base provinciale, l’avvio delle reti cliniche integrate con l’Azienda Ospedaliera, la conclusione del processo di costituzione del Laboratorio Unico Provinciale e l’operatività e concentrazione logistica dei Dipartimenti Interaziendali già attivi con condivisione delle linee guida e dei sistemi informatici.

Politiche di acquisto dei beni e servizi mediante il potenziamento delle procedure con Intercenter, Consip e di Area Vasta Centro Emilia hanno portato a conseguenti risparmi sui prezzi unitari di acquisto e l’implementazione di nuove modalità distributive dei farmaci tra cui la cosiddetta erogazione “per conto” ha visto coinvolte le farmacie al pubblico in un nuovo accordo potenziato. Nel 2013 l’Azienda USL di Ferrara ha indetto attraverso Intercenter una gara per il servizio di global manutentivo relativo alle complessive sedi e patrimonio aziendale, con una dimensione economica di oltre 40 milioni di euro su 9 anni, ottimizzando i sistemi di gestione calore ed energia.

Avviata la revisione dell’accordo integrativo locale con la Medicina Generale, in linea con l’Intesa straordinaria regionale che vede una rimodulazione dal Giugno 2013 ed una programmazione 2014 avviata già da Ottobre 2013.

Sul versante gestionale dei costi le azioni che hanno contribuito al riallineamento dei costi di produzione al livello medio regionale per l’Azienda USL hanno riguardato:

- la farmaceutica convenzionata, con l’obiettivo iniziale di contenimento dei costi ipotizzava un risparmio del 10% rispetto al consuntivo 2012, così come previsto dalla Regione ed evidenziato nell’integrazione all’accordo locale di giugno 2013; tuttavia già dal mese di luglio si è evidenziato un incremento delle prescrizioni che di fatto ha fermato il trend di calo della spesa. Grazie alle azioni attivate fin da subito: formazione ed incontri con i Medici di famiglia per favorire il perseguimento degli obiettivi e responsabilizzazione dei prescrittori, è stato comunque possibile realizzare un

- risultato a consuntivo 2013 con un calo del -4,74% rispetto al 2012, in linea con il dato medio Regionale.
- L'incremento dell'attività di recupero ticket unitamente al venir meno degli effetti connessi alla DGR 747/2012 che consentì la sospensione dei pagamenti per prestazioni specialistiche a carico delle popolazioni terremotate ha consentito di realizzare un consistente incremento degli incassi dei ticket pari al +23% rispetto al 2012, superiore, anche, a quanto previsto nel bilancio di previsione 2013.
 - La Medicina generale ha visto confermarsi positivamente gli effetti della revisione delle voci dell'accordo nazionale e regionale e dell'accordo integrativo locale; a ciò si è aggiunto l'ottimizzazione della Continuità Assistenziale riorganizzata nell'area di Bondeno a seguito del sisma del 2012 e della disattivazione del Punto di Primo Soccorso. Complessivamente si è registrato un recupero del 2% sull'anno precedente e si sono poste basi progettuali adeguate per il 2014.
 - l'attività di sensibilizzazione operata nell'ambito della Medicina Generale con riferimento alla distribuzione dei prodotti per diabetici presso le Farmacie convenzionate e l'intenso monitoraggio presso i CAD aziendali, le ADI e le Strutture protette, ha consentito di ottenere un consistente risparmio alla voce dell'assistenza integrativa, in grado di contenere i fisiologici incrementi legati ai prodotti alimentari per celiaci con un calo complessivo del 3,73% sul 2012;
 - l'applicazione dell'accordo AIOP ARIS per il 2013 contenuto nella DGR 517/2013 ha consentito una riduzione straordinaria dei Budget verso le case di cura private rispetto al 2012, in particolare verso quelle provinciali -3,5%, migliorando la già positiva integrazione tra le strutture pubbliche, anche del Policlinico universitario cittadino e le strutture private accreditate.
 - I servizi tecnici, logistici ed alberghieri, ivi compresi le manutenzioni hanno realizzato una riduzione del 5% circa rispetto al 2012, tale virtuoso risultato si è realizzato grazie alle ricadute del processo di rimodulazione delle strutture di offerta attraverso l'accorpamento delle sedi di erogazione e la razionalizzazione dei posti letto passando dal regime di degenza al day hospital e all'ambulatoriale; in aiuto sono venute le misure di contenimento della spesa relativa a contratti di fornitura di beni e servizi previste dalla spending review con percentuali di riduzione fino al 10% calcolate a partire dall'applicazione della norma (metà 2012).
 - L'attenzione rivolta alla gestione del patrimonio immobiliare ha comportato positive conseguenze anche con riferimento al andamento delle locazioni sia passive che attive realizzando ricadute economiche positive con riduzioni del 19% rispetto al 2012;
 - la gestione del personale dipendente è stata caratterizzata dal rispetto dell'obiettivo regionale di limitazione del turn over del personale cessato al 25% oltre che dalla limitazione al -20% delle sostituzioni temporanee e di quelle previste per legge per garantire i servizi essenziali, tali azioni, congiuntamente con una politica gestionale di contenimento dei contratti libero-professionali e delle consulenze ha consentito all'Azienda di conseguire un risparmio sul 2012 pari a quasi il 3%.
 - La revisione nell'organizzazione dei trasporti ordinari dei degenti, in particolare con riferimento a quelli in sinergia con l'Azienda Ospedaliera, ha comportato risparmi fino al 10% sul consuntivo 2012; si è investito molto sul sistema di Emergenza, rivedendo il complessivo Piano provinciale.
 - La riduzione degli interessi passivi, in particolare per il minor ricorso all'anticipazione di tesoreria (-14%), e la riduzione dei tempi medi di pagamento che si allineano ai 90 gg., si è resa possibile anche a seguito del ricorso, da parte della Regione, all'anticipazione di liquidità prevista dal DL 35/2013 convertito con L 64/2013 e del DL 72/2013 per far fronte ai residui debiti 2012 e in via residuale utilizzata per consentire la riduzione dei tempi di pagamento anche sul 2013.
 - Ulteriori consistenti risparmi si sono realizzati a seguito della contrattazione dei budget riferiti ai consumi diretti di beni e servizi con le Unità Operative Aziendali che hanno rispettato obiettivi di riduzione fino anche al 10% coerentemente con quanto richiesto dalla "Legge di stabilità 2013" e dalla Spending Review;
 - Riorganizzazione delle funzioni amministrative e dei Dipartimenti Interaziendali: con la messa a regime del Dipartimento Acquisti e logistica, del Dipartimento Gestione del Personale e l'attivazione del Dipartimento Tecnico Patrimoniale e dell'Ingegneria Clinica.

I processi di integrazione dei Servizi tecnico-amministrativi: lo stato di attuazione del progetto delle Aziende sanitarie della Provincia di Ferrara.

Tra le due Aziende sanitarie ferraresi risulta oramai ampia e consolidata l'esperienza di integrazione dei propri servizi mediante il modello dei cosiddetti "Dipartimenti interaziendali", avviata dal 2009. In particolare il Dipartimento Interaziendale è un'articolazione organizzativa prevista dagli Atti Aziendali derivante dall'integrazione delle strutture complesse e semplici di specifici settori operativi delle due aziende (di area sanitaria o tecnico-amministrativa). Tale articolazione costituisce un organismo unitario dal punto di vista gestionale sui cui le Direzioni Generali esercitano in modo paritetico e cooperativo il ruolo di organi di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione a un Direttore unico che risponde in egual misura ad entrambe le aziende sanitarie.

Per questo motivo, nelle pagine seguenti si analizzano i Dipartimenti in area tecnico-amministrativa già costituiti e quelli di attivazione 2013, delineando il piano di lavoro relativo, con le azioni e le strategie di razionalizzazione che saranno sviluppate nel corso del prossimo triennio.

In sintesi, la situazione riguardante il percorso di unificazione dei Servizi Tecno-Amministrativi della Provincia di Ferrara, si inquadra pienamente nel costituendo progetto di Area Vasta Emilia Centrale presentato alla Regione Emilia-Romagna con Nota 127 del 29/10/2013 e presenta il seguente stato di realizzazione:

Dipartimenti formalmente costituiti al 31.12.2012:

- Acquisti e Logistica Economale
- Personale
- ICT
- Tecnico e patrimoniale
- Ingegneria Clinica
- Farmaceutico.

Il totale degli operatori coinvolti è di 282 unità. Nell'ultimo triennio il turn over non sostituito ha consentito il recupero di circa 25 unità.

Nel 2013, come da Piano strategico, era prevista l'unificazione dei Dipartimenti su una unica sede fisica, attivata secondo i tempi all'Anello del S. Anna e realizzata nel rispetto delle procedure di confronto con le Organizzazioni Sindacali.

Le Aziende Sanitarie per il 2013 sono state impegnate a garantire il pareggio di bilancio, comprensivo degli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno e degli oneri derivanti dall'applicazione dei criteri di valutazione secondo il Dlgs. 118/2011, secondo quanto previsto dalla Delibera Regionale n. 199/2013, della quale si richiamano sinteticamente i contenuti:

"per le Aziende sanitarie regionali l'obiettivo economico-finanziario dell'anno 2013 è rappresentato:

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

Il risultato economico 2013 dell'Azienda Usl di Ferrara corrisponde ad un valore di +75.301 euro, coincidente con il pareggio civilistico conformemente con l'obiettivo economico regionale previsto dalla DGR 199/2013.

Come si è detto nella prima parte del capitolo, nel corso dell'anno 2013 l'Azienda USL di Ferrara, così come le altre Aziende Regionali, si è impegnata, compatibilmente con la salvaguardia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, nell'attuazione di misure di razionalizzazione e di riduzione della spesa sanitaria previste sia a livello nazionale, dalla Spending Review (L. n. 135/2012) e dalla Legge di stabilità 2013 (L. n. 228/2012), sia a livello regionale mediante azioni messe in campo ed interventi volti ad incidere sul controllo dei costi ed a contrastare la contrazione del Fondo sanitario regionale 2013.

L'Azienda ha saputo far fronte agli eventi gestionali con una politica attenta ed in grado di garantire i recuperi di oneri non governabili attraverso maggiore efficienza. Va tenuto conto, in modo particolare, che l'Azienda USL di Ferrara non ha evidenziato costi aggiuntivi o minori ricavi durante i periodici incontri con la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali; pertanto, per il secondo anno consecutivo, non si sono verificate eccedenze di spesa e quindi non si è reso necessario un ulteriore riparto a favore della stessa per garantire il raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario.

Il risultato raggiunto nel 2013 da conto di una condizione che sviluppando e potenziando percorsi di sicurezza, garanzia e qualità per i pazienti, consolida l'equilibrio economico ormai, a livello strutturale. Il percorso virtuoso avviato dalla fine del 2010 che ha visto il raggiungimento del pareggio economico già nel 2012 e lo ha confermato nel 2013, può essere visto come un primo risultato che, partendo dagli obiettivi irrinunciabili di qualità e sicurezza, ha ottenuto la sostenibilità economica. Nel 2013 si è avviato un modello gestionale finalizzato alla programmazione di azioni sinergiche con l'Azienda Ospedaliera nella produzione e dell'offerta di servizi.

Oltre a ciò si è consolidato il percorso ospedale-territorio il cui esito, è in primo luogo visibile in termini di maggiore completezza dei percorsi di cura per i pazienti ed in secondo luogo anche in termini di ottimizzazione dei costi di produzione (pari al meno 2% rispetto al 2012 per un valore assoluto di circa 12 milioni di euro).

Gli aspetti del percorso di **programmazione pluriennale** sono stati ripresi nel Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016, a carattere Interaziendale, approvato con Delibera n. 180 del 05/08/2013 e presentato anche in Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, dalla quale è stato approvato in data 26/6/2013.

Il "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016", adottato con Delibera dall'Azienda USL di Ferrara con atto n. 180 del 5/8/2013 e condiviso con l'Azienda Ospedaliera Universitaria, vuole rappresentare uno strumento indispensabile per sviluppare alcuni principi tra i quali:

1. Garantire l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
2. Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
3. Garantire quindi la sostenibilità economica, professionale e tecnica dell'intero sistema.
4. Sviluppare e mantenere l'efficienza delle sale operatorie.
5. Creare le Reti Cliniche integrate provinciali con ottimizzazione dell'Ospedale HUB e dei Centri Spoke.
6. Ripensare all'ospedale ed al territorio in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti.

Puntando al contenimento delle spese di funzionamento delle Aziende ed alla promozione dei processi di ottimizzazione nell'uso delle risorse, ormai scarse per tutti gli attori del sistema, le azioni hanno previsto l'avvio di una riorganizzazione, quale:

3 Ospedali di prossimità: Cento, Argenta e Delta, ciascuno caratterizzato da una organizzazione per livelli diversificati di intensità di cura;

un servizio cittadino connotato dal ridimensionamento dell'Anello San Anna e dalla costruzione di una Casa della Salute, altre Case della Salute/Ospedali di Comunità;

un territorio in rete, nel quale l'integrazione con le strutture ospedaliere consente di creare percorsi completi, affidabili per il paziente, ma sostenibili per il sistema e di alta qualità;

una medicina generale ed un consumo farmaceutico in linea con le medie regionali;

un servizio di continuità assistenziale realmente utilizzato ed utilizzabile;

- un servizio psichiatrico ospedaliero che vada verso un unico punto erogativo potenziando il territorio;
- funzioni amministrative completamente unificate in una unica sede fisica e progressivamente in servizi interaziendali o di Area Vasta, superando i residui di frammentazione territoriale che hanno reso i servizi amministrativi spesso incompleti o non idonei a svolgere pienamente la loro funzione di "piattaforma di supporto alla attività sanitaria": dagli sportelli di prenotazione, accettazione, pagamenti, alle attività propriamente amministrative erogate dai servizi centrali.

Nel percorso organizzativo 2013, particolare attenzione è stata riservata allo sviluppo ed al consolidamento del **sistema di valutazione sulla performance organizzativa ed individuale**.

L'Organismo di Valutazione aziendale, che nel 2013 è stato strutturato con Delibera Aziendale N. 51 del 22/3/2013 "Approvazione regolamento organismo di valutazione aziendale" in ottemperanza alle indicazioni regionali con Note prot. n. 11783 del 2011 e prot. n. 298303 del 2012 fornisce il supporto al percorso di valutazione (trimestrale e annuale), in un Collegio nel quale è presente anche la Direzione strategica. Attraverso la documentazione prodotta dai rispettivi Direttori e quella acquisita dalla Programmazione e Controllo di Gestione, il Collegio 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; di tali incontri viene redatta apposita verbalizzazione, trasmessa ai Direttori di Dipartimento ed Organismo di Valutazione Aziendale. Coerentemente con il risultato della valutazione ciascun Direttore valuta il contributo delle Strutture Complesse afferenti e dei loro Direttori che, a loro volta, valutano il contributo delle Strutture Semplici ad essi afferenti e così a cascata. Il risultato viene comunicato a ciascun Dirigente e, nei casi dubbi discusso. In caso di discordanza della valutazione ricevuta rispetto a quella attesa, ciascun dirigente ha facoltà di ricorrere ad una valutazione di secondo livello presso il superiore gerarchico diretto del proprio valutatore.

Collegamento alla componente variabile stipendio:

Dalla valutazione annuale del personale dirigente deriva la corresponsione della quota stipendiale legata allo stipendio di risultato. La valutazione è basata sul raggiungimento degli obiettivi di risultato fissati ad inizio anno nel documento di Budget aziendale, condiviso con i Direttori di Dipartimento e/o di Struttura Complessa. 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, in relazione a percentuali di raggiungimento.

Valutazione e sistema di garanzia:

La valutazione annuale viene effettuata sugli obiettivi di Budget, come già detto, in particolare dal 2013 sono valutati in capo ai Direttori di Dipartimento e Direttori di Strutture complesse anche gli obiettivi di informazione e comunicazione del Budget ai collaboratori.

Il modello comporta come riscontro documentale dell'avvenuta condivisione del budget per l'anno 2013 i verbali dei Comitati di Dipartimento, in quanto l'obiettivo è in capo ai Direttori di Dipartimento e di Distretto. Gli esiti delle verifiche trimestrali sono pubblicati a cura del Controllo di Gestione sul sito aziendale, trasmesse ad ogni Direttore di Dipartimento, alla Direzione gestione delle risorse umane e al 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 OVA.

Valutazione performance organizzativa e individuale 2013

Fin dal proprio insediamento, la Direzione Aziendale, partendo dalla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di risultato del Personale dirigente, ha intrapreso un percorso di revisione ed adeguamento dell'intero ciclo della performance, in coerenza con le indicazioni normative nazionali e regionali.

E' stato garantito inoltre, il proseguimento anche nel 2013 del percorso di Budget aziendale che assegna ai Direttori di Dipartimento (e da questi alle Unità Operative) gli obiettivi regionali ed aziendali (connotati da indicatori misurabili), sui quali vengono sviluppate verifiche trimestrali, pubblicate e disponibili.

La verifica finale definisce lo stretto collegamento con la valutazione organizzativa del Direttore del Dipartimento ed a cascata, con le Unità Operative complesse. L'esito di tali verifiche, formalizzato secondo specifici verbali e schede, costituisce il presupposto per l'erogazione delle retribuzioni di risultato, in base a quanto previsto dai vigenti Accordi Sindacali.

Nel corso del 2013 ciascun Dirigente, con avvio a carattere sperimentale, ha sottoscritto una scheda comprendente gli obiettivi della propria valutazione annuale, relativa sia alla performance individuale che a quella organizzativa.

Nel percorso di budget, a fine 2013 si sono strutturate le nuove schede che prevedono la rilevazione e la budgetizzazione (presunta, ovviamente) delle prestazioni in **attività libero-professionale intramuraria** e delle prestazioni aggiuntive contrattualmente normate. E' stato costituito l'Osservatorio aziendale permanente per il monitoraggio e la valutazione sia degli spazi individuati in Azienda per l'esercizio della attività libera professionale intramuraria, sia dei volumi prestazionali.

Progressivamente, il processo di budget costituisce il contenitore in grado di evidenziare tutti gli aspetti della programmazione annuale, anche nei suoi aspetti più critici, nonché gli elementi per la successiva valutazione.

La **programmazione acquisti 2013** è stata per la prima volta concepita, studiata e presentata come programmazione unica di AVEC, dal momento che è ormai prassi consolidata il confronto tra le sei Aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse, considerando anche la nuova organizzazione che vede un Servizio Acquisti unico per l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'Azienda USL di Imola ed un Servizio Acquisti unico per le due Aziende Sanitarie Ferraresi. Il 2013 rappresenta quindi un anno particolarmente improntato verso l'integrazione e la standardizzazione delle procedure, attraverso una comparazione dei fabbisogni e l'individuazione di necessità comuni e ove possibile, coordinate.

Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi

L'attuazione in ambito aziendale del disposto della Legge 135/2012 (cosiddetta Spending Review), ha garantito le iniziative di revisione e ricontrattazione dei contratti aziendali e dei budget, rispetto alle quali stato relazionato periodicamente al Collegio Sindacale, in base alla previsione normativa.

I risultati, evidenti dalla specifica reportistica e dai dati di bilancio, sono stati nell'ordine di recupero medio complessivo su base annua pari ad oltre il -5 del costo storico 2012.

Nella negoziazione con i fornitori è stato richiesto anche la sospensione dell'indice inflattivo, con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto (6 luglio 2012), considerandolo come sconto che concorre alla percentuale complessiva, in base agli accordi tra provveditori di AVEC.

Il Dipartimento Acquisti della Provincia di Ferrara ha attivamente partecipato, anche come Azienda capofila, all'esecuzione di gare per AVEC secondo la programmazione Deliberata con atti:

- Aosp delibera n. 43 del 15.3.2013

- Ausl delibera n. 28 del 15.2.2013.

La programmazione acquisti 2013 è stata per la prima volta presentata come programmazione unica di AVEC, dal momento che è ormai prassi consolidata il confronto tra le sei aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse. Nella relazione che segue si dà conto della rendicontazione complessiva.

RENDICONTAZIONE DELLE PROCEDURE ACQUISTI AREA VASTA EMILIA CENTRO 2013

PROGRAMMAZIONE ACQUISTI AVEC 2013

La programmazione acquisti 2013 è stata per la prima volta concepita, studiata e presentata come programmazione unica di AVEC, dal momento che è ormai prassi consolidata il confronto tra le sei Aziende, anche laddove l'acquisizione sia prevista per una sola di esse, considerando anche la nuova organizzazione che vede un Servizio Acquisti unico per l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, l'Azienda USL di Imola ed un Servizio Acquisti unico per le due Aziende Sanitarie Ferraresi.

Il 2013 rappresenta quindi un anno particolarmente improntato verso l'integrazione e la standardizzazione delle procedure, attraverso una comparazione dei fabbisogni e l'individuazione di necessità comuni e ove possibile, coordinate.

Ancora non è stato possibile tenere conto degli acquisti diretti attraverso ordini in economia, perché la situazione in ogni Azienda è diversa e peculiare per la caratterizzazione di questa tipologia di procedura in quanto di importo contenuto e finalizzata ad acquisti non ripetitivi e quindi non programmabili. Inizialmente sono state complessivamente programmate in AVEC n. 202 procedure di acquisizione così suddivise:

- n. 79 relative a beni sanitari,
- n. 16 relative a beni e servizi informatici,
- n. 59 relative a beni e servizi economici,
- n. 33 relative a service/noleggi,
- n. 13 relative a manutenzioni attrezzature sanitarie e tecnico economici,
- n. 2 relative a servizi sociali.

Di queste ne sono state aggiudicate n. 127, pari al 62%, per un importo totale annuo con IVA di €. 58,82 mln. Delle 75 procedure non aggiudicate, pari al 38%, 9 sono confluite in altre procedure e 11 non si sono più rivelate necessarie, le rimanenti 55 sono in corso di completamento.

Nel corso dell'anno è risultato necessario inserire nella programmazione ed espletare, ad integrazione della programmazione stessa e per necessità sopravvenute, n. 142 procedure: 18 da parte del Dipartimento Acquisti di Ferrara (12 procedure negoziate, 3 cottimi fiduciari, 2 rinnovi, 1 procedura ristretta) per un importo annuo con IVA di €. 5,14 mln. e 124 da parte del Servizio acquisti Metropolitan di Bologna (91 procedure negoziate, 28 cottimi fiduciari, 3 procedure aperte, 2 procedure ristrette) per un importo annuo con IVA di €. 25,74 mln. L'importo totale di AVEC delle gare aggiudicate ad integrazione della programmazione è quindi di €. 30,88 mln. Complessivamente, quindi, i due Servizi Acquisti di AVEC hanno espletato procedure d'acquisto pari all'83,02% delle necessità manifestate in programmazione e fuori programmazione. I dati suddetti sono riportati nell'allegato della Rendicontazione AVEC 2013.

RELAZIONE RELATIVA ALL'ATTIVITA' SVOLTA DALLE STRUTTURE ACQUISTI AVEC

L'attività della Direzione Operativa nel corso del 2013, in collaborazione con il Servizio Acquisti Metropolitan di Bologna, con il Dipartimento Acquisti della Provincia di Ferrara e, per i primi sei mesi, con il Servizio Acquisti dell'Ausl Imola, ha riguardato, oltre alla rendicontazione illustrata nelle pagine precedenti, le seguenti attività.

SVILUPPO ED APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA "TRASPARENZA / ANTICORRUZIONE"

L'importanza della normativa in oggetto ha reso necessari numerosi incontri ed approfondimenti formativi tali da assorbire anche l'attività formativa specifica per il settore acquisti. A tal proposito, si segnala comunque che, nel corso del 2013, non sono intervenute modifiche sostanziali nella normativa di settore tali da richiedere formazione dedicata.

Si è provveduto alla raccolta ed alla composizione dei dati per l'AVCP, tramite le necessarie modifiche agli applicativi in uso. Gli obblighi informativi imposti dalla normativa in argomento e le indicazioni formulate dall'AVCP, fanno già emergere i problemi operativi del prossimo futuro, in particolare la mancata corrispondenza che si verificherà tra l'importo per il quale il CIG è stato assunto ed il valore dei contratti (per i quali bisognerà dichiarare l'importo pagato) che saranno oggetto di proroga in attesa delle procedura Intercent-ER o di AVEC.

REGOLAMENTO DIRETTORE DELL'ESECUZIONE

E' stata ripresa l'analisi della bozza già stilata nel corso del 2012 riproponendola ai principali Servizi gestori delle Aziende Sanitarie AVEC coinvolti nella tematica e quanto prima si esamineranno le osservazioni formulate per proporre l'approvazione del documento al Collegio Tecnico dei Direttori Amministrativi AVEC cui seguirà l'apposita delibera da parte di ciascuna Azienda.

ADESIONE AVEC 2013 A CONVENZIONI INTERCENT-ER

Da un confronto tra le adesioni AVEC a Convenzioni Intercent-ER per l'anno 2012 e per l'anno 2013, grazie all'attivazione di nuove convenzioni di rilevante impatto economico nell'ultimo anno (farmaci, miscele nutrizionali, stimolatori cardiaci, prodotti cartari, servizio ristorazione per l'Az. USL di Imola), si evince un considerevole aumento del ricorso, da parte delle Aziende AVEC, agli acquisti effettuati tramite Intercent-ER, come da tabella seguente.

Anno 2012

AZIENDE	IMPORTO ANNUO C/IVA (in Mln)
Az. USL Bologna, Az. Osp. Bologna, IOR	23,64
Az. USL Imola	2,93
Az. USL Ferrara e Az. Osp. Ferrara	5,66
AVEC	32,23

Anno 2013

AZIENDE	IMPORTO ANNUO C/IVA (in Mln)
Az. USL Bologna, Az. Osp. Bologna, IOR	100,82
Az. USL IMOLA – I° semestre	0,80
Az. USL Ferrara e Az. Osp. Ferrara	5,84
AVEC	107,46

I primi dati stimati sull'ordinato, richiesti dal livello Regionale evidenziano un decremento del valore aziendale rispetto al 2012 che passa dal 42% a circa il 21%.

Certificazione dei Bilanci

La legge 196 del 31 dicembre 2009 (*"Legge di contabilità e di finanza pubblica"*) è una legge di riforma, nata dalla necessità di adeguare il contesto normativo all'appartenenza all'Unione Monetaria Europea. La delega al Governo prevista nella Legge 196 per l'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle amministrazioni pubbliche è stata attuata con il Decreto Legislativo 31 maggio 2011 n. 91 *"Disposizioni recanti attuazione dell'articolo 2 della legge 31 dicembre 2009, n. 196, in materia di adeguamento ed armonizzazione dei sistemi contabili"*.

L'armonizzazione contabile costituisce un principio fondamentale per il coordinamento della finanza pubblica, teso a rafforzare le attività di programmazione, gestione, monitoraggio, controllo e rendicontazione finanziaria tra i diversi enti che compongono la pubblica amministrazione, nonché a favorire un migliore raccordo della disciplina contabile interna con quella adottata in ambito europeo ai fini del rispetto del Patto di stabilità e crescita. Per questo motivo, l'armonizzazione contabile non può limitarsi alle amministrazioni centrali, ma deve estendersi all'ambito regionale e locale. In tale senso sono intervenuti la legge 42/2009 (*"Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"*) e successivamente, in attuazione della delega ivi contenuta, il decreto legislativo del 23 giugno 2011 n. 118 *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42"*). Il Decreto Legislativo 118/2011 ha individuato pertanto il quadro normativo di riferimento necessario all'avvio del percorso di certificabilità dei bilanci sanitari.

Il concetto di certificabilità è stato introdotto con la *"Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012"*. Nell'ambito di tale intesa, le Regioni si sono impegnate a perseguire la certificabilità dei bilanci sanitari a garanzia della qualità dei dati contabili in essi rappresentati e delle relative procedure amministrativo-contabili. Più recentemente, il DM 17/9/2012 ha stabilito che "si intende per certificabilità l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che ponga gli [enti del SSN] nella condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle verifiche ed alle revisioni contabili stabilite nel presente decreto". Il percorso di certificabilità deve coinvolgere l'intera Azienda e implica un'analisi critica delle procedure amministrativo-contabili, degli assetti organizzativi, del sistema informativo, del sistema di controllo interno e di *audit*.

Il DM 17/9/2012 ha inoltre introdotto il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), inteso come "un programma d'azione [...] finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci degli Enti [del SSN], nonché dei bilanci sanitari regionali consolidati". I requisiti comuni a tutte le Regioni, in termini di standard organizzativi, contabili e procedurali e di modalità di presentazione, approvazione e verifica dell'attuazione dei PAC, sono stati definiti dal Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 1 marzo 2013 "*Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità*".

La Regione Emilia-Romagna, con la Delibera di Giunta del 24 giugno 2013 "*Approvazione del percorso attuativo della certificabilità ai sensi del DM 1 marzo 2013*", ha predisposto lo schema regionale di Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), definendo le azioni necessarie per il perseguimento degli obiettivi fissati a livello ministeriale e la tempistica di realizzazione. Nell'allegato 2 di tale Delibera si elencano, tra le linee guida da predisporre, le "*Linee guida sull'attività del controllo interno*", laddove il documento di budget viene indicato come il piano di attività per la complessiva gestione aziendale.

Durante tutto il 2013, l'Azienda USL ha garantito la partecipazione dei propri professionisti ai gruppi di lavoro Regionali che avevano l'obiettivo di assicurare l'omogenea applicazione del D.Lgs 118/2011. In particolare al gruppo di lavoro "Bilanci consolidati", "costruzione delle Linee guida riferite ai Processi di certificazione quali: Rimanenze, Patrimonio Netto, Regolamento di Budget, Fondi Rischi ed oneri.

Il Bilancio consuntivo 2013 è stato redatto in ottemperanza al Dlgs 118/2011, ed è stato approvato dalla Giunta Regionale con Delibera n. 738 / 2014 la quale non ha evidenziato alcun rilievo.

Anche nel percorso informatico sono state intraprese **azioni di razionalizzazione in ambito ICT**.

L'Azienda, in attesa di ulteriori sviluppi progettuali collegati ad indirizzi di carattere regionale, in collaborazione con le Direzioni Mediche di Ausl, Aosp. ed il Laboratorio Unico Provinciale ha proseguito secondo programmazione alla realizzazione di un sistema di supporto informatizzato per le prescrizioni degli esami di laboratorio analisi (Decision Support System). Il sistema è stato installato e configurato; sono in corso d'opera le attività di test e collaudo. E' in fase di installazione l' utilizzo dell' integrazione del sistema RIS-PACS per i medici di reparto.

Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)

Nel corso dell'anno si è realizzato un progetto di promozione del FSE trasmesso con nota n. prot.37910 del 14/06/2013 alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione. In particolare sono state modificate e migliorate le maschere di consultazione dei referti on line trasmessi tramite FSE ed è stata attivata la prenotazione via web delle prestazioni di laboratorio analisi. Inoltre sono state applicate le linee guida presenti nella circolare regionale n.5/2013.

Unificazione Cartella Clinica MMG

Nel corso dell'anno si è collaborato regolarmente ai tavoli di lavoro regionali per l'individuazione di un fornitore per la realizzazione della cartella clinica MMG unificata. E' in corso di svolgimento presso IntercentER la procedura di aggiudicazione della relativa gara di appalto.

Dematerializzazione ricetta

Nel corso del 2013 l'Azienda Usl di Ferrara ha individuato in collaborazione con la RER un sito di sperimentazione della Nuova Ricetta Dematerializzata presso le farmacie e i MMG di Argenta.

Nel corso dell'anno e in collaborazione con Cup2000 il Dipartimento ICT ha provveduto a realizzare le modifiche software necessarie per gestire la Nuova Ricetta Elettronica adeguando i sistemi prescrittivi e prenotativi.

Centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane

Nel corso del 2013 l'Azienda ha collaborato regolarmente ai tavoli di lavoro regionali allo scopo di individuare le caratteristiche tecniche ed operative di un software gestionale per la gestione informatizzata a livello sovra aziendale delle risorse umane.

E' stato rilasciato il modulo di gestione "presenze assenze" e il modulo di gestione "giuridico" ed effettuato un ciclo di formazione operatori.

Studio preliminare per la omogeneizzazione e centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale (D.Lgs. n. 118/2011).

Nel corso del 2013 l'Azienda si è resa disponibile a fornire tutti gli elementi richiesti dai referenti di progetto regionali, per condurre congiuntamente lo studio preliminare per la omogeneizzazione e la centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale.

Adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio

Nel corso del 2013 il Dipartimento ICT in collaborazione con le Direzioni Mediche di Ausl e Aosp. e il Laboratorio Unico Provinciale ha individuato, installato e configurato un sistema di supporto informatizzato alla prescrizioni degli esami di laboratorio analisi (Decision Support System). In ambito radiologico è stata installata e configurata l'integrazione tra i sistemi RIS-PACS provinciali anche per i medici dei reparti ospedalieri.

Riorganizzazione e governance aziendale

Anche in questo ambito sono state intraprese azioni tese all'integrazione, come strumento di miglioramento della progettualità e della organizzazione aziendale, anche in sintonia con l'organizzazione dei Servizi sanitari della Provincia e hanno riguardato in termini di programmazione degli interventi e gestione delle risorse, soprattutto l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Assistenza ospedaliera

RIORGANIZZAZIONE CENTRALI OPERATIVE 118 DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA: Progetto di adeguamento strutturale, organizzativo e tecnologico delle centrali operative di soccorso sanitario conseguenti alle modifiche dei punti di consegna delle chiamate effettuate dai cittadini dell' Emilia Romagna. In relazione alla Dgr 199/2013: "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2013" le Aziende sono state invitate a partecipare al gruppo di progetto delineato nel documento sulla concentrazione delle centrali 118 a Parma per Piacenza, Parma e Reggio, e a Bologna, Modena e **Ferrara**, e nella realizzazione della centralizzazione effettiva tra il 2013-2014. La funzione di raccordo tra le Aziende sede di centrale operativa 118 coinvolte nell'adeguamento organizzativo è stata garantita dalle due aree vaste (AVEN ed AVEC) tramite l'istituzione di due gruppi di lavoro di cui hanno fatto parte i responsabili medici e infermieristici delle centrali 118 e delle Direzioni sanitarie delle Aziende sede di Centrale Operativa. In questa fase è stato previsto l'adeguamento organizzativo delle centrali operative 118 attraverso la costituzione dei coordinamenti operativi delle centrali 118 di area omogenea. I Coordinatori dei comitati dei Direttori di AVEC e di AVEN hanno favorito la costituzione di due distinti coordinamenti tra le centrali operative di area omogenea (PC,PR, RE e MO,BO,FE). Tali coordinamenti, di cui hanno fatto parte i responsabili Medici e Infermieristici delle centrali interessate, hanno sviluppato percorsi di integrazione e omogeneizzazione della formazione del personale, di condivisione dei protocolli di intervento nelle aree di confine e quant' altro sia stato ritenuto utile per favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale.

Sono stati attivati gruppi tecnici che hanno messo in atto le procedure e le modalità operative secondo le indicazioni del progetto per dare avvio alla Centrale di area omogenea entro la fine del 2013.

La cessazione dell'attività della CO 118 di Ferrara e l'attivazione della nuova Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est sono avvenute alle ore 8.30 del 28 gennaio 2014.

La centrale 118 di Bologna si chiama nella sua interezza Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est, per brevità CO 118 Emilia EST. A Ferrara è rimasto attivo un servizio h 24 denominato Centrale di Coordinamento Sanitario Provinciale, che continua a gestire i trasporti ordinari (interH) e le reperibilità sanitarie dell'AOU FE e dell'AUSL FE. Attualmente è attivo un COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' TRA CENTRALE OPERATIVA 118 DI AREA OMOGENEA E SISTEMI DI EMERGENZA TERRITORIALE PRE-H. La funzione ET-preH, rappresenta l'interfaccia prioritaria con la CO118AO, assumendo il ruolo di garante degli aspetti operativi e organizzativi (distribuzione delle risorse, attivazione dei mezzi, risposta sia in termini di tempistica che di livello assistenziale, rispetto dei percorsi).

E' stata rivalutata l'attività medica resa in regime di **day hospital**.

A seguito di questa rivalutazione, sono stati rimodulati i posti letto di DH del dipartimento di Medicina. Infatti, sono stati riconvertiti posti letto storicamente attribuiti alla funzione medica, alla funzione oncologica e sono stati ritirati i posti letto riabilitativi ai reali tassi di utilizzo. Questa operazione, ha portato alla riduzione complessiva dei posti letto attivi (-8 p.l.).

Attualmente la Rete Provinciale è costituita da tre **punti nascita**: Cona (1° e 2° livello) Cento e Delta (1° livello). Sono stati perfezionati i protocolli per la selezione delle gravide nei punti di primo livello. Sono stati definiti ed attuati protocolli di trasferimento in utero al centro hub.

Il ridotto numero di nascite e di bambini che caratterizzano la Provincia di Ferrara ed in modo particolare negli ambiti territoriali dei distretti periferici (Ovest e Sud Est) ha reso necessaria una revisione dell'assistenza e del supporto pediatrico, mediante l'attivazione di una unica Unità Operativa Provinciale in capo all'hub provinciale, Ospedale di Cona, che ha definito una rete organizzata complessiva provinciale che prevede una diversa e più attagliata organizzazione presso ciascuna sede. Inoltre tale nuova organizzazione ha consentito la definizione ed attuazione di protocolli provinciali specifici e condivisi per il trasferimento assistito dei neonati che necessitano di trasferimenti in ambiente intensivo. Infine ha permesso la realizzazione di eventi formativi univoci, alle diverse figure professionali della rete.

La riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero, ha previsto, dopo il periodo di riduzione estiva, un rientro ai livelli previsti dalla programmazione Aziendale con riduzione complessiva di 54 posti letto. Presso lo stabilimento di Argenta, sono stati rivisti gli obiettivi in termini di tipologia di posti letto e sono state definite le strategie per lo sviluppo dell'attività Riabilitativa nell'ambito dell'U.O. di Lungodegenza.

A seguito del piano di programmazione triennale 2013-2015 approvato dalla CSST i posti letto per acuti di Copparo e Comacchio saranno oggetto di profonda trasformazione verso una tipologia di posti letto a valenza "intermedia" (Ospedale di Comunità) per rendere più appropriato l'utilizzo della degenza per i pazienti cronici con poli patologie - in queste strutture l'assistenza è prevalentemente infermieristica, è integrata nel DCP in stretto collegamento con il nucleo di cure primarie, con i mmg e i medici di continuità assistenziale. Questa tipologia risponde ai bisogni dei pazienti fragili, pazienti in ADI in fase di instabilità, pazienti che richiedono una assistenza più complessa non erogabile al domicilio, ma non adatti ad una degenza ad alta complessità. Si consolida, anche per il terzo trimestre, l'utilizzo degli accessi facilitati alla Diagnostica per Immagini riservati all'Ambulatorio H.12 della Casa della Salute di Copparo con azioni anche nell'ambito della diagnostica specialistica ecografica.

Nell'ambito della Diagnostica di Laboratorio, con particolare riferimento all'oncologia, sono stati attivi specifici percorsi in collegamento anche con l'ospedale di Cona. Il percorso ha visto il coinvolgimento attivo anche delle figure professionali infermieristiche nello sviluppo dei diversi percorsi diagnostici ed assistenziali.

Progetto per l'attivazione OSCO in Casa della Salute Copparo.

L'OsCo è una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Casa della salute.

Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.

Criteri e Protocolli di ammissibilità:

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in OsCo è rappresentata da

A) pazienti, prevalentemente anziani, provenienti da struttura ospedaliera (UO Acuti o LpA), clinicamente dimissibili dall'ospedale, ma non in grado di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio;

B) pazienti fragili e/o affetti da patologia cronico-degenerativa, provenienti dal domicilio o dalle CRA, caratterizzati da condizioni cliniche e/o sociali tali da renderli non adeguatamente assistibili a domicilio;

C) Pazienti che necessitano:

- a) di assistenza infermieristica nella somministrazione dei farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio,

- b) di monitoraggio infermieristico che richieda sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo;
- c) di formazione/educazione/addestramento del paziente e del care-giver prima del rientro / a domicilio.

In ogni caso si tratta di persone caratterizzate da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto terapeutico o assistenziale domiciliare).

Possono avere 1 caratteri della ammissibilità al ricovero in OsCo anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;
- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di una ulteriore fase di monitoraggio terapeutico;
- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa entro il 21° giorno, tale periodo é da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

Assistenza territoriale

La Rimodulazione dell'assistenza residenziale per i Dipartimenti Salute mentale Dipendenze patologiche ha comportato una serie di azioni di carattere organizzativo, con aspetti di integrazione tra i diversi servizi che hanno interessato:

Il percorso assistenziale tiene conto del:

- “Piano Attuativo salute mentale 2009-2011”, approvato con DGR n. 313/2009;
- del “Piano sanitario e sociale regionale (Deliberazione dell’Assemblea legislativa n. 175/2008)”;
- del Piano attuativo Salute Mentale e superamento ex OP " RIMODULAZIONE DEL FONDO, RIPARTO E ASSEGNAZIONE ALLE AZIENDE SANITARIE PER L'ANNO 2013 (del. 478/2013);
- degli Indirizzi per la definizione dei contenuti minimi degli Accordi di programma da stipulare a livello distrettuale tra Enti Locali e Aziende UsI per l’integrazione socio-sanitaria nell’area “Salute mentale adulti e dipendenze patologiche”.

Una certa quota di pazienti in carico alla Psichiatria Adulti e al SerT in età adulta sono affetti da patologie psicotiche invalidanti croniche che li accomunano agli anziani ed ai disabili. Questi pazienti psichiatrici necessitano di prestazioni e servizi che non possono trovare una risposta appropriata nelle sole strutture ospedaliere sanitarie e residenziali; con la necessità di organizzare percorsi terapeutici territoriali di assistenza socio-sanitaria con progetti integrati tra DAI SM DP e ASP, Servizi Sociali in generale, Dipartimento delle Cure Primarie. La costruzione dei progetti terapeutici avviene in modo consensuale all’ interno delle Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) ed Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).

Dal punto di vista tecnico professionale ed organizzativo, quindi, per i pazienti con disabilità di lunga assistenza viene superata la presa in carico esclusiva da parte del DAI SM-DP con accesso, valutazione e intervento integrato tra DAI SM DP e Servizi Sociali dei Comuni(UVM e UVG) in ambito distrettuale.

Il Piano attuativo Salute Mentale individua tre livelli di assistenza previsti dai LEA (DPCM 2001) per i pazienti psichiatrici, in cui le Aziende USL, DAI SM DP e gli Enti Locali sono chiamati ad integrarsi:

- livello territoriale (sostegno al reddito, politiche abitative, inserimenti lavorativi, promozione della salute mentale, sussidiarietà orizzontale, prevenzione)
- livello semiresidenziale (Centri Diurni)
- livello residenziale (Unità abitative, gruppi appartamento, residenze psichiatriche e comunità terapeutiche non sanitarie).

I progetti terapeutici a favore dei pazienti psichiatrici cronici debbono favorire la riabilitazione ai due primi livelli, quindi il maggior utilizzo di Centri Diurni, unità abitative assistite, assistenza domiciliare; di conseguenza, bisogna utilizzare di meno il terzo livello, quello delle strutture residenziali e sanitarie. Inoltre, su questa linea, i pazienti psichiatrici cronici ex OP over 65 anni debbono essere valutati da UVG per il giudizio di idoneità alle Case di Riposo per Anziani (CRA). Il passaggio di questi pazienti dal Fondo sanitario al Fondo della Non Autosufficienza, libera risorse per progetti territoriali basati sul budget di salute individualizzato.

Nel corso del 2013 il Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche ha riprogettato l'utilizzo delle residenze socio sanitarie in base all'appropriatezza clinica di molti pazienti psichiatrici ospitati; infatti sono stati valutati 53 pazienti over 65 anni, ex OP (attraverso Unità Valutazione Geriatrica), caratterizzati da intensa disabilità, su un totale di circa 220 pazienti ospitati nelle residenze. Di questi 53 pazienti, circa 20 sono stati valutati clinicamente idonei a CRA dalla Unità di Valutazione Geriatrica. Questi 20 pazienti potranno essere dimessi dal Dipartimento Salute Mentale ed entrare nel normale circuito degli anziani; questo processo di appropriatezza e progetto di dimissione è attualmente terminato per gli aspetti clinici, di competenza della UVG e del DAI SM DP.

Proseguono le attività in coerenza con quanto previsto dal Piano della Prevenzione 2013. Nello specifico durante il 2013 hanno avuto continuità le attività relative a:

Nel 2013 la programmazione del lavoro ha riconosciuto come input:

- i LEA declinati dalle norme nazionali e regionali, i Regolamenti CE, il Piano della Prevenzione della Regione Emilia Romagna, gli Obiettivi annuali assegnati dalla Regione alle Aziende USL, i Manuali della Qualità, le procedure e istruzioni operative aziendali e dipartimentali, ove presenti.
- i report di attività anno 2012.

Durante le riunioni del Comitato di Dipartimento sono avvenute la comunicazione, la condivisione e la discussione degli obiettivi dipartimentali, aziendali e regionali con i Direttori di Unità Operativa, al fine di coinvolgere tutti gli operatori interessati. Trimestralmente è stato effettuato il monitoraggio degli indicatori che ha sempre dato esito positivo.

Nello specifico durante il 2013 hanno avuto continuità le attività relative a:

I programmi di vaccinazione

Coperture vaccinali: in corso di realizzazione con inviti/offerte attive. Sono in corso di definizione i percorsi per l'individuazione delle donne suscettibili alla rosolia: è stato attivato l'invio dei dati dal parte del laboratorio. E' stata realizzata l'indagine sulla qualità percepita negli ambulatori vaccinali con invio del materiale in Regione.

Miglioramento dei sistemi informativi delle malattie infettive e delle vaccinazioni

SMI: Il programma SMI è stato integrato con due schede di sorveglianza:

-Malattia da Virus Toscana

-Malattia da Virus West Nile con inserimento di quattro codici relativi alla tipologia dei casi accertati.

Controllo delle malattie socialmente rilevanti

TB; MIB; MTA: Ai casi accertati o sospetti si applicano i sistemi di sorveglianza attualmente in uso.

Sorveglianza e controllo delle malattie trasmesse da vettori

I programmi di controllo sono effettuati sia sul versante di controllo dei vettori (comunicazioni ai e dai Comuni sui piani di intervento) sorveglianza di situazioni di antigenicità specifiche, potenzialmente correlate ad aumento degli infestanti), che sul controllo dei sospetti di malattia e sui casi accertati. Nel corso del 2013 non si sono verificate segnalazioni di Dengue o di Chikungunya, ancorchè sospette. Sono stati segnalati 26 casi sospetti di WND, per i quali è stato attivato il sistema di sorveglianza.

Sicurezza Nutrizionale

Nella ristorazione pubblica e collettiva sono stati effettuati i controlli programmati. E' stato organizzato l'incontro con le Associazioni di categoria per programmare corsi di formazione/informazione per i panificatori in merito alla riduzione di sale nel pane e sono stati organizzati 8 corsi per gli OSA che producono alimenti senza glutine.

Promozione di corrette abitudini alimentari

Sono stati effettuati gli interventi programmati per la verifica degli standard nutrizionali nella ristorazione scolastica ed in particolare nei distributori automatici di alimenti

La prescrizione dell'attività fisica (EFA)

Proseguito percorso "La prescrizione dell'esercizio fisico e dell'attività fisica come strumento di prevenzione e terapia". L'attività svolta ha riguardato il trattamento di soggetti cardiopatici e diabetici. Il mantenimento del percorso EFA si è realizzato attraverso la prescrizione dell'esercizio fisico adattato su 65 pazienti che nel corso del 2013 sono stati presi in carico mediante 2024 prestazioni effettuate. Tale dato si presenta in incremento rispetto agli anni precedenti.

Regolamento REACH – Prevenzione delle patologie da esposizione ad agenti chimici nei prodotti immessi sul mercato, commercializzati ed in uso

Sono stati effettuati gli interventi programmati ed organizzati i corsi ECM per gli operatori.

Effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico – in attesa del protocollo di valutazione/esposizione da parte della RER

Miglioramento della salute e sicurezza nel comparto agricoltura e silvicoltura - Sono stati effettuati tutti gli interventi programmati

Tutela della salute e prevenzione degli infortuni nel comparto delle costruzioni – sono stati controllati, nel corso del 2013, 678 cantieri

Prevenzione delle patologie muscolo scheletriche correlate al lavoro- Sono stati effettuati gli interventi programmati ed organizzate 10 iniziative di formazione.

Monitoraggio e contenimento del rischio cancerogeno di origine professionale – nel corso del 2013 sono state controllate n. 23 unità locali

Formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro – Riguardo la formazione, sono state controllate n. 65 aziende e si sono riscontrate 3 violazioni.

Prevenzione degli infortuni derivanti dalle attrezzature di lavoro e dagli impianti soggetti a verifica periodica

Promozione stili di vita salutari L'A.USL di Ferrara ha partecipato al bando con due progetti di AVEC, uno dei quali è stato ammesso al finanziamento

Riduzione della mortalità e degli esiti invalidanti degli infortuni stradali e Prevenzione degli eventi infortunistici in ambito domestico. E' stata progettata e realizzata una cartolina informativa di cui sono state stampate 3000 copie, in distribuzione nei primi mesi del 2014.

Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del collo dell'utero Coinvolge le donne della fascia di età 25-64 anni. Nell'anno 2013, 28354 donne sono state invitate, tramite lettera, con appuntamento personalizzato, ad eseguire il pap test con un'estensione all'invito del 96%. La percentuale di risposta è stata del 65%.

La valutazione del rischio eredo-familiare nello screening dei tumori del colon-retto e della Mammella Nel corso del 2012, nell'ambito del programma di screening del tumore della mammella, è stato aperto l'ambulatorio spoke provinciale, per la gestione del rischio eredo-familiare. Dal 1/6/2012 al 31/12/2013 sono state invitate al centro spoke 2673 donne, di queste 338 hanno riposto e 107 sono state inviate al centro hub

Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori della mammella Nell'anno 2013 è proseguita l'offerta del test di screening (mammografia) alle donne dai 45 ai 74 anni secondo le modalità procedurali: Sono state invitate 45124 donne con un'estensione all'invito del 98,7% e con percentuale di risposta superiore al 75%

- *Screening per la diagnosi precoce e prevenzione dei tumori del colon-retto*

Estensione effettiva inviti 78%. La popolazione invitata, mediante lettera, è composta da uomini e donne tra i 50 e i 69 anni di età. La consegna del kit per il test di primo livello, agli utenti, è affidata alle farmacie. La percentuale di risposta allo screening, ad oggi, è circa del 50%

- *Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano: Prevenzione dei traumi dell'anziano* Sono stati arruolati 15 pazienti.

- *Nella stesura dei piani di lavoro, utilizzare tutti gli elementi necessari a razionalizzare l'uso delle risorse e omogeneizzare le modalità del controllo*

L'obiettivo è stato raggiunto con emissione del Piano di lavoro dell'UOAV (PG n. 13219 del 25/02/13).

- *Costruzione di un sistema di supervisione con nota PG n. 12075 del 19/02/13 avente per oggetto "Pianificazione e programmazione attività di supervisione - anno 2013" e con nota PG n. 12345 del 20/02/2013 avente per oggetto "Analisi di contesto - Progetto miglioramento attività di supervisione - anno 2013".*

- *Sicurezza alimentare: Prevenzione delle malattie determinate da alimenti, ivi compresa l'acqua destinata al consumo umano.* Il piano di campionamento prevedeva, per l'UOAV, l'esecuzione di 213 campioni: ne sono stati eseguiti 208. Per i 4 mancanti non è stato possibile rintracciare la matrice richiesta. Per l'UOIAN era prevista l'esecuzione di 401 campioni di alimenti e 675 campioni di acqua: ne sono stati eseguiti rispettivamente 417 e 675.

Emergenza HPAI 2013. Il 2013 ha visto il manifestarsi del virus dell'Influenza aviaria ad alta patogenicità presso un allevamento di galline ovaiole di Ostellato di 127.442 capi. La gestione dell'emergenza aviaria è descritta ampiamente nel Capitolo 7.

La sostenibilità nelle cure primarie ha previsto per il 2013 le seguenti azioni:

- Innovazione nei processi di cura
- Attività connesse agli obiettivi di salute della programmazione regionale. Dignità della persona
- Caffè Alzheimer
- Consolidare i processi di cure palliative e di terapia del dolore

Prosegue la sperimentazione dell'equipe delle cure palliative nel distretto Sud Est e prosegue il Tavolo interaziendale sulle cure palliative e l'attivazione degli ambulatori di Cure Palliative.

- Ascolto, accoglienza, 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
- I percorsi per la presa in carico
- Assistenza alla gravidanza
- Assistenza protesica
- Rete malattie rare
- Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori.

Case della Salute

Sono stati sviluppati i Servizi all'interno delle Case della Salute, e in particolare un potenziamento dell'offerta sanitaria con il trasferimento del Dipartimento Sanità Pubblica e Dipartimento Salute Mentale Dipendenze Patologiche all'interno della Casa della Salute Terra e Fiumi.

Realizzata la riorganizzazione e il trasferimento dei servizi sanitari del Dipartimento Cure Primarie all'interno del Casa della Salute S. Anna con sviluppo dell'ambulatorio infermieristico e attivazione delle Medicine di Gruppo oltre che dell'attività cardiologica correlata ai MMG.

Progetto per l'attivazione OSCO in Casa della Salute Copparo.

L'OsCo é una struttura di degenza territoriale, inserita nella rete dei servizi distrettuali, a forte gestione infermieristica, che prevede la presenza di infermieri e operatori sociosanitari 24 ore su 24, con assistenza medica garantita dai Medici di Medicina Generale e dai Medici della Continuità assistenziale, con il supporto degli specialisti della Casa della salute.

Gli OsCo sono finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi sanitari, attraverso modelli assistenziali intermedi tra l'assistenza domiciliare e l'ospedalizzazione.

Criteri e Protocolli di ammissibilità:

Da un punto di vista generale la popolazione target della degenza in OsCo é rappresentata da

- A) pazienti, prevalentemente anziani, provenienti da struttura ospedaliera (UO Acuti o LpA), clinicamente dimissibili dall'ospedale, ma non in grado di poter essere adeguatamente assistiti a domicilio;
- B) pazienti fragili e/o affetti da patologia cronico-degenerativa, provenienti dal domicilio o dalle CRA, caratterizzati da condizioni cliniche e/o sociali tali da renderli non adeguatamente assistibili a domicilio;
- C) Pazienti che necessitano:
 - a) di assistenza infermieristica nella somministrazione dei farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio,
 - b) di monitoraggio infermieristico che richieda sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo;

c) di formazione/educazione/addestramento del paziente e del care-giver prima del rientro / a domicilio.

In ogni caso si tratta di persone caratterizzate da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio-elevate, comportanti monitoraggio permanente in regime residenziale (ad esempio modificazione della terapia, fasi di scompenso non grave, fase post-dimissione in assenza di possibilità temporanea di adeguato supporto terapeutico o assistenziale domiciliare).

Possono avere 1 caratteri della ammissibilità al ricovero in OsCo anche le seguenti condizioni:

- percorsi diagnostici in pazienti non autosufficienti che non dispongono del necessario supporto familiare;
- pazienti con patologie croniche dimessi precocemente che necessitano di una ulteriore fase di monitoraggio terapeutico;
- malati con compromissione generale per patologia di tipo evolutivo in attesa di ricovero in struttura adeguata per supporto nutrizionale;
- pazienti dimessi in fase di proseguimento di terapia medica o riabilitativa da effettuarsi sotto il controllo sanitario.

La persona accolta nella struttura deve essere dimessa entro il 21° giorno, tale periodo é da ritenersi normalmente congruo e sufficiente, secondo evidenze scientifiche e prassi medica, a valutare le condizioni cliniche o di rischio della persona interessata e a risolvere i problemi che hanno determinato il ricovero, consentendo il rientro al proprio domicilio, inserendo il paziente in un percorso ADI o prevedendo il suo accoglimento in strutture residenziali.

Proseguono come negli altri anni gli obiettivi relativi al miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa, il programma Stroke care, il programma Epilessia e l'obiettivo di miglioramento della percentuale di operati per fratture di femore entro le 48 ore.

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.

E' 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.

Tali Day Hospital condividono in casi di carenza, in emergenza e non, il personale per non creare disagi alla popolazione. 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 al 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 al pazienti ed al percorsi di terapia del dolore attivati a livello regionale. E' attiva con protocolli e percorsi la collaborazione per le cure palliative con l'Hospice di Codigoro e con l'ADI. E' in corso l'organizzazione di una U.O. interaziendale di Oncologia. Si sta concludendo un percorso provinciale unico per la preparazione di farmaci oncologici.

Azioni 2013 in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione

A conclusione di questo capitolo, ritorna il tema trattato all'inizio: la trasparenza. Per questa Direzione, l'investimento sulla trasparenza nel modo di rapportarsi alle diverse componenti sociali interne ed esterne è costante, continuo e prioritario. Non rappresenta quindi solo un obbligo del rispetto della normativa: come è noto, tutte le ASL devono dare corso alle disposizioni normative in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione; in particolare l'ASL di Ferrara ha adottato alcuni atti, tra i quali la delibera n. 39 del 15/03/2013, "Nomina del Responsabile della Trasparenza dell'Azienda USL Ferrara ai sensi della legge n. 150/2009 e della delibera CIVIT n.120/2010" e successiva delibera n. 195 del 5/08/2013 di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'Azienda USL Ferrara, come previsto dalla legge

190/2012. In Azienda USL di Ferrara dunque le figure del Responsabile Prevenzione Corruzione e Responsabile Trasparenza coincidono come peraltro auspicato dalla normativa nazionale ed inoltre dalla Regione Emilia Romagna con nota PG 2013 - 0158950 del 2/07/2013.

I principali impegni sul fronte della Prevenzione della Corruzione possono essere così riassunti:

- redazione della proposta del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e dell'Illegalità da sottoporre alla Direzione strategica aziendale per la sua approvazione;
- definizione di procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- attività di vigilanza sul funzionamento e sull'attuazione del Piano;
- propone, di concerto con i dirigenti apicali, modifiche al piano in relazione a cambiamenti normativi e/o organizzativi;
- propone forme di integrazione e coordinamento con il Piano della Trasparenza e il Piano degli Obiettivi dell'Azienda USL Ferrara.

I principali impegni sul fronte della Trasparenza possono essere così riassunti:

- attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando:
 - all'organo di indirizzo politico;
 - all'Organismo indipendente di valutazione (per l'Azienda UsI di Ferrara "Organismo Valutazione Aziendale" (O.V.A.);
 - all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

La direzione strategica presidia il percorso di sviluppo di queste tematiche, in modo non burocratico, ma favorendo una partecipazione diretta dei Direttori di struttura al processo di messa in atto delle informazioni e degli strumenti, con un presidio costante del Responsabile aziendale, che provvede all'aggiornamento del "Programma triennale", all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano della Prevenzione della Corruzione (per l'Azienda UsI di Ferrara emanato nel 2014).

Altro precipuo compito sviluppato e presidiato è quello di controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico ex art. 5 del D. Lgs 33/2013, sulla quale è stata altresì redatta una pubblicazione specifica (P.Bardasi- A.Fabbri) pubblicata sulla Rivista Ragiusan (Rassegna Giuridica della Sanità) n. 359/360 del marzo/aprile 2014.

Tutte le sezioni censite in "Amministrazione Trasparente" sono state rese attive e monitorate mensilmente, fin dall'Agosto 2013, sullo stato di pubblicazione dei contenuti nelle stesse.

Il report viene inviato via e-mail ai Direttori individuati quali Responsabili della pubblicazione oltre che alla rete degli Editor e Validatori della notizia.

Viene inoltre pubblicato in una sezione INTRANET denominata "Costruiamo la trasparenza".

raccoglie l'elenco:

- di tutte le note protocollate inviate ai Direttori individuati quali Responsabili della pubblicazione;
- di tutte le "Guide operative" che intendono essere strumenti di facilitazione per la attività di pubblicazione da parte degli Editor e Validatori della notizia;
- delle procedure interne per richiedere l'attivazione dei ruoli di Editor e Validatori della notizia da parte dei Direttori Responsabili;
- Link utili (CIVIT, AVCO, DFP);
- dei principali provvedimenti in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione prelevati dai siti istituzionali di
 - CIVIT (ora ANAC);
 - Dipartimento Funzione Pubblica
 - AVCP
- delle note della Regione Emilia Romagna inviate alle Aziende sanitarie.

Per quanto più strettamente richiesto dalla normativa in materia della prevenzione della corruzione, sono stati attivati, tra gli altri, i seguenti percorsi che si ritengono particolarmente significativi:

Adempimenti di cui all'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012 e dell'art. 3 della delibera AVCP (Autorità Vigilanza Contratti Pubblici) n. 26/2013.

L'art. 1, comma 32 della stessa legge e la successiva delibera n. 26/2013 dell'Autorità Vigilanza Contratti Pubblici prevedono inoltre l'obbligo per le stazioni appaltanti di pubblicare, sui propri siti web istituzionali, con riferimento ai procedimenti di cui al comma 16, lettera b), le seguenti informazioni che riguardano tutti i contratti/acquisti/acquisizioni (per i quali comunque scatta un obbligo di tracciabilità con la richiesta del CIG):

- CIG (Codice identificativo gara)
- struttura proponente;
- oggetto del bando;
- procedura di scelta del contraente;
- elenco degli operatori invitati a presentare offerte/N. di offerenti che hanno partecipato al procedimento;
- aggiudicatario;
- importo di aggiudicazione;
- tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
- importo delle somme liquidate.

L'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, specifica che entro il 31 gennaio di ciascun anno, le informazioni sopra indicate, relative all'anno precedente, debbano essere pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici.

Alla luce del suddetto comunicato si ritiene entro il 31 gennaio 2014 dovranno essere rese disponibili dall'Azienda USL di Ferrara e comunicate all'Autorità tutte le procedure indette dall'1/12/2012 al 31/12/2013. Per procedura indetta si intende:

- una procedura avviata con atto di indizione;
- l'acquisizione di un CIG.

L'Azienda USL Ferrara, con notevoli sforzi organizzativi ha garantito la pubblicazione delle informazioni in formato tabellare entro la data del 15/06/2013 relativa all'anno 2012 rispettando in tal modo i termini imposti dalla Circolare e tale report è attualmente rinvenibile nella sezione di Il livello denominata "Informazioni sulle singole procedure (art.1, comma 32 L. 190/2012 e Comunicato Presidente AVCP 22/05/2013" della sezione di I livello "Bandi di gara e contratti" all'interno di "Amministrazione Trasparente").

Monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato

L'Azienda USL Ferrara ha provveduto, in ossequio al disposto di cui alla legge 190/12 e D. Lgs 33/13, al primo monitoraggio periodico del rispetto dei termini procedurali con cadenza semestrale 1/05/2013 - 31/10/2013 per mezzo della compilazione di un prospetto ove vengono indicati il numero complessivo di procedimenti afferenti alla Struttura aziendale di competenza e l'indicazione se il termine è stato o meno rispettato: tali rilevazioni sono reperibili all'indirizzo:

<http://www.ausl.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/monitoraggio-tempi-procedimentali>.

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali presso le pubbliche amministrazioni

Sono stati predisposti, in collaborazione con il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale, i modelli di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativi alla dichiarazione di cause di inconferibilità e incompatibilità.

Codice di Comportamento dei Dipendenti e Collaboratori dell'Azienda USL Ferrara

In data 4 giugno 2013 è stato pubblicato in G.U.R.I. il "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici" adottato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, in vigore dal 19 giugno 2013. Il documento di cui trattasi è stato già diffuso tramite mailing list (utenti posta) a tutto il personale dell'Azienda USL Ferrara in data

30/09/2013 ed è stato pubblicato sul sito istituzionale nel portale "Amministrazione Trasparente" alla sezione "Disposizioni generali", sotto la sezione "Atti generali" ed è reperibile all' indirizzo <http://intranet.ausi.fe.it/azienda/organizzazione/amministrazione-trasparente/codicecomportamento.pdf> La proposta del "Codice aziendale" è stata inviata via email a diversi Stakeholders condividendoli con l'Azienda Ospedaliera di Ferrara.

Partecipazione ad incontri in AVEC ed in Regione Emilia Romagna e Organizzazione di Corsi di formazione

L'Azienda Usl di Ferrara ha partecipato alle riunioni ed agli incontri in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione svolti in Area Vasta Emilia Centro ed in Regione Emilia Romagna. Inoltre, al fine di approfondire e portare all'attenzione degli Stakeholders interni materie quali la trasparenza e la prevenzione della corruzione che presuppongono notevoli sforzi organizzativi da parte delle Strutture aziendali sono stati organizzati diversi corsi di formazione e uno "Workshop interaziendale sulla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione", svoltosi in data 25/10/2013 presso l'Aula Magna dell'Az. Osp.ro Univ. di Cona sede, al quale hanno partecipato i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di entrambe le aziende sanitarie ferraresi, Avv. Barbara Paltrinieri e Dott. Alberto Fabbri.

E' stato in primo luogo garantito un coordinamento ed un confronto sulle tematiche trasparenza prevenzione e corruzione a livello provinciale: è stato attivato un forte coordinamento sulle materie citate per omogeneizzare modalità comuni di pubblicazione nei rispettivi siti istituzionali; successivamente, anche in sede di Area Vasta Emilia Centro, è stato attivato un Tavolo di confronto sulla materie in argomento.

L'Azienda ha predisposto le bozze del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016 ed il Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità 2014-2016 che saranno inviati in visione ai Direttori aziendali per garantire la massima condivisione dei documenti di cui trattasi al fine di consentire alla Direzione Strategica aziendale di provvedere alla loro adozione entro la data prefissata dal legislatore (31/1/2014).

L'Azienda Usl di Ferrara ha avuto la positiva certificazione dell'Organo di Valutazione interna e risulta essere nella prima posizione della graduatoria elaborata dalla "Bussola della Trasparenza" che è lo strumento del Dipartimento di Funzione Pubblica che consente alle PPA e ai cittadini di utilizzare strumenti per l'analisi ed il monitoraggio dei siti web, alla data di gennaio 2014.

Nel dicembre 2013 inoltre l'Azienda USL Ferrara è stata invitata alla giornata della trasparenza della Regione Umbria poiché considerata quale "Ente virtuoso in materia" ed ha partecipato ad un confronto pubblico con altri Enti considerati particolarmente competenti quali la Provincia di Livorno ed il Comune di Ascoli Piceno: un riconoscimento che l'Ente ha considerato particolarmente prestigioso proprio perché proveniente da una Regione che ha saputo fare della trasparenza un obiettivo prioritario delle proprie azioni.



Un'amministrazione accessibile e trasparente potrà certamente contribuire a far crescere la fiducia dei cittadini quale elemento indispensabile per il maggiore coinvolgimento della società civile: allo stesso tempo però non è possibile non sottolineare come i problemi organizzativi e le difficoltà di attuazione di materie così delicate e complesse quali la trasparenza e la prevenzione della corruzione siano inevitabili nelle fasi iniziali di ogni processo di cambiamento epocale della pubblica amministrazione.

E' opportuno evidenziare che i primi passi di questo processo di attuazione rappresentano certamente il punto di partenza che l'Ente ha affrontato per assicurare il percorso di adeguamento ai principi della legge, con l'obiettivo della piena e completa applicazione della normativa: si tratta però indubbiamente di un processo dinamico che, alla luce dell'esperienza maturata in questa prima fase di avvio e delle inevitabili difficoltà, va orientato nella direzione del miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione pubblica. La sfida che l'Azienda USL Ferrara ha saputo cogliere in questo primo anno di applicazione si è trasfusa dunque in un risultato indubbiamente positivo (anche grazie alle attestazioni esterne ricevute): per il futuro si renderà necessario consolidare i positivi risultati ottenuti con il pieno ed attivo coinvolgimento di tutti coloro (Dirigenti, Dipendenti, Collaboratori ecc.) che a diverso titolo contribuiranno all'aggiornamento dei dati e delle informazioni, al miglioramento dei processi ed all'applicazione delle norme e delle regole previste dal legislatore.

Sicurezza delle cure

Elementi di contesto

Gli eventi avversi e gli errori nell'erogazione delle prestazioni assistenziali sono ormai ovunque riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica. Negli ultimi anni, studi internazionali hanno cercato di quantificare e qualificare questa tipologia di accadimenti con metodi omogenei e confrontabili. Tali studi hanno fornito un contributo importante nel determinare la natura, la frequenza e le cause degli eventi avversi.

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico sta diventando una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo criteri di qualità e sicurezze.

A livello sia ministeriale, sia regionale, sono in atto numerose iniziative per promuovere un approccio di tipo sistemico alla sicurezza dei pazienti.

A titolo esemplificativo si richiamano le varie raccomandazioni ministeriali, l'attività dell'AGENS (Sistema Informativo monitoraggio errori in sanità-SIMES, l'osservatorio buone pratiche per la sicurezza del paziente), la DGR 1706/2009 "Individuazione di aree di miglioramento della qualità nelle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio", le successive DGR di programmazione annuale comprendenti obiettivi specifici di gestione del rischio clinico.

Se da un punto di vista concettuale la gestione del rischio clinico è il modo attraverso il quale l'Azienda Sanitaria nel suo complesso si rende responsabile delle conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore, da un punto di vista operativo essa si sostanzia in un insieme di processi finalizzati a ridurre i rischi correlati all'assistenza coinvolgendo l'organizzazione a tutti i livelli.

Per far fronte a questo prioritario tema e per rispondere alle linee di indirizzo nazionali e regionali l'Ausl di Ferrara ha, nel tempo, consolidato il proprio modello di gestione del rischio basato sulla creazione di una infrastruttura aziendale per la gestione del rischio clinico così composta:

1. il Direttore Sanitario dell'Azienda, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività della infrastruttura aziendale di gestione del rischio rappresentata da un team multi professionale e multidisciplinare denominato NORC ((Nucleo Operativo Rischio Clinico);
2. il team è composto dai rappresentanti dipartimentali (un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina dipartimentale) e svolge funzione di indirizzo, programmazione e verifica;
3. il NORC, di fatto, rappresenta l'organismo tecnico delegato dal Collegio di Direzione aziendale deputato a svolgere tale funzione;
4. il NORC è coordinato dal un risk manager di area medica e da un risk manager delle professioni sanitarie;
5. i rappresentanti dipartimentali coordinano i referenti del rischio clinico di unità operative (generalmente un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina); l'insieme di questi attori rappresentando, di fatto, la rete aziendale per la gestione del rischio clinico;
6. la gestione del rischio infettivo ha adottato un analogo modello organizzativo (Nucleo operativo infezioni sanitarie) ed opera sotto la guida di un responsabile aziendale specificatamente individuato e formalmente deliberato;
7. il responsabile del rischio infettivo è componente del NORC;
8. al NORC partecipa anche il responsabile del M.O. Gestione del Contenzioso afferente alla U.O. di Medicina Legale e componente del Comitato Valutazione Sinistri;
9. il Collegio di Direzione avalla il piano programma presentato annualmente dal risk manager e dal responsabile del rischio infettivo (che lo elaborano nell'ambito del NORC), di concerto col Direttore Sanitario;



Per meglio governare il processo di pianificazione delle attività e degli obiettivi afferenti alla sicurezza delle cure, su precise indicazioni dell'Area Governo clinico e Gestione del Rischio Clinico dell'ASSR della RER, l'Ausl di Ferrara ha elaborato il **Piano Programma aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio 2013-2014**, differenziando strumenti, metodologia e ambiti di intervento.

La programmazione aziendale ha ovviamente recepito integralmente quanto contenuto nelle linee strategiche di programmazione regionale contenute nella DGR n. 199/2013.

Risultati e attività del Piano Programma anno 2013

Sistemi di segnalazione

Incident Reporting (IR)

I sistemi di segnalazione costituiscono una modalità di raccolta strutturata degli eventi indesiderati e sono necessari per effettuare un'analisi delle criticità, finalizzata a predisporre strategie e azioni di miglioramento tali da evitare o ridurre la possibilità che tali eventi si verifichino nuovamente; fra questi indubbiamente il sistema regionale IR rappresenta il principale strumento di segnalazione.

L'Azienda USL di Ferrara ha portato a sistema l'utilizzo di questo strumento di segnalazione volontaria degli eventi avversi (mediante apposito software regionale) garantendo la standardizzazione del sistema di segnalazione in tutte le Unità Operative di degenza, nelle diagnostiche, nell'area dell'emergenza e nel Dipartimento SM-DP; tutte le segnalazioni vengono caricate nel data-base regionale contribuendo ad alimentare la banca dati regionale *dell' Incident Reporting*.

Di seguito si riportano i dati relativi al biennio 2011-12 e all'anno 2013 estratti dal data base regionale:

Aree Critiche da Incident Reporting	2011-12	2013
Gestione farmaco	19%	20%
Altro evento	16%	22%
Prestazione assistenziale	16%	14%
Procedura terapeutica	12%	6%
Caduta	11%	10%
Procedura diagnostica	10%	8%
Identificazione paziente/sede/lato	8%	10%
Gestione apparecchiature	3%	3%
Procedura chirurgica	2%	2%
Gestione lista operatoria	1%	2,5%
Gestione sangue	1%	1%
Valutazione/procedura anestesiologicala	1%	1,5%

Dall'analisi dei dati riportati in tabella sono emerse le seguenti aree prioritarie:

- ✓ Area "Gestione del farmaco" che ha previsto l'attivazione di interventi di tipo preventivo quali:
 - ridefinizione del Foglio Unico di Terapia (FUT);
 - avviato il processo d'informatizzazione della gestione clinica del farmaco;
 - pianificati audit sulla prescrizione della terapia al bisogno che verranno effettuati nel corso del 2014;
- ✓ Area "Identificazione paziente": partecipazione al progetto di modernizzazione per la standardizzazione del processo di identificazione in area vasta;
- ✓ Area "Procedure diagnostiche": completamento e approvazione procedure RIS-PACS;
- ✓ Area PS e degenza: allineamento dell'anagrafica provinciale degli assistiti con revisione dei sistemi informatici;

Eventi sentinella

Nel corso del 2013 non si sono verificati eventi avversi configurabili come eventi sentinella da segnalare al Ministero della Salute attraverso l'applicativo SIMES.

Analisi degli eventi

RCA (Root Cause Analysis) e SEA (Significant Event Audit)

La Root Cause Analysis (RCA) è una tecnica di indagine sugli eventi indesiderati (solitamente su eventi sentinella o su eventi avversi di particolare entità), mediante la quale si ricercano le cause "radice", ovvero – secondo l'approccio metodologico di Reason – le criticità di sistema sulla quale si è innestato l'evento; nondimeno, attraverso la RCA si possono ipotizzare le azioni di miglioramento.

La RCA viene condotta dal NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), assieme ai responsabili della struttura dove si è realizzato l'evento e ad uno o più esperti della materia trattata.

L'applicazione della tecnica RCA nell'Azienda USL di Ferrara è da considerare ormai una procedura consolidata e a tutt'oggi è stata applicata a oltre 40 eventi clinici maggiori consentendo l'attivazione di numerose azioni di miglioramento (revisione di precedenti o implementazione di nuove procedure, percorsi formativi specifici, adozione di nuovi strumenti di prevenzione del rischio, sviluppo di competenze professionali specifiche, ecc).

Il Significant Event Audit (SEA) è invece uno strumento di analisi semplificata rispetto alla RCA e viene utilizzata per eventi importanti, che tuttavia non assumono dignità di eventi clinici maggiori.

Di seguito si riportano i dati relativi all'attività 2013:

STRUTTURE	2013
Dip. Chirurgia	0
Dip. Medicina	0
Dip. Emergenza	3
Dip. Diagn. Imm. / Lab.	0
Dip. Materno-Infantile	1
Dip. Salute Mentale	0
Attiv. Territoriali	4
Totale	8

FMEA / FMECA

La FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) / FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) è una metodologia utilizzata per individuare preventivamente le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema ampiamente utilizzata nel mondo industriale e successivamente introdotto nel contesto sanitario.

A differenza della RCA, la FMEA/FMECA non sono attuate dopo il verificarsi di un evento avverso, ma utilizzate come strumento previsionale e quindi preventivo.

La metodologia consiste nell'analisi e scomposizione di un processo assistenziale in sottosistemi elementari (attività); successivamente per ciascuna di esse vengono effettuati i seguenti passaggi:

- elencare tutte le possibili cause;
- elencare tutti i possibili effetti;
- elencare tutti i controlli in essere (a prevenzione o a rilevamento del modo di guasto).

Per tutte le combinazioni di criticità devono essere valutati tre fattori:

- probabilità di accadimento (P);
- gravità dell'effetto (G);
- possibilità di rilevamento da parte dei controlli (R).

L'Indice di Priorità del Rischio è calcolato secondo la seguente: $RPN = P \times G \times R$. A termine dell'analisi FMEA / FMECA, vengono proposte azioni di miglioramento, sulla base della rilevanza dei rischi accertati.

Da anni l'Ausl di Ferrara utilizza questo strumento previsionale utilizzato in vari ambiti assistenziali.

Nel corso del 2013 lo strumento è stato applicato nei processi sanitari afferenti alla medicina penitenziaria (Casa Circondariale di Ferrara) e in ambito di assistenza domiciliare.

Sicurezza dei sistemi RIS PACS

A livello Aziendale si è costituito un gruppo permanente di lavoro composto da Medici e Tecnici di Radiologia per la predisposizione e l'aggiornamento delle procedure previste dalla delibera Regionale 1706/2009 in materia di sicurezza dei sistemi RIS – PACS.

Nel corso del 2013 sono state sottoposte a revisione le seguenti istruzioni operative (I.O.): "Gestione Work list", "Gestione correzione dati su PACS" (pubblicate su Doc Web a Marzo 2013) mentre le I.O. "Gestione credenziali utenti" e "Gestione correzione dati su PACS" sono state oggetto di approfondimento a livello interaziendale in quanto è presente anche un sistema RIS interaziendale.

Attualmente sono in corso approfondimenti in tema di privacy per la condivisione delle immagini radiologiche tra le due aziende sanitarie ferraresi ed è in fase di conclusione la deliberazione per l'individuazione degli amministratori tecnici di sistema.

Sono state superate le problematiche relative alla privacy per la condivisione delle immagini a livello interaziendale mediante l'utilizzo della piattaforma "Sole" e sono state apportate modifiche al Sistema informatico per la raccolta del consenso.

Si è concluso il percorso per la "Conservazione Sostitutiva" dei Referti Radiologici presso il Polo Archivistico regionale (PARER) mentre è ancora in corso quello che riguarda la conservazione delle immagini.

Identificazione Paziente

Il processo di identificazione del paziente è attualmente disciplinato da procedure aziendali vigenti presso i Blocchi Operatori ed i Servizi di Radiologia.

In sintesi:

- per il paziente che accede al Blocco Operatorio la modalità di identificazione è attuata dall'infermiere quando è possibile con la richiesta delle generalità (nome, cognome e data di nascita) e con quattro verifiche simultanee: la lettura del contenuto del braccialetto posizionato sul polso destro dell'operando, la presa visione della fotocopia del documento di identità e la verifica attiva della check list di trasporto del paziente - entrambi sono presenti in cartella clinica - per ultimo, l'accettazione informatica nel software dedicato;

- per il paziente che accede al Servizio di Radiologia, se è un esterno (ambulatoriale) la modalità di identificazione è eseguita dall'operatore di segreteria, all'accettazione, con la richiesta di presentazione di un documento di identità e della tessera europea assistenza malattia, se invece è un interno (ricoverato) il personale tecnico o medico procede all'atto della accettazione con la richiesta delle generalità del paziente e poi con tre verifiche contestuali: la lettura del braccialetto posizionato sul polso dx del ricoverato, l'osservazione della fotocopia del documento di identità presente in cartella clinica ed in ultima istanza le informazioni riportate sulla procedura informatica dedicata, oggetto della avvenuta prenotazione di una prestazione radiologica.

Per l'identificazione del paziente presso le Unità Operative di Degenza, presso i Pronto Soccorso e gli Ambulatori Aziendali, è in corso la stesura di una procedura aziendale che nel momento del ricovero ordinario e di day hospital, al triage in Pronto Soccorso e nel contesto ambulatoriale prevederà le vigenti modalità di riconoscimento del paziente con la presentazione di un documento di identità e di TEAM - è riservato ai ricoverati il posizionamento di un braccialetto identificativo ed il posizionamento della fotocopia del documento di identità in cartella clinica - mentre per l'individuazione del paziente prevederà l'aggiornamento delle procedure informatiche finalizzato alla tracciabilità delle modalità di riconoscimento riportate per l'ambito di competenza rispettivamente sulla cartella clinica, sulla scheda di triage e sul referto ambulatoriale.

Particolare impegno è stata dedicato a:

- sensibilizzare gli operatori a comunicare con tempestività l'errore anagrafico avvenuto mediante la compilazione di uno stampato da inviare e-mail alle Direzioni Sanitarie di Stabilimento;
- raccogliere la tipologia di errori anagrafici compiuti ed procedere con l'analisi statistica con periodicità semestrale da parte delle Direzioni Sanitarie di Stabilimento;
- coinvolgere i Direttori dei Dipartimenti per far sì che siano partecipi nella promozione e mantenimento di un processo così importante per ridurre i casi di errore anagrafico.

Profilassi Antitromboembolica e Antibiotica in chirurgia

Presente e applicata la procedura Dipartimentale "Profilassi anti - tromboembolica in Chirurgia". Presso le UU.OO./MM.OO. afferenti al Dipartimento di Chirurgia dell'Ausl di Ferrara, il chirurgo effettua una valutazione del paziente al momento della presa in carico per ridurre al minimo il rischio di insorgenza di tromboembolia post - chirurgica e definisce, secondo procedure omogenee, il trattamento preventivo da effettuare. Nell'ambito delle valutazioni trimestrali sulla correttezza documentale viene verificata l'adesione alla procedura "Profilassi Antitromboembolica" per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

Uso appropriato e sicuro dei farmaci

Nell'ambito dell'Azienda Usl è stata redatta e diffusa la revisione 4 delle Procedura Generale "Gestione clinica del farmaco" e contestualmente introdotta il Foglio Unica di Terapia (FUT). Annualmente si svolge un iniziativa formativa dedicata al tema dell'uso appropriato e sicuro dei farmaci. Nell'ambito dei controlli della correttezza documentale viene verificata la completezza e correttezza nella compilazione della FUT mediante l'uso di check-list appositamente predisposta.

Sempre nel corso del 2013 è stata introdotta la procedura "Gestione clinica del farmaco" nelle strutture residenziali per anziani coinvolgendo i MMG e gli enti gestori delle strutture provvisoriamente accreditate.

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.

A livello aziendale è stato costituito ed è in opera da alcuni anni il cosiddetto NAC "Nucleo Aziendale Controlli", composto da una rete aziendale multi professionale/multidisciplinare di 25 auditor volontari di diverse qualifiche professionali appositamente formati e addestrati, che si è preso il carico di effettuare i controlli sanitari interni (ed esterni) istituzionalmente richiesti.

In questo ambito risulta di particolare rilievo l'audit di terza parte effettuato con cadenza trimestrale riguardante la qualità di compilazione della documentazione sanitaria. Tale analisi viene svolta attraverso la valutazione puntiforme di 25 criteri qualitativi raccolti dalle cartelle sanitarie e indicanti i diversi aspetti di completezza delle diverse informazioni analizzate (anagrafiche, cliniche, farmacologiche, di procedura realizzata, di consenso informato e di leggibilità). Tali rilevazioni, insieme alla condivisione periodica dei risultati emersi, hanno permesso nel tempo lo sviluppo a livello aziendale di una maggiore attenzione alla corretta compilazione della documentazione sanitaria finalizzandola alla creazione di evidenze strutturali riguardanti in particolare la gestione del rischio.

Nel corso del 2013 in tema di valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche sono state valutate 559 su un totale di 25.176 pari al 2,2 %.

In aggiunta a quanto sopra riportato di particolare rilevanza risulta il reclutamento dell'azienda Usl di Ferrara nel progetto regionale Cartella Clinica Integrata (CCI) in qualità di azienda sperimentatrice.

Il progetto regionale di intervento sulla Cartella Clinica Integrata (CCI) rientra tra gli obiettivi del SPO Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna nell'ambito della qualità e sicurezza delle cure sanitarie; gli obiettivi del progetto si sviluppano su quattro direttrici distinte e complementari che si riconoscono in un elemento comune, rappresentato dallo sviluppo di una cultura professionale che attribuisca un valore innovativo alla cartella clinica, in termini di appropriatezza e sicurezza delle cure, nei confronti dell'organizzazione, degli operatori e dei pazienti

Il contributo dell'Ausl di Ferrara ha previsto la partecipazione di 11 professionisti ai gruppi di lavoro regionali che dovranno concludere l'elaborazione delle linee di indirizzo sulla gestione della documentazione con particolare riferimento al diario clinico integrato, al Foglio Unico di Terapia (FUT) e grafica dei parametri vitali, entro il dicembre 2014.

Area diagnostica di laboratorio

L'Azienda garantisce la sicurezza dei processi della diagnostica di laboratorio con approcci differenziati:

- monitoraggio del materiale analitico in ingresso e registrazione sistematica delle eventuali non conformità mediante sistema informatizzato;
- individuazione di errori di identificazione del paziente e di campione non corretto;
- organizzazione ed realizzazione di corsi formativi per diffondere buone pratiche in fase pre-analitica con particolare riferimento alla fase del prelievo e dell'accettazione del campione in laboratorio;
- diffusione al personale di laboratorio di raccomandazioni per la corretta esecuzione del prelievo venoso;
- attivazione di un sistema di monitoraggio delle temperature di trasporto dei campioni esterni delle sedi di Argenta e Cento, al fine di verificare il mantenimento di condizioni necessarie a garantire l'integrità dei campioni stessi;

Nell'ambito della *diagnostica decentrata POCT*, il Laboratorio è garante delle verifiche del buon funzionamento dell'intero processo.

Il personale del Laboratorio è costantemente impegnato in attività pratiche e formative che consentono il mantenimento di competenze, permettendo agli operatori di fornire consulenze agli addetti in caso di bisogno. I Tecnici Sanitari del Laboratorio, si occupano di una costante verifica e attestazione del buon funzionamento delle strumentazioni dei POCT, accertando il corretto allineamento strumentale.

Oltre alla propria formazione, il personale del Laboratorio provvede anche a training e re-training degli operatori che saranno deputati all'utilizzo della strumentazione, nonché a monitorare il mantenimento delle competenze acquisite; questo fa sì che i risultati restituiti dal POCT, rispondano agli stessi requisiti qualitativi di quelli prodotti in Laboratorio, per garantire la sicurezza dell'utente e dell'operatore

Area materno infantile

Negli ambiti degli interventi di miglioramento del percorso nascita, promossi dalla Commissione Nascita regionale, l'Aziende sanitarie di Ferrara ha aderito al **programma di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo** recependo le Linee Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale intervento è in attuazione della DGR 533/08 e dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo"

Nel 2012, come da richiesta regionale, sono stati individuati i referenti locali dei due Punti Nascita aziendali (Delta e Cento) i quali sono stati formati, a livello regionale, alla metodologia dell'audit clinico per analizzare la propria realtà locale, identificare i margini di miglioramento ed attuare azioni di miglioramento utili al cambiamento.

Dall'analisi dei dati relativi ai Tagli Cesarei dei due Punti nascita, secondo la classificazione di Robson, e secondo la percentuale di Tagli Cesarei programmati e Tagli Cesarei Urgenti/Emergenti, è emerso che la percentuale dei tagli cesarei 2013 è pari al 28,3%, dipartimentale inferiore di circa 1 punto rispetto alla media regionale del 29%.

Nel corso del 2013 è stato attivato un gruppo di lavoro dipartimentale per la revisione delle procedure per il Taglio Cesareo Programmato, Urgente ed Emergente del Punto nascita del Delta che a seguito della riorganizzazione dell'assistenza pediatrica, si è uniformato al modello del Punto Nascita di Cento con assistenza diurna continua ed assistenza notturna e festiva in reperibilità.

L'obiettivo del gruppo è quello di arrivare entro il 2014 all'adozione di una unica procedura di livello dipartimentale al fine di garantire una più stringente uniformità di comportamento.

E' stato, inoltre, realizzato un percorso formativo dei professionisti dei due Punti nascita ed effettuato un audit clinico finalizzato a valutare il livello di appropriatezza dei tagli cesarei effettuati.

I risultati dell'audit hanno indotto l'organizzazione ad implementare i "Parti di prova" per determinate categorie di donne in gravidanza.

L'Ausl ha inoltre partecipato alla stesura del protocollo di Area Vasta Cento per il percorso clinico assistenziale del taglio cesareo elettivo che ha comportato l'introduzione nella pratica clinica di criteri specifici per valutare e definire le indicazioni assolute e relative al taglio cesareo elettivo.

Area dipartimento di cure primarie

Sono stati individuati i referenti del rischio per ogni Servizio del Dipartimento Cure Primarie, ai quali è stato dato il mandato di organizzare all'interno del proprio Servizio la modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi. Per quanto riguarda il Servizio di Pediatria di Comunità in seguito ad una segnalazione di evento avverso si è attivata l'RCA (Root Cause Analysis) che ha portato all'elaborazione di una procedura come azione di miglioramento. Sono stati attivati percorsi formativi per l'inserimento dei nuovi referenti del rischio. Specificatamente in merito al Servizio di Assistenza Domiciliare sono in corso eventi formativi relativi all'elaborazione di strumenti per l'applicazione del percorso di incident reporting.

Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche

Il 2013 ha visto il consolidamento della rete dipartimentale deputata alla gestione del rischio clinico e la costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato all'implementazione e alla diffusione dell'utilizzo della scheda di "Incident Reporting" e alla relativa analisi di singola Unità Operativa.

L'integrazione con l'area delle Dipendenze patologiche e della Neuropsichiatria dell'Infanzia ed Adolescenza ha portato ad una lettura condivisa della cultura della gestione del rischio clinico.

Il gruppo ha, inoltre, elaborato strumenti operativi specifici alla gestione del rischio nel contesto della psichiatria adulti di seguito elencati:

- Procedura dipartimentale sulla prevenzione e la gestione degli atti auto ed etero aggressivi nelle degenze psichiatriche;
- Applicazione della Circolare regionale n.°16 del 2009 "Disciplina delle contenzioni fisiche Presso SPDC dei DSMDP" sulle procedure ed il monitoraggio delle contenzioni in ambiente psichiatrico ed attivazione del gruppo di controllo semestrale;

- Definizione di un protocollo di intervento nella esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori condiviso con la Prefettura e Forze dell'Ordine recepito dalle Amministrazioni Comunali della Provincia di Ferrara;
- Definizione dei criteri di inclusione dei pazienti a rischio di comportamenti eteroaggressivi afferenti al DAI SMDP che richiedono interventi di monitoraggio programmato.
- Partecipazione al gruppo di redazione aziendale della Procedura Generale "Gestione dei casi di allontanamento o di non rientro dopo permesso temporaneo di pazienti ricoverati nelle U.O. di degenza"; tale procedura è stata approvata nella sua versione definitiva nel luglio del 2013.

Nell'ambito Aziendale il DAISMDP coordina il gruppo delegato alla elaborazione degli strumenti finalizzati alla riduzione del rischio di suicidio in ambiente ospedaliero.

Nell'ambito della collaborazione con la Prefettura e le Forze dell'ordine il DAISMDP sta organizzando eventi formativi rivolti agli operatori delle Forze dell'Ordine per la gestione in sicurezza degli eventi eteroaggressivi.

Area assistenza sanitaria negli istituti di pena

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario penitenziario, in applicazione del DPCM del 01/04/2008, ha portato al progressivo adeguamento ai modelli delle cure primarie territoriali dei percorsi assistenziali rivolti alla popolazione detenuta.

Nel corso del 2013 la medicina penitenziaria dell'Ausl di Ferrara ha proseguito nel percorso di adeguamento gestendo e monitorati i seguenti processi organizzativi e clinici:

- Adattamento della Procedura aziendale "Gestione clinica dei farmaci" al contesto penitenziario mediante elaborazione di una istruzione operativa specifica al contesto;
- Sperimentazione della nuova cartella informatizzata regionale che ha, fra l'altro, l'obiettivo di migliorare la gestione della documentazione sanitaria;
- Miglioramento della presa in carico del paziente, in particolare del cronico, con l'applicazione del documento regionale "Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute";
- Monitoraggio e la gestione del rischio suicidario in applicazione delle disposizioni del Ministero della Giustizia con implementazione del percorso di osservazione e valutazione dei Nuovi Giunti;
- Gestione in sicurezza dei pazienti con problematiche infettive (TB e HIV) attraverso l'attivazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario e di polizia penitenziaria e la predisposizione di apposite procedure clinico-assistenziali;

Di particolare rilevanza la titolarità dell'Ausl di Ferrara del Progetto regionale "Gestione del rischio Clinico negli Istituti penitenziari (PRISK)" che vede la partecipazione delle nove aziende sanitarie regionali sul cui territorio è presente un istituto di pena.

La partecipazione attiva nel corso del 2013 al sopracitato progetto del personale aziendale addetto alla sanità penitenziaria ha consentito, in generale, l'accrescimento della cultura della sicurezza clinica e nello specifico l'adozione degli strumenti e delle metodologie utilizzati per la gestione del rischio clinico (introduzione del sistema di segnalazione "Incident Reporting", elaborazione della mappa del rischio specifica per ogni istituto di pena, costituzione di un team di referenti del rischio clinico);

Sicurezza in sala operatoria

L'azienda ha mantenuto la propria adesione al progetto nazionale/regionale SOS_Net garantendo sia la formazione dei propri professionisti all'utilizzo della check list per la sicurezza in Sala Operatoria, sia il monitoraggio della compilazione che avviene attraverso un l'utilizzo di un *database* dedicato.

L'utilizzo della check list, introdotta attraverso una integrazione informatica al registro operatorio, dopo una prima fase di pilotaggio, è entrata a pieno regime essendo applicata da tutte le discipline chirurgiche aziendali.

Trimestralmente sono inviati dal centro di coordinamento i risultati del monitoraggio della check list alle U.O. aderenti al progetto che sono oggetto di incontro/approfondimento.

Il Ritorno informativo include reporting che si compone di:

- cruscotto di sintesi con gli indicatori critici, da analizzare in ciascun contesto, ai fini delle necessarie azioni correttive e di miglioramento,
- report per analisi approfondite e controlli di qualità del dato: database contenente tutti i dati inviati (esclusi interventi con data non conforme), selezionabili con gli appositi filtri e analizzabili con tabelle pivot. Gli indicatori sottolineati contengono un collegamento ipertestuale al report di analisi, nella parte di interesse.

Nel corso del 2013 la checklist SOS.net è stata applicata da parte dell'Ausl di Ferrara, come riportato nel ritorno informativo regionale alle aziende aderenti alla Rete Sale Operatorie Sicure, nel 78,4 % dei ricoveri a DRG chirurgico mostrando un netto progresso rispetto all'anno 2012.

Percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net . Stabilimenti ospedalieri pubblici e privati accreditati nella AUSL Ferrara - Anni 2012-2013

Tipo di stabilimento	ANNO 2011					ANNO 2012					ANNO 2013				
	INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti	
	Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Part ***
PUBBLICO	241.210	39.536	16,4	48	23	229.190	71.565	31,2	50	38	227.771	107.843	47,3	48	39
PRIV. ACCRED.	81.845	23.040	28,2	29	15	76.874	24.955	32,5	29	14	75.680	23.829	31,5	29	14
TOTALE	323.055	62.576	19,4	77	38	306.064	96.520	31,5	79	52	303.451	131.672	43,4	77	53

Azienda Sanitaria		ANNO 2011					ANNO 2012					ANNO 2013				
		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti	
		Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Part ***
USL Fe	Pubb.	8.071	1.615	20,0	5	2	7.098	3.665	51,6	3	2	7.126	5.590	78,4	3	3
	Priv. Accr.	1.212	-	-	1	0	896	-	-	1	0	759	-	-	1	0

*Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati negli anni 2012-2013

**Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net

***N. Partecipanti: gli stabilimenti per i quali sono state caricate le schede nel database SOS.net.

Note tecniche

Nota 1: questo numero è stato ottenuto dal database SOS.net (la gestione dell'archivio è affidata al Policlinico di Modena, mentre le elaborazioni dei dati sono il risultato della collaborazione tra Agenzia Sanitaria e Sociale e lo stesso Policlinico).

Sono incluse nel numeratore diverse tipologie di interventi (ricovero programmato, ricovero in emergenza, day surgery, chirurgia ambulatoriale) che l'attuale versione della checklist non consente di distinguere.

Nota 2: questo numero è stato ottenuto dall'archivio regionale delle SDO, operando una selezione dei ricoveri con dimissione da reparti appartenenti a una disciplina "chirurgica" (Cardiochirurgia pediatrica, Cardiochirurgia; Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Oculistica; Odontoiatria e stomatologia; Ortopedia e traumatologia; Ostetrica e ginecologia; Otorinolaringoiatria, Urologia, Grandi ustionati pediatrici, Grandi ustionati; Nefrologia; Dermatologia, Neurochirurgia pediatria, Urologia pediatrica, Day surgery); sono quindi esclusi dal calcolo del denominatore eventuali ricoveri con DRG chirurgico riconducibili ad altre discipline. Il criterio adottato consente di escludere i ricoveri in cui il DRG chirurgico è associato a una procedura interventistica (come ad es.: angioplastica, ...).

Questa scelta comporta tuttavia un rischio di sottostima (ad esempio nei casi in cui un paziente sottoposto a intervento chirurgico venga trasferito e dimesso da discipline mediche). Inoltre, esiste un ulteriore rischio di sottostima dovuto alla non inclusione delle procedure chirurgiche ambulatoriali (incluse invece, anche se in proporzione non nota, nel numeratore).

Area rischio infettivo

- SORVEGLIANZA ICA

Le attività svolte dagli operatori del Nucleo Operativo Infezioni in Sanitarie nell'anno 2012 sono state le seguenti:

Gli operatori del Nucleo hanno mantenuto stretti rapporti con la "Rete Regionale di Comitati per le infezioni sanitarie" partecipando regolarmente agli incontri regionali con cadenza trimestrale. Nell'anno 2012 gli argomenti trattati dal Nucleo su obiettivi condivisi dalla Rete CIO regionale sono:

- PROGETTO SICHER (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico): è stata completata la formazione per tutta l'area chirurgica e ginecologica dell'Azienda. Anche le Unità Operative di Ortopedia e Ginecologia, hanno iniziato la raccolta dati.
- PROGETTO EUROPEO PREVALENZA: gli operatori del nucleo, dopo apposito corso di formazione predisposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, in collaborazione con la Direzione infermieristica, nei mesi di Ottobre e Novembre, hanno effettuato la raccolta dati per lo studio di prevalenza presso gli Stabilimenti di Cento e Delta.
- PROGETTO ALERT ORGANISM e INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE: si è concordato con la sezione di microbiologia del Laboratorio Unico Provinciale, con sede a Cona, la lista dei microrganismi "Alert". Si è convenuto di adottare una lista unica e condivisa con l'Azienda Ospedaliera. È stato implementato un sistema informatizzato ed automatico per la loro notifica.
Infatti ogni isolamento oggetto di "Alert" viene notificato automaticamente via mail agli operatori del Nucleo addetto alle infezioni. Ad ogni microrganismo notificato gli operatori del Nucleo attuano la relativa indagine. Le indagini si estendono non solo a livello Ospedaliero ma anche alle strutture territoriali e ai MMG dei pazienti in assistenza domiciliare.
- LEGIONELLA: si è mantenuta costante la collaborazione con il Servizio Tecnico per il monitoraggio del microrganismo negli impianti dell'Azienda. Nei casi previsti dalle direttive regionali, sono stati inviati ai reparti interessati gli alert sanitari ed effettuate le relative bonifiche impiantistiche. I Dirigenti Aziendali, hanno partecipato ai gruppi di lavoro istituiti dalla Regione per la definizione di un modello regionale per l'elaborazione del documento del rischio legionella nelle strutture sanitarie.
- PULIZIE AMBIENTALI: il Nucleo operativo, ha prestato la propria consulenza per uno studio pilota per l'introduzione di una nuova metodologia di pulizie ambientali che prevedono l'uso di materiale probiotico. Lo studio ha dato esito positivo e nella seconda parte dell'anno, tale modalità è stata adottata in tutta l'Azienda USL.
- PROCEDURE: è stata elaborata, in ossequio alle disposizioni regionali, la procedura "Gestione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi".
- ATTIVITA' DI FORMAZIONE: sono stati individuati e proposti i temi per la formazione dell'anno 2013. I temi sono: lo stato dell'arte e lo sviluppo del progetto SICHER alla luce della circolare regionale n. **293495 del 24/11/10.**, l'igiene delle mani e la prevenzione del rischio infettivo, la gestione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi. Inoltre sono state previste iniziative di supporto alle realtà territoriali.
- RIDEFINIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE: con delibera 348 del 07/12/2012, la Direzione Aziendale ha ridefinito l'assetto operativo per la lotta alle infezioni sanitarie. Il nuovo nucleo operativo, dispone di tre unità dedicate a tempo pieno alla tematica delle infezioni sanitarie sia ospedaliere che territoriali. Tale nucleo operativo è coordinato da un medico specialista.

Procedure

Nel corso del 2013 anche in ottemperanza alle linee guida regionali afferenti all'area della sicurezza delle cure sono state elaborate le seguenti procedure:

- P.G. di Direzione Sanitaria "Gestione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)";
- Revisione P.G. di Direzione Sanitaria "Gestione dei casi di allontanamento dei pazienti ricoverati nelle U.O. di degenza";
- Revisione P.G. di Direzione Sanitaria "La gestione clinica dei farmaci";
- P.G. di Direzione Sanitaria "Prevenzione del suicidio in ospedale";
- Revisione P.G. di Direzione Sanitaria "Prevenzione, segnalazione e gestione delle cadute accidentali di pazienti in regime di degenza";
- P.G. di Direzione Sanitaria "Sorveglianza mortalità materna";

Altre attività

- Partecipazione al coordinamento regionale dei referenti del rischio clinico e alle attività proposte del coordinamento regionale;
- Presentazione del progetto regionale PRISK al convegno nazionale dal titolo “La Sanità Penitenziaria dopo la riforma - Il modello dell’Emilia-Romagna ed altre esperienze regionali”, promosso dal Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle carceri - Regione Emilia-Romagna - area Medicina Penitenziaria della R-E-R e svoltosi a Bologna in data 30 maggio 2013;
- Segnalazione delle buone pratiche all’osservatorio nazionale AGENAS;

Gestione del contenzioso

L’azienda partecipa attivamente agli incontri per la realizzazione del database regionale del contenzioso e le eventuali revisioni. Da circa 10 anni l’Azienda raccoglie in un data base i dati del contenzioso ed in ragione alle indicazioni regionali si è previsto tempestivamente l’allineamento.

La casistica inserita in questa banca dati viene inoltre utilizzata per assolvere al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale.

Nel data-base regionale per l’ anno 2013 sono stati inseriti 57 sinistri.

Capitolo realizzato da Paolo Saltari, Paola Bardasi e Antonio Alfano.

Il paragrafo “Sicurezza delle Cure” è stato realizzato da Cristiano Pelati, Marika Colombi, Renato Cardelli, Fabio Ferraresi, Giovanni Sessa, Beatrice Govoni, Maurizio Guglielmini, Franco Romagnoni, Erminio Righini, Antonella Beccati, Micaela Pandini, Marcello Cellini, Silvano Nola, Sabina Barison.

4. Condizioni di lavoro, competenze del personale ed efficienza dell'organizzazione



Carta d'identità del personale

Politiche del Personale 2013

Il dato relativo al personale per l'anno 2013 si caratterizza per il ridimensionamento drastico del ricorso al precariato, pari allo 0.87% del totale della dotazione al 31/12 e per la diminuzione del turn-over del personale a tempo indeterminato (35 cessazioni e 19 assunzioni nel corso dell'intero anno).

Le politiche del personale adottate dall'Azienda nel 2013 si sono scrupolosamente attenute alle linee di programmazione volte a definire gli obiettivi di contenimento della spesa per il personale dipendente, approvate dalla R.E.R. con delibera di Giunta n. 199/2013.

Con tali linee la Regione affidava alle Aziende il compito di determinare, in coerenza con il piano di sostenibilità aziendale, la programmazione 2013 nel rispetto di criteri e con modalità comuni a tutte le Aziende del SSR. e specificatamente riguardanti la realizzazione dei sottospecificati obiettivi:

- per l'intero anno 2013, perseguimento del blocco del turn-over per il personale dipendente di profilo amministrativo, tecnico e professionale (dirigenza e comparto);
- predisposizione di un piano annuale di assunzioni a tempo indeterminato rispettoso dell'obiettivo medio regionale di copertura del turn-over fissato al 25% dei posti vacanti al 31.12.2012 e delle cessazioni 2013;
- adozione di tutte le misure idonee a garantire invarianza di spesa rispetto al 2012 per le assunzioni a tempo determinato su posto vacante e per esigenze straordinarie;
- fissazione di un tetto di spesa per le assunzioni a tempo determinato in sostituzione delle lunghe assenze, in riduzione del 20% rispetto a quella sostenuta allo stesso titolo nel 2012;
- miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione dei servizi attraverso processi di integrazione di attività e funzioni tra Aziende o su scala di Area Vasta o su scala Provinciale;
- avvio di politiche di razionalizzazione ed in particolare di integrazione - per attività uguali o affini - delle strutture complesse, valutando anche, nel caso di incarichi rimasti vacanti per quiescenza, l'ipotesi di soppressione o copertura interna, senza oneri aggiuntivi a carico dell'Ente e soprattutto previa e conseguente riduzione dei relativi Fondi.

Il crescente affermarsi di nuovi principi di gestione, fondati sulla progressiva introduzione di criteri di economia aziendale, spostano l'attenzione dell'Azienda verso più efficaci criteri di pianificazione e di controllo sulla gestione.

Questi criteri, che aiutano a migliorare il grado di efficienza, di efficacia e di economicità dell'attività vanno tutti nella medesima direzione di rendere più razionale l'uso delle risorse disponibili.

Il rispetto delle direttive sopra illustrate, unitamente alla necessità di garantire la sostenibilità economico-finanziaria dell'Esercizio 2013, hanno richiesto un governo attento delle risorse disponibili nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione e riorganizzazione del sistema sanitario provinciale.

Il processo di realizzazione della sostenibilità economica, iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico-finanziario è proseguito, in termini di ulteriore miglioramento, con la definizione del Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese per il periodo 2013 - 2016, approvato con Delibera n. 180 del 05.08.2013.

Tale fondamentale strumento di pianificazione, nell'intento di perseguire il pressante vincolo di progressivo miglioramento del sistema sanitario provinciale, ha delineato nuovi interventi di programmazione e di razionalizzazione delle attività che hanno complessivamente coinvolto le reti cliniche assistenziali e interaziendali, l'assistenza territoriale e determinato progetti di unificazione di area metropolitana e di area vasta.

La portata delle azioni messe in campo in tale quadro programmatico, in continuità con disposizioni contenute nella manovra economica del luglio 2011 (L. 111/2011), nella Spending Review e nelle Leggi di Stabilità 2012 - 2013, hanno consentito di realizzare economie, in particolare incidenti sulle dinamiche della spesa del lavoro a tempo determinato. In tale settore di intervento, infatti, il 2013 si è caratterizzato dall'assestamento della spesa per assunzioni a tempo determinato, comprensiva di quella per sostituzioni a vario titolo, al di sotto dell'obiettivo regionale posto che prevedeva (invarianza di spesa rispetto al 2012 per

assunzioni a tempo determinato su posto vacante e per esigenze straordinarie e -20% per assunzioni in sostituzione delle lunghe assenze) ed altresì in termini di ulteriore risparmio rispetto all'obiettivo aziendale inizialmente fissato, nel rispetto delle suddette indicazioni e per la compatibilità con il piano di sostenibilità aziendale.

Le assunzioni a tempo indeterminato nel 2013 hanno riguardato:

- 1) la copertura di posti connessi alla realizzazione del PIANO ASSUNZIONI 2013, come approvato dalla RER nel rispetto delle indicazioni richiamate
- 2) altre, a completamento della programmazione 2012, dopo l'espletamento di regolari procedure concorsuali e di mobilità.

Per quanto riguarda le assunzioni a tempo indeterminato, è stata predisposto Il Piano Assunzioni 2013, dopo una complessiva disamina del fabbisogno aziendale volto a contenere la percentuale di copertura del turn-over nei limiti del 25% dei posti vacanti al 31.12.2012 e delle cessazioni programmate 2013, nel rispetto dei criteri previsti dalla richiamata delibera di Giunta e da successive note della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 81308/2013, 168758/2013 e principalmente rivolta al perseguimento delle sotto specificate finalità:

- copertura di posti necessari a favorire il processo di riorganizzazione aziendale in linea con le specifiche indicazioni contenute nel Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il triennio 2013-2016, indicazioni finalizzate a promuovere il complessivo miglioramento della qualità e sostenibilità del sistema sanitario provinciale;
- copertura di posti di turn-over ritenuti indispensabili per garantire le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza oltre ad un adeguato livello qualitativo degli stessi, in linea con i requisiti previsti dalle norme di accreditamento istituzionale;
- stabilizzazione di posizioni lavorative connesse ad esigenze permanenti e legate al fabbisogno ordinario, ricoperte tramite contratti di lavoro a tempo determinato o con altre tipologie di lavoro flessibile.

Le assunzioni a tempo indeterminato nel 2013 hanno riguardato:

- 1) la copertura di posti connessi alla realizzazione del PIANO ASSUNZIONI 2013, come approvato dalla RER nel rispetto delle indicazioni richiamate
- 2) altre, a completamento della programmazione 2012, dopo l'espletamento di regolari procedure concorsuali e di mobilità.

La realizzazione del Piano Assunzioni 2013, autorizzato dalla R.E.R. con nota P.G. 0254568, si è conclusivamente determinato per assunzione a tempo indeterminato **di n. 13 unità**, in riduzione anche rispetto al vincolo regionale inizialmente stabilito:

Vincolo Regionale	Realizzazione	Realizzazione rispetto al vincolo
20	13	65%

Si riporta di seguito la tabella sui dati di occupazione criterio uomo-anno, al fine di mettere in relazione l'andamento degli organici fra gli Esercizi 2012 – 2013.

DATI SULL'OCCUPAZIONE - CRITERIO UOMO/ANNO			
	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato			
Personale medico e veterinario	457,53	442,65	-14,88
Personale sanitario non medico - dirigenza	56,1	54,87	-1,23
Personale sanitario non medico - comparto	1471,89	1448,61	-23,28
Personale professionale - dirigenza	8,25	7	-1,25
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza	3,66	3,65	-0,01
Personale tecnico - comparto	580,09	573,42	-6,67
Personale amministrativo - dirigenza	20	20	0,00
Personale amministrativo - comparto	253,99	244,75	-9,24
Totale personale a tempo indeterminato	2851,51	2794,95	-56,56
	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo determinato			
Personale medico e veterinario	10,37	7,44	-2,93
Personale sanitario non medico - dirigenza	3,3	2,65	-0,65
Personale sanitario non medico - comparto	14,7	8,76	-5,94
Personale professionale - dirigenza	0,83	1	0,17
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza			0,00
Personale tecnico - comparto	41,46	13,75	-27,71
Personale amministrativo - dirigenza			0,00
Personale amministrativo - comparto			0,00
Totale personale a tempo determinato	70,66	33,6	-37,06
DATI SULL'OCCUPAZIONE - PERSONALE IN SERVIZIO AL 31/12			
	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo indeterminato			
Personale medico e veterinario	454	453	-1,00
Personale sanitario non medico - dirigenza	58	55	-3,00
Personale sanitario non medico - comparto	1493	1481	-12,00
Personale professionale - dirigenza	7	7	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza	4	4	0,00
Personale tecnico - comparto	578	582	4,00
Personale amministrativo - dirigenza	20	20	0,00
Personale amministrativo - comparto	253	249	-4,00
Totale personale a tempo indeterminato	2.867	2.851	-16,00

	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Variazione
Personale dipendente in servizio a tempo determinato			
Personale medico e veterinario	11	6	-5,00
Personale sanitario non medico - dirigenza	3	3	0,00
Personale sanitario non medico - comparto	10	11	1,00
Personale professionale - dirigenza	1	1	0,00
Personale professionale - comparto			0,00
Personale tecnico - dirigenza			0,00
Personale tecnico - comparto	28	4	-24,00
Personale amministrativo - dirigenza			0,00
Personale amministrativo - comparto			0,00
Totale personale a tempo determinato	53	25	-28,00

Anagrafica del personale dipendente

Il dato percentuale del personale a tempo indeterminato ricompreso nella fascia d'età da 55 a 64 anni passa dal 21,44% del 31/12/2011 al 27,22% del 31/12/2013.

Nello stesso periodo resta invariata la percentuale riferita al genere: 72% donne – 28% uomini.

Anagrafica del personale dipendente per genere, con la distinzione del personale assunto a tempo indeterminato e determinato e a orario intero e parziale

Rilevazione al 31.12.2013 Categoria Personale dipendente	Dipendenti n. totale	di cui a tempo determ.	Maschi				Femmine			
			a tempo indeterm.		a tempo determ.		a tempo indeterm.		a tempo determ.	
			a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale	a orario intero	a tempo parziale
Dirigenti del ruolo sanitario	517	9	262		4		243	3	5	
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	12	1	10		1			1		
Dirigenti ruolo amministrativo	20		12				8			
Personale sanitario	1.492	11	292	4	1		1.096	89	9	1
Personale tecnico	586	4	183	3	2		390	6	2	
Personale Amministrativo	249		29	1			199	20		
Altro personale										
Totali	2.876	25	788	8	8		1.936	119	16	1

Personale dipendente per fasce di età e genere nelle singole categorie e complessivo (solo tempo indeterminato)

Rilevazione al 31/12/2013 Categoria Personale dipendente	fasce d'età e genere									
	<= 35		35 - 44		45 - 54		55 - 64		>= 65	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Dirigenti del ruolo sanitario	4	3	43	71	90	76	123	96	2	0
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	0	0	1	0	3	1	6	0	0	0
Dirigenti ruolo amministrativo	0	0	0	0	5	4	7	4	0	0
Personale sanitario	26	99	100	415	104	487	66	184	0	0
Personale tecnico	1	13	23	77	97	191	64	115	1	0
Personale Amministrativo	0	5	0	12	14	107	16	95	0	0
Altro personale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totali	31	120	167	575	313	866	282	494	3	0

Uscite del personale dipendente a tempo indeterminato				
Categorie Personale dipendente	Pensionamenti	Dimissioni volontarie	Trasferimento ad altre aziende	Altre cause
Dirigenti del ruolo sanitario	8	1	4	
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le				
Dirigenti ruolo amministrativo				
Personale sanitario	5	2	4	5
Personale tecnico	1		1	1
Personale Amministrativo	4			
Totali	18	3	9	6

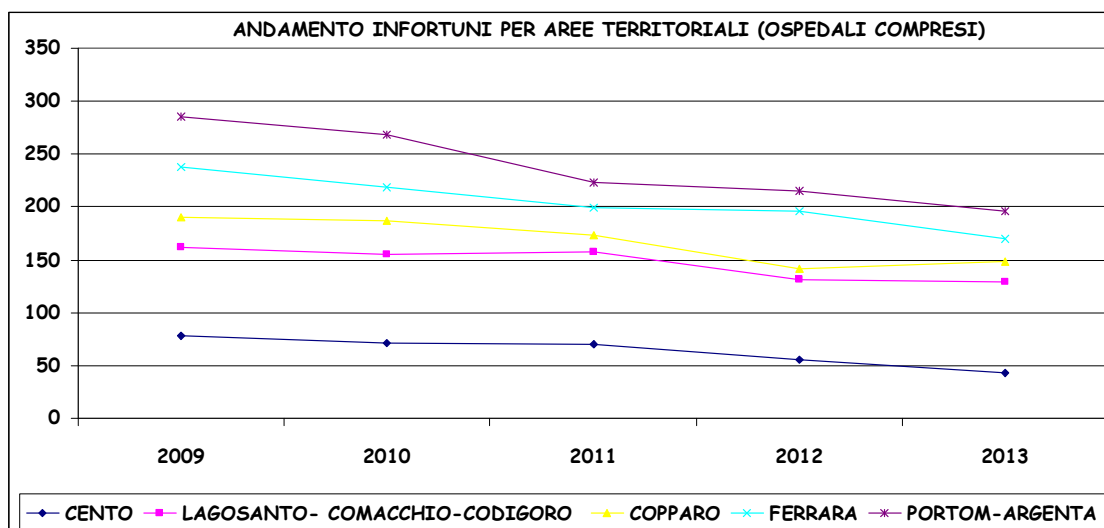
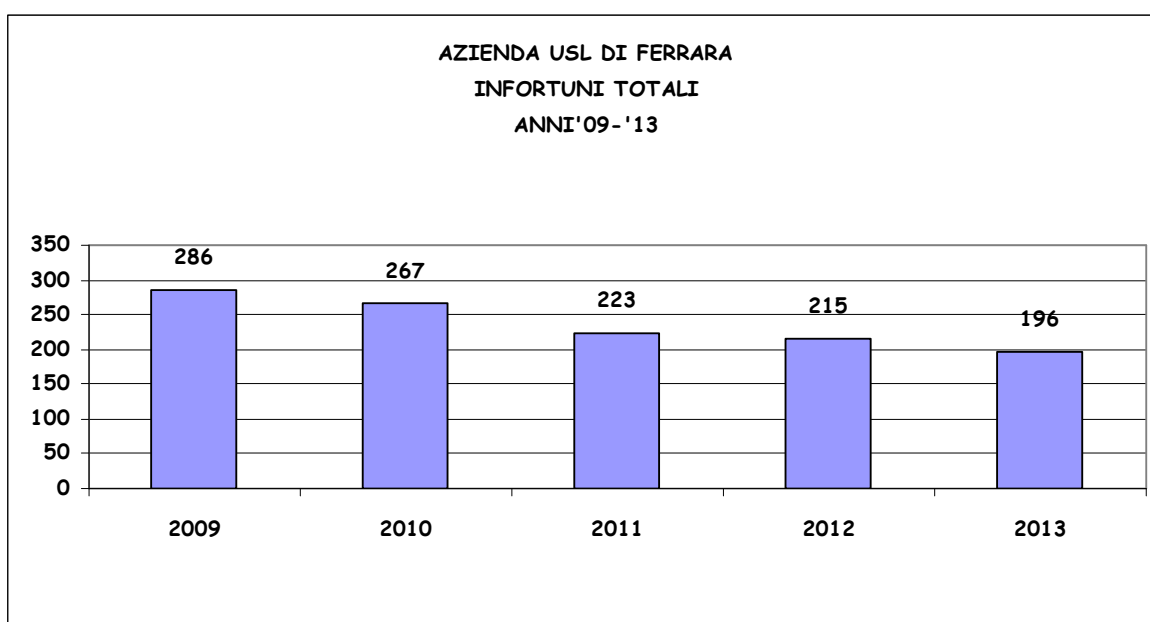
Categorie Personale dipendente	Concorso pubblico	Altre cause e stabilizz.ni	Totale
Dirigenti del ruolo sanitario	6	3	9
Dirigenti ruolo tecnico e prof.le	-		0
Dirigenti ruolo amministrativo	-	-	0
Personale sanitario	3	2	5
Personale tecnico	3	4	7
Personale Amministrativo			
Totali	12	9	21

Gestione della sicurezza e degli infortuni

Il Dipartimento Interaziendale di Prevenzione e Protezione ha tra i suoi compiti istituzionali la prevenzione, il monitoraggio ed il controllo degli infortuni occorsi agli operatori dell'Azienda UsI durante l'attività lavorativa.

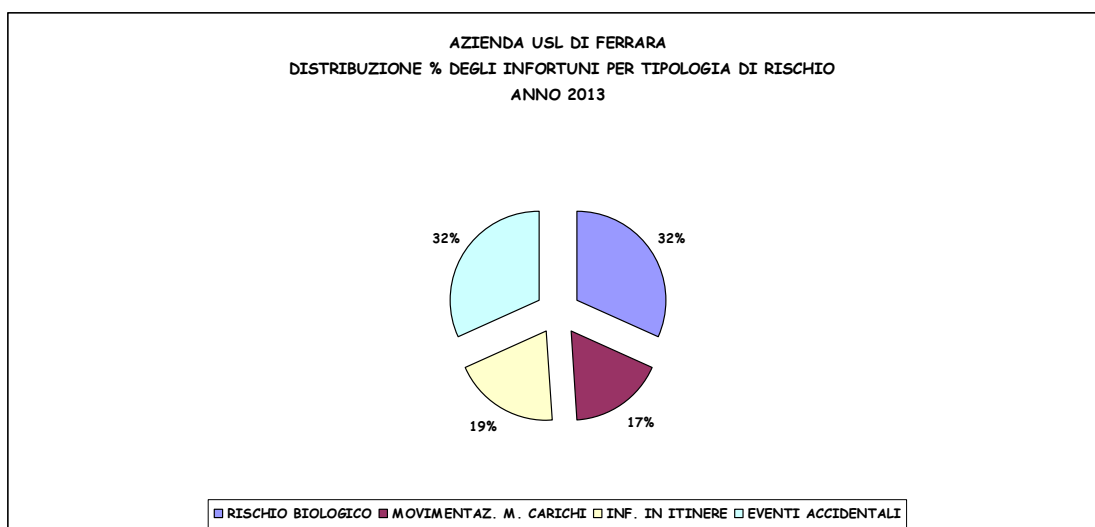
L'intero processo è gestito da una specifica procedura aziendale che prevede dal 2010 un'attività di verifica puntuale delle modalità di accadimento per gli infortuni biologici, da movimentazione manuale dei carichi/pazienti ed accidentali allo scopo di migliorare la sicurezza sui luoghi di lavoro ed attivare le necessarie azioni preventive e/o correttive.

Dal sistema informativo di supporto alla gestione dei dati infortunistici si riportano i seguenti indicatori con riferimento al 2013 dai quali si evince che nell'anno di riferimento il numero totale degli infortuni è calato rispetto all'anno precedente, confermando la tendenza, già evidenziata nel precedente anno, ad una costante diminuzione.



Infortunati 2013 divisi per aree territoriali (ospedali compresi) e tipologia

	BIOLOG.	MMC	ACC	INC ITINERE	TOTALE
COPPARO	4	4	9	2	19
PORTOMAG.	8	5	10	3	26
FERRARA	6	4	6	6	22
CODIGORO	33	13	23	17	86
CENTO	11	8	14	10	43
TOTALE	62	34	62	38	196



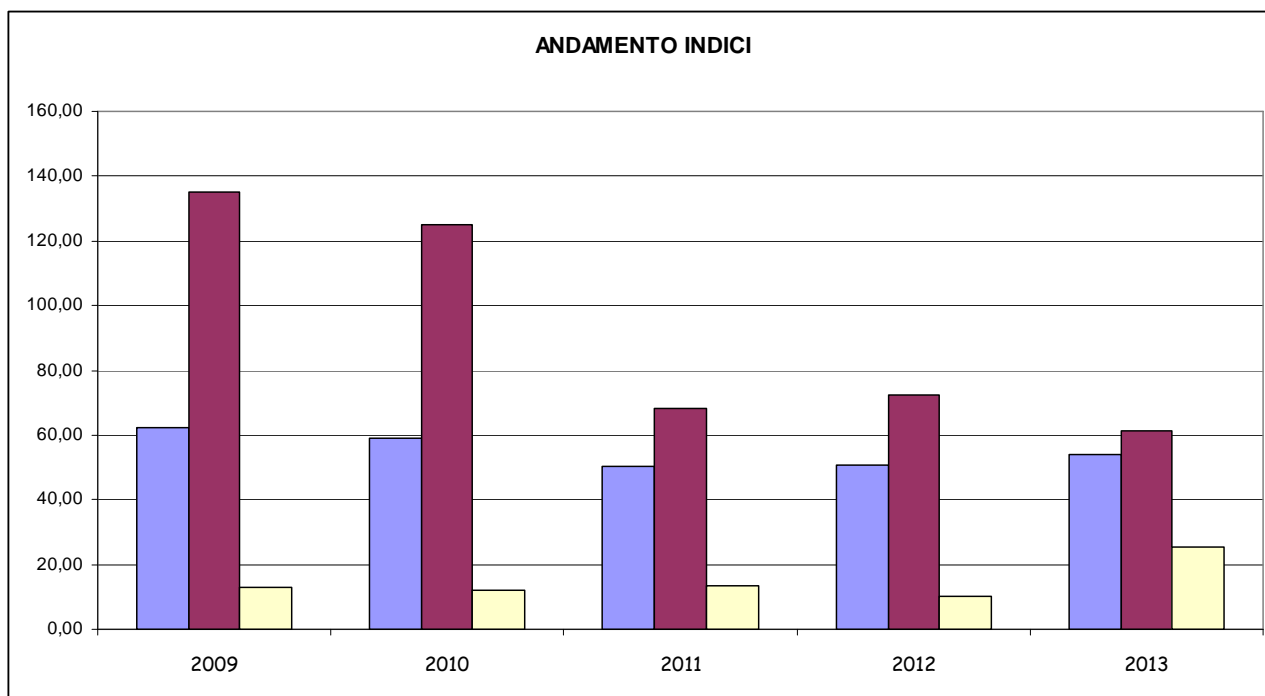
NEGLI ANNI '09-'13

	2009	2010	2011	2012	2013
N° INFORTUNI	286	267	223	215	196
IND. DI FREQUENZA	62,14	59,10	50,36	50,53	54,17
IND. DI INCIDENZA	135,23	125,00	68,22	72,41	61,54
IND. DI GRAVITA'	13,0	12,0	13,4	10,0	25,50

IF(INDICE DI FREQUENZA)=N°INFORTUNI /N°ORE LAVORATE*1000000

II (INDICE DI INCIDENZA)=N°INFORTUNI/N°LAVORATORI*1000

IG(INDICE DI GRAVITA')=N°GG DI INABILITA' /N°ORE LAVORATE*10000



Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: linee generali

La risorsa “personale” costituisce un fattore determinante nella realizzazione delle strategie aziendali di rinnovamento e miglioramento richieste dalla crescente complessità organizzativa delle aziende sanitarie. L’Azienda USL di Ferrara ha attivato percorsi di valutazione del personale delle diverse aree della dirigenza e del comparto, sia per quanto riguarda la valutazione dell’incarico che del risultato.

Valutazione dell’incarico

Per quanto attiene il personale dirigente, il sistema di valutazione dell’incarico è disciplinato da specifico regolamento, sottoscritto con le organizzazioni sindacali delle aree dirigenziali nel 2002, che prevede un percorso su due livelli:

- il primo livello è quello della valutazione di 1° istanza. E’ realizzato dal “superiore gerarchico” del soggetto valutato;
- il secondo livello ovvero la valutazione di 2° istanza è realizzata da un collegio tecnico appositamente nominato.

La valutazione è improntata ai seguenti principi: trasparenza dei criteri, obbligo della motivazione della valutazione espressa, informazione e partecipazione del valutato attraverso la comunicazione e il contraddittorio nella valutazione, sia di 1° che di 2° istanza.

Lo strumento di valutazione è la “scheda” nella quale sono riportati i fattori che costituiscono gli elementi su cui basa la valutazione, che si effettua alle scadenze previste dai vigenti contratti di lavoro e quindi:

- a conclusione dell’incarico: quinquennale per i dirigenti di struttura complessa, triennale per i responsabili di struttura semplice, oltre alla valutazione dei capi distretto e Capi dipartimento, alla fine dell’incarico, con scheda specifica, di impatto sulla valutazione organizzativa ed individuale.
- a conclusione del quinquennio per i dirigenti neo assunti;
- al maturare dei cinque anni continuativi di attività ovvero dei quindici anni (a tempo indeterminato e a tempo determinato) ovvero cinque anni di ruolo per l’applicazione dei benefici previsti dagli artt. 3 e 5 del CCNL sottoscritto l’8/6/2000 – 2° biennio economico, tenuto conto delle limitazioni contenute nel d.l.78 del 2010, convertito nella legge n.122/2010. In particolare, per quanto

riguarda l'attribuzione, ai dirigenti di prima nomina, dopo cinque anni di servizio di incarico con funzioni superiori, in linea con le note e i documenti di indirizzo tecnico – operativo delle disposizioni di contenimento delle spese in materia di pubblico impiego, di cui al D.L. 78/2010 convertito con Legge 122/2010, predisposte dalla Conferenza delle Regioni e dalla Regione Emilia Romagna, l'effetto modificativo della posizione economica a beneficio del Dirigente di prima nomina, che si verifica al raggiungimento della prevista anzianità di servizio, è stato avviato nel corso dell'Esercizio 2013 con il riconoscimento dell'indennità di esclusività e di equiparazione a far tempo dalla data di assegnazione dell'incarico, ai sensi dell'art. 27, comma 1 lett. b) o c), del CCNL dell'8/06/2000 delle Aree delle Dirigenze.

Gli incarichi sono stati assegnati dall'Azienda, nell'Esercizio delle proprie prerogative, provvedendo ad attuare le conseguenti azioni organizzative mediante sottoscrizione di contratto individuale nel quale sono state specificate le mansioni proprie connesse alla natura dell'incarico stesso.

Nel corso dell'anno 2013 con un programmazione aziendale comunicata alle OO.SS. sono stati conferiti n. 13 incarichi ai Dirigenti che hanno maturato i requisiti previsti dalla normativa contrattuale ed è stato conseguentemente posto in pagamento il riconoscimento economico della retribuzione di posizione (nelle sue componenti maggiorate di minima unificata e variabile aziendale), nonché dell'indennità di equiparazione. Il riconoscimento dell'indennità di equiparazione, infatti, dal 1/01/2011 non può avvenire in via automatica (in applicazione delle disposizioni in materia di contenimento delle spese di personale delle Amministrazioni Pubbliche previste dal D.L. 78/2010 convertito con Legge 122/2010), ma è subordinato all'attribuzione di un incarico che sia almeno fra quelli previsti dall'art. 27, comma 1 lett. c) del CCNL – Aree della Dirigenze dell'8/06/2000. Da un punto di vista strettamente economico l'impegno di spesa conseguente alla retribuzione di posizione corrispondente al nuovo incarico affidato ai suddetti Dirigenti, è quantificato dalla griglia di graduazione degli incarichi, definita negli Accordi Sindacali del 23.12.2013 delle varie Aree Dirigenziali ed è stata finanziata con le disponibilità economiche del Fondo per la retribuzione di posizione del CCNL del 6/05/2010, previa verifica della necessaria disponibilità. L'indennità di esclusività è stata corrisposta come conseguenza dell'attribuzione dell'incarico stesso, previa verifica dei requisiti contrattuali (5 anni di servizio sia a tempo indeterminato, sia a tempo determinato purché continuativo), è stata invece posta a carico del conto economico specifico del Bilancio Aziendale.

Nell'ambito dell'individuazione degli incarichi e della relativa graduazione economica degli stessi all'interno del quadro provvisorio di finanziamento del trattamento economico accessorio, sono state raggiunte le intese con le organizzazioni sindacali per la definizione, in particolare, di:

OO.SS. Area della Dirigenza medica e veterinaria:

- Accordo sulla retribuzione di posizione anno 2013 del 23.12.2013 (per l'Area della Dirigenza Medica l'Accordo ha durata biennale: 2013-2014);

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

- Accordo sulla retribuzione di posizione 2013 del 23.12.2013.

Per tutti gli accordi sindacali sopra citati sono stati assolti gli obblighi informativi verso il Ministero dell'Economia e delle Finanze e verso la Regione con l'invio e la pubblicazione sul sito internet aziendale delle relazioni tecnico illustrative con le modalità previste dalla Circolare n. 25 del 19/7/2012 del MEF. Tutti gli accordi sindacali hanno ricevuto parere favorevole in ordine alla certificazione di compatibilità economico-finanziaria di cui all'art. 40 bis del D.lgs. N. 165/2001 da parte del Collegio dei Revisori.

I risultati della valutazione annuale delle prestazioni effettuata dal Nucleo di Valutazione (Organismo di Valutazione Aziendale dall'1.1.2013) concorrono alla formazione della valutazione da attuarsi, da parte del Collegio Tecnico, alla scadenza degli incarichi dirigenziali, così come definiti dai contratti di lavoro.

Nell'anno 2013 è stata introdotta, in fase sperimentale, la valutazione della performance individuale annuale del Personale Dirigente. In questa fase, pur senza ricadute conseguenti sui valutati, l'Azienda ha

ritenuto di doverne testare l'applicabilità assegnandola, quale obiettivo di risultato, ai Direttori di Dipartimento nei confronti dei Direttori delle Strutture complesse, semplicemente consigliandone la sperimentazione a questi ultimi ed ai Responsabili delle Strutture semplici. La scheda predisposta, per ragioni di semplicità volutamente unica per le diverse posizioni e ruoli, ma graduabile per le aspettative previste dai singoli Dirigenti in ciascuno degli item a seconda della posizione ricoperta, era stata presentata al Collegio di Direzione, alle OO.SS. ed al Personale aziendale ed erano state raccolte le osservazioni ed introdotte alcune modifiche. Questo tema è stato trattato dettagliatamente nel paragrafo successivo "Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti: Organismo di Valutazione Aziendale e percorso aziendale 2013".

La valutazione del personale del comparto replica le modalità seguite per il personale della dirigenza. Accanto al sistema della Produttività Collettiva risorsa la cui entità generale è preliminarmente collegata alla percentuale di raggiungimento delle finalità definite nel Piano Annuale degli Obiettivi le finalità del sistema premiante sono perseguite, in via complementare, anche con il sistema della produttività Individuale, quale risorsa destinata al finanziamento di **"Progetti finalizzati"**.

Si tratta di progetti che hanno il carattere di innovazione, realizzano nuovi servizi ed attività, migliorano le modalità di erogazione di servizi preesistenti o, in casi eccezionali, sono finalizzati al recupero di situazioni di arretrato. Per tali progetti la partecipazione è riservata ad un numero limitato di dipendenti che sono individuati dal Responsabile apicale della struttura proponente ciascun progetto.

La progettualità correlata agli incentivi individuali è il presupposto per rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore ai risultati ottenuti ed al miglioramento dei servizi, apprezzandone il rendimento e le caratteristiche professionali.

Tale concezione pone una forte attenzione non solo alla progettazione del sistema affinché esso possa risultare funzionale rispetto alle specificità degli obiettivi prefissati, ma anche agli elementi strumentali e di processo che ne garantiscono la corretta applicazione, secondo un approccio trasparente che assicuri criteri omogenei e definisca con chiarezza regole, responsabilità e ruoli.

Con specifiche Linee Guida pubblicate sul sito istituzionale è stato anche definito il percorso di attivazione e accesso alla produttività:

- l'Azienda dà informazione delle linee guida ai Responsabili di Dipartimento per fornire uno strumento che si colloca nel più ampio processo di pianificazione strategica, di programmazione degli obiettivi coerenti con le strategie;
- i progetti finalizzati sono sottoposti al preliminare esame del Nucleo di Valutazione-Organismo di Valutazione Aziendale cui compete la valutazione tecnica preventiva, il monitoraggio e il riscontro finale del grado di realizzazione degli obiettivi al termine delle attività programmate.

Il budget destinato al finanziamento dei progetti finalizzati è compreso all'interno degli specifici fondi contrattualmente previsti per il finanziamento della Retribuzione di Risultato ed è quantificato come di seguito rappresentato:

Area del Comparto € 70.000 di cui 20.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Medica € 70.000 di cui 20.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Veterinaria € 5.000 di cui 3.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Sanitaria non medica € 10.000 di cui 4.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Area della Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa € 20.000 di cui 10.000 riservati per fronteggiare situazioni di criticità contingente, non prevedibili.

Al fine di definire i criteri e le modalità di distribuzione della quota di risorse, per rendere più vicino alla struttura organizzativa che propone la realizzazione del progetto finalizzato il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore e dare più consapevolezza ed efficacia all'impiego delle risorse messe a disposizione nell'ambito del Fondo della Produttività Individuale, la quota complessiva, viene rimodulata e assegnata alle singole articolazioni aziendali che hanno proposto tali progetti secondo la metodologia per budget. Al termine del processo di valutazione dei progetti da parte dell'Organismo di Valutazione Aziendale, viene definito, a cura dell'Unità Operativa Gestione Trattamento Economico, il budget a disposizione per ogni articolazione organizzativa aziendale (Dipartimento o, in assenza, Unità Operativa/Modulo Organizzativo) alla quale sono stati validati i progetti a suo tempo presentati.

Il Responsabile della struttura ha cura di allineare il valore economico dei progetti da lui medesimo proposti in funzione del budget assegnato e di ridefinire conseguentemente la quota economica di produttività individuale ai propri collaboratori che partecipano alla realizzazione del progetto, dandone adeguata informazione agli stessi.

Nel corso dell'anno 2013 oltre agli obiettivi di programmazione, in via complementare, sono stati implementati "obiettivi finalizzati e specifici" basati sul presupposto di rendere esplicito il valore associato all'apporto offerto da ciascun collaboratore ai risultati ottenuti ed al miglioramento dei servizi, apprezzandone il rendimento e le caratteristiche professionali; tali "obiettivi finalizzati e specifici" si sono sviluppati sul piano dell'efficienza organizzativa sia relativamente al personale impegnato nei processi assistenziali, sia relativamente al personale assegnato a funzioni amministrative con caratteristiche particolari per le aree di riferimento:

- **Obiettivi finalizzati e specifici sviluppati sul piano dell'efficienza organizzativa dal personale afferente le funzioni amministrative (destinati € 105.000 per l'Area del Comparto e destinati € 40.000 per l'Area della Dirigenza Professionale Tecnica ed Amministrativa).**

Con le suddette finalità, nel corso del 2013, così come è avvenuto per l'Area della Dirigenza Tecnico Professionale e Amministrativa, anche per l'area del Comparto è stato inoltre sviluppato e compiutamente realizzato uno specifico progetto finalizzato attinente il Bilancio e i documenti contabili che si è concretizzato con la Revisione delle procedure di comunicazione finanziaria. Tale progetto finalizzato è stato fortemente sostenuto attraverso la partecipazione sentita e collaborativa di gran parte del personale afferente alle funzioni amministrative e tecniche, nelle diverse unità operative e dipartimenti. Il progetto specifico di revisione della procedura di comunicazione dei dati finanziari e contabili all'interno dell'Azienda e verso altre Amministrazioni e Aziende ha richiesto la predisposizione di nuove regole organizzative capaci di incanalare in maniera efficace tutti i dati provenienti dai punti territoriali sorgenti di attività e ha reso necessario l'introduzione del nuovo sistema di diffusione delle informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni, rilevati per attivare un nuovo tipo di accesso civico e abilitare nuovi meccanismi di partecipazione e collaborazione tra Pubblica Amministrazione e cittadini. L'Azienda USL ha canalizzato l'impegno profuso nel perseguimento dell'obiettivo della revisione delle regole di cui sopra con la partecipazione alla selezione per l'OSCAR di Bilancio che premia gli sforzi di quelle Aziende che hanno saputo organizzarsi per fornire all'estremo la migliore informazione, in termini di dettaglio e comprensione. L'assegnazione di tale premio all'ASL di Ferrara pone in evidenza come l'azione di governo della direzione è stato fortemente sostenuta da una partecipazione sentita e fortemente collaborativa di gran parte del personale afferente all'area amministrativa, tecnica o comunque di supporto amministrativo.

- **Obiettivi finalizzati e specifici sviluppati sul piano dell'efficienza organizzativa dal personale impegnato nei processi assistenziali (destinati € 83.800).**

La sostenibilità economico-finanziaria per il periodo 2013-2016, ha richiesto e richiede un governo attento delle risorse disponibili e della spesa sanitaria, nonché la tempestiva attuazione di politiche di razionalizzazione della spesa oltre che di misure di riorganizzazione del sistema, stante il contesto economico finanziario, caratterizzato dalla riduzione contestuale delle risorse disponibili e dalla tendenza all'aumento dei costi gestionali.

Per l'Azienda USL di Ferrara, il processo di raggiungimento della sostenibilità economica, già iniziato a partire dal 2012 con il raggiungimento dell'obiettivo di equilibrio economico finanziario, è proseguito con la definizione del Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrara per il periodo dal 2013-2016, adottato con delibera n. 180 del 05/08/2013.

Nell'intento di perseguire il pressante vincolo di progressivo miglioramento economico del sistema provinciale il suddetto piano strategico ha declinato gli interventi programmatici e le azioni di razionalizzazione che hanno complessivamente coinvolto le reti cliniche assistenziali e interaziendali, l'assistenza territoriale e progetti di unificazione di area metropolitana e di area vasta Emilia Centro per alcune funzioni sanitarie, amministrative e tecniche.

Nell'ambito delle azioni contenute nel Piano Strategico di riorganizzazione, riqualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese si sono realizzate nel corso dell'anno 2013 sia interventi di razionalizzazione e di riorganizzazione con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta per recuperare efficienza e ottimizzare l'utilizzo delle risorse di personale, sia azioni di esternalizzazione di servizi.

Le azioni di revisione organizzativa interna, realizzate attraverso le corrette procedure previste dal Sistema delle Relazioni Sindacali, hanno condotto a processi di riallocazione del personale a tempo indeterminato su posti di turn-over di equivalente profilo degli esercizi di riferimento, ovvero inserito nei piani di miglioramento e sviluppo di servizi approvati nell'ambito della programmazione sanitaria pluriennale di questa Azienda, coinvolgendo sia l'Area Ospedaliera che l'Area Territoriale operando delle profonde trasformazioni dei sistemi assistenziali.

Nel corso del 2013 è stato approvato il regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi di posizione organizzativa che prevede un percorso di valutazione analogo a quello definito per l'area della dirigenza. Per gli incarichi di coordinamento e il sistema di progressione per fasce resta peraltro confermato l'accordo sottoscritto con le OOSS del comparto nel 2010, pur con le limitazioni applicative definite dal DL 78/2010 convertito nella L.122/2010 in merito al divieto di applicazione di automatismi nell'applicazione di benefici economici.

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

La valutazione di risultato è annuale; essa è diretta a verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente nell'ambito del percorso di *budgeting*.

Essa fornisce :

- la valutazione dei risultati complessivi della gestione dei servizi,
- il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato / produttività per tutto il personale dirigenziale e del comparto.

L'Azienda, nel processo di Budget annuale, attribuisce gli obiettivi ai Direttori di Dipartimento (e di Distretto) che, a cascata, li attribuiscono ai Direttori di Struttura Complessa, questi ai Responsabili Struttura Semplice. All'interno delle Unità Operative i singoli Dirigenti possono vedersi attribuire tutti, alcuni od un solo obiettivo, a discrezione del proprio responsabile e coerentemente con l'organizzazione, gli incarichi e le attività. L'attribuzione avviene attraverso meccanismi di negoziazione e di concertazione; la condivisione e l'informazione degli obiettivi di Budget ai collaboratori rappresenta, già dal 2012 uno degli obiettivi di Budget assegnati ai Capi Dipartimento ed alle Strutture Complesse.

Gli obiettivi sono articolati in: Obiettivi 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".

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 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; di tali incontri viene redatta apposita verbalizzazione, trasmessa ai Direttori di Dipartimento ed al NIV. In caso di scostamento > 10% rispetto all'atteso viene fatto un approfondimento di istruttoria, a cura della programmazione e controllo di gestione e del NIV-OVA e sottoposta alla Direzione Generale. Coerentemente con il risultato della valutazione ciascun Direttore valuta il contributo delle Strutture Complesse afferenti e dei loro Direttori che, a loro volta, valutano il contributo delle Strutture Semplici ad essi afferenti e così a cascata. Il risultato viene comunicato a ciascun Dirigente e, nei casi dubbi discusso. In caso di discordanza della valutazione ricevuta rispetto a quella attesa, ciascun dirigente ha facoltà di ricorrere ad una valutazione di secondo livello presso il superiore gerarchico diretto del proprio valutatore.

Collegamento alla componente variabile stipendio:

Dalla valutazione annuale del personale dirigente deriva la corresponsione della quota stipendiale legata allo stipendio di risultato. La valutazione è basata sul raggiungimento degli obiettivi di risultato fissati ad inizio anno (e a sua volta riguarda obiettivi operativi e, a seconda del ruolo, della posizione).

Il riconoscimento economico collegato alla percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget, deriva da specifici accordi con le OO.SS. I citati Accordi Sindacali determinano le modalità di assegnazione delle risorse economiche finanziate dai Fondi della Produttività/Risultato ridefiniti annualmente per le diverse aree di contrattazione. La quota economica, per il personale dirigente, è proporzionata al grado di conseguimento degli obiettivi e, di conseguenza, riconducibile ad una graduazione proporzionale articolata su 4 fasce:

1. in presenza di valutazione pari o superiore al 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 al punto I e II; in particolare dal 2012 sono valutati in capo ai Direttori di Dipartimento e Direttori di Strutture complesse anche gli obiettivi di informazione e comunicazione del Budget ai collaboratori.

Il modello comporta come riscontro documentale dell'avvenuta condivisione del budget per l'anno 2013 i verbali dei Comitati di Dipartimento, in quanto l'obiettivo è in capo ai Direttori di Dipartimento e di Distretto. Gli esiti delle verifiche trimestrali sono pubblicati a cura del Controllo di Gestione sul sito aziendale, trasmesse ad ogni Direttore di Dipartimento, alla Direzione gestione delle risorse umane e al NIV, 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-OVA.

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.

Il Nucleo di Valutazione Aziendale-Organismo di Valutazione Aziendale, per il 2013, ha operato con la composizione di tre elementi esterni all'Azienda con comprovata esperienza nella valutazione del personale: un Direttore del Personale in Aziende Sanitarie Territoriali ed Universitarie, un professore all'Università, un medico direttore di UOC.

Accanto al sistema di retribuzione di risultato / produttività collegata agli obiettivi di budget, è previsto, per tutte le aree contrattuali, un sistema di produttività "speciale", mediante finanziamento di progetti finalizzati, cioè di progetti che hanno un carattere di innovazione, destinata ad un numero circoscritto di operatori, individuati dal responsabile di struttura.

Sistema di valutazione delle competenze e sistemi premianti : Organismo di Valutazione Aziendale e percorso aziendale 2013

Premessa

Dall'emanazione del DLgs. n. 150/2009, la materia della valutazione è stata oggetto di una serie di precisazioni ed indicazioni operative da parte della Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (CiVIT), divenuta nel 2013 Autorità Nazionale Anti Corruzione (ANAC), di integrazioni soprattutto ad opera della L. n. 135/2012 ed anche del DLgs. n. 33/2013, e nell'attesa delle Aziende Sanitarie di indicazioni applicative da parte delle Regioni in termini coerenti con il DLgs. n. 229/1999, con i contratti collettivi nazionali di lavoro e con le precedenti richieste regionali.

Agli Organismi Aziendali di Valutazione competono, oltre alla valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, la promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati nell'ente, il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni e la presentazione alla Direzione Aziendale di una relazione annuale sullo stato dello stesso e l'espletamento delle funzioni attribuite agli organismi di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 2009 da successive leggi statali; tutto ciò in stretta collaborazione con il Responsabile della "trasparenza" e della "prevenzione della corruzione", nominato dall'Azienda. Attualmente, a seguito della creazione di un Organismo Indipendente di Valutazione Regionale, Legge RER n.26/2013 e DGR n. 334/2014, una parte di tali compiti e funzioni verrà dallo stesso vicariato, nelle forme e nelle misure che verranno indicate.

Nella Regione Emilia-Romagna queste indicazioni si sono concretizzate alla fine dell'anno 2012 attraverso un richiamo alla propria DGR n. 1113/2006 e con il documento del 19 dicembre 2012, Reg. PG 2012 n. 298303, riferito all'incontro di pochi giorni prima e relativo al processo regionale di revisione della disciplina dei sistemi di valutazione. La Regione ha poi promulgato il 20 dicembre 2013 la LR n. 26, con la quale, tra l'altro, stabilisce l'istituzione di un Organismo Indipendente di Valutazione regionale: di recente composizione si è ora in attesa dell'inizio delle attività come previsto dalla Delibera della Giunta Regionale n.334 del 17 marzo 2014.

In questa fase estremamente dinamica e non ancora completata, nella quale la Regione ha richiamato le proprie dichiarate intenzioni di *"...non voler affermare e definire un modello unico di sistema di valutazione, compito proprio del livello aziendale, né di suggerire particolari tecniche valutative, ma si propone da un lato di rendere condiviso tra le Aziende l'adozione delle garanzie procedurali necessarie alla gestione dei sistemi, dall'altro di disciplinare in modo omogeneo alcune tematiche, al fine di dare maggiore trasparenza e condivisione ai sistemi e quindi maggiore efficacia ed utilità..."*, la Direzione Aziendale, effettuata una ricognizione del proprio esistente sistema di valutazione del personale e ferme restando le funzioni ed i compiti del Collegio Tecnico, ha in corso dall'inizio dell'anno 2011 un processo di revisione del proprio sistema di valutazione della performance del personale e di riconoscimento dei contributi e dei meriti, graduato sulla tipologia ed importanza degli incarichi ricoperti, orientato maggiormente alla trasparenza e sostenibilità degli esiti e ad una coerenza di "sistema" che ricerca l'impegno di tutti gli Operatori verso i medesimi obiettivi, ciascuno secondo ruolo, qualifica e posizione.

Tali innovazioni hanno seguito ed ancora seguono un percorso di introduzione graduale, preceduto da numerosi momenti di presentazione/formazione, condivisione, affinamento, alla ricerca di una cultura comune che riconosca la valutazione come verifica e riconoscimento trasparente dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, come fase finale di un processo più complesso ed articolato che rivede tutte le fasi del processo gestionale, della individuazione degli obiettivi, condivisione, misurazione, monitoraggio e reporting, per poi ripartire nell'anno successivo con gli aggiustamenti eventualmente necessari.

Il percorso, la cui pianificazione è stata trasmessa anche alla Regione, si trova ormai in avanzata fase di attuazione, ed ha comportato per l'anno 2013 l'introduzione in via sperimentale, tra gli obiettivi di risultato, della valutazione annuale della performance individuale, da parte dei Direttori di Dipartimento sui Direttori

delle Strutture Complesse ad essi afferenti. In sostanza, partendo dalle richieste contenute nelle ultime più importanti misure di riordino nazionale della disciplina in materia sanitaria e dalle indicazioni etiche e gestionali contenute nella dottrina, così come recepite anche dai contratti di lavoro, l'Azienda, con il contributo del proprio Personale Dirigente e delle Organizzazioni Sindacali di categoria, ha individuato dei criteri e degli ambiti per la valutazione annuale della performance del personale dirigente. Tali criteri ed ambiti, in considerazione della presenza di numerosi Dipartimenti interaziendali, sono stati condivisi anche con l'Azienda Ospedaliera S. Anna. Una volta rivisti e validati a seguito della sperimentazione anno 2013, essi sono entrati pienamente operativi nell'anno 2014 per tutto il Personale Dirigente, con l'eccezione dei Professional che vengono valutati ma senza per ora ricadute economiche sulla quota relativa allo stipendio di risultato.

Nel 2013 è operativo il Collegio di valutazione, costituito dall'UO Programmazione e Controllo di Gestione, dall'UO Sistema Informativo, Committenza e Mobilità, alla quale fanno capo anche le funzioni di segreteria e dalla Direzione Aziendale, con l'assicurazione delle garanzie metodologiche da parte dell'Organismo di Valutazione Aziendale.

Ogni anno, a fine esercizio, l'Azienda rendiconta alla Regione Emilia-Romagna i risultati conseguiti sui propri obiettivi economici ed operativi attraverso uno specifico documento, supportato dalle rispettive evidenze. La Regione, a sua volta, analizza il materiale trasmesso e quello in proprio possesso, formulando un documento ufficiale di ritorno, vera e propria valutazione annuale dell'Azienda. Ora in attesa di specifiche indicazioni da parte dell'Organismo di Valutazione Regionale sopra citato, se pur non formalmente tenuta, l'Azienda negli ultimi due anni ha prodotto una relazione sulla propria performance, poi validata dall'Organismo di Valutazione Aziendale che ha prodotto anche un documento di sintesi del raggiungimento degli obiettivi di risultato da parte del Personale Dirigente, per evidenziare i miglioramenti conseguiti e ribadire quelli ancora perseguibili, in termini metodologici e secondo un angolo di osservazione esterno all'Azienda ed ai valutatori del Collegio di Valutazione Aziendale. Dando seguito alle indicazioni regionali, tale valutazione si è attenuta ad osservazioni che riguardano gli aspetti metodologici del processo, in termini di coerenza, trasparenza ed equità, facendo riferimento agli altri componenti del Collegio di valutazione per le criticità eventualmente rilevate nei risultati, il loro approfondimento e le strategie di superamento, strumento funzionale alle successive programmazioni. Tali documenti, pubblicati sul sito aziendale, rappresentano un esplicito esempio di trasparenza dell'Azienda non solamente verso il proprio personale, ma anche verso l'intera Utente. In termini di trasparenza poi, l'Organismo di Valutazione Aziendale ha già provveduto, nel corso dell'anno 2014 a verificare ed attestare l'avvenuto assolvimento dei compiti di pubblicazione sul sito aziendale denominato Amministrazione Trasparente delle informazioni previste per il 31 dicembre 2013, con un successivo aggiornamento nel corso del 2014 (Delibere ANAC n. 50 e 77/2013) e ad esprimere il proprio parere/contributo relativamente al piano triennale per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione ed al codice di comportamento.

Materiali e metodi

Il nuovo percorso di valutazione individuale ed organizzativa, è stato presentato, nel corso dell'anno 2011, al Collegio di Direzione, al Consiglio dei Sanitari ed ai Sindacati. Apportati alcuni aggiustamenti, è stato argomento di una intera giornata di presentazione e discussione con il Personale Dirigente e gli incaricati di Modulo Organizzativo del Personale del Comparto. Durante gli anni si sono utilizzate le occasioni opportune per il rinforzo ed i chiarimenti sul tema ed altre si sono appositamente create attraverso l'incontro con i Dipartimenti interessati e con singoli Dirigenti.

Voluto dalla Direzione Aziendale e concordato nei contenuti e nelle strategie dall'Organismo di Valutazione Aziendale con questa e con l'UO Programmazione e Controllo e Controllo di Gestione e con il Sistema Informativo, Committenza e Mobilità, esso è divenuto operativo fin dalle fasi iniziali del ciclo di budget, dalla individuazione di un numero più contenuto di obiettivi, alla loro rispondenza alla programmazione regionale ed aziendale, alla ricerca di indicatori misurabili e, quando possibile, di outcome, al monitoraggio del loro stato di avanzamento. Tutto ciò utilizzando anche le osservazioni rilevate durante gli incontri di presentazione ed i suggerimenti derivati dalla valutazione degli obiettivi di risultato degli anni precedenti.

La responsabilità dei risultati di tutti i progetti della struttura di riferimento, del loro coordinamento, monitoraggio e della loro reportistica sono stati attribuiti agli specifici Direttori che, a cascata, hanno

assegnato i progetti di competenza alle strutture complesse e queste alle semplici, fino ai Professional. Anche la presentazione, la condivisione e l'aggiornamento sull'andamento in progress degli obiettivi tra tutti i Dirigenti delle UO attraverso specifici incontri sono stati declinati come loro obiettivo individuale.

Inoltre, come sopra riportato, nell'anno 2013 è stata introdotta, in fase sperimentale, la valutazione della performance individuale annuale del Personale Dirigente. In questa fase, pur senza ricadute conseguenti sui valutati, l'Azienda ha ritenuto di doverne testare l'applicabilità assegnandola, quale obiettivo di risultato, ai Direttori di Dipartimento nei confronti dei Direttori delle Strutture complesse, semplicemente consigliandone la sperimentazione a questi ultimi ed ai Responsabili delle Strutture semplici. La scheda predisposta, per ragioni di semplicità volutamente unica per le diverse posizioni e ruoli, ma graduabile per le aspettative previste dai singoli Dirigenti in ciascuno degli item a seconda della posizione ricoperta, era stata presentata al Collegio di Direzione, alle OO.SS. ed al Personale aziendale ed erano state raccolte le osservazioni ed introdotte alcune modifiche. Altri aggiustamenti erano stati apportati dopo successiva valutazione della scheda da parte di Direttori rappresentanti della Dirigenza ospedaliera, territoriale ed amministrativa. Così rivista essa era stata di nuovo presentata alla Dirigenza, assistita in un ulteriore incontro prima della sua compilazione finale. Da segnalare inoltre come, in considerazione della presenza di numerosi Dipartimenti interaziendali nella provincia, sostanzialmente immodificata nei propri item essa è stata "riorganizzata" in accordo con l'Azienda Ospedaliera con la finalità di una adozione comune nell'anno 2014, previa presentazione, ulteriore affinamento e concertazione con le OO.SS. .

La valutazione del raggiungimento da parte del Personale della Dirigenza degli obiettivi di risultato anno 2013, è stata effettuata sui report dei Direttori di Dipartimento, Distretto ed UO in staff alla Direzione, sui risultati dei monitoraggi aziendali relativamente all'impiego di risorse umane ed economiche e sulle integrazioni eventualmente richieste.

Il processo ha previsto l'invio, da parte dei Direttori di riferimento, dei report di autovalutazione all'UO Programmazione e Controllo di Gestione, quale report consuntivo anno 2013 dei risultati ottenuti relativamente agli obiettivi di risultato dell'anno, corredati delle indicazioni ed evidenze necessarie ad una valutazione esterna secondo le finalità indicate dalla RER. L'UO Programmazione e Controllo di Gestione, implementata la documentazione con il report a consuntivo annuale sul consumo delle relative risorse economiche e con quello relativo all'utilizzo di risorse umane ha riportato su supporto informatico, per ciascun obiettivo, una stringa comprendente il titolo, gli indicatori, i risultati, l'autovalutazione e le evidenze a supporto e le ha poi portate in seduta di valutazione collegiale con i rilievi e le richieste di integrazione del caso.

Le pratiche così istruite sono state sottoposte al Collegio valutatore aziendale, costituito dall'UO Programmazione e Controllo di Gestione, dall'UO Sistema Informativo, Committenza e Mobilità, e dalla Direzione Strategica Aziendale e con le garanzie metodologiche assicurate dall'Organismo di Valutazione Aziendale in carica. Le attività ed i progetti in carico ad alcune grosse strutture sono numerose, articolate e complesse. Fondamentale ai fini della valutazione la composizione del Collegio di Valutazione, i cui membri sono stati diretti testimoni dei lavori delle strutture: in taluni casi gli aggiustamenti intervenuti in corso d'opera, i rapporti con l'AO S. Anna, le evidenze in termini di atti formali, i rapporti con la Regione e con le altre istituzioni locali potrebbero essere pienamente evidenziati solamente con un costo, in termini di produzione documentale, in alcuni casi elevato e probabilmente eccessivo.

Di ogni incontro del Collegio è stato redatto apposito verbale.

Ciascun Direttore ha effettuato la valutazione di prima istanza del contributo prestato dalle UO di riferimento ed i loro Responsabili, a cascata, dai Dirigenti a queste assegnati. Il tutto coerentemente con i risultati conseguiti dalla struttura di appartenenza, con il principio della diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore e con quanto indicato dalla Regione Emilia-Romagna nella DGR 1113/2006 e nella nota del 19 dicembre 2012.

Come avvenuto nell'anno precedente, in accordo con l'UO Sistema informativo, Committenza e Mobilità, alla quale fa capo la Segreteria dell'Organismo Aziendale di Valutazione, si è utilizzato e promosso per le comunicazioni il formato elettronico in luogo del cartaceo, ogni volta che le garanzie legali lo hanno consentito.

A conclusione dell'esame di tutte le relazioni il Direttore responsabile è stato informato delle valutazioni di obiettivi "non raggiunti o solo parzialmente raggiunti senza giustificazioni sostenibili". A conclusione dei lavori poi, a ciascun Direttore è stata trasmessa l'esito riportato nelle valutazioni.

Gli obiettivi concordati negli incontri per la discussione del budget sono stati di tre tipi, regionali, aziendali e strategici per le Unità Operative. I macro-obiettivi regionali poi, per ragioni di contestualizzazione e di monitoraggio, sono stati suddivisi in obiettivi specifici, ciascuno con relativa relazione di consuntivo; soprattutto a queste fa riferimento il rendiconto riportato nel presente documento.

Complessivamente sono state esaminate 290 relazioni concernenti gli obiettivi in capo ai Direttori di Dipartimenti, Distretti, Strutture in staff, ciascuna delle quali relativa ad un obiettivo: gli obiettivi regionali sono stati declinati nell'Azienda in specifici e talora numerosi obiettivi per ciascuna struttura.

Per 39 di esse sono state richieste formalmente integrazioni riportate nei verbali, altre sono state prodotte spontaneamente dopo la comunicazione di mancato o parziale raggiungimento di alcuni obiettivi.

Molti Direttori delle strutture esaminate sono stati contattati informalmente per richiedere chiarimenti, talora anche più volte.

Altri chiarimenti o/e conferme sono stati richiesti direttamente ai Referenti Aziendali delle specifiche e trasversali materie.

Esito delle verifiche:

<i>Numero complessivo di obiettivi esaminati</i>	<i>Numero richieste di chiarimenti/integrazioni formalmente verbalizzate</i>	<i>Obiettivi complet. raggiunti</i>	<i>Obiettivi parzialmente raggiunti con giustificazione</i>	<i>Obiettivi non raggiunti con giustificazione</i>	<i>Obiettivi parzialmente raggiunti</i>	<i>Obiettivi non raggiunti</i>
290	40	268	7	7	4	4
%	13,79	92,41	2,41	2,41	1,37	1,37

L'attività ha richiesto un incontro dei componenti l'OVA con la Programmazione e Controllo di Gestione per la definizione dei percorsi, dei metodi e dei criteri, sette incontri del Collegio di Valutazione e della Segreteria, oltre al lavoro di istruttoria della Programmazione e Controllo di Gestione, alle richieste di chiarimenti ed integrazioni, al lavoro della Segreteria, del Sistema Informativo, Committenza e Mobilità ed agli incontri con gli Uffici ed i Referenti.

L'esito delle pratiche concluse positivamente è stato consegnato al Dipartimento Gestione delle Risorse Umane per il calcolo e la corresponsione della quota economica derivante dagli accordi sindacali vigenti e per l'inserimento nel fascicolo personale di ciascun Dirigente. Per gli obiettivi valutati come "non raggiunti o solo parzialmente raggiunti senza giustificazioni accettabili" si è provveduto ad informare il Direttore responsabile per la possibilità di accedere ad una valutazione di seconda istanza, come contrattualmente previsto, e per la valutazione conseguente e coerente delle UO cointeressate al mancato o parziale raggiungimento dell'obiettivo.

Puntando alla sostenibilità massima di ogni valutazione e cercando al contempo di appesantire al minimo il lavoro delle strutture, come avvenuto per l'anno precedente, si è concordato di accettare quali evidenze del raggiungimento degli obiettivi anche le dichiarazioni di avvenuta presentazione o trasmissione dei prodotti prefissati ad assemblee, settori, enti o istituzioni esterni all'Unità Operativa. Considerata la composizione del Collegio di Valutazione, sono stati recuperati i riferimenti e non soltanto i documenti esistenti attraverso il contributo della Direzione, della Programmazione e Controllo di Gestione e del Sistema Informativo e Committenza. In taluni casi si è accettata anche la sola relazione, quando corredata in modo dettagliato dei relativi e specifici dati e quando la produzione delle evidenze fosse ritenuta eccessivamente onerosa. Con il contributo della Direzione Strategica è stato inoltre possibile entrare anche nel merito del contenuto di tali prodotti, avanzare osservazioni sulla natura degli obiettivi di risultato, sull'adeguatezza degli indicatori individuati ed anche su quelli da individuare a livello locale, nei casi possibili, relativamente agli obiettivi regionali che ne sono spesso sprovvisti o che vengono definiti in corso d'opera.

Ora, ultimati i lavori della valutazione, una sintesi dei punti di miglioramento rilevati rispetto alle relazioni sugli obiettivi degli anni precedenti e di quelli ancora possibili, anche in termini di semplificazione.

Nessun contenzioso ha fatto seguito negli ultimi anni alle valutazioni di primo livello, verisimilmente anche a conferma della conoscenza del nuovo processo di valutazione, della sua trasparenza, dell'adeguatezza della composizione del Collegio di valutazione e della qualità del clima aziendale. Non è ancora possibile riferire queste considerazioni anche alle valutazioni appena concluse.

Miglioramenti rilevati e strategie aziendali in atto

Assunzione anche formale delle "Istruzioni operative sul sistema di valutazione aziendale", già oggetto di confronto, divulgazione e graduale introduzione.

Riduzione del numero complessivo degli obiettivi, 453 nell'anno 2010 e 290 nell'anno 2013, adeguata distribuzione sulle strutture aziendali degli obiettivi regionali, aziendali e buona coerenza degli obiettivi specifici delle singole strutture con quelli regionali ed aziendali.

Si mantiene proficua, oltre che contrattualmente congruente, la diretta responsabilizzazione dell'alta dirigenza su tutti gli obiettivi delle strutture di riferimento.

Complessivamente ma non sempre rispettati i tempi per la trasmissione della reportistica all'UO Programmazione e Controllo di Gestione.

In termini di adeguatezza della reportistica il livello medio può dirsi ulteriormente migliorato, nel senso che sembra percentualmente aumentato il numero dei Dirigenti che hanno provveduto a relazioni adeguate e corredate delle necessarie evidenze. In alcuni casi è però ancora ampio il range riscontrato tra le diverse strutture.

Complessivamente decisamente migliorato il sistema di individuazione degli indicatori, per altro quasi sempre misurabili.

Indispensabile e strategico, ai fini della conoscenza diretta, del lavorare insieme e dell'identificazione almeno nel proprio gruppo di lavoro, è stato il mantenimento dell'individuazione formale, quale obiettivo di risultato, della condivisione degli obiettivi e del loro stato di avanzamento all'interno delle varie strutture.

Altrettanto utile il sistema di monitoraggio della Programmazione e Controllo di Gestione che, per quanto basato sostanzialmente sull'autovalutazione, ma non per i dati relativi alle dotazioni di personale ed al consumo di risorse economiche, mensilmente aggiornato, consente all'Azienda una valutazione sull'andamento nel tempo dei vari progetti e sollecita i vari responsabili ad azioni di verifica in progress con la possibilità da parte dell'una e degli altri di eventuali interventi correttivi per il riallineamento.

E' continuata con profitto la disponibilità dei dati definitivi relativamente al consumo di risorse economiche, prodotti nei tempi utili, che consentono una valutazione sicura sia ai Direttori delle strutture che ai valutatori del grado di raggiungimento degli obiettivi economici. Di notevole utilità inoltre, anche rispetto all'anno precedente, la reportistica relativa all'impiego di risorse umane, allineata ai tempi della valutazione e riportante il dato a consuntivo.

La Direzione Generale, in coerenza con il processo di miglioramento richiesto ed intrapreso, in occasione degli incontri per la discussione del budget ha posto in essere le azioni contenute nel documento del nuovo percorso di valutazione relativamente alla prima fase del ciclo di programmazione, controllo, verifica, indispensabili per le fasi successive. Ha allineato inoltre gli strumenti gestionali essenziali per la registrazione, la rilevazione, il monitoraggio e la verifica del consumo di risorse economiche, ora possibile con frequenza mensile. Lo stesso è stato messo in atto relativamente alle risorse umane. In sostanza, l'assunzione di questi strumenti gestionali si è dimostrata fondamentale anche per la valutazione annuale della performance organizzativa del personale.

Dal punto di vista organizzativo è stato decisamente utile l'utilizzo per ciascuna struttura di una stringa su supporto informatico, riportante l'obiettivo ed i relativi indicatori, a cui andare ad affiancare i risultati raggiunti. Ciò ha evitato inutili trascrizioni, controlli degli indicatori e la possibilità di errori. Alla stessa stringa si potrebbe allegare una casella riportante il materiale di evidenza allegato.

Pratica la presentazione sintetica, in formato tabellare, dei report finali delle varie strutture, sottoposti al Collegio di valutazione aziendale.

Principali aree di ulteriore miglioramento

Per quanto riguarda il numero degli obiettivi dell'anno 2013, ridotto ulteriormente rispetto a quello degli ultimi anni, esso potrebbe esserlo ulteriormente escludendo dal novero degli obiettivi di risultato quelli trascinati dagli anni precedenti e le attività correnti proprie delle Unità Operative e contrattualmente dovute, quando non espressamente individuate come obiettivi da indicazioni regionali o quando non rientranti in obiettivi quantitativi strategici aziendali.

Considerati i tempi di individuazione degli obiettivi regionali e quelli necessari per la negoziazione del budget a livello locale, il primo report di monitoraggio dell'anno potrebbe essere formalmente spostato alla fine del primo semestre, ferma restando la rilevazione mensile dell'impiego di risorse economiche ed umane.

L'assenza o l'imprecisione di taluni indicatori degli obiettivi regionali contrasta con una forma di valutazione trasparente e sostenibile; nella loro declinazione a livello locale è necessario continuare l'impegno all'individuazione di indicatori soprattutto di efficacia.

In alcuni casi il Direttore della struttura non ha risposto secondo gli indicatori concordati, inducendo a ricercare le evidenze presso gli uffici preposti o a richiedere integrazioni. Ciò comporta inutili ritardi del processo e, soprattutto con la nuova organizzazione della valutazione voluta dalla Regione, che la prevede in carico ad uffici interni all'Azienda, un dispendioso ed evitabile sovraccarico lavorativo degli stessi. Puntuali e documentate invece le integrazioni spontaneamente prodotte a seguito della comunicazione di mancato o parziale raggiungimento di alcuni obiettivi.

La casistica del mancato raggiungimento dell'obiettivo per cause esterne ed indipendenti dalla volontà e dalle possibilità di intervento richiede probabilmente un utilizzo maggiore della revisione di budget, con la rinegoziazione e la sostituzione dell'obiettivo.

Da migliorare, nel caso di obiettivi trasversali, l'identificazione del responsabile e delle specifiche azioni con i responsabili delle singole fasi, e la completa assegnazione a tutte le strutture concorrenti.

Pur migliorata, talora la reportistica assume ancora un carattere autoreferenziale, a scapito a volte di necessarie evidenze. Anche se si tratta di valutazioni interne, certamente favorite dalla composizione del Collegio di valutazione, e pur assumendo come certa la lealtà del Dirigente, l'attività di verifica, per essere tale, deve necessariamente basarsi su prove documentali di quanto asserito ed è indispensabile, per quanto qui in argomento ma ancor più per i numerosi altri risvolti professionali propri dell'attività di un dirigente, che egli possieda con chiarezza questo concetto ed operi di conseguenza, a tutela sua e dell'Azienda. Nella fattispecie poi anche considerando come tutto ciò sia stato argomento anche di incontri di formazione e sia stato ribadito negli ultimi anni in ogni occasione opportuna. Attualmente, l'istituzione poi di un Organismo Indipendente di Valutazione della Regione, induce ad una ricerca ancora più forte delle evidenze, dovendo i risultati essere ancor più chiaramente ed immediatamente riconoscibili anche da terzi, in questo caso del tutto esterni all'Azienda e probabilmente poco propensi a richiedere i numerosi chiarimenti ed integrazioni che si sono resi necessari anche quest'anno.

In sintesi, a fronte di un ulteriore complessivo e sostanziale miglioramento nell'intero processo, va presidiata, l'integrazione tra le strutture aziendali, e la loro omogeneizzazione rispetto all'intrapreso percorso di condivisione sul sistema di valutazione.

Proposte

Dopo aver chiesto alla Dirigenza uno sforzo adattativo al nuovo modello di valutazione, che poi di fatto ha investito l'intero ciclo gestionale, è necessario continuare l'impegno verso la sua massima razionalizzazione, intendendo con questa la riduzione che ne dovrebbe conseguire del carico di lavoro amministrativo al quale sono stati chiamati i Dirigenti e gli uffici preposti.

Il perseguire una costante riduzione del numero degli obiettivi di risultato, concentrando l'attenzione su quelli maggiormente importanti, assegnando loro un peso differenziato a seconda dell'importanza attribuita ed escludendo quelli maggiormente attinenti alle attività ordinarie, è una primaria finalità del sistema. L'atteggiamento generale di collaborazione del Dirigente, compresa la sua adesione alle richieste nella materia qui in argomento, potrebbe essere valutato attraverso la scheda di valutazione individuale annuale, evitando di far assumere ad ogni attività il rango di obiettivo di risultato.

Conseguentemente, il monitoraggio, strumento gestionale imprescindibile, insieme ad coinvolgimento metodologico ed operativo dei servizi di line, potrà essere meglio graduato, anche in considerazione dei tempi di trasmissione degli obiettivi regionali e, conseguentemente, di discussione del budget aziendale.

Molto potrà supportare il processo di informatizzazione delle attività amministrative e sanitarie, già avviato dal 2011 in Azienda. L'obiettivo sarebbe quello di finalizzare il sistema informativo aziendale ad una reportistica sui flussi di maggior importanza con periodicità ristretta o, meglio ancora, considerando la varietà delle necessità delle Unità Operative, di strutturare un sistema informatico alimentato in continuo e di accesso a tutte le Unità Operative, almeno nelle parti di interesse, attraverso un buon software di raccolta dati, satellite di una piattaforma comune almeno aziendale (meglio interaziendale e, per quanto possibile, compatibile con altri sistemi: regionale, anagrafi comunali, I.N.P.S., Camera di Commercio, ecc.). Per quanto ambizioso ed impegnativo anche in termini di investimenti economici immediati, come già affermato in altre occasioni, si ritiene che esso rappresenti un intervento strutturale strategico ed ineludibile, da coordinare comunque, con le strategie regionali di settore.

E' opportuna anche una migliore contestualizzazione degli obiettivi regionali, dotandoli di indicatori chiari e misurabili per quanto attiene ai risultati attesi, soprattutto in termini di efficacia. Da affinare, sempre e comunque, anche la costruzione degli indicatori, affinché meglio rispondano alle esigenze del processo. Ad esemplificazione: la percentuale di raggiungimento richiede necessariamente l'indicazione del denominatore. Per gli obiettivi di risparmio in ambito farmaceutico, oltre ad indicare con chiarezza, come avvenuto già dall'anno 2012, se si tratti di risparmio complessivo sulla spesa, sul valore o numero delle DDD, o sul numero dei pezzi prescritti (medesime considerazioni per la distribuzione diretta dei farmaci), il valore considerato dovrebbe essere rapportato sempre alle attività, rendendo in questo modo possibile una corretta valutazione relativa che perderebbe di significato se espressa in valori assoluti.

In sintesi, il 2014 vede la programmazione di un percorso nel quale sono presenti le seguenti proposte di interventi finalizzati al proseguimento del percorso di miglioramento che l'Azienda ha inteso intraprendere. Nell'ambito del processo in corso di modifica della cultura della valutazione con un suo orientamento verso un'impostazione meritocratica, di riconoscimento dei risultati raggiunti, potrebbe essere utile riorientare gli accordi sindacali nella parte riguardante la (non) corresponsione economica, concertando e contrattando diversi livelli di proporzionalità rispetto al raggiungimento degli obiettivi, ottimizzando la soglia della valutazione di obiettivo raggiunto, verso una percentuale intorno al 50% o inferiore ad essa, ovviamente con garanzia del contraddittorio.

Saranno evitate, quando possibile, soglie precise di raggiungimento dell'obiettivo qualora queste rappresentino il valore al quale tendere più che il valore realisticamente raggiungibile, in quanto anche il suo massimo avvicinamento rende l'obiettivo letteralmente non raggiunto, anche a fronte di minime differenze e di un eventuale massimo impegno degli Operatori. Sarebbe più adeguato, a seconda dei casi, individuare il valore al quale tendere e la soglia realisticamente raggiungibile sotto la quale considerare l'obiettivo non raggiunto: il range compreso tra i due valori consentirebbe in questo caso il riconoscimento percentuale dell'impegno profuso e dei risultati conseguiti, evitando risposte del tutto o nulla, o valutazioni discrezionali non sempre sostenibili.

Come avvenuto negli ultimi anni, per ragioni di trasparenza e coerentemente con le politiche aziendali adottate, considerata ancora la presenza, in una parte delle strutture, di una certa disomogeneità tra il processo di miglioramento voluto e promosso dalla Direzione Aziendale e la sua reale implementazione e dato che quanto richiesto è risultato dai contenuti delle norme nazionali e regionali e da logiche gestionali diffuse e condivise, constatati l'impegno e la gradualità messi in campo dall'Azienda per la divulgazione, la motivazione e la condivisione di quanto richiesto, confermato l'impegno prestato in tale direzione da diverse strutture ed i risultati conseguiti, sono stati svolti diversi incontri con il Collegio di Direzione per la sintetica esposizione dei progressi riportati e delle principali criticità rilevate e per la rilevazione delle difficoltà che ancora sono di ostacolo e delle proposte per un loro superamento. Nell'occasione potrà essere dichiarata la disponibilità ad eventuali ulteriori chiarimenti relativamente all'implementazione, per l'anno in corso, della scheda di valutazione individuale annuale.

Previsioni ed aspettative

A seguito dell'assunzione anche formale del documento di revisione del nuovo processo di valutazione, del buono stato di avanzamento in termini di sua implementazione e della sperimentazione effettuata sulla valutazione individuale, è lecita, per gli obiettivi anno 2014, l'aspettativa di una situazione ulteriormente migliorata in termini di personalizzazione della scheda di valutazione, che si vorrebbe consegnata a ciascun Dirigente dal proprio Responsabile e controfirmata dallo stesso, entro i primissimi mesi dell'anno, per una valutazione globale che comprenda percentualmente una parte collegata ad obiettivi operativi, una parte incentrata sulla valutazione individuale (comportamenti, preparazione tecnica, capacità relazionali, gestionali, ecc.) ed una parte, per i preposti, basata sul rispetto degli obiettivi economici. Ai singoli obiettivi compresi nelle due o tre parti della scheda, andrebbe attribuito uno specifico peso. Il risultato delle valutazioni individuali anno 2014, in quanto introdotte in forma sperimentale per i Professional, non dovrebbe avere impatto sul livello retributivo, mentre a seguito della sperimentazione effettuata, esso è stato formalmente introdotto per i Dirigenti di livello superiore (Struttura semplice, semplice a valenza dipartimentale e complessa, Distretto, Dipartimento, Uffici di Staff).

In ragione della presenza di Dipartimenti interaziendali tra l'AUSL e l'azienda Ospedaliera Sant'Anna, e dando seguito alla condivisione della scheda di valutazione individuale avvenuta con l'Organismo di Valutazione dell'azienda Ospedaliera, ci si attende l'introduzione anche per quest'ultima della scheda comune individuata.

Nel 2014, anche alla luce della nuova normativa sulla PA in cantiere, dovranno essere analizzati i percorsi di ed i modelli di valutazione del Personale del Comparto che colleghi, per quanto possibile, i suoi meccanismi di premialità con gli obiettivi del Personale Dirigente: tante sono le attività che richiedono l'impegno congiunto, pur con ruoli diversi, di personale sanitario a diversa qualifica, ed anche di tipo tecnico-amministrativo e tanta importanza rivestono per i servizi diretti all'utenza e per le attività di supporto e gestionali anche i comportamenti propositivi, tecnici e relazionali di tutti i membri di un gruppo di lavoro.

Compatibilmente con l'emanazione di eventuali nuove Direttive Regionali, e fino a nuove indicazioni operative, si procederà con il percorso aziendale sviluppato nel 2013, attraverso il Collegio di Valutazione che comprenda l'apporto della Direzione Aziendale, della Programmazione e Controllo di Gestione e del Sistema Informativo, in linea con quanto richiesto dalla RER rispetto alla identificazione di una funzione interna deputata alla Valutazione.

Infine, in considerazione della mole di lavoro necessario, della sua coincidenza almeno parziale con la determinazione e negoziazione del budget e dei tempi disponibili attualmente piuttosto ristretti, sarà utile prefissare un calendario coerente con la nuova procedura di regolamento regionale sul Budget, all'interno del più complessivo processo di certificazione dei bilanci (PAC) che la Regione Emilia-Romagna sta portando avanti. Tale procedura sarà adottata come Regolamento dall'Azienda nel corso del 2014. Tutto ciò favorirà, un confronto diretto con un numero maggiore di Dirigenti, a vantaggio della condivisione e della collaborazione al nuovo percorso.

Benessere organizzativo

Azioni sviluppate dal CUG nel 2013

- Riunioni

L'attività del CUG ha previsto sia azioni di progetto di cui parleremo di seguito, che riunioni periodiche, che nell'anno 2013 hanno consolidato l'istituto dell'audizione di interlocutori interni ed esterni.

Si ricorda che già dall'anno 2012 le riunioni CUG sono accreditate ECM con la formula della formazione sul campo. Per dar modo al più ampio numero di persone di essere al corrente e partecipare delle azioni del CUG, nonché di acquisire crediti ECM, alle riunioni ufficiali sono state affiancate riunioni 'di recupero'. Si dettaglia di seguito il calendario delle riunioni.

Riunioni CUG 2013	presenti
<p>31 gennaio 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sessione di confronto sul Codice Etico di comportamento con la Presidente del CUG del Comune di Ferrara • Comunicazione alla Direzione aziendale per proporre la completa applicazione delle Linee Guida per il funzionamento del CUG 	18
<p>28 marzo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrizione contenuti Carta delle Pari opportunità per la firma da parte dell'Azienda USL Ferrara; • Descrizione dei contenuti della bozza di Accordo di cooperazione strategica con la Consigliera di Parità provinciale (a cura della Consigliera di Parità Provinciale); • Presentazione dei contenuti del progetto 'Gentili, nonostante la crisi' in collaborazione con l'Università di Ferrara, da presentare all'INAIL per finanziamento (non ottenuto) • Presentazione di proposta da parte del Comune di Ferrara di convenzione per l'attribuzione di 10 posti all'Asilo nido di via Salice, per figli o nipoti di dipendenti AUSL – con la formula di nido aziendale (relatore Direttore Istituzione scolastica comunale) 	19
<p>16 maggio</p> <p>Deliberazioni :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accordo di cooperazione strategica con la Consigliera di Parità; • Adesione Carta delle Pari opportunità 	13
<p>11 settembre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sito aziendale: descrizione dell'area CUG rinnovata in ottemperanza Legge trasparenza; Richiesta di parere su prima bozza Vademecum per le/i dipendenti e modifiche al Codice Etico di comportamento in vista della deliberazione • Adesione Protocollo provinciale a contrasto omofobia; • Aggiornamento su Progetto con Direzione Territoriale del Lavoro e Consigliera di Parità provinciale di una indagine su patologie oncologiche (questionario on – line) 	18
<p>11 dicembre</p> <p>Udienze conoscitive :</p> <ul style="list-style-type: none"> • descrizione dei dati emersi dalla rilevazione sui percorsi casa-lavoro dei/le dipendenti (relaziona il Mobility Manager aziendale) • il Codice di Comportamento dei/le dipendenti dell'AUSL Ferrara in base alle disposizioni normative sulla trasparenza e il Codice Etico proposto dal CUG; Nuove disposizioni sulla rendicontazione in merito al Benessere organizzativo (relaziona il Responsabile della Trasparenza) • Presentazione del progetto CUG in collaborazione con il Dipartimento ICT aziendale : 'Verso l'Azienda 2.0 in ottica di pari opportunità'. 	15

Vengono invitati alle riunioni: i componenti del CUG titolari e supplenti, il Direttore Generale, la Direttrice Amministrativa, la Direttrice dell'U.O. Risorse Umane, il Referente per le relazioni sindacali, la Consigliera di Fiducia (a seguito di contratto rinnovato) : La Consigliera di Parità Provinciale è stata invitata fino a prima della stipula dell'Accordo Strategico territoriale di cui si approfondirà di seguito.

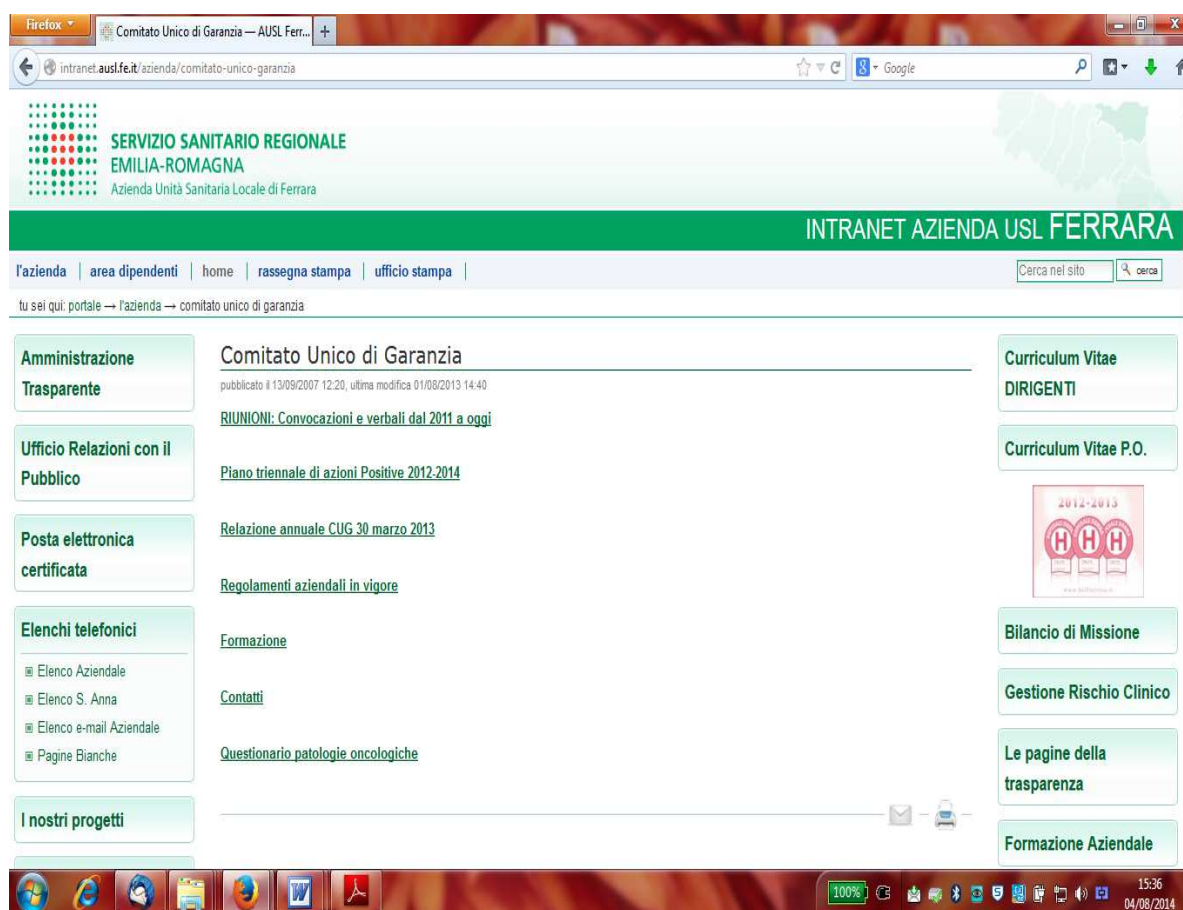
Il numero dei membri è notevole. Le presenze alle riunioni, per la natura stessa dell'organizzazione del lavoro in sanità, risentono della giornata individuata. Per esempio fissare gli incontri di mercoledì pomeriggio penalizza le persone che in quel pomeriggio hanno impegni ambulatoriali fissi, mentre di giovedì pomeriggio, sono penalizzate altre persone, in modo costante.

Si è quindi provveduto a organizzare riunioni 'di recupero' che si sono tenute nei giorni: 10-11 luglio; 7 agosto; 26 settembre, per un totale di 23 presenze. Tra i dipendenti inquadrati nel contratto Sanità, diciotto persone, compresa la Coordinatrice di corso, hanno maturato le ore di frequenza sufficienti all'attribuzione di 10 crediti ECM.

· Aggiornamento dell'area del sito WEB aziendale dedicata al CUG

Sulla Homepage aziendale è consultabile un'area dedicata al CUG all'indirizzo <http://intranet.ausl.fe.it/azienda/comitato-unico-garanzia>.

Nell'estate 2013, anche in ottemperanza delle nuove norme sulla trasparenza, si è provveduto a rendere più chiaro e fruibile il contenuto del sito che si presenta con le seguenti voci:



Sotto la voce RIUNIONI: Convocazioni e verbali dal 2011 a oggi, sono consultabili le copie di entrambi i documenti riferiti alle riunioni, nonché eventuali allegati. Oltre al Piano delle Azioni Positive 2012 – 14, è pubblicata anche la relazione annuale consegnata a marzo 2013 e riferita al 2011-12.

Per 'Regolamenti aziendali in vigore' si intende l'elenco dei regolamenti, frutto del censimento compiuto nell'estate che oltre al Regolamento CUG '11 + Delibera n. 307/11 con nomina dei Vicepresidenti e della Segretaria, contiene anche i titoli e testi di:

1. Autorizzazione Incarichi extraistituzionali (Regolamento) 2012
2. Comportamento etico AUSLFE (ALLEGATODelibera N. 273) 2009
- 2 bis. Comportamento etico AUSLFE (Delibera N. 273) 2009
3. ComportamentoPA (CODICE NAZdecreto 62) 2013
4. Fascicoli personali (Regolamento) 2012
5. Formazione (Regolamento) 2004
6. Mensa aziendale (Regolamento) 2012
7. Permessi sindacali - Utilizzo (Regolamento) 2011
8. Procedimenti disciplinari COMPARTO (Delibera143) 2012
9. Procedimenti disciplinari DIRSPTA (Delibera143) 2012
10. Procedimenti disciplinari DIRMEDV(Delibera143) 2012
11. Protezione dati personali - Codice (Linee Guida) 2003
12. Sicurezza dati - Documento programmatico (Delibera) 2012
13. Trattamento di trasferta (Regolamento) 2011
14. Disciplinare sull'utilizzo di internet e della posta elettronica

Il censimento ha rivelato una notevole quantità di Codici e Regolamenti che i/le dipendenti dovrebbero rispettare, ma di cui non sono nemmeno a conoscenza. A quelli già raccolti, andranno aggiunte le nuove disposizioni in materia di anticorruzione. La conoscenza dei vari codici è oggetto di divulgazione all'interno dei corsi di formazione.

Nel gennaio 2014 è stato approvato un Piano comunicativo specifico volto a curare la maggiore diffusione interna della conoscenza del CUG ed a rendere ancora più accessibile l'area del sito ad esso dedicata.

· Codice etico di comportamento

Il CUG già dalla sua costituzione ha preso atto della Delibera n. 273 del 7 settembre 2009 'Recepimento e approvazione Codice di Comportamento per la tutela della dignità delle lavoratrici e dei lavoratori dell'Azienda USL di Ferrara', nonché il testo di Codice correlato. Nel 2013 il CUG ha deliberato di avviare l'aggiornamento del Codice entro il giugno 2014. I contenuti sui quali un gruppo di lavoro dedicato sta riflettendo, riguardano le violenze sul luogo di lavoro, in particolare da parte dell'utenza e una interessante collaborazione con l'Università di Ferrara che ha elaborato un Vademecum anti-stalking che verrà arricchito da una parte a cura dell'AUSL sulle procedure e i suggerimenti a prevenzione delle anti-violenza.

· Consigliera di fiducia e Sportello d'ascolto

Il CUG dal suo insediamento ha deciso di avvalersi della collaborazione di un avvocato del Foro di Verona, già nominato Consigliera di Fiducia con delibera n. 258 del 18 giugno 2010 (per gli anni 10-13). Per favorire i contatti con la Consigliera è stato allestito un indirizzo di posta elettronica consiglierafiducia@ausl.fe.it e diffuso il numero di cellulare di suo riferimento. La funzione di Sportello d'ascolto è stata assunta pro tempore dalla Presidente.

Dalla sintesi di fine mandato 2013 della Consigliera di Fiducia è possibile desumere una situazione relazionale che non presenta, almeno per quanto giunto di segnalazione, situazioni afferibili a mobbing, discriminazioni o violenze tra colleghi conclamate e perduranti. D'altro canto la formazione offerta ininterrottamente dal 2008 su questi temi a centinaia di dipendenti e i servizi d'ascolto (Sportello e Consigliera di Fiducia) hanno verosimilmente inciso in modo positivo nel creare un clima di attenzione volto a scongiurare il permanere delle situazioni di disagio. Le consultazioni nell'anno 2013 sono state nell'ordine della decina, con un'attivazione subitanea dei dispositivi del CUG, tanto da vedere la ricomposizione degli avvenimenti nel giro di qualche mese in tutti i casi.

Esiste da qualche anno un caso di stalking lavorativo di ex-paziente su medico donna, caso che ha sollecitato l'adozione di procedure a contrasto e a prevenzione di questo specifico fenomeno. Nel gennaio 2014 è stato organizzato un seminario dedicato al tema, con la collaborazione di Università, Comune di

Ferrara, Provincia, Consigliera di Parità e in coerenza a quanto proposto dalla Rete antidiscriminazione regionale. Nell'agosto 2013 l'Azienda si è dotata delle funzioni di Consigliera di Fiducia.

· Formazione : Progettazione, sviluppo e offerta di seminari formativi ai componenti del CUG e a tutte/i le/i dipendenti. Offerte comprese nel PAF Piano Formativo Aziendale.

In accordo con l'Ufficio Formazione Aziendale, si è convenuto di continuare l'attività formativa già programmata dai Comitati Pari Opportunità e Mobbing. Il tema delle Pari Opportunità dal 2008 era stato approvato come tema trasversale della formazione. Dal 2012 a esso è stato aggiunto il tema 'equità'.

Il Piano Formativo 2013 è stato approvato in data 18 aprile 2013 (Delibera n. 77) e per il CUG era previsto il proseguo della rete di collaborazione anche con il CUG dell'Università di Ferrara e del Comune di Ferrara per alcuni seminari. Come già citato, dal gennaio 2013 le riunioni del CUG vengono accreditate ECM come 'Comitati Aziendali permanenti'. Tra i dipendenti inquadrati nel contratto Sanità, diciotto persone, compresa la Coordinatrice di corso, hanno maturato le ore di frequenza sufficienti all'attribuzione di 10 crediti ECM.

La formula didattica dei seminari è quella dei piccoli gruppi (25 persone) in moduli di quattro ore l'uno. Le ore complessive sono state 58, le persone coinvolte 145 sui temi (oltre alla formazione CUG): Diversity management: la nuova sfida della gestione del personale; Strumenti per la gestione dell'etica delle relazioni; Gentilezza: azioni per stimolare i collaboratori; Prevenire il disagio lavorativo e lo stress lavoro correlato in ottica di genere.

· Il programma di lavoro inviato al Direttore Generale

Il programma di lavoro inviato al Direttore Generale per l'anno 2013, coerente con il Piano delle Azioni Positive, prevedeva le seguenti azioni o già concluse o in via di conclusione, quindi :

1. Favorire la pubblicizzazione dell'attività del CUG nelle pubblicazioni ufficiali e nelle iniziative pubbliche riferite all'attività istituzionale dell'AUSL di Ferrara e collaborare con altre istituzioni per l'organizzazione di convegni, la partecipazione ad iniziative di ricerca e gruppi di studio, in materia di pari opportunità ed equità;
2. Inserire la cultura di genere ed il rispetto delle pari opportunità nei programmi di formazione aziendale, per la qual cosa si chiede di prevedere la presenza di un rappresentante CUG nei luoghi di decisione del programma annuale della formazione;
3. Redigere alcune parti di Bilancio di genere che si propone vengano inserite nel Bilancio di Missione;
4. Censire i flussi informativi esistenti con dati sul personale e monitorare i dati del benessere organizzativo, con particolare interesse allo stress lavoro correlato ed al genere; nonché gli incarichi, le indennità e le posizioni organizzative al fine di individuare eventuali discriminazioni tra donne e uomini; favorire la progettazione di forme idonee di affiancamento per il reinserimento delle/i dipendenti al rientro da congedi prolungati; collegare l'attività alla competenza di mobility management presente in Azienda, al fine di facilitare la conciliazione vita e lavoro;
5. Proseguimento della collaborazione con la Consigliere/a di fiducia per prevenire il verificarsi di eventuali discriminazioni dirette e indirette, molestie sessuali e morali, da rimuovere con azioni positive;
6. Codice Etico di comportamento: si prevede un aggiornamento del testo e si intende favorire azioni volte a darne reale valore operativo;
7. Telelavoro favorire la possibilità di ri-applicare questa modalità lavorativa, al fine di dar seguito a ciò che era stato possibile sperimentare con il Progetto Vita&Lavoro, chiuso nel 2011.

· Valutazione dell'attività del CUG da parte di altri organismi

La delibera n. 87/13 “Presenza d'atto della validazione da parte dell'Organismo di Valutazione aziendale della relazione sulla performance dell'Azienda USL di Ferrara – anno 2011” cita a pag 16: (...) “4. Pari opportunità e bilancio di genere. Il “Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere dei lavoratori e contro le discriminazioni” (l'acronimo CUG) è un organismo nuovo. Esso fa parte degli organismi di partecipazione introdotti nella Pubblica Amministrazione dai contratti collettivi di lavoro già dagli anni novanta. Anche a livello Aziendale, in osservanza all' articolo 21 della Legge n. 183/2010, è stato introdotto il CUG che riunisce le competenze dei vecchi Comitati per le Pari Opportunità e dei Comitati Paritetici sul Fenomeno del Mobbing. Nel 2011 il CUG ha chiuso il progetto biennale “Vita & Lavoro” finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri ed ha organizzato corsi di formazione su dispositivi e metodi della conciliazione vita e lavoro, sulla gestione delle differenze e delle diversità, sull'equità di genere in sanità. Ha inoltre iniziato le azioni propedeutiche ad un Piano triennale di azioni positive 2012- 2014 con i seguenti obiettivi:

- ✓ Sviluppo della cultura di genere: informazione e formazione;
- ✓ Produzione di statistiche di genere e promozione della presenza femminile nei livelli decisionali;
- ✓ Produzione di strumento o/e buone pratiche della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro;
- ✓ Promozione di attività in merito al benessere organizzativo”

· Funzioni del CUG di Osservatorio sulle postazioni di telelavoro

Nel 2013 l'Azienda ha confermato le tre postazioni di telelavoro attive dal 2009 (dal '09 al '11 erano partite all'interno di un progetto di conciliazione vita e lavoro finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in base alla L.53/2000).

La comunicazione aziendale Prot. n. 31213 del 09.05.2012 citava “Il Comitato Unico di Garanzia CUG svolge la funzione di Osservatorio permanente sul telelavoro. Tale Osservatorio dovrà raccogliere dati e informazioni circa l'andamento del telelavoro, il suo impatto sul funzionamento dell'Amministrazione, nonché sull'organizzazione di vita dei lavoratori, attraverso i report trimestrali dai Responsabili delle strutture di appartenenza dei telelavoratori”.

In ottemperanza a questa funzione è stata organizzata l'udienza conoscitiva sull'esperienza dei telelavoratori, durante la quale è emersa la criticità rispetto ad una delle tre posizioni. La situazione è stata presa in carico dal CUG che, attraverso la Presidente, ha fornito supporto organizzativo per la risoluzione delle criticità e il buon proseguo dell'attività di telelavoro da parte di tutte le persone assegnate.

· Reportistica

Bilancio di missione. Dal 2011 il CUG collabora con le altre articolazioni dell'Azienda nel curare una propria sezione informativa all'interno del volume annuale del Bilancio di Missione aziendale. Vengono descritti le azioni e progetti e valutazioni sui dati del personale che presenta caratteristiche inalterate rispetto ad una presenza generale del 70% circa di donne, ma una contrazione a meno del 50% nei livelli dirigenziali.

Rapporto annuale della Consigliera di parità provinciale 2012. Il CUG dell'Azienda USL di Ferrara viene citato come uno degli Enti che ha invitato la Consigliera alle riunioni. La Consigliera è quindi stata coinvolta oltre che nella realizzazione di un seminario delle differenze, anche nella co - progettazione di un progetto sulla carriera delle donne nelle Amministrazioni.

· Continuità nel promuovere la partecipazione dell'AUSL di Ferrara al progetto Bollini Rosa – ONDA

I Comitati precedenti il CUG si erano fatti promotori fin dal 2008 a che l'Azienda partecipasse al Bando nazionale di O.N.D.A. Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, ottenendo dal 2011 tre bollini (il punteggio massimo) grazie anche all'azione originale ‘Quaderno del Bollino rosa’, curato dal CUG che ha raccolto i curricula di cento donne dirigenti e con posizioni organizzative. Ogni anno il CUG viene consultato per il perfezionamento della documentazione e l'orientamento riguardo alla segnalazione delle eccellenze aziendali in ottica di attenzione alla donna.

· Progetti candidati al finanziamento o a premi

“Il cielo oltre il tetto (di cristallo). Valorizzazione di competenze trasversali per la leadership femminile e sperimentazione in una rete territoriale” è il titolo della proposta di progetto presentata nel novembre 2012 al Ministero del Lavoro nell'ambito del Programma Obiettivo 2012 (Progetto di azioni positive, ai sensi dell'art.2 della legge 10 aprile 1991, n.125 e dell'art.7, D.lgs.23maggio 2000, n.196) ideata assieme all'Università di Ferrara (capofila), l'Associazione Soroptimist e Unindustria Ferrara (articolazione locale di Confindustria). L'attesa della risposta da parte del Ministero ha trovato forte mortificazione nel provvedimento che nel febbraio 2013 ha decretato il blocco dei finanziamenti per questi progetti.

“Quell'argento che vale più dell'oro : azioni di age management in sanità” è il titolo del progetto presentato dall'Azienda per la manifestazione RUSAN 2014. A tale proposito al Report RUSAN sui risultati della ricerca “GLI “OVER 50 IN SANITA”” ha collaborato anche il CUG organizzando la ricerca con interviste telefoniche.

L'Azienda ha un background importante sul Diversity Management (di cui l'age management è una parte) su cui ha adottato azioni specifiche: Formazione sul DM offerta ogni anno a partire dal 2008 (vedi rendicontazione Formazione); Adesione al Progetto Equità della Regione Emilia-Romagna (nomina di un Referente Aziendale – Istituzione di un board equità, elaborazione del Piano equità aziendale in via di attuazione nel marzo 14); Istituzione Comitato Pari Opportunità (dal 2002), ora Comitato Unico di Garanzia del benessere e contro le discriminazioni; Applicazione Codice etico di comportamento (proposto dal CUG) nel 2009 che recepisce le normative europee comprendenti anche il contrasto alla discriminazione per età; Azioni di diversity applicate dal 2009 (telelavoro per disabili e dipendenti/pz. cronici; percorso di ri - accoglienza di dipendenti di ritorno dalla maternità; formazione sui temi della conciliazione vita e lavoro); Sportello d'ascolto e figura della Consigliera di Fiducia, a disposizione anche per casi di discriminazione legati all'età; Adesione nel 2013 al Protocollo a contrasto dell'omofobia, proposto dalla Provincia di Ferrara; Attivazione nel 2013 di un percorso di ringraziamento/valorizzazione dei professionisti in procinto di pensionamento (Ufficio di Direzione del dicembre 2013); Attivazione nel 2014 di una indagine sulla conoscenza dei diritti delle/i dipendenti pz oncologiche/i o famigliari di pz. oncologici. L'esperienza ha consentito di raccogliere interessanti dati sui /le dipendenti over 50, le cui tabelle si allegano alla presente. (ALLEGATO 2bis, 1 e 2)

· Indagine sulla conoscenza dei diritti de/le dipendenti con patologie oncologiche. Dopo circa un anno di lavoro tra Comitato Unico di Garanzia dell'AUSL di Ferrara, Direzione territoriale del Lavoro e Consigliera di Parità provinciale, è stato redatto un questionario “Patologie oncologiche: tutele esistenti e soluzioni proponibili. Indagine su conoscenze e opinioni delle/i dipendenti dell'Azienda USL di Ferrara.” che collocato nella parte centrale della homepage aziendale fino al termine della rilevazione (1° giugno 2014) tende a rilevare dati qualitativi utili alla proposta di successive azioni comunicative e momenti formativi. Ad indagine conclusa c'è disponibilità alla riproposizione presso altri Enti e Organizzazioni, previa comunicazione al CUG dell'AUSL Ferrara stesso. (ALLEGATO 3).

· Adesione a protocolli

Protocollo a contrasto omofobia. E' del 29 novembre 2013 (Del. N. 295) “Adesione dell'AUSL di Ferrara al Protocollo d'intesa per la definizione delle strategie e azioni di intervento in materia di monitoraggio delle discriminazioni basate sull'orientamento sessuale, promosso dalla Provincia di Ferrara”, su proposta del CUG e in base al quale l'Azienda entra a far parte di un Gruppo di lavoro provinciale che si sta dotando di dispositivi necessari a far proseguire il lavoro anche al di là della futura organizzazione delle Province; Accordo strategico territoriale con Consigliera di parità. Conforme alle indicazioni delle linee guida per l'organizzazione dei CUG, l'Azienda con delibera n. 294 del 29 novembre 2013 ha approvato “Accordo di cooperazione strategica tra il CUG (Comitato Unico di garanzia...) dell'Azienda USL di Ferrara e la consigliera di Parità della provincia di Ferrara. Vista, infatti l'esperienza di collaborazione tra il CUG e la consigliera, nonché la volontà deliberata da altri Enti territoriali di intraprendere un percorso di collaborazione in relazione a iniziative e progetti condivisi, per favorire il formalizzarsi di una rete dei CUG territoriali.

Conferma dell'adesione Carta per le Pari Opportunità e l'uguaglianza sul lavoro. L'Azienda USL di Ferrara nel maggio 2011 è stata la prima Azienda Sanitaria ad aderire alla Carta a livello nazionale. Nel 2013 AUSL Ferrara ha ri - deliberato l'adesione alla Carta che ha provveduto a sottoscrivere di nuovo, con cerimonia ufficiale tenuta a Ferrara, presso i locali dell'Università il 21 ottobre 2013, a conferma dell'impegno costante ad implementare azioni di pari opportunità.

Formazione

La Pianificazione della Formazione 2013

Il Collegio di Direzione, nella seduta del 14 settembre 2012, ha avviato il processo di Pianificazione della Formazione per l'anno 2013 con l'approvazione del Documento di indirizzo del Piano Pluriennale della Formazione relativo al periodo 2013–2015, elaborato dalla Commissione Formazione/Comitato Scientifico.

Il Piano della Formazione rappresenta per i Dipartimenti uno strumento di fondamentale valenza programmatica ed operativa, sintesi di una diffusa e condivisa analisi dei bisogni in ambito organizzativo e professionale, rappresenta inoltre uno strumento per il raggiungimento dei propri obiettivi e per la risoluzione delle criticità rilevate con i diversi sistemi di monitoraggio, quali: i report URP, i report sulle Non Conformità rilevati attraverso gli audit interni, l'Incident Reporting, gli scostamenti rispetto agli standard programmati, la valutazione delle competenze e delle prestazioni dei professionisti.

Lo strumento che dà evidenza degli obiettivi formativi e delle strategie del Dipartimento a cui sono collegate le proposte formative da inserire nel PAF è il Documento di Pianificazione di Dipartimento, che sintetizza linee strategiche, obiettivi, priorità della formazione del Dipartimento e orienta il Dossier Formativo previsto dalla normativa ECM.

Nell'elaborazione del Piano Aziendale della Formazione, è stata presidiata:

- la coerenza con gli obiettivi formativi definiti a livello nazionale e regionale, riconducibili alle attività sanitarie e socio-sanitarie collegate ai Livelli Essenziali di Assistenza e finalizzati a garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza ai servizi prestati;
- la coerenza con gli obiettivi aziendali, il rispetto dei requisiti previsti dal Sistema ECM, l'efficacia complessiva dell'attività formativa aziendale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse destinate alla formazione;
- la coerenza con i bisogni formativi rilevati, la partecipazione di tutti i profili alle attività formative e l'acquisizione dei crediti ECM al personale sanitario, la realizzazione di percorsi formativi efficaci in termini di realizzazione degli obiettivi e di acquisizione di competenze.

A tal fine, l'Ufficio Formazione ha promosso diverse azioni finalizzate al miglioramento del sistema formazione, con particolare riferimento a:

- sviluppo della Rete Aziendale della Formazione (Responsabili e Referenti Dipartimentali, Referenti Amministrativi, Responsabili dei Corsi), in modo da renderla in grado, all'interno delle attività che rientrano nelle proprie specifiche funzioni, di attivare e governare i relativi processi in autonomia, utilizzando in queste fasi l'Ufficio Formazione più come consulente che come responsabile del processo;
- miglioramento della qualità delle iniziative formative interne, rafforzando l'efficacia della progettazione finalizzata all'erogazione di attività formativa sempre maggiormente ritagliata sui bisogni formativi rilevati e sugli obiettivi definiti;
- valorizzazione delle risorse interne all'Azienda in termini di docenza e rafforzamento delle competenze metodologiche.

Il Budget 2013 per la Formazione

Nel 2013 è stata confermata la somma resa disponibile per l'anno 2012, pari a € 200.000,00, ai quali è stato aggiunto il budget di € 40.000 destinato alla formazione continua dei Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta. Sono state previste, inoltre, diverse iniziative finanziate con specifici Fondi Vincolati.

Per far fronte alla necessità di rendere compatibile il finanziamento assegnato con il fabbisogno formativo dei professionisti e con i crediti ECM da garantire al personale sanitario, è stato ulteriormente rafforzato l'utilizzo della formazione sul campo ed il ricorso alla docenza interna.

Il Piano Annuale della Formazione 2013

Il Piano Annuale della Formazione è stato formulato in coerenza con il Documento di indirizzo del Piano Pluriennale della Formazione 2013-2015, elaborato dalla Commissione Formazione/Comitato Scientifico.

Secondo quanto previsto dalla Procedura aziendale, i Dipartimenti sono stati invitati ad elaborare i programmi formativi coinvolgendo il personale delle Unità Operative, avvalendosi della collaborazione dei Referenti Dipartimentali di Formazione che hanno offerto supporto metodologico e raccolto le proposte formative. Al termine di questa fase, il Responsabile Dipartimentale di Formazione ha presentato il programma formativo al Comitato di Dipartimento che, valutata la coerenza delle proposte con gli obiettivi di Dipartimento, ha formulato una graduatoria sulla base delle indicazioni di priorità concordate e tenendo presente la compatibilità economica con il budget assegnato.

Per ogni proposta formativa è stata compilata una Scheda di Macroprogettazione dell'intervento formativo, che contiene tutti gli elementi essenziali per la progettazione di massima dell'iniziativa.

Le proposte approvate dai Dipartimenti Aziendali sono state inserite nel Sistema Informatizzato della Formazione "FLOW" assieme al Documento di Pianificazione del Dipartimento, nel quale sono riportati in sintesi gli obiettivi strategici di Dipartimento, l'analisi del fabbisogno e gli obiettivi formativi.

Dopo aver verificato l'adeguatezza della progettazione delle proposte pervenute e la compatibilità economica, l'Ufficio Formazione ha presentato la Bozza del Piano Formativo alla Commissione Formazione/Comitato Scientifico per la validazione.

Il PAF 2013 è stato validato dalla Commissione Formazione/Comitato Scientifico in data 8/1/2013 e, contestualmente, sono stati nominati i Responsabili Scientifici degli eventi inseriti.

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2013 è stato inviato alle Organizzazioni Sindacali, quindi presentato al Collegio di Direzione per l'approvazione e trasmesso alla Regione, secondo quanto previsto dalle norme in tema di Accreditemento Istituzionale dei Provider ECM.

I costi della Formazione e la realizzazione del Piano Formativo 2013

Analisi dei dati di spesa

La spesa complessiva per la formazione contabilizzata negli specifici conti economici è di € 364.374,10.

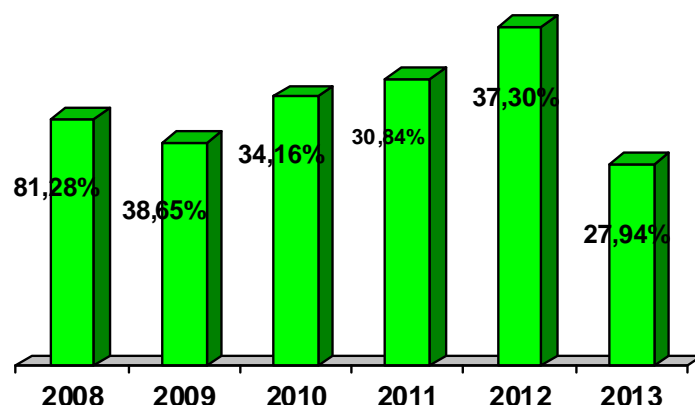
La spesa aggiuntiva, rispetto al budget assegnato di € 200.000, è determinata dall'utilizzo di Fondi Vincolati derivanti da finanziamenti regionali per la realizzazione di corsi in aree specifiche, dal costo della formazione del personale Convenzionato e da costi per formazione a pagamento, compensata dai relativi ricavi.

Costo medio per partecipante ai corsi interni

Il costo medio per partecipante ai corsi nel 2013 è € di 6,66, con una decisa riduzione anche rispetto al dato 2012.

Il costo medio orario dei corsi interni per ora di formazione

Il costo medio orario dei corsi interni è di € 27,94, anch'esso decisamente ridotto rispetto al 2012.



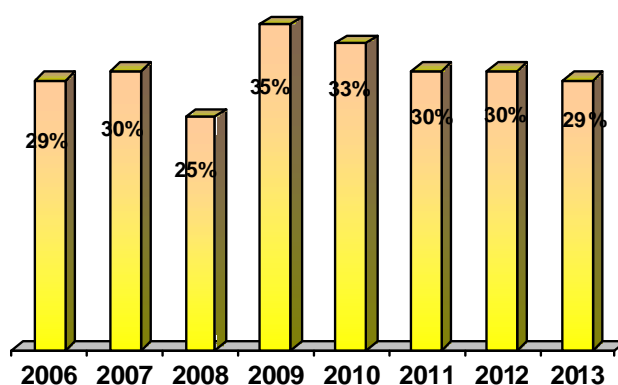
A determinare questi risultati sono stati diversi fattori quali l'aumento dei corsi a costo 0, ovvero con docenza effettuata da professionisti e dirigenti senza compenso, l'aumento del numero dei partecipanti, il massiccio ricorso alla Formazione sul Campo, realizzata senza costi, la valorizzazione e l'utilizzo dei docenti interni ed il ricorso a docenti esterni solo per le iniziative con contenuti specifici altamente specialistici.

Analisi dei dati di realizzazione dei corsi

I corsi realizzati nel 2013, tutti interni, sono stati 326 su 397 corsi programmati, vale a dire l'82% dei corsi previsti. I corsi annullati sono stati 117, il 29% dei corsi programmati, compensati da nuove proposte, presentate dai Dipartimenti ad integrazione del PAF, derivanti da esigenze formative che si verificano nel corso dell'anno.

Questi dati, sostanzialmente uguali a quelli registrati nell'anno precedente, confermano la buona percentuale di realizzazione del PAF, conseguenza dell'impegno dei Dipartimenti nel sostenere la formazione del proprio personale.

I CORSI ANNULLATI SUI CORSI PROGRAMMATI



La partecipazione ai corsi

I partecipanti ai corsi interni sono stati complessivamente 12.063. I partecipanti ai corsi FSC sono stati 979.

	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2012
Partecipanti ai corsi interni	10.803	12.155	12.784	13.259	11.241	12.063	15.403

Complessivamente la partecipazione degli operatori alle attività formative è stata, anche per il 2013, molto elevata in relazione al numero dei corsi realizzati.

I dati ECM 2013 nella Azienda Usi di Ferrara

L'offerta aziendale ha garantito ai professionisti una copertura dell'obbligo di acquisizione dei crediti formativi pari al 90,69%. I Dipartimenti hanno, infatti, pianificato e realizzato molte iniziative "a costo 0" ed hanno incentivato la partecipazione dei dipendenti alle iniziative di Formazione Sul Campo.

Tutti i dipendenti appartenenti ai profili sanitari sono stati coinvolti nella pianificazione delle iniziative di formazione da realizzare in Azienda, insieme al personale convenzionato: i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Medici Specialisti Ambulatoriali ed i Medici di Continuità Assistenziale.

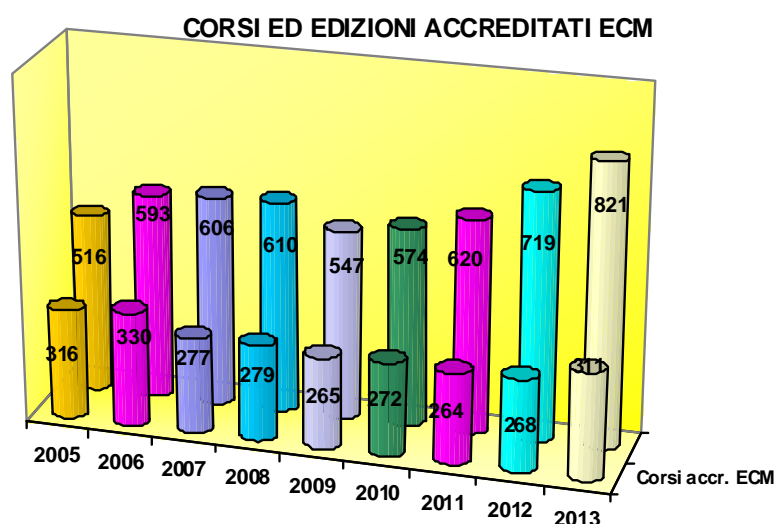
Hanno ottenuto i crediti previsti:

- il 94,11% del personale dipendente
- il 76,92% del personale convenzionato

Corsi ed edizioni 2013 accreditate

Gli eventi accreditati sono stati 311. Le edizioni accreditate sono state 821.

Anche questi dati, in aumento sul 2012, dimostrano l'impegno e lo sforzo organizzativo della Formazione Aziendale per garantire, pur in presenza di una riduzione di finanziamenti, il massimo possibile della copertura ECM ai professionisti.



La Formazione sul campo

La Formazione sul campo garantisce un forte legame con le esigenze specifiche di sviluppo dei servizi e di un concreto miglioramento dei processi assistenziali, favorendo l'apprendimento di competenze professionali e di comportamenti organizzativi. Nel 2013 le edizioni realizzate sono state 94.

Corsi FSC realizzati



La valutazione e la verifica della qualità e dell'efficacia della formazione

Per la valutazione e la verifica dell'efficacia e della qualità delle iniziative formative realizzate, sono elaborati i dati rilevati nei questionari di gradimento compilati dai partecipanti e sintetizzati nella scheda ex-post compilata dai Responsabili dei corsi, nella quale sono indicate anche le valutazioni sui docenti e sui corsi da parte dei responsabili stessi.

Anche questi dati sono inseriti ed elaborati annualmente nel programma informatico dell'Ufficio Formazione.

I risultati delle attività di valutazione e verifica sono monitorati attraverso indicatori specifici, i cui dati sono di seguito sintetizzati e commentati.

Il giudizio dei partecipanti sulle iniziative formative

I pareri espressi dai responsabili dei corsi, anche per il 2013, sono altamente positivi.

Queste valutazioni, inoltre, risultano coerenti con l'opinione espressa dai partecipanti ai corsi e rafforzano pertanto il giudizio globale estremamente positivo sulle attività formative realizzate.

Si conferma un quadro complessivo più che positivo del giudizio sui corsi, relativamente al gradimento delle iniziative formative, al raggiungimento degli obiettivi ed al gradimento della docenza espresso dai partecipanti.

Indicatore	Risultati 2009	Risultati 2010	Risultati 2011	Risultati 2012	Risultati 2013
gradimento complessivo del corso	89%	89%	90%	90%	90%
raggiungimento degli obiettivi del corso	86%	86%	87%	88%	87%
gradimento della docenza	88%	89%	89%	90%	88%

Il giudizio dei responsabili dei corsi

I pareri espressi dai responsabili dei corsi, anche per il 2013, sono altamente positivi.

Queste valutazioni, inoltre, risultano coerenti con l'opinione espressa dai partecipanti ai corsi e rafforzano pertanto il giudizio globale estremamente positivo sulle attività formative realizzate.

indicatore	Risultato 2009	Risultato 2010	Risultato 2011	Risultato 2012	Risultato 2013
giudizio globale sull'iniziativa	91%	92%	92%	92%	92%
valutazione dei docenti	90%	91%	92%	92%	92%

L'efficacia delle attività formative

La percentuale dei partecipanti che ha ottenuto l'attestato di fine corso nel 2012, il valore arriva a 98,25%, un dato che conferma il trend positivo degli anni precedenti.

indicatore	Risultato 2009	Risultato 2010	Risultato 2011	Risultato 2012	Risultato 2013
% dei partecipanti con attestato sul totale dei partecipanti ai corsi interni	97%	97%	98%	98%	98%

La valutazione dei docenti

La valutazione dei docenti, ovvero dei "fornitori" intesi come partner dell'Ufficio Formazione, nel Sistema di Gestione per la Qualità dell'Ufficio Formazione, assume un carattere estremamente rilevante.

Nella nostra Azienda l'attività didattica è affidata a docenti qualificati in grado di soddisfare le esigenze in termini di qualità, servizio e costi del servizio erogato.

L'individuazione e la verifica dei docenti incaricati è effettuata attraverso:

- la valutazione preventiva del docente, tenendo conto che, nel caso di servizi per la formazione, sono definiti specifici pre-requisiti per ricoprire il ruolo
- la raccolta dati e documentazione del docente, ovvero il "Curriculum"
- la verifica costante a fine corso, attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati di gradimento e di valutazione dei docenti, espressi sia dai partecipanti che dal Responsabile del corso, come è evidente dagli indicatori tracciati e commentati in precedenza.

I docenti che ottengono una percentuale complessiva di gradimento superiore alla soglia minima del 70% sono inseriti nell'Elenco dei Docenti Qualificati aggiornato annualmente con la valutazione dei nuovi docenti incaricati.

Anche nel 2013 tutti i docenti hanno ottenuto la percentuale di gradimento stabilita e sono stati pertanto inseriti nell'Elenco aziendale dei Docenti Qualificati.

Questo risultato conferma il buon livello di professionalità e di preparazione dei docenti, garanzia di una buona qualità della formazione realizzata in azienda.

Inoltre, dalla lettura di questo dato emerge che l'individuazione dei docenti da parte dei Responsabili dei corsi è sempre più efficace e pertinente rispetto agli obiettivi del corso, grazie anche al rafforzamento delle competenze relative alla progettazione, sostenute con uno specifico intervento di formazione.

La formazione in Area Vasta Emilia Centro e Interaziendale

Nell'ambito della Formazione di Area Vasta particolare rilievo riveste il Corso di Formazione Manageriale per i dirigenti di struttura complessa, realizzato dalle Aziende Sanitarie di Area Vasta Emilia Centrale, presso l'Azienda USL di Bologna.

Il corso, della durata di 120 ore, è stato autorizzato dalla Regione Emilia-Romagna che ha recepito il documento della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome del 10/07/2003; hanno partecipato, con costo a loro carico, i Direttori di struttura complessa di area Medica, Veterinaria, SPTA e

delle professioni sanitarie, che dovevano conseguire il Certificato di formazione manageriale previsto dal D.Lgs. 502/92 e s.m. e dal D.P.R. 484/97.

Obiettivo dell'iniziativa era di incentivare le capacità manageriali dei dirigenti sanitari i quali, per l'esercizio delle funzioni dirigenziali, devono possedere adeguate conoscenze e competenze non solo di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale.

L'accrescimento e la qualificazione della professionalità, sul piano manageriale e gestionale, degli operatori del Servizio Sanitario a cui sono affidate responsabilità di direzione e coordinamento di strutture complesse risulta, infatti, traguardo irrinunciabile se si intende promuovere una gestione efficace ed efficiente dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative, finalizzata ad una programmazione di servizi sempre più rispondenti ai bisogni sanitari della popolazione.

L'iniziativa formativa, a cui hanno preso parte 19 dirigenti di Struttura complessa della nostra Azienda, è iniziata il 14 febbraio 2013 e si è conclusa il 18 giugno 2013 con la presentazione dei Project work da parte dei partecipanti.

Inoltre, per quanto riguarda la formazione in area amministrativa, il Collegio dei Direttori Amministrativi ha approvato il Piano Formativo 2013 di Area Vasta Emilia-Centrale, consolidando e rafforzando la collaborazione in atto fra le Aziende sanitarie, ovvero l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda USL di Imola, l'Azienda USL di Ferrara, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, per la realizzazione di diverse attività formative in forma integrata finalizzate a raggiungere obiettivi sovraaziendali.

Nel 2013 la nostra Azienda ha realizzato il corso "Gli obblighi di pubblicazione sui siti istituzionali delle Pubbliche Amministrazioni dopo il DLgs. 33/2013" al quale hanno partecipato 229 dipendenti delle diverse Aziende Sanitarie di AVEC.

Nel 2013 si è ulteriormente rafforzata la collaborazione, già avviata da diversi anni, fra le due Aziende Sanitarie ferraresi per la realizzazione di percorsi formativi interaziendali.

In particolare, i Servizi Formazione delle due Aziende hanno collaborato per la realizzazione di diversi obiettivi quali:

- integrazione ed allineamento delle due Aziende rispetto alle politiche sanitarie nazionali e regionali;
- sostegno dei processi di innovazione e riorganizzazione;
- supporto formativo all'attuazione delle strategie predisposte dai Dipartimenti Interaziendali finalizzate all'integrazione dei processi organizzativi (SPP, ICT, Farmaceutico, Ing. Clinica, etc.).

Nei rispettivi Piani della Formazione sono state previste iniziative specifiche interaziendali, suddivise tra le due Aziende in un'ottica di alternanza e di equilibrio delle risorse e dell'investimento economico.

Percorsi formativi di particolare rilievo realizzati nel 2013

Fra i percorsi formativi di particolare rilievo, sia per gli obiettivi formativi, sia per i contenuti estremamente innovativi, sono state realizzate le seguenti iniziative:

1) "Laboratorio formativo di medicina narrativa: la comunicazione di cattive notizie nel rapporto medico-paziente". Si tratta di un percorso formativo il cui obiettivo è quello di sperimentare un nuovo approccio, la Medicina basata sulla narrativa – NBM – quale modalità di pratica clinica.

Comunicare cattive notizie rappresenta, infatti, uno dei compiti più difficili della professione medica perché richiede sia conoscenze tecniche, sia la padronanza di competenze comunicativo-relazionali quali strumenti di cura che possono incidere fortemente sul grado di aderenza del paziente alle cure e sul decorso della malattia. Il percorso formativo è stato strutturato come un vero e proprio laboratorio di medicina narrativa, attraverso l'approfondimento della pratica clinica realizzato con l'analisi di storie di cura che avvicinano il clinico ad una maggiore conoscenza del paziente e ad una maggiore osservazione di se stesso nella pratica, apprendimenti necessari per ripensare l'attività clinica e potenziarla nella sua efficacia.

Il corso si è svolto in due edizioni alle quali hanno partecipato circa 30 medici di diverse Unità Operative del Presidio Ospedaliero.

2) “Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)”. Il Progetto nasce nell’ambito del bando regionale FRM 2010-2012 che, tra le varie articolazioni, prevede “Una modernizzazione rappresentata dall’adozione di quei cambiamenti - clinici, organizzativi, gestionali - individuati come necessari per dare seguito e velocizzare l’implementazione operativa delle politiche regionali di sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.

Si tratta di uno studio di tipo interventistico “before and after”, della durata di 24 mesi, che prevede il coinvolgimento di 9 aziende USL: Azienda UsI Ferrara, Azienda UsI Bologna, Azienda UsI Ravenna, Azienda UsI Rimini, Azienda UsI Forlì, Azienda UsI Modena, Azienda UsI Reggio-Emilia, Azienda UsI Parma e Azienda UsI Piacenza. L’Azienda USL di Ferrara è capo fila del Progetto.

Obiettivi del progetto: realizzare un modello di organizzazione e valutazione del sistema di Gestione del Rischio Clinico negli Istituti Penitenziari e avviare un processo di cambiamento culturale e di miglioramento della qualità dell’assistenza all’interno degli Istituti di pena.

Il Progetto, avviato formalmente in data 01/10/2012, è stato condotto nel pieno rispetto di principi etici e professionali, salvaguardia del benessere dei partecipanti, nonché nel rispetto della privacy e dei principi di trasparenza e rintracciabilità dei dati.

E’ stata prevista la costituzione di un Comitato Tecnico Scientifico che costituisce lo strumento di governo della comunicazione tra referenti del progetto, osservatorio regionale, aziende sanitarie e amministrazioni penitenziarie.

La prima fase di realizzazione ha previsto lo svolgimento di eventi formativi per un totale di 89 ore, divisi in 4 differenti eventi con sedi a Parma e Bologna, con 242 partecipanti. Il progetto, nel corso del primo anno, ha raggiunto gli obiettivi previsti e dichiarati nel progetto esecutivo approvato e finanziato dalla RER E-R rispettandone i tempi previsti nel cronogramma.

La partecipazione da parte dei componenti dei nove Team di Gestione del Rischio degli Istituti di Pena è stata sistematica e propositiva oltre che efficace nel far emergere criticità e priorità di intervento del progetto.

Il progetto ha coinciso con altre priorità di sviluppo a valenza regionale da attuarsi nell’ambito della medicina penitenziaria, come ad esempio l’avvio e lo sviluppo della cartella clinica informatizzata; tale contemporaneità che ha rappresentato, nel contesto del progetto, un’opportunità, essendo la cartella informatizzata strumento di corretta gestione della documentazione sanitaria.

3) “Il Dossier Formativo di Gruppo nell’Azienda USL di Ferrara”. Si tratta di un percorso formativo realizzato in collaborazione fra l’Ufficio Formazione e la Direzione Infermieristica e Tecnica che hanno realizzato due eventi formativi:

- il primo “La mappatura delle competenze del personale sanitario. Lo sviluppo del Dossier Formativo: esperienze a confronto” a carattere seminariale, di introduzione al tema, con l’obiettivo di definire le competenze essenziali dei professionisti in ambito sanitario, secondo diversi modelli teorici di riferimento, nel quale sono state presentati da professionisti esperti: il modello dell’Emilia Romagna, l’esperienza dell’AUSL 22, Regione Veneto e l’esperienza dell’Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia. Il corso di 6 ore è stato realizzato il 6 dicembre 2013 e sono stati coinvolti n. 83 professionisti della Rete della Formazione e dei Coordinatori sanitari;

- il secondo “Dai modelli teorici alla mappatura delle competenze”, con modalità attiva per la costruzione dei Dossier Formativi di Gruppo, al quale hanno partecipato 48 Coordinatori sanitari.

Il corso, di 20 ore, è stato realizzato dal 18 ottobre al 3 dicembre 2011. Sono stati realizzati n. 18 Dossier Formativi di Gruppo, pari al 100% delle aree coinvolte.

Il Gruppo di Coordinamento, in capo alla Direzione Infermieristica e Tecnica, ha assunto un ruolo strategico per la raccolta dei DFG, la loro valutazione comparata e la realizzazione di un Repertorio Unico delle competenze, 136 in totale.

La partecipazione di diversi profili professionali, con differenti livelli di adesione all’interno dei Dipartimenti Ospedalieri, ha consentito la costruzione di DFG per aree omogenee.

Nella giornata del 16 dicembre 2013 sono stati presentati gli elaborati prodotti dai gruppi di lavoro attivati dalla DIT e la mappatura delle competenze in alcuni Dipartimenti

Nel 2014 è prevista l'informatizzazione dei DFG, delle relative competenze individuate e l'estensione del progetto a livello Aziendale.

I progetti della Formazione e gli obiettivi realizzati

Il Dossier Formativo

Il Dossier formativo, introdotto dall'Accordo Stato Regioni dell'1 agosto 2007 e riconfermato successivamente dalla nuova normativa in tema di ECM, è definito "lo strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (équipe o network professionale)".

Il Dossier formativo di Gruppo è stato sperimentato a partire dal 2013 in alcune aree aziendali, di concerto con i Direttori di Dipartimento e i relativi Staff della formazione.

Inizialmente la sperimentazione è stata realizzata presso la Lungodegenza dell'Ospedale del Delta mediante un focus group, strumento di analisi qualitativa che ha favorito la riflessione sugli ambiti applicativi del Dossier Formativo e ne ha contemporaneamente rilevato i punti di forza e di debolezza.

Successivamente, la Direzione Infermieristica e Tecnica, in collaborazione con l'Ufficio Formazione, ha programmato due eventi formativi: il primo seminariale, di introduzione al tema, con coinvolgimento di tutta la Rete della Formazione ed i Coordinatori ed il secondo evento con modalità attiva per la costruzione dei DFG, rivolto ai soli Coordinatori.

Sono stati realizzati 18 Dossier Formativi di Gruppo, pari al 100% delle aree coinvolte ed è stato realizzato un Repertorio Unico di Competenze.

La partecipazione di diversi profili professionali ha consentito la costruzione di DFG per aree omogenee, nell'ambito dei Dipartimenti Ospedalieri; nel 2014 è prevista l'estensione del progetto alle altre articolazioni organizzative Aziendali.

L'Ufficio Formazione si farà carico del progetto di informatizzazione dei DFG e del Repertorio Unico delle competenze.

Il Sistema Informatizzato della Formazione

Già da alcuni anni è stato sviluppato un sistema informatizzato per la gestione strutturata, in ottica di processo, delle comunicazioni e della documentazione necessaria a pianificare, progettare e realizzare le iniziative formative, finalizzato a migliorare il sistema di governo della Formazione.

Il Sistema Informatizzato consente la condivisione, tra Ufficio Formazione, Dipartimenti e Rete della Formazione, delle procedure, dei dati e delle informazioni, garantendo sia a livello centrale, sia a livello dipartimentale, il costante monitoraggio delle attività formative.

I Dipartimenti possono, infatti, seguire lo sviluppo "in itinere" del Piano Formativo di Dipartimento, verificarlo, monitorarlo e valutarlo, mentre i Responsabili dei Corsi ed i Referenti Amministrativi possono verificare "lo stato d'avanzamento" di ogni singola iniziativa formativa, potendo disporre di dati assolutamente certi ed aggiornati in tempo reale.

Il Piano Annuale della Formazione è aggiornato in tempo reale con il sistema informatizzato on line "FLOW", che si integra con il software per la gestione della banca dati relativa alle iniziative realizzate.

Questo consente anche l'elaborazione periodica dei dati di consuntivo delle attività, che ogni Dipartimento può visionare ed utilizzare ai fini della valutazione e della pianificazione della formazione per l'anno successivo.

Sono in via di realizzazione altre funzioni, al fine di facilitare le attività di Gestione degli eventi formativi in capo ai Responsabili dei Corsi: in particolare, si tratta delle iscrizioni online da parte dei partecipanti e la lettura ottica dei questionari di gradimento.

Tutti i dati relativi alle attività formative realizzate vengono inseriti in un database informatizzato, a cura dell'Ufficio Formazione e dei Referenti Amministrativi di Formazione.

L'elaborazione dei dati consente di rispondere alle diverse necessità di tipo informativo, interne ed esterne all'Azienda, garantendo inoltre le necessarie attività di valutazione e verifica.

In particolare, l'Ufficio Formazione:

- invia alla Regione, almeno 30 giorni prima dell'inizio, i dati a preventivo per ogni iniziativa formativa;

- trasmette i dati di realizzazione di ciascun corso con crediti ECM alla Regione e al Co.Ge.A.P.S., entro 90 giorni dalla conclusione del corso, per il riconoscimento dei crediti ECM attribuiti ai professionisti;
- fornisce alla Regione i report sulle attività ECM;
- redige il Rapporto Annuale della Formazione;
- pubblica on line report specifici con i dati di consuntivo disaggregati relativi alle diverse articolazioni organizzative Aziendali;
- aggiorna in tempo reale il Piano Annuale della Formazione con le modifiche e le integrazioni autorizzate, i crediti ECM attribuiti ai corsi e le relative date di realizzazione e lo pubblica sulla Intranet Aziendale.

L'area curricolare del professionista

L'Area Curricolare del Professionista è stata attivata nel 2013 all'interno del portale della Formazione Aziendale pubblicato nel sito internet dell'Azienda.

E' un'area riservata ai dipendenti che contiene 5 diverse funzioni:

- Area Attestati: disponibile per tutti i partecipanti ai corsi organizzati dall'Azienda a partire dall'anno 2010 per la visualizzazione e stampa degli attestati pubblicati dalla Formazione Aziendale.
- Area Curriculum: disponibile per i dipendenti, per il personale convenzionato e per chi ha un contratto di lavoro con l'Azienda, per la visualizzazione e la stampa dei Curricula Formativi dal 2002 in poi.
- Area Iscrizione ai Corsi: disponibile per i dipendenti, per il personale convenzionato e per chi ha un contratto di lavoro con l'Azienda, per l'iscrizione ai corsi contenuti nel PAF, limitatamente ai corsi aperti dai Responsabili di Corso. La funzione sarà disponibile a breve anche per gli esterni.
- Area Pubblicazioni: disponibile per i dipendenti, per l'inserimento dei dati relativi alle pubblicazioni.
- Area Titoli di Studio: disponibile per i dipendenti, per l'inserimento dei dati relativi ai titoli di studio.

I Coordinatori delle Unità Operative possono accedere all'area curricolare per la visualizzazione dei curricula formativi, delle pubblicazioni e dei titoli di studio inseriti dal personale assegnato.

Il Centro Didattico Aziendale "LIFE" di Codigoro

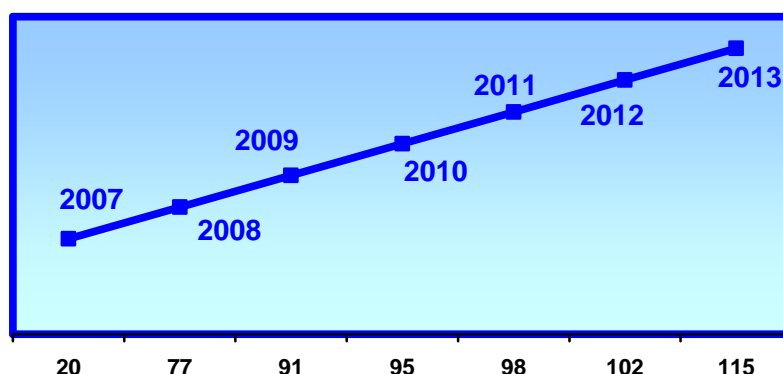
Gli Istruttori del Centro LIFE realizzano la formazione nell'ambito dell'Emergenza urgenza agli operatori dell'Azienda ed agli esterni che partecipano ai corsi a pagamento. Per favorire la promozione del Centro anche all'esterno, l'Ufficio Formazione ha pubblicato sul sito Internet dell'Azienda la Brochure con le informazioni sulla tipologia dei corsi ed i relativi costi e sulle modalità di iscrizione e pagamento.

La qualità dell'offerta formativa è garantita dall'elevata professionalità e competenza didattica e metodologica degli Istruttori del Centro, adeguatamente formati secondo le Linee Guida previste da IRC (*Italian Resuscitation Council*) e MUP (Medicina d'Urgenza Pediatrica).

Le competenze didattiche degli Istruttori del Centro, ormai consolidate nel corso degli anni nell'ambito della formazione di base e da alcuni anni anche di corsi avanzati, rappresenta per l'Azienda un importante ed efficace investimento per il rafforzamento della *Clinical Competence*, in quanto consente di realizzare con docenti interni i corsi obbligatoriamente previsti per certe figure professionali che nel passato erano realizzati da docenti esterni ad un costo molto più elevato.

Nel 2013 sono stati realizzati 120 corsi aziendali e 162 corsi per esterni. Il grafico che segue contiene i dati dei corsi esterni realizzati dal 2007 al 2013.

Corsi per esterni Centro LIFE



La Formazione Universitaria

► ***I corsi di Laurea con sede didattica in Azienda, in convenzione con l'Università degli Studi di Ferrara***

Il Corso di Laurea in Infermieristica

La sede del corso è presso il Polo Scolastico-Universitario di Codigoro, una struttura completamente nuova e moderna resa disponibile dal Comune di Codigoro, con il quale l'Azienda ha siglato una specifica convenzione.

Il Direttore delle Attività Didattiche ed i Tutor pedagogici sono professionisti dell'Azienda che a tempo pieno, oltre a presidiare tutta l'attività di tirocinio, svolgono anche attività di docenza delle scienze infermieristiche generali e cliniche.

Per alcuni insegnamenti specialistici sono incaricati docenti professionisti della nostra Azienda e l'attività di tirocinio coinvolge circa 105 tutor aziendali. Nella sede di Codigoro sono presenti i tre anni previsti dal Corso di Laurea. Gli studenti iscritti nell'anno accademico 2013/2014 sono 115.

Per rendere omogenei e sistematici i percorsi e le attività connesse ai tirocini degli studenti, è stata redatta ed approvata dall'Ufficio Formazione una specifica Procedura per la progettazione, l'inserimento, l'accoglimento e la certificazione del tirocinio clinico dello studente iscritto al Corso di Laurea, integrata da quattro Istruzioni Operative con le attività ed i percorsi previsti per il tutoraggio clinico presso i Dipartimenti

Ospedalieri che accolgono gli studenti tirocinanti nelle loro Unità Operative. Per la gestione e la realizzazione del Corso di Laurea in Infermieristica di Codigoro, la Regione assegna ogni anno alla nostra Azienda un finanziamento finalizzato, contabilizzato in uno specifico Fondo vincolato. Gli aspetti istituzionali ed amministrativi sono curati dall'Ufficio Formazione Aziendale.

Il Corso di Laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

E' gestito dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Ferrara in convenzione con l'Università degli Studi di Ferrara. Il Coordinatore del corso è un professionista dell'Azienda, come del resto parte dei docenti e dei tutor di tirocinio, circa 12. Nell'Anno Accademico 2013/2014 si sono iscritti 31 allievi. Anche per questo corso la Regione stanziava ogni anno finanziamenti finalizzati.

► ***La formazione dei Medici***

Il corso Integrato di Medicina del Territorio

Obiettivo essenziale del corso è di completare e ampliare il curriculum formativo dei Medici, ad oggi orientato sulla diagnosi e terapia delle patologie acute, con la formazione in medicina preventiva, delle patologie croniche, dell'assistenza domiciliare, o semplicemente delle patologie, cosiddette minori, ma che tali non sono per frequenza ed impatto sulla realtà sociale delle nostre comunità, e che raramente richiedono il ricovero ospedaliero.

Nel 2013, attraverso questa esperienza didattico-formativa particolarmente innovativa, circa 22 studenti seguiti da 18 tutor aziendali hanno conosciuto l'organizzazione generale dei servizi sanitari territoriali del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara, sono stati preparati sulle prestazioni mediche e assistenziali erogate dai diversi moduli organizzativi della rete territoriale, sensibilizzati sulle più comuni patologie trattate nella rete delle cure primarie, sulle modalità di accesso per l'utente e sul corretto utilizzo da parte del medico dei vari servizi al fine di un loro ottimale sfruttamento e di un uso efficiente delle risorse.

La Formazione Specialistica

Particolare rilievo ha assunto in Azienda anche la formazione medico-specialistica, per la quale sono state sottoscritte 17 convenzioni, una specifica per ogni singola Scuola, la maggior parte delle quali con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ferrara. Circa 50 ogni anno sono complessivamente i Medici in formazione specialistica presenti in Azienda, seguiti da tutor aziendali. A diversi dirigenti dell'Azienda sono stati attribuiti incarichi di insegnamento presso Scuole di Specializzazione.

La nostra Azienda ha approvato un accordo specifico relativo alla valorizzazione e riconoscimento della didattica ospedaliera per la formazione medica specialistica.

➡ **La didattica**

Nel 2013 circa 150 sono stati i docenti dipendenti della nostra Azienda che hanno svolto attività didattica, prevalentemente in ambito universitario ed in particolare presso l'Università degli Studi di Ferrara.

Si consolida il rapporto di collaborazione fra i professionisti della nostra Azienda ed il mondo Accademico, che si avvale della loro esperienza e della loro conoscenza per la realizzazione dell'attività didattica nei Corsi e Master Universitari in particolare per la formazione dei medici e del personale sanitario.

➡ **Le convenzioni per attività di tirocinio**

Negli ultimi anni, in particolare, la nostra Azienda ha sviluppato notevolmente la collaborazione con le Università, sia in ambito regionale che extraregionale. Sono, infatti, circa 115 le convenzioni stipulate con diverse Università italiane per attività di tirocinio nelle strutture dell'Azienda.

Gli studenti in tirocinio presso le strutture dell'Azienda sono affiancati da un tutor che, sulla base di un progetto formativo condiviso con il tutor del corso di laurea, li segue per tutto il periodo del tirocinio.

La Formazione degli Operatori Socio Sanitari

Il titolo di Operatore Socio-sanitario viene conseguito in seguito alla frequenza di un corso di qualifica teorico-pratico della durata di almeno 1000 ore. Sono realizzati anche corsi di riqualificazione, con un numero inferiore di ore previste, per i dipendenti delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private della Provincia, che devono completare la formazione.

Gli Operatori Socio Sanitari svolgono la loro attività sia nelle strutture sanitarie e ospedaliere, sia nelle strutture sociali, in collaborazione con professionisti dell'area sociale (assistenti sociali, educatori, ecc.) e dell'area sanitaria (medici, infermieri, fisioterapisti ecc.) a seconda dell'area di intervento.

I corsi sono autorizzati dalla Provincia e dalla Regione Emilia Romagna e realizzati in convenzione con i Centri di Formazione Professionale accreditati.

Il 2 maggio 2012 le due Aziende Sanitarie ferraresi hanno sottoscritto un "Accordo Interaziendale" per la realizzazione di attività nell'ambito dei corsi per Operatore Socio Sanitario, attualmente privi di finanziamento pubblico. Nell'Accordo sono indicate le modalità condivise dalle due Aziende per la gestione dei corsi OSS in convenzione con i Centri di Formazione accreditati. Nel 2013 si sono realizzati 3 corsi di qualifica di 1000 ore ed un corso di riqualifica di 300 ore.

Capitolo realizzato con la collaborazione di: Sonia Baldrati, Paola Bardasi, Maria Grazia Bracci, Rino Cavallini, Katia Furegatti, Luigi Martelli, Marco Nardini, Gianna Paparella, Fulvia Signani.



5. Sistema di relazioni e strumenti di comunicazione

L'Azienda USL di Ferrara ha assunto fra i propri valori fondanti il riconoscimento della centralità del ruolo del cittadino quale titolare del diritto alla salute sia a livello individuale che collettivo.

Il cittadino, infatti, rappresenta un interlocutore privilegiato in quanto destinatario dei principi ispiratori che guidano l'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale.

In questa ottica l'Azienda USL di Ferrara ha attribuito agli Uffici relazioni con il pubblico il fondamentale compito **dell'ascolto, tutela, informazione e comunicazione** al cittadino, anche al fine di orientare l'offerta sanitaria ai reali bisogni di salute e di favorire una scelta consapevole e orientata nell'ambito dei servizi e delle prestazioni erogate.

Le attività degli Uffici Relazioni con il Pubblico distrettuali

Attività di ascolto-accoglienza

Presso gli URP il cittadino può richiedere informazioni e chiarimenti, segnalare disservizi e reclami, ma soprattutto trovare spazi idonei nei quali essere ricevuto per esporre richieste o problemi più complessi della semplice ricerca di informazioni.

Nello specifico, gli operatori degli URP distrettuali si occupano di:

- **front office** con i cittadini, ovvero accoglienza e ascolto delle loro richieste, attraverso l'utilizzo dei seguenti canali: contatto diretto, e-mail, telefono, fax, lettera;
- **back office** finalizzato alla gestione delle segnalazioni dei cittadini e loro rappresentanti, sia in ambito aziendale, che in ambito regionale attraverso l'utilizzo del *sistema informativo di gestione delle segnalazioni*.

Book informativo per accedere all'Attività Libero Professionale



La L. n. 120/07 prevede che ogni azienda sanitaria divulghi periodicamente ai cittadini informazioni sull'attività erogata in regime libero-professionale, distinta da quella istituzionale. Lo strumento di informazione utilizzato è un *Book sulla Libera Professione* di tipo cartaceo, contenete le principali informazioni necessarie per accedere all'attività libero-professionale: specialità, cognome e nome dello specialista che la esegue, giorni e orari di visita e modalità di prenotazione. Tale book è disponibile alla consultazione presso le sedi degli URP, Centralini/Portinerie e in tutte le sedi dello Sportello Unico dell'Azienda USL.

Nello specifico, l'URP centrale si occupa dell'aggiornamento, redazione e diffusione semestrale dell'attività aziendale libero professionale intramoenia tramite il book sulla Libera Professione che è disponibile anche on line sul sito aziendale.



Numero Verde Regionale

Attraverso il sistema informativo del Numero Verde regionale 800 033 033, vengono fornite ai cittadini informazioni aggiornate e complete sui servizi sanitari e socio-sanitari attivi in tutta l'Emilia Romagna, contenute in una banca dati gestita dalla RER.

L'operatrice URP dedicata a livello locale, implementa ed aggiorna la banca dati, mantenendo una costante collaborazione con il coordinamento regionale per garantire l'allineamento dei dati a livello generale. Per gestire il flusso dei dati informativi, è stata deliberata una rete di referenti locali che forniscono all'URP le informazioni relative a: sedi, orari di erogazione, modalità di pagamento e contatti telefonici, aggiornati in tempo reale. Inoltre l'URP risponde alle telefonate di secondo livello *passate* dal call center regionale dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 17.30.



Fascicolo Sanitario Elettronico

Gli URP sono sede di riconoscimento *de visu* per l'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Il cittadino che intende accedere ai servizi del *Progetto Sole Sanità on line* dopo essersi preregistrato sul sito www.progetto-sole.it, si mette in contatto con l'URP competente territorialmente, dove concorda un appuntamento per completare il percorso di abilitazione.

Le azioni di promozione poste in essere dall'Azienda USL di Ferrara hanno previsto l'individuazione di soggetti target individuati tra i principali fruitori dei servizi sanitari al fine di promuovere tra i loro associati la conoscenza e il successivo utilizzo del FSE.

La stessa operazione di sensibilizzazione e comunicazione è stata rivolta anche al personale dei Comuni e di alcune importanti realtà della provincia al fine di coinvolgere attivamente soggetti abituati all'utilizzo dei sistemi informatici.

Per perseguire questo obiettivo gli operatori URP hanno intrapreso un'attività di informazione sull'utilizzo del FSE in diverse sedi di interesse locale, associazionistico, scolastico e civico.

Target

Associazioni

Sindacato

Scuole

Comuni

Strutture sanitarie

Eventi pubblici

Sedi

ANLA Ferrara

SC CONSULTING

CENTRO SPORTIVO ITALIANO

COOPERAZIONE SOCIALE ESERCIZIO VITA

ESTENSE NUOTO CSI - AQUAKLEB

AIC

AVIS sede Comune di Cento

SINDACATO AUTONOMO POLIZIA

I.P.S.I.A. di Argenta

Istituto Tecnico Commerciale di Portomaggiore

Argenta

Copparo

Cento

Ferrara: PROMECO

Coordinatori dei reparti ospedalieri Ospedale di Cento

Operatori sanitari Ospedale di Argenta

Operatori Casa della Salute Portomaggiore-Ostellato

Operatori Casa della Salute Terre e Fiumi di Copparo

Settembre Copparese: presentazione e attivazione dell'FSE ai cittadini residenti nei 6 Comuni dell'Unione dei Comuni Terre e Fiumi

Adeguamento della segnaletica/cartellonistica nelle sedi dell'AUSL di Ferrara

Un altro capitolo su cui l'URP è fortemente impegnato è quello di garantire informazioni precise ai cittadini sull'accesso ai servizi, attraverso la revisione e implementazione della cartellonistica aziendale in tutte le sedi di erogazione di attività. A tal fine gli URP territoriali si sono dotati di adeguata strumentazione per realizzare in autonomia la cartellonistica interna di vari formati e tipologie, provvedendo anche alla definizione del bisogno informativo attraverso sopralluoghi e verifiche in loco.

I servizi segnalano agli URP le criticità informative ed il fabbisogno, in seguito si provvede a produrre e collocare gli strumenti realizzati per orientare al meglio i cittadini nelle strutture aziendali.

Nell'anno 2013 sono stati creati i seguenti strumenti di comunicazione esterna:

1.456 cartelli, 389 fuoriporta, 37 poster, 13 nuove brochure per UO (riproduzione e stampa 3.650), 139 sopralluoghi per redazione cartellonistica.

Sede⇒ Tipologia↓	Ferrara	Argenta e Portomaggiore	Cento e Bondeno	Copparo	Totale
Cartelli prodotti	448	181	463	364	1456
Fuori porta	156	98	38	97	389
Poster	25	2	0	10	37
Sopralluoghi per redazione	5	24	10	30	139
Brochure per Servizi e UO	0	7	0	6	13
Brochure stampate	0	2.650	0	1000	3.650
TOTALE					5.684

Coordinamento dei Comitati Consultivi Misti

I Comitati Consultivi Misti per il controllo della qualità dal lato degli utenti, rappresentano la possibilità di partecipazione organizzata delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, in attuazione delle normative vigenti con particolare riferimento alla legge regionale n. 19/94 “Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale”, articoli 15 e 16, riconfermate dalla L.R. 11/2000 e alla Direttiva della Giunta della regione Emilia Romagna, delibera n. 320/2000, emanata per favorire la comunicazione verso i cittadini e le loro associazioni di tutela. Tra i principali compiti di questo organismo consultivo, descritti in un preciso Regolamento, ci sono quelli di assicurare i controlli di qualità dal lato dell’utenza e di sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio. All’interno dell’AUSL di Ferrara sono presenti e attivi 3 Comitati, uno per ogni Distretto. Coordinare l’attività dei CC.CC.MM. prevede un supporto organizzativo e segretariale nella realizzazione delle loro varie attività: incontri, promozione di conferenze a tema, realizzazione di indagini sulla qualità percepita. Nel 2013 sono state svolte le seguenti attività:

1. Chiusura ciclo di conferenze iniziate nel 2012 sulla MOC e sul corretto uso dei farmaci
2. Opuscolo Diritti e Doveri MMG-PLS: licenziato dal Comitato Consultivo Misto del Distretto Centro Nord il depliant in oggetto, è stato posto al vaglio del responsabile del dipartimento di cure primarie e ai referenti delle principali sigle sindacali dell’ordine dei medici. Acquisito il loro nulla osta è pronto per la stampa e per la divulgazione
3. Tavolo di lavoro interaziendale sulle criticità del nuovo ospedale S. Anna di Cona: Consulenza che il CRIBA Regionale ha realizzato presso L’Ospedale di Cona, in materia di accessibilità e fruibilità. A maggio 2013 è stata presentata la relazione conclusiva contenente la mappa degli interventi da svolgersi, pertanto si sono costituiti dei gruppi di lavoro a composizione mista AUSL e AOSPUN (sia di parte aziendale che civica) per le singole tematiche di intervento, con un aggiornamento all’interno dei rispettivi comitati trimestrale.
4. Gruppo interaziendale sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Gruppo interaziendale sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: Si prende l’impegno di riunire il gruppo interaziendale, non facile, per i problemi aperti rispetto le liste di attesa, le visite specialistiche che vengono prorogate da parte dei reparti dell’ospedale. Il Gruppo interaziendale per le liste di attesa ha continuato il lavoro di approfondimento con diverse difficoltà per l’argomento molto complesso e per le diverse modalità delle due Aziende a proposito del CUP unico che in effetti non è così.

5. Rinnovo dei CC.CC.MM. delle aziende sanitarie ferraresi. Nel 2013, contrariamente a quanto è avvenuto nei precedenti mandati, è stato chiesto da parte dei Comitati dell'Ausl e del S. Anna di venire rinnovati contemporaneamente, così da poter continuare a lavorare con tempistiche allineate che tengano conto degli importanti tavoli interaziendali su cui molti componenti dei Comitati sono impegnati. In un'ottica di integrazione non solo fra professionisti sanitari delle due aziende sanitarie ma anche dei rispettivi Comitati tale richiesta è stata accolta con soddisfazione, pertanto in data 13/09/2013 con provvedimento n.210 sono stati deliberati i nuovi Comitati per il triennio 2013-2016 e l'AOSPUN ha deliberato i propri componenti, sempre per il triennio 2013-2016, il 26/09/2013 con atto n.174.

Segreteria della Commissione Mista Conciliativa

L'utente non soddisfatto dell'esito della sua segnalazione, può richiederne un secondo approfondimento da parte della Commissione Mista Conciliativa (C.M.C.), organismo di tutela costituito da rappresentanti dell'Azienda USL, da rappresentanti del Volontariato e presieduta da un presidente esterno, designato dalla Conferenza Sanitaria Territoriale della Provincia di Ferrara. L'attività di segreteria prevede la disamina dei casi proposti, la redazione di una relazione per ciascuno di questi e l'invio della risposta da parte della Direzione Generale al cittadino.

La Commissione Mista Conciliativa delle aziende sanitarie ferraresi è stata ricostituita con delibera n. 151 del 4/07/2013: dal riesame dei 13 casi in 5 occasioni i componenti della Commissione hanno modificato le posizioni precedentemente assunte dalle Aziende sanitarie ferraresi.

Giornate di adesione a campagne regionali

Giornata Mondiale del Diabete – 09/11/2013. In occasione della celebrazione della Giornata Mondiale del Diabete il Servizio di Diabetologia dell'AUSL ha organizzato postazioni in luoghi strategici per avvicinare la popolazione e sensibilizzarla al problema. Come in altre occasioni la Coop ESTENSE ha fornito gentilmente a costo zero la saletta soci all'interno del supermercato.

Anche negli anni passati l'URP è stata presente in questa campagna di promozione alla salute e prevenzione delle malattie.

Il team di lavoro è stato costituito da un'infermiera del Servizio di Diabetologia di Argenta, una del Poliambulatorio, una volontaria, un medico, dall'operatrice dell'URP di Argenta e da un'operatrice in stage formativo presso l'URP di Argenta.

Gli operatori sanitari si sono occupati degli aspetti tecnici-informativi specifici (determinazione della glicemia, rilevazione della PA, controllo del peso-altezza-girovita...) mentre l'operatore dell'URP si è occupata della parte promozionale dell'evento, predisponendo l'apposita cartellonistica, procurando opuscoli informativi locali e regionali. Lo slogan della Giornata è stato *"non gliela do vinta"* a cui è stato aggiunto un ulteriore slogan: *"chi vuol esser sano e bello tiene d'occhio il suo carrello"* per incentivare il consumo di frutta, verdura, alimenti integrali ecc...

La campagna di sensibilizzazione all'adesione di sani stili di vita alimentari è proseguita nelle scuole, i centri sociali anziani ed altre associazioni di volontariato locali.

Carta dei Servizi Azienda USL di Ferrara

Nel 2013 è stata creata la quarta edizione della Carta dei Servizi dell'AUSL di Ferrara anno 2014.

La Carta dei Servizi è il documento in cui sono presentate le attività, i percorsi e i luoghi relativi all'offerta sanitaria e socio-sanitaria della nostra Azienda.

Per quanto riguarda i rapporti con i cittadini, fornisce informazioni:

- sulle modalità di accesso e sugli standard previsti per le prestazioni erogate;
- sui meccanismi di tutela degli assistiti, garantendo risposte adeguate in caso di disservizi o mancato rispetto degli standard dichiarati.



In tal senso, la Carta dei Servizi impegna l'Azienda in un patto di trasparenza e solidarietà teso al costante miglioramento qualitativo.

Mentre le pubblicazioni precedenti sono state diffuse solo in forma cartacea, questa edizione è disponibile anche in formato elettronico dinamico sul sito web aziendale, per essere costantemente aggiornata con variazioni ed integrazioni, seguendo l'evoluzione organizzativa e funzionale della nostra struttura e dei servizi offerti.

Health literacy

Health literacy, o alfabetizzazione per la salute, è un insieme di tecniche e pratiche per migliorare la comunicazione in vari ambiti della sanità:

- la relazione degli operatori sanitari con i pazienti e i cittadini-utenti,
- gli strumenti informativi (depliant, manifesti, ecc),
- la segnaletica all'interno di ambulatori e ospedali.

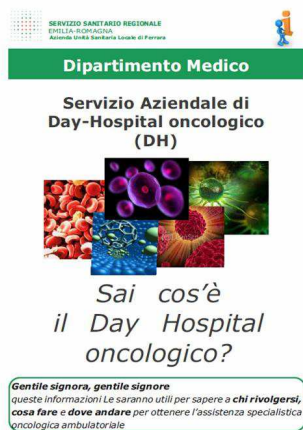
Il complesso percorso formativo, tenutosi tra novembre 2011 e gennaio 2012 da parte della prof.ssa Rima E. Rudd, dell'Harvard School of Public Health di Boston, ha coinvolto 4 professionisti per ognuna delle 17 Aziende Sanitarie della Regione:

- operatori sanitari di area oncologica
- operatori degli Uffici relazioni con il pubblico, informazione/comunicazione.

Al termine della formazione plenaria si sono avviate le prime iniziative locali per la ridefinizione dei linguaggi proposti nei materiali informativi.

La Carta dei Servizi redatta nel 2013 è stata realizzata seguendo i principi dell'health literacy ed è stata revisionata con modalità partecipata tra soggetti diversi per individuare le parti che potevano presentare elementi di complessità al fine di rendere ancora più chiare le informazioni.

Sempre utilizzando gli strumenti offerti dalla Health Literacy, al fine di migliorare la comunicazione riguardo i percorsi dell'accesso, nell'ambito dell'attività di approfondimento sulla comunicazione nei DH oncologici, il gruppo di lavoro ha sollecitato la creazione di due strumenti informativi di tipo cartaceo destinati ai cittadini afferenti al Servizio Aziendale di Day Hospital Oncologico:



- ❖ Pieghevole informativo riferito all'accesso al day hospital oncologico da parte dei pazienti oncologici
- ❖ Pieghevole informativo sulle terapie antitumorali (effetti collaterali e problemi correlati).



Nel corso del 2013 gli opuscoli sono stati distribuiti ai pazienti in via sperimentale e sono previste forme di verifica sulla ricaduta di tale strumento tramite la realizzazione di focus group mirati.

Di seguito si propone una tabella riassuntiva che racchiude il conteggio numerico delle suddette attività:

Attività↓	Anni ⇔	2011	2012	2013
	Attività di <i>front office</i> con i cittadini		10344	14062
Abilitazioni Fascicolo Sanitario Elettronico – CUP WEB		--	1051	1224
Attività di <i>back office</i> finalizzata alla gestione delle segnalazioni		1264	967	1101
Attività di ascolto ai cittadini		136	130	146
Produzione di strumenti di comunicazione esterna		630	1182	5684
Aggiornamento book sull'Attività Libero Professionale		--	2	2
Gestione e aggiornamento banca dati Numero Verde Regionale		92	80	75
Coordinamento CCM		33	60	60
Segreteria CMC		--	8	8
Totale		12499	17542	18113

Attività di front office 2013: la banca dati per la gestione dei contatti informativi

Gli URP registrano quotidianamente la propria attività di *front office*. Di seguito si propongono i dati aggregati:

Contatti informativi URP Distrettuali	Contatto telefonico		Contatto allo sportello		N°verde	e-mail	Tot
	<i>semplice</i>	<i>complesso</i>	<i>semplice</i>	<i>complesso</i>			
Informazione	2812	530	1866	509	168	190	6075
Aspetti organizzativi	248	372	426	477	5	150	1678
Altro	103	93	42	103	1	60	402
Aspetti economici	82	63	94	142	0	12	393
Aspetti relazionali	4	122	23	199	0	1	349
Tempi	96	80	48	64	1	6	295
Aspetti tecnici professionali	14	85	22	126	0	18	265
Aspetti normativi	27	49	24	122	0	11	233
Aspetti strutturali	22	11	60	9	0	7	109
Aspetti alberghieri/ comfort	4	4	1	3	0	2	14
TOTALE	3412	1409	2606	1754	175	457	9813

Fascicoli Sanitari Elettronici attivati dagli URP distrettuali: totale **1224**

Banca dati per la gestione dei contatti informativi: osservazioni sulle attività

Gli operatori nell'attività di *front office* hanno risposto alle richieste dei cittadini giunte attraverso:

- telefono
- posta elettronica
- contatto diretto allo sportello
- Numero Verde regionale per informazioni di secondo livello

in merito a problematiche di varia natura: da informazioni di carattere generale (61 %) su sedi e modalità di accesso a vari servizi/prestazioni a richieste più specifiche inerenti gli aspetti organizzativi e i vari passaggi burocratici/amministrativi necessari per portare a termine il proprio percorso di cura (17%).

Nei rimanenti casi, le informazioni richieste dai cittadini agli operatori degli Uffici Relazioni con il Pubblico distrettuali sono così distribuite:

- 19,5% altro
- 19% aspetti economici
- 16,9% aspetti relazionali
- 14,32% tempi
- 12,8% aspetti tecnici professionali
- 11,3% aspetti normativi
- 5,3% aspetti strutturali
- 0,6% aspetti alberghieri/comfort

Attività di back office: la banca dati per la gestione delle segnalazioni. Osservazioni sulle segnalazioni raccolte e gestite

Segnalazioni di disservizio (reclami¹ e rilievi²)

Le valutazioni negative nel 2013 sono state 597, corrispondenti al 59,6% delle segnalazioni totali (rappresentate da elogi, impropri, reclami, rilievi e suggerimenti).

Nel 2012 sono state 519, corrispondenti al 53,6% delle segnalazioni complessive.

I Dipartimenti maggiormente coinvolti da tali segnalazioni sono stati, nel 2013 come nel 2012, il Dipartimento di Cure Primarie, l'Unità Operativa Servizi Amministrativi Distrettuali e il Dipartimento di Emergenza-Urgenza, con le seguenti specifiche:

- anno 2013: ai tre dipartimenti sopramenzionati sono giunte 350 segnalazioni di disservizio, corrispondenti al 58% dei reclami e rilievi totali
- anno 2012: 276 segnalazioni, pari al 28,5% delle segnalazioni complessive.

Per quanto riguarda le strutture semplici e la tipologia di problemi (CCRQ):

Dipartimento Cure Primarie:

gli aspetti organizzativi sono relativi al 24% delle segnalazioni complessivamente inviate a questo dipartimento, gli aspetti tecnici professionali al 36%. Complessivamente nel 60% dei casi i problemi segnalati sono relativi al percorso di cura dal punto di vista organizzativo e alla qualità della prestazione fruita. Le strutture semplici di questo dipartimento maggiormente interessate dalle segnalazioni sono state: attività di specialistica ambulatoriale, medici di continuità assistenziale e medici di medicina generale.

¹ Un **reclamo** è una qualunque espressione di insoddisfazione degli utenti e degli operatori sanitari. Costituisce una opportunità di miglioramento della qualità dei servizi e uno strumento necessario a monitorare il livello di soddisfazione dei cittadini/utenti. (DGR 320/2000).

² Un **rilievo** è un'indicazione di disservizio che si risolve con una eventuale risposta di cortesia e che comunque non attivano la procedura tipica del reclamo. Note applicative: rientrano nei rilievi le segnalazioni anonime di disservizio.

Unità Operativa Servizi amministrativi distrettuali:

gli aspetti organizzativi assorbono il 42% delle segnalazioni complessivamente inviate a questa unità operativa e gli aspetti economici il 17%. Complessivamente quindi nel 59% dei casi le criticità rilevate dai cittadini sono relative agli aspetti organizzativi dell'accesso alle prestazioni e agli aspetti di tipo economico (tariffazioni errate di ticket, richiesta di rimborsi,...). Le strutture semplici interessate sono le sedi territoriali dello Sportello Unico

Dipartimento di Emergenza-urgenza:

delle 82 segnalazioni di disservizio raccolte a carico di questo Dipartimento, 80 (corrispondenti al 97,5%) sono relative alle Unità Operative di Pronto Soccorso aziendali, per il 25% sono state chiamate in causa sugli aspetti economici (ticket), per il 22,5% sugli aspetti tecnici professionali (adeguatezza della prestazione erogata) e per il 17,5% sui tempi (di attesa per completare il percorso di valutazione e diagnosi).

Elogi³

Le valutazioni positive nel 2013 sono state 367, corrispondenti al 36,6% delle segnalazioni totali (rappresentate da elogi, impropri, reclami, rilievi e suggerimenti).

Nel 2012 sono state 412, corrispondenti al 42,6% delle segnalazioni complessive.

I Dipartimenti maggiormente interessati dagli elogi sono stati, nel 2013 come nel 2012, il Dipartimento Medico, di Cure Primarie e il Dipartimento Chirurgico, con le seguenti specifiche:

anno 2013: ai tre dipartimenti sopramenzionati sono giunti 271 elogi, corrispondenti al 73,8% degli elogi totali

anno 2012: 341 elogi, pari all' 82,7% degli elogi complessivi

Contenuti degli elogi: gli apprezzamenti più ricorrenti sono sulla gentilezza, disponibilità e cortesia degli operatori, oltre alla competenza e professionalità.

Dipartimento Medico:

le strutture a cui sono state indirizzate più frequentemente le valutazioni positive sono le Unità Operative di Lungodegenza, di Medicina, di Riabilitazione e Recupero Funzionale e di Oncologia.

Dipartimento Cure Primarie:

le strutture semplici di questo dipartimento maggiormente interessate dagli elogi sono l'Hospice di Codigoro e l'Assistenza Domiciliare Integrata.

Dipartimento Chirurgico:

le strutture semplici a cui sono stati inviati più spesso gli elogi sono le Unità Operative di Chirurgia, Ortopedia e Urologia, sia in degenza ordinaria che giornaliera (DH e DS).

Attività di back office: la banca dati per la gestione delle segnalazioni

Quadro sinottico andamento segnalazioni di disservizio (reclami e rilievi) per Dipartimento e URP distrettuale anno 2013

³ **Apprezzamento/ringraziamento/elogia:** è un'espressione/segnalazione di soddisfazione del cittadino/utente, presentata sotto qualsiasi forma o modalità, al soggetto erogatore del servizio.

Distretto ⇨	Centro Nord				Ovest		Sud Est				TOT
URP ⇨	Ferrara		Copparo		Cento		Argenta - Portomaggiore		Codigoro - Lagosanto		
Dipartimento ↓	Rec	Ril	Rec	Ril	Rec	Ril	Rec	Ril	Rec	Ril	
Cure Primarie	54	1	4	2	22	7	53	7	31	2	183
Servizi amministrativi distrettuali	30	7	4	4	11	3	10	2	13	1	85
Emergenza urgenza	1	--	--	1	11	13	13	1	40	2	82
Chirurgico	--	--	3	--	5	--	13	3	14	3	41
Medico	--	--	2	4	11	3	10	3	7	--	40
DAI SM DP	15	3	--	--	2	--	4	--	6	--	30
Materno infantile	--	--	--	--	5	2	6	--	9	2	24
Staff DG,DS,DA	11	2	1	--	3	--	2	--	3	--	22
PUO	2	--	1	--	4	3	2	4	5	--	21
AOSPUN	16	2	--	--	2	--	--	--	--	--	20
Strutture private accreditate	12	4	1	--	--	--	--	--	--	--	17
Radiologia clinica diagnostica ed interventistica	--	1	--	--	2	--	2	--	7	1	13
Medicina di Laboratorio - LUP	--	--	1	2	3	1	2	--	1	--	10
Sanità Pubblica	2	--	--	1	--	--	1	--	1	--	5
Attività tecniche e patrimoniali	--	--	--	--	--	--	1	--	--	--	1
I.C.T.	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1
Amm.vo Unico	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1
Privato non convenzionato	1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	1
Totale	144	22	17	14	81	32	119	20	137	11	597

Quadro sinottico andamento **elogi** per Dipartimento e URP distrettuale anno 2013

URP ⇔ Dip.to↓	Centro Nord		Ovest	Sud – Est		TOT
	Ferrara	Copparo	Cento	Argenta – Portomaggiore	Codigoro – Lagosanto	
Medico	1	17	31	37	49	135
Cure Primarie	7	--	4	40	32	83
Chirurgico	--	--	3	42	8	53
Emergenza urgenza	--	--	7	10	6	23
Materno infantile	--	--	15	--	7	22
DAI – SM -DP	12	--	--	--	1	13
Staff DG,DS,DA	3	1	2	6	--	12
Radiologia clinica diagnostica ed interventistica	--	1	1	2	4	8
Servizi amministrativi distrettuali	--	--	2	2	2	6
Sanità Pubblica	3	--	--	1	--	4
PUO	--	1	2	--	--	3
Strutture private accreditate	2	--	--	--	--	2
Interaziendale economale	1	--	--	--	--	1
Medicina di Laboratorio - LUP -	--	--	--	1	--	1
AOSPUN	1	--	--	--	--	1
Totale	30	20	67	141	109	367

Di seguito si propongono due tabelle, una per le segnalazioni di disservizio e l'altra per gli elogi, da cui si può valutare l'andamento dal 2013 al 2013 delle sopracitate categorie di segnalazioni:

Tablelle di sintesi

Tipologia di segnalazioni anno 2013

URP Distrettuali	Elogi	Impropri	Reclami	Rilievi	Suggerimenti	Totale
Ferrara	30	11	144	22	5	212
Copparo	20	--	17	14	1	52
Cento	67	6	81	32	4	190
Argenta – Portomaggiore	141	3	119	20	3	286
Codigoro – Lagosanto	109	3	137	11	1	261
TOTALE	367	23	498	99	14	1001

Distribuzione delle segnalazioni per tipologia:

- il 49,7% delle segnalazioni è costituito da reclami (dato 2012: 48,2%)
- il 36,6% da elogi (dato 2012: 42,6%)
- il 9,9% da rilievi (dato 2012: 5,4%)
- il 2,3% da impropri (dato 2012: 1,9%)
- l'1,4% da suggerimenti (dato 2012: 1,9%)

Impropri⁴ :

- Valutazioni su risposte a segnalazioni
- Modalità di smaltimento eternit
- Delucidazioni su un progetto di recupero farmaci del Comune
- Richiesta di attrezzare tutti i PS provincia a dotarsi di ambiente conforme ai requisiti previsti per paziente affetta da sensibilità chimica multipla
- Disagio generalizzato ma senza un preciso oggetto o servizio
- Tempo d attesa per ricevere un verbale da parte dell'INPS
- Richiesta di valutazione segnalazione da parte della CMC
- Utilizzo locali c/o SS.ma Annunziata
- Contestazioni sull'operato di un'assistente sociale dipendente dell'ASP del Delta
- Contestazioni sullo stato di un pulmino per il trasporto di disabili, concesso dall'AUSL di Ferrara in comodato d'uso gratuito all'ASP del Delta mancante di impianto di condizionamento
- Lamenta che persone terze esprimono le proprie considerazioni sui propri genitori all'interno dei locali dell'AUSL

Suggerimenti⁵ :

Copparo: 1

1. Si chiede i mantenere la struttura ospedaliera aperta

Lagosanto: 1

1. Si suggerisce di aggiungere personale per ridurre i tempi di attesa in PS

Argenta: 3

1. Percorso di ritiro dei referti istologici più comodo per gli utenti (2 casi)
2. Segnalazione di gravi irregolarità igieniche di un esercizio pubblico

Cento: 4

1. Migliorare il comfort e gli aspetti strutturali del DH oncologico
2. Installare zanzariere in Ostetricia-ginecologia
3. Trattamento migliore per chi è in attesa in PS
4. Carrozine più numerose, pulite e gonfie in Ortopedia

Ferrara: 5

1. Per evitare disagi c/o il Poliambulatorio di V. Beretta servirebbe mettere una chiocciola elimina code o qualcuno addetto alle informazioni
2. Prevedere una sala d'attesa attrezzata per bambini con libri c/o Poliambulatorio di V. Beretta
3. Corso di buone maniere per il personale addetto allo sportello
4. Maggiore flessibilità oraria per la distribuzione della terapia c/o Ser.T
5. Migliorare il comfort e i servizi per gli utenti nella sala d'attesa del Poliambulatorio di V. Cassoli

⁴ **Segnalazione impropria:** E' una segnalazione riferita a un evento che non è imputabile alla responsabilità della Azienda Sanitaria. Non di competenza: può trattarsi di un reclamo, un rilievo, un elogio/apprezzamento, un suggerimento/proposta.

⁵ **Suggerimenti/Proposte:** sono segnalazioni dei cittadini/utenti che hanno lo scopo di fornire delle indicazioni esplicite al soggetto erogatore affinché fornisca un servizio più vicino alle loro esigenze

Tipologia di presentatore segnalazioni anno 2013

URP Distrettuali	Associazione	Cittadino	Ente	Operatore sanitario	Studio legale	Totale
Ferrara	20	185	5	--	2	212
Copparo	--	52	--	--	--	52
Cento	7	182	1	--	--	190
Argenta –Portomaggiore	17	261	--	--	8	286
Codigoro – Lagosanto	20	241	--	--	1	261
TOTALE	64	921	6	0	10	1001

Distribuzione delle segnalazioni per presentatore:

- nel 92% dei casi le segnalazioni sono giunte da cittadini (dato 2012: 91,5%)
- il 6,39% delle segnalazioni è giunto dalle principali Associazioni di Volontariato e Tutela dei cittadini presenti sul territorio provinciale: CTDM sedi di Ferrara e Finale Emilia e TDM sede di Comacchio (dato 2012: 7,13%)

Tipologia di modalità di presentazione segnalazioni anno 2013

URP Distrettuali	altro	cassetta	e-mail web	fax	lettera	stampa	URP	telefonica	Totale
Ferrara	--	29	68	9	54	3	49	--	212
Copparo	--	10	15	--	7	2	18	--	52
Cento	--	74	32	2	18	6	57	1	190
Argenta/ Portomaggiore	--	80	30	1	83	7	80	5	286
Codigoro – Lagosanto	2	39	20	6	29	9	156	--	261
TOTALE	2	232	165	18	191	27	360	6	1001

Distribuzione delle segnalazioni per modalità di presentazione:

- nel 36% dei casi le segnalazioni sono state presentate da cittadini agli uffici URP (dato 2012: 40,5%)
- nel 23,2% dei casi sono state depositate nelle Casette dei Comitati Consultivi Misti distribuite nei principali punti di accesso delle sedi AUSL (dato 2012: 20,6%)
- nel 19% attraverso lettera (dato 2012: 22,8%)
- il 16,48% delle segnalazioni è giunto agli URP attraverso il sito web aziendale o la posta elettronica (dato 2012: 13 %)

Tempi di chiusura

	Numero reclami						Totale reclami Anno 2013
	Aperti			Chiusi			
	Entro 30 gg	Più di 30 gg	Tot	Entro 30 gg	Più di 30 gg	Tot	
AUSL Ferrara	0	46	46	208	244	452	498

Totali di particolare interesse

	Ricorso alla Commissione Mista Conciliativa	Il istanza	Richiesta risarcimento danni	Persone risarcite
AUSL Ferrara	1	3	12	0

Risposte/esiti delle segnalazioni anno 2013

	Pratica aperta	Risoluzione	Chiarimento	Conferma operato	Accoglimento rimborso	Trasmissione Medicina Legale	Scuse	Assunzione e impegno	Ringraziamento per elogio scritto	Altro	Tot
Ferrara	1	33	62	13	2	1	27	1	30	42	212
Copparo	1	5	6	2	--	1	5	3	20	9	52
Cento	--	14	37	7	1	1	13	--	67	50	190
Argenta Portomagg.	28	23	32	6	--	11	14	5	141	26	286
Codigoro Lagosanto	16	58	23	20	3	4	9	1	109	18	261
Totale	46	133	160	48	6	18	68	10	367	145	1.001

Distribuzione delle risposte alle segnalazioni:

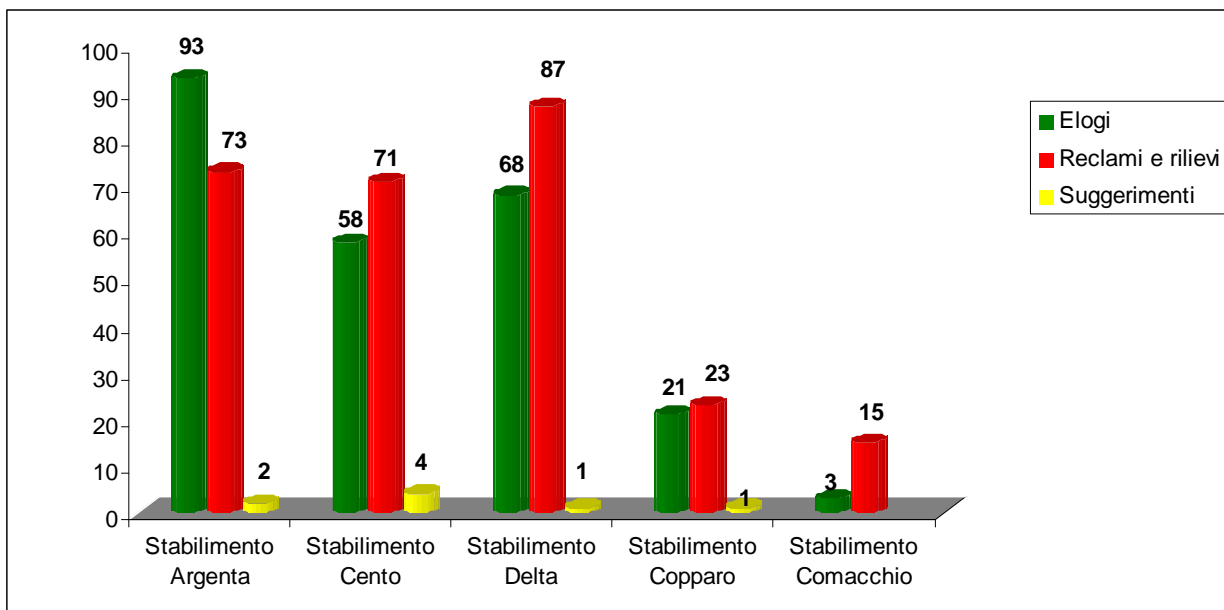
Nel 2013 le segnalazioni sono state chiuse con una risposta di:

- 14,5% *altro* (10% nel 2012)
- 16% chiarimento (14,8% nel 2012)
- 13,2% risoluzione (11,5% del 2012)
- 6,8% scuse (7,2% nel 2012)
- 4,8% conferma operato dell'azienda o degli operatori perché conforme a protocolli/regolamenti/linee guida/normativa (4,3% nel 2012)
- il 4,6% delle segnalazioni è risultato aperto al 31/12/2013 (4,2% nel 2012)
- 1,8% trasmissione medicina legale (2% nel 2012)
- 1% assunzione di impegno (2,9% nel 2012)
- 0,6% accoglimento richiesta di rimborso (0,3% nel 2012)

Distribuzione delle segnalazioni raccolte dagli URP distrettuali nell'anno 2013 relative agli Stabilimenti ospedalieri

	Elogi	Reclami e rilievi	Suggerimenti	Totale
Stabilimento Argenta	93	73	2	168
Stabilimento Cento	58	71	4	133
Stabilimento Delta	68	87	1	156
Stabilimento Copparo	21	23	1	45
Stabilimento Comacchio	3	15	0	18
Totale	243	269	8	520

Distribuzione delle segnalazioni anno 2013 per Stabilimenti



Osservazioni:

Stabilimento di Argenta: è l'unica realtà nella quale il numero degli elogi è maggiore a quello dei reclami e rilievi. Nello specifico gli elogi sono maggiormente riferiti alle Unità Operative di: Chirurgia, Ortopedia e Medicina e riguardano gli aspetti relazionali e quelli tecnici-professionali. I reclami e i rilievi si riferiscono al Pronto Soccorso per gli aspetti economici e tecnici-professionali e all'Unità Operativa di Medicina per gli aspetti tecnici-professionali.

Stabilimento di Cento: gli elogi sono riferiti alle Unità Operative di Medicina e Ostetricia- ginecologia per gli aspetti relazionali. I reclami e i rilievi si riferiscono al Pronto Soccorso per gli aspetti economici e tecnici-professionali e all'Unità Operativa di Medicina per gli aspetti tecnici-professionali.

Stabilimento Ospedale del Delta: gli elogi sono riferiti alle Unità Operative di Medicina e Lungodegenza Post Acuzie, per gli aspetti tecnico-professionali e relazionali. I reclami e i rilievi si riferiscono al Pronto Soccorso per gli aspetti economici.

Stabilimento di Comacchio: gli elogi sono riferiti alla Lungodegenza Post Acuzie per gli aspetti tecnico-professionali. I reclami e i rilievi si riferiscono per la maggior parte al Pronto Soccorso per gli aspetti economici.

Stabilimento di Copparo: i reclami e rilievi e gli elogi sono quasi in numero uguale, distribuiti prevalentemente in Medicina ed Lungodegenza Post Acuzie per gli aspetti tecnico-professionali e relazionali.

Indagini qualità percepita

Nel corso del triennio 2014-2016 è prevista la realizzazione di un'indagine sulla qualità percepita in tutte le Unità Operative di degenza, così come previsto dalla recente comunicazione dell'Agenzia Sanitaria Regionale PG N.46440 del 28/07/2014.

Anche nel corso del 2013, come di consueto, l'Ufficio Stampa aziendale ha messo in campo iniziative pensate per target specifici di pubblico attraverso differenti strumenti di comunicazione con lo scopo di far conoscere e promuovere i progetti di riorganizzazione dell'Azienda Sanitaria territoriale, ma al contempo anche per incentivare l'uso appropriato dei servizi da parte dei cittadini. Pertanto sono proseguite le attività di comunicazione per l'accesso ai servizi, così come è rimasto costante l'impegno nello svolgere attività di prevenzione su tematiche connesse al benessere ed alla qualità della vita delle persone.

L'organizzazione del capitolo è strutturata seguendo la logica della relazione comunicativa: strategie, metodi e tecnologie.

La comunicazione per l'orientamento e l'accesso ai servizi

Diversi gli strumenti predisposti per agevolare l'accesso e l'orientamento ai servizi aziendali. Per il 2013 l'Ufficio Stampa, con il supporto dei professionisti dei servizi coinvolti è stato soprattutto impegnato nell'organizzazione di iniziative pubbliche rivolte a cittadini e amministratori locali, così come nella realizzazione di servizi anche televisivi che avevano sempre l'obiettivo di migliorare e facilitare l'orientamento e l'accesso alle strutture sanitarie da parte della popolazione del territorio ferrarese.

Le attività svolte si sono focalizzate su:

Guide per l'accesso alle strutture ed ai servizi


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

**Informazioni
per Utenti in Trattamento
Anticoagulante Orale (TAO)**



**Laboratorio Unico Provinciale
U.O. di Medicina Interna
Ospedale Mazzolani Vandini
Argenta (FE)**

Gestione dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO)

La riorganizzazione del percorso per la gestione dei pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO) è stata supportata da un progetto di comunicazione che ha previsto, oltre ad i tradizionali strumenti informativi (comunicati stampa, lettera ai professionisti coinvolti, ...) anche la revisione delle brochure informative per i punti TAO di Argenta e Lagosanto, al fine di semplificare le modalità di accesso ai pazienti e presentare loro le principali variazioni connesse alla nuova organizzazione.

Centro di alta specializzazione Disturbi Specifici dell'Apprendimento e valutazioni cognitive complesse

Contestualmente all'attivazione del Centro DSA di Alta Specializzazione per Disturbi Specifici dell'Apprendimento - punto di riferimento disponibile per tutti i cittadini della provincia di Ferrara per la valutazione, certificazione e approfondimento di tali disturbi - è stato prodotto un depliant informativo dedicato ai Disturbi Specifici dell'Apprendimento, all'attività del nuovo Centro ed alle modalità di accesso.





Promozione vaccinazione antitetanica

Il 2013 è stato l'anno durante il quale l'Ufficio Stampa e Comunicazione- in collaborazione con il Dipartimento Sanità Pubblica- M.O. Epid. Profilassi Malattie Infettive, hanno avviato una campagna di sensibilizzazione rispetto all'importanza della vaccinazione antitetanica: caratteristiche del tetano, vaccinazione e sedi di riferimento.

Emergenza Virus Influenza Aviaria

Nell'estate del 2013 per l'Azienda USL di Ferrara si è presentata l'emergenza legata al virus dell'Influenza Aviaria. Infatti dal 13 agosto si è venuti a conoscenza del primo focolaio di aviaria in un allevamento ferrarese. Da questa data e fino a chiusura emergenza, in coordinamento con il servizio Veterinario della nostra Azienda, l'Ufficio Informazione e Comunicazione Regionale e l'Ufficio Stampa dell'Azienda USL di Imola (coinvolta successivamente nella trasmissione del virus) si è provveduto a stilare e redare tutte le informazioni necessarie per contenere lo stato di allarme che si è scatenato sul territorio locale. Sono stati predisposti oltre ai comunicati stampa che fungevano anche da bollettini che tenevano aggiornati tutti gli interessati e le Amministrazioni locali per le misure attivate volte alla prevenzione e diffusione del virus dalle aree colpite, così come le attività di controllo svolte dai veterinari dell'Azienda USL e gli sviluppi della trasmissione del virus. Si è provveduto, inoltre, anche a stilare una lista di FAQ per le domande più frequenti che gli allevatori, ma anche i molti proprietari di animali presentavano. Le FAQ sono state pubblicate sul sito aziendale e sui media locali e man mano aggiornate, insieme ai bollettini sul sito aziendale. Il sito aziendale è stato continuamente aggiornato per l'evolversi dell'emergenza.

La comunicazione istituzionale attraverso i media: il rapporto con tv e carta stampata

L'Azienda USL in TV

- **Linea Salute News – rubrica in onda su Telestense**

L'Ufficio Stampa nel corso del 2013 ha continuato la sua attività di informazione televisiva.

Nella strategia comunicativa complessiva adottata dall'Ufficio Stampa riveste infatti particolare importanza il mezzo televisivo, per valorizzare le eccellenze, ma anche per promuovere i servizi territoriali che può offrire l'azienda sanitaria nel territorio provinciale con i suoi distretti e ospedali all'Azienda nel territorio provinciale.

L'Azienda USL utilizza l'emittente televisiva della provincia di Ferrara -Telestense - per l'attività d'informazione istituzionale, unendo azioni di pubblicità sociale e promozione di adeguati stili di vita, anche collegate a campagne di comunicazione regionali e locali. La collaborazione, proficua per entrambi i partner, prosegue da diversi anni ed ha contribuito ad istituzionalizzare la funzione della comunicazione ed informazione da parte dell'Azienda Sanitaria ferrarese. Con la rubrica televisiva "Linea Salute News" si vuole veicolare un formato diverso di messaggio, rispetto a quello affidato alla carta stampata, in quanto consente di sfruttare la capacità

evocativa delle immagini e di diffondere un messaggio chiaro e diretto, tipico della comunicazione orale. La cadenza programmata della messa in onda e le tematiche affrontate, hanno lo scopo di creare un appuntamento atteso da parte del cittadino, ma anche riuscire a mantenere un certo interesse per le loro caratteristiche di utilità ed attualità. I servizi hanno una durata di 7 -10 minuti con la messa in onda nella fascia oraria serale in prossimità del TG, il mercoledì alle 20 e con replica il sabato alle 20,30. Le trasmissioni solitamente sono realizzate per dare informazioni utili per un utilizzo appropriato dei servizi o per un corretto approccio ad un problema sanitario.

Servizi realizzati per la rubrica "Linea Salute News"

- *Sert - Gioco d'azzardo: Fuori dal gioco*
- *Sert - Gioco d'azzardo: se il gioco diventa un problema*
- *Sert - Gioco d'azzardo: il banco vince sempre*
- *Centro di medicina dello Sport - Movimento per stare bene*
- *Alimentazione e fumo – cos'è la prevenzione primaria*
- *Sert – alcol: come evitare la dipendenza*
- *118 in Piazza – per salvare una vita metti le mani sul cuore (settimana della Rianimazione cardiopolmonare)*
- *118 come funziona il servizio di emergenza Urgenza*
- *118 maxi-simulazione a Voghiera- esempio di intervento*
- *Prevenzione della depressione: il progetto "Parla con noi"*

Spot per la campagna di prevenzione dell'influenza

- **I programmi dell'accesso RAI**

È continuata anche nel 2013 l'attività di informazione televisiva con la messa in onda di servizi mandati in onda negli spazi riservati all'accesso istituzionale e sociale dal contratto di servizio pubblico di RAI Radio Televisione italiana per la regione Emilia-Romagna, spazi informativi trasmessi sul canale digitale terrestre della Rai 3-Emilia Romagna. Il format televisivo definito nel contratto di servizio prevede servizi giornalistici di 3 minuti e 30 secondi. Questo, ha consentito di focalizzare l'efficacia informativa favorendo l'essenzialità della notizia che l'ufficio stampa ha governato con totale autonomia professionale e giornalistica da stile, scelte di montaggio e regia. Per quanto riguarda i contenuti, questi sono stati sviluppati in modo funzionale alle attività d'informazione e comunicazione aziendali: progetti, eventi, iniziative, notizie ed eccellenze della sanità ferrarese.

Nel 2013 sono stati prodotti 4 trasmissioni della durata di 3 minuti e 30 secondi ciascuna, per RAI 3 Emilia Romagna, per lo spazio riservato ai "Programmi per l'Accesso".

Questi gli argomenti presentati:

- SPES Support Patients through E-services-Solutions Telemedicina per l'Europa Centrale 4 studi pilota a Supporto dei Pazienti Attraverso Servizi Telematici: Il Bilancio. ENEA-CUP 2000-AUSL.
- Write Aids: il bilancio dell'Edizione 2012.
- Radiologia interventistica dell'Ospedale del Delta: la colonscopia virtuale.

L'Azienda USL e la carta stampata

È stata portata avanti l'attività di Ufficio Stampa con l'organizzazione di Conferenze e incontri stampa così come la redazione di Comunicati stampa.

Nel 2013 le **Conferenze stampa** organizzate sono state **30**, mentre **il numero dei comunicati stampa e delle note stampa e lettere inviate ai media sono 150**.

Anche per il 2013 si è continuata la collaborazione con le diverse redazioni di periodici locali presentando iniziative, eventi, campagne locali e regionali che necessitano di essere diffuse in maniera capillare sul territorio della nostra provincia per raggiungere diversi target di popolazione. È continuata quindi la collaborazione con

il settimanale, periodico di informazione, a cadenza quindicinale **“La Voce di Ferrara – Comacchio”** per raggiungere in particolar modo il Distretto Centro Nord, così come è continuata la collaborazione con i periodici mensili a distribuzione gratuita **“Sport Comuni” “Il Centone”** che raggiungono la popolazione del distretto Ovest. Mentre per il distretto Est si è provveduto a mantenere la rubrica sul giornale, sempre a distribuzione gratuita e con periodicità mensile de **“La Zanzara”**

Nel 2013 si è provveduto, inoltre, ad acquistare n.3 mezza pagine sui quotidiani locali de **“Il Resto del Carlino”** e **“La Nuova Ferrara”** per affrontare temi mirati alla prevenzione e all’ educazione per la salute. Questi i temi pubblicati:

- campagna di prevenzione dell’AIDS;
- Il massaggio che salva la vita;
- il servizio veterinario per la sicurezza alimentare.

Comunicazione On line

Il 2013 è stato caratterizzato dal punto di vista della comunicazione attraverso i siti istituzionali dell’Azienda, dalle novità introdotte del D.Lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle PP.AA.", che ha previsto la creazione della sezione web **“Amministrazione Trasparente.”**

L’Ufficio Stampa ha supportato fin dall’entrata in vigore del decreto il responsabile AUSL della trasparenza, garantendo adeguata visibilità agli adempimenti normativi previsti, progettando – in collaborazione con i tecnici ICT – soluzioni in grado di rispondere alle nuove indicazioni in materia di trasparenza all’interno delle Pubbliche Amministrazioni ed intensificando gli interventi di supporto degli operatori individuati ad implementare le pagine web dei siti istituzionali AUSL delle nuove sottosezioni attivate.

A fianco di questa impegnativa e complessa attività, continua l’impegno per garantire la concreta fruibilità delle informazioni pubblicate sui siti da parte di diversi interlocutori e destinatari: cittadini utenti e pazienti, associazioni, imprese, istituzioni e media, tentando di monitorare i contenuti disponibili sul web, il loro stato di aggiornamento, nonché assicurare la tempestività delle comunicazioni e variazioni più significative e collaborando con i redattori

Gli operatori dell’Ufficio Stampa e tecnici ICT proseguono, inoltre, nell’attività di supporto ai servizi aziendali organizzando momenti formativi personalizzati sull’esigenza degli operatori abilitati nel ruolo di **“scrittori”**, per l’addestramento di nuovi editor e l’aggiornamento degli **“scrittori sporadici”**. Garantiscono, altresì, il supporto e consulenza comunicativa e informatica costante e quasi in tempo reale attraverso:

- mail (webmaster@ausl.fe.it)
- consulenze telefoniche
- incontri

Ufficio Stampa e Comunicazione e tecnici ICT, infine, supportano i servizi aziendali nella creazione di sezioni dedicate e contenuti speciali, elaborando soluzioni personalizzate sulla base delle esigenze comunicative ed informative manifestate.

Alcuni dati sul sito aziendale www.ausl.fe.it

I dati sono stati ottenuti grazie a Google Analytics mettono a confronto alcuni degli aspetti più significativi della comunicazione web (anni 2011-2013).

	2011	2012	2013
Visite * <i>Numero di singole sessioni avviate da tutti i visitatori del sito. Se un utente non è attivo su un sito per 30 minuti o più, qualsiasi attività futura verrà attribuita a una nuova sessione</i>	416.422	463.112	453.147
Visitatori unici ** <i>Numero di visitatori non duplicati (calcolati una sola volta) di un sito web durante uno specifico periodo di tempo</i>	236.078	260.720	257.180
Visualizzazioni di pagina <i>Istanza di pagina caricata da un browser</i>	1.511.776	1.448.137	1.445.875
Pagine/Visita <i>Numero medio di pagine visualizzate per visita</i>	3,63	3,13	3,19
Durata media visita	00:02:18	00:02:03	00:02:17
Frequenza di rimbalzo <i>Percentuale di visite di una sola pagina, ossia le visite in cui l'utente ha abbandonato il sito dalla pagina di destinazione</i>	48,90%	52,06%	44,57%
% nuove visite <i>Utenti che non avevano mai visitato prima il sito</i>	55,00%	53,72%	53,84%

* Nel corso del 2013 questo indicatore è stato sostituito con "SESSIONI", intendendo con questo termine "il periodo di tempo in cui un utente interagisce con il sito web, l'app e così via. Tutti i dati sull'utilizzo (visualizzazioni di schermate, eventi, e-commerce ecc.) vengono associati a una sessione".

** Nel corso del 2013 questo indicatore è stato sostituito con "UTENTI", intendendo con questo termine i soggetti che "hanno recentemente interagito con la tua applicazione. Include sia gli utenti nuovi sia gli utenti di ritorno".

Comunicazione Interna

L'utilizzo della **mailing list "utentiposta"**, che contiene gli indirizzi mail del personale aziendale (con estensione: @ausl.fe.it) è uno strumento di comunicazione ed informazione ormai consolidato all'interno dell'Azienda. Negli anni il ricorso a questo canale, dedicato ad informazioni di servizio indispensabili per chi lavora all'interno delle strutture AUSL, è costantemente aumentato sia per comunicazioni di servizio sia per la promozione di eventi ed iniziative di livello istituzionale.

Informa USL – la newsletter aziendale

Già dal 2012 la newsletter dell'Ufficio Stampa e Comunicazione viene prodotto in formato digitale e scaricabile on line dall'Area Dipendenti, all'interno dell'Applicativo MyAliseo, allegata al cedolino stipendiale.

Costante come in passato, l'impegno della redazione affinché il foglio informativo sia uno strumento utile per rimanere aggiornati su ciò che accade in azienda, sulle novità provenienti direttamente dai servizi aziendali, sugli appuntamenti e le informazioni importanti per il personale dipendente. La nuova tempistica del foglio informativo, disponibile praticamente in tempo reale, consente l'inserimento in newsletter di novità ed ultimi aggiornamenti, rappresentando sempre più uno strumento in grado di informare in tempi brevissimi tutto il personale aziendale. La crescente richiesta da parte dei servizi aziendali di pubblicare contenuti nella newsletter on line, ha favorito l'adozione di una linea di programmazione piuttosto strutturata degli interventi da diffondere, definita sulla base dell'utilità ed attualità delle informazioni proposte.

Eventi Pubblici

Gli eventi pubblici connessi alla promozione delle Case della Salute

La realizzazione e l'attivazione della "Casa della Salute" in tutte le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna rappresenta, anche per il 2013, un obiettivo strategico, in quanto rappresenta l'elemento centrale di innovazione nel sistema dell'assistenza distrettuale.

La Casa della Salute è - per l'Azienda USL di Ferrara - una sfida che nasce dall'esigenza di ricercare nuovi modelli organizzativi capaci di assicurare la presa in carico del paziente ed essere un riferimento certo per i cittadini che hanno problemi di salute. Nella nostra provincia, attualmente sono attive le due Case della Salute di Portomaggiore-Ostellato e "Terre e Fiumi" di Copparo.

La Casa della Salute rappresenta un passo avanti significativo nello sviluppo delle Cure Primarie, cioè quelle più vicine ai bisogni della gente, quando la situazione non è talmente grave da doversi rivolgere all'emergenza, ma si ha comunque bisogno dell'aiuto o della consulenza di personale sanitario. In questa struttura trovano risposta la maggior parte dei problemi di salute che possono essere risolti a livello ambulatoriale. Si sta, inoltre, lavorando, per assicurare una migliore presa in carico dei pazienti in tutte le strutture sanitarie attraverso l'attivazione di Punti di Accoglienza (PdA) - per favorire percorsi omogenei, rapidi ed una presa in carico integrata degli utenti nel corso dell'iter diagnostico. L'accoglienza e il prendersi cura della persona, infatti, caratterizzano la Casa della Salute, organizzata secondo un modello sanitario nel quale i professionisti lavorano insieme per facilitare l'accesso ai servizi, accorciare i tempi delle diagnosi e dell'inizio delle cure e rendere più efficaci gli interventi di prevenzione e di promozione della salute.

Tali nuovi modelli organizzativi si ispirano ai concetti di medicina preventiva e di iniziativa: i professionisti dell'azienda sanitaria non si occupano solo di assistere e curare il malato, ma promuovono la salute per prevenire l'insorgenza della malattia e rendere autonomi e consapevoli i cittadini, protagonisti principali, insieme agli operatori sanitari, del proprio benessere.

- **Seminario "Lo sviluppo della casa della salute: il lavoro in team"**

Ha preso avvio nel corso del 2013 il percorso formativo rivolto agli operatori che lavorano all'interno delle Case della Salute. Il seminario intitolato "Lo sviluppo della Casa della Salute: il lavoro in team" che si è tenuto a Cona il 10 aprile ha rappresentato il primo appuntamento di un percorso formativo che coinvolgeva gli operatori coinvolti a vario titolo nella gestione, organizzazione e coordinamento dell'attività all'interno delle Case della Salute: dai profili dirigenziali al personale infermieristico e medico, agli operatori del sociale che collaborano per garantire un'offerta sociosanitaria territoriale di qualità. L'iniziativa è motivata dalla convinzione che l'elemento di forza per questi nuovi modelli risieda proprio nell'integrazione professionale e il lavoro in team.

- **Giornata di approfondimento per la casa della salute "Terre e Fiumi di Copparo"**

L'incontro del 9 maggio ha rappresentato la prima tappa nel ferrarese per la delegazione regionale dell'Assessorato alle Politiche per la Salute, che sta monitorando l'andamento dei lavori nelle case della salute in tutta la Regione Emilia-Romagna. Gli approfondimenti hanno riguardato quattro dimensioni dell'attività: organizzazione della struttura, sistema informativo ICT, esperienza del paziente e misura della qualità.

- **Antica Fiera di Portomaggiore e Settembre Coppedese**

Per tutta la durata degli eventi, i professionisti sanitari delle Case della Salute sono stati a disposizione dei cittadini per illustrare i servizi attivi all'interno della struttura e le attività svolte, presentando inoltre i percorsi assistenziali facilitati attivi per le patologie croniche, come lo scompenso cardiaco e il diabete.

Numerosi gli incontri e le iniziative organizzate all'interno dello stand per tutta la durata delle sagre. Da sottolineare, inoltre, la possibilità da parte dei cittadini di attivare direttamente al banco espositivo dell'AUSL il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

La scelta di realizzare la Casa della Salute nasce dall'idea forte che i cittadini possano avere una sede di riferimento alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una certezza di risposta concreta, competente e adeguata ai diversi bisogni di salute e di assistenza.

Le altre iniziative

Porte aperte al Punto Nascita dell'Ospedale del Delta

Anticipando la festa della donna, giovedì 7 marzo 2013 l'AUSL Ferrara ha organizzato - al Punto Nascita dell'Ospedale del Delta di Lagosanto - un incontro rivolto a donne e coppie in attesa che vogliono prepararsi al meglio per essere protagonisti della salute del figlio che verrà. Nella sala riunioni del piano terra dell'ospedale di Lagosanto si terrà. Medici, ostetriche, infermieri, assistenti sanitarie e psicologi territoriali e ospedalieri hanno presentato i diversi servizi disponibili per meglio accompagnare la donna dalla gravidanza al puerperio, seguendo il bambino anche nella crescita.

I partecipanti all'incontro hanno potuto conoscere i servizi disponibili all'interno della struttura e avere le indicazioni di come prepararsi al meglio al parto con i corsi di preparazione e visitare il Punto Nascita.



**PORTE APERTE
AL PUNTO NASCITA
DELL'OSPEDALE
DEL DELTA**

Giovedì 7 marzo 2013 dalle 16 alle 18.30
Sala riunioni piano terra
Ospedale del Delta, Lagosanto (Fe)

Anticipando la festa della donna, medici, ostetriche, infermieri, assistenti sanitarie, psicologi ospedalieri e territoriali incontrano le donne e le coppie in attesa che vogliono prepararsi al meglio per essere protagonisti della salute del figlio che verrà.

PROGRAMMA

- Apertura della giornata a cura di Giuliano Guerzoni, Direttore U.O. Ostetrica Ginecologia Ospedale del Delta.
- Prepararsi al parto: perché frequentare i corsi?
- Partorire con il sorriso
- La relazione "one to one" tra la futura mamma ed i professionisti del parto.
- Essere genitore: i servizi pensati per te
- Visita al Punto Nascita

Per celebrare la festa della donna, al termine della giornata a tutti i partecipanti sarà offerto un aperitivo.

ISTITUTO SANITARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA
Azienda USL Ospedale del Delta di Ferrara

Local Fest

L'Azienda USL di Ferrara ha rinnovato anche nel 2013 l'adesione al LOCAL FEST di Bondeno, allestendo un proprio stand nell'area espositiva dell'iniziativa. Tema principale dello stand: la prevenzione ed il benessere. Lo stand ha rappresentato il punto di riferimento per tutti i cittadini che volevano saperne di più su come migliorare la qualità della propria vita, ricevendo consigli sulle abitudini ed i comportamenti da adottare per vivere in salute.

Mercatini Primavera e mercatini di Natale del Centro diurno Maccacaro

Il successo raggiunto nel corso del 2012 dai mercatini di Natale degli ospiti ed operatori del centro diurno il Maccacaro di Ferrara hanno motivato i servizi coinvolti a replicare l'esperienza anche nel 2013 con la realizzazione **dei Mercatini primavera e dei Mercatini di Natale del centro diurno Maccacaro**. Nella bancarella allestita in diverse sedi dell'azienda USL di Ferrara nei mesi di maggio e dicembre, sono stati messi in mostra ed in vendita gli elaborati, originalissimi, realizzati dagli stessi ospiti del centro in occasione delle loro attività laboratoriali.

L'iniziativa si inserisce tra le attività terapeutiche riabilitative del centro diurno Maccacaro del Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda USL di Ferrara - realizzate in collaborazione con l'Ufficio Stampa e Comunicazione - ed intende far conoscere i manufatti realizzati dagli utenti del Centro, contribuendo all'integrazione dei pazienti psichiatrici in una realtà diversa dalla loro routine giornaliera e per dare loro l'occasione di dare "un senso" al lavoro svolto. Il ricavato raccolto permette di acquistare nuovi materiali e attrezzature per continuare le attività laboratoristiche.

Il 118 scende in piazza: “ per salvare una vita metti le mani sul cuore”



Il Servizio 118 di Azienda Unità Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara – in collaborazione con il Comune di Ferrara – hanno organizzato il 19 ottobre 2013 “Il 118 scende in piazza. Per salvare una vita metti le mani sul cuore”, durante la quale rappresentanti ed autorità degli Enti Locali, sportivi, studenti degli istituti cittadini e figuranti dell’Ente Palio hanno partecipato ad un’esercitazione sulle tecniche del massaggio cardiaco su manichini, con la supervisione degli istruttori del 118. L’evento rientrava all’interno del progetto denominato VIVA2013 ([www.viva2013](http://www.viva2013.it)

.it) che prevedeva una campagna di sensibilizzazione nazionale attraverso i media e il web, incontri e manifestazioni pubbliche con la partecipazione di operatori sanitari e del soccorso, iniziative nelle scuole e nei luoghi di lavoro e di divertimento.

L’evento - che ha animato la città per tutta la giornata – è stato patrocinato da tutti i comuni della Provincia di Ferrara, IFM Ferrara, Ordine dei Medici e Chirurghi della Provincia di Ferrara, Collegio Provinciale IPASVI ed Ente Palio Città di Ferrara.

Sponsor dell’iniziativa: Eredità Avv. Rosanna Masotti, curatore Avv. Alessandro Bigli, S. Agostino Soccorso Onlus, Associazione di Volontariato “Voghiera Soccorso”, Croce Rossa Ferrara, Pubblica assistenza “Comacchio Soccorso”, CIDAS.

Le Aziende Sanitarie ferraresi e tutte le istituzioni coinvolte hanno promosso con convinzione l’iniziativa, al fine di sensibilizzare la popolazione rispetto all’importanza di attuare le manovre di rianimazione cardiopolmonare in caso di arresto cardiaco.



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

il 118 scende in piazza
per salvare una vita metti le mani sul cuore

SABATO 19 OTTOBRE 2013
FERRARA, PIAZZA MUNICIPALE



14-20 ottobre 2013
viva!
la settimana per la rianimazione cardiopolmonare
facebook.com/settimanaviva
www.viva2013.it

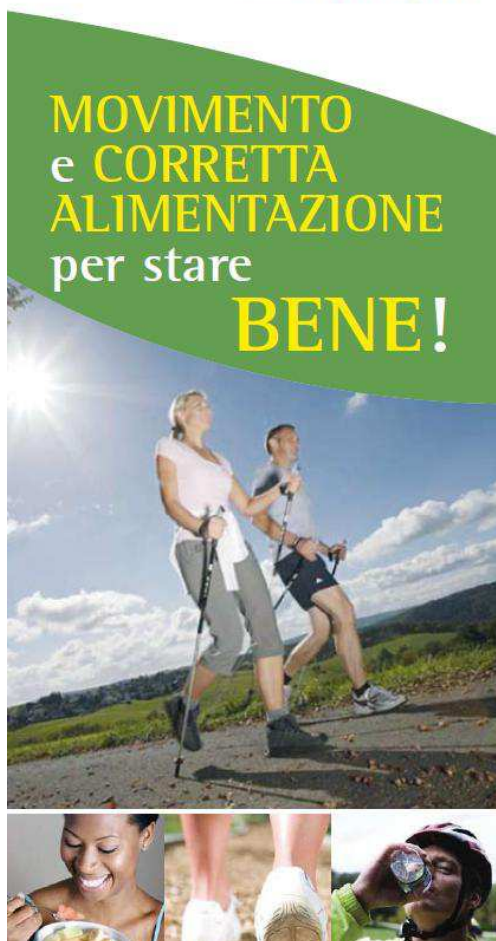
Palestre a cielo aperto, l'attività motoria che fa bene a tutti

Con il lancio augurale di atleti della Nazionale paracadutisti e la camminata non competitiva organizzata da "Leggermente Atletici", il **15 maggio 2013** davanti alla Casa degli Angeli di Ferrara è partito il progetto "Palestre a cielo aperto" messo in campo dall'Assessorato allo Sport del Comune di Ferrara con la collaborazione della nostra Azienda insieme ad altri enti e istituzioni cittadine, per promuovere fra la popolazione di ogni età l'attività motoria e la corretta alimentazione come stile di vita sano e sostenibile da seguire ogni giorno. Le iniziative e gli appuntamenti organizzati nell'ambito del progetto, che di fatto ha



COMUNE DI FERRARA
Città Patrimonio dell'Umanità

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



visto le Mura Estensi come sede naturale di una enorme palestra a cielo aperto per valorizzare l'attività motoria e l'attività sportiva non competitiva, ha visto coinvolti oltre all'Ufficio Stampa aziendale anche il Centro di medicina dello Sport con un team di professionisti che sono stati a disposizione dei cittadini nel punto di ascolto della Casa degli Angeli per 5 giorni per dare consigli e indicazioni per il benessere fisico motorio e per stare in salute.

Per l'occasione sono stati predisposti materiali informativi come pieghevoli informativi sull'importanza dell'attività motoria e consigli per svolgerla correttamente. Inoltre i professionisti del Centro di Medicina dello Sport per tutti i partecipanti veniva redatta una scheda in cui si riportavano i dati anamnestici per una più opportuna valutazione dello stato di salute del soggetto. A supporto delle iniziative di informazione erano stati coinvolti anche il personale tecnico specializzato in scienze motorie di Palestre Sicure che hanno sede alla Città del Ragazzo, Cona di Ferrara e gli studenti dell'indirizzo sportivo del Liceo Roiti che hanno seguito tutti coloro che volevano abbinare alla pratica motoria anche qualche esercizio mirato per braccia, busto e addominali, grazie all'allestimento di 3 stazioni mobili di percorso vita, con materiale messo a disposizione dalla Polisportiva Etica Putinati.

Premio Write AIDS: la mostra itinerante su 4 anni del premio

La Commissione inter-aziendale Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, su indicazione della Regione Emilia Romagna, promuove e coordina azioni e attività d'informazione e prevenzione sul tema dell'HIV-Aids. Nel 2013, la Commissione, con la collaborazione e il coinvolgimento dell'Ufficio Stampa ha realizzato e presentato alla cittadinanza una Mostra che presenta le opere vincitrici delle quattro precedenti edizioni e

le migliori azioni non premiate. Un'esposizione che ha trovato nel Castello Estense la sua sede proprio nelle giornate antecedenti e seguenti Domenica 1° Dicembre 2013. In quattro anni di concorso sono oltre 200 i

lavori raccolti: dai testi letterari e autobiografici, agli spot televisivi, ai video-corti, ai manifesti pubblicitari prodotti da cittadini di tutta l'Italia.

La mostra, in seguito, è stata ospitata per la durata di una settimana in tutte le scuole della provincia di Ferrara, interessate agli interventi formativi sui temi della prevenzione delle malattie, sessualmente trasmesse, realizzate dai centri specializzati dell'azienda Usl di Ferrara.

Dipendenze: diversi occhi, diverse percezioni

È il titolo del concorso di fotografia che il Servizio per le Tossicodipendenze – Sert, il Punto d'ascolto "Grattacielo 183", Agire Sociale Centro Servizi del Volontariato e Ufficio Stampa hanno promosso per sensibilizzare la popolazione su un tema importante e complesso come quello delle *polidipendenze*.

L'idea della prima edizione del concorso, nato per festeggiare il primo anno di vita del Punto d'ascolto grattacielo 183, realizzato con il sostegno e la collaborazione del Comune di Ferrara in un immobile particolare della città (il "Grattacielo") e in una zona urbana particolarmente delicata sul piano della sicurezza sociale, parte dal concetto delle mille sfaccettature della dipendenza, vista, quindi, non solo in senso patologico.

L'iniziativa si è affiancata alle numerose attività che le Associazioni del Punto "Grattacielo 183" hanno messo in campo nel 2013: momenti formativi per i volontari sulla comunicazione e i linguaggi giovanili, incontri aperti alla cittadinanza per fare cultura sui problemi delle dipendenze, ma anche temporary store di raccolta fondi.

52 le opere fotografiche in corso di cittadini e studenti di tutt'Italia - Lazio, Sicilia, Friuli, Puglia, Lombardia, Marche Umbria e naturalmente Emilia-Romagna le provenienze- che hanno documentato comportamenti e momenti della vita quotidiana in grado di rappresentare la sensibilità civile sul tema.

Le foto raccolte sono state in seguito esposte in una mostra itinerante in diversi luoghi della città e nelle scuole di Ferrara e provincia nel corso d'iniziative di sensibilizzazione ai temi delle "dipendenze".

Mestolone, prodotti d'insieme

La realizzazione di una rientra rete produttiva tra comunità terapeutiche di recupero denominata "Il Mestolone: Prodotti d'Insieme". L'iniziativa rientra nel Progetto RELI "Insieme si può fare", finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroge per il biennio 2012-2014, e seguito dal Programma Dipendenze aziendale in collaborazione con l'Ufficio Stampa.

Il progetto ha l'obiettivo di promuovere e realizzare un nuovo modello di reinserimento socio-lavorativo integrato rivolto a persone che presentano una dipendenza patologica, mediante l'attivazione di un network di organizzazioni produttive e di gruppi di coordinamento territoriali il cui scopo è offrire opportunità di cura, riabilitazione e reinserimento sociale anche attraverso il lavoro.

L'Ufficio Stampa ha contribuito allo sviluppo del "Mestolone: Prodotti d'Insieme" garantendo competenze professionali connesse alle dinamiche del marketing sia nell'ambito dell'informazione e comunicazione d'impresa sia della formazione a questo nuovo scenario degli educatori di comunità, analizzando i mercati e individuando opportunità economiche ed organizzative per mettere in rete e commercializzare prodotti di origine agricola e artigianale, sul mercato b2b e b2c locale, realizzate dalle comunità socio-riabilitative pubbliche-private facenti parte del Progetto.

Un ruolo fondamentale che ha favorito processi interni come: team leadership, team developer; problem solving delle relazioni tra strutture e funzioni; individuazione del consulente agronomico; prima bozza delle azioni agronomico-produttive coordinate con agronomo; fattibilità di un e-market place e quantificazione dei costi servizi bancari per commercio elettronico; individuazione di prossimi mercati target con logica produttore-consumatore; esplorazione per new partner tecnico-professionali di progetto; esplorazione fornitori diversi. Inoltre, ha attivato direttamente processi d'informazione e comunicazione, comunicazione istituzionale, relazioni media, cronogramma delle attività d'informazione a media e cittadinanza, consulenza grafica e suggerimenti materiali informativi per i "prodotti d'insieme", l'attivazione del Marchio Istituzionale "Ferrara Terra e Acqua", il deposito-registrazione alla CCIAA del marchio "Il Mestolone", il servizio di documentazione video-fotografica ex-ante ed ex-post degli interventi.

Campagne di Comunicazione

L'Ufficio Stampa aziendale, come di consueto, anche per il 2013 ha continuato con l'attività di promozione delle campagne di comunicazione e informazione organizzate dalla regione Emilia Romagna che hanno la necessità di essere mirate al territorio locale. Si è pertanto dato supporto ai diversi Dipartimenti, Distretti e Strutture Ospedaliere nella organizzazione dei materiali informativi predisposti – coordinamento per il ritiro del materiale informativo, definizione delle sedi e target da raggiungere, organizzazione della distribuzione.

Le campagne di comunicazione che hanno maggiormente coinvolto l'Ufficio Stampa sono state: trasmissione malattie sessualmente trasmesse; Nati per leggere; campagna per rendere il farmaco più sicuro, il tuo cuore ti sta a cuore: dopo un infarto ricomincia un'avita normale; concorso donazione sangue; vaccinazione antinfluenzale; FSE; allattiamolo insieme.

Campagna di comunicazione "Guadagnare Salute"

Nel corso del 2013 ha proseguito la campagna di comunicazione "Guadagnare Salute" rivolta ai dipendenti dell'AUSL Ferrara, realizzata dall' U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione, in collaborazione con l' Ufficio Stampa e Comunicazione, per promuovere sane abitudini alimentari.

Ogni mese - in anteprima su InformaUSL, ed a seguire sulla intranet aziendale – è stata presentata una "pillola" dedicata ai comportamenti corretti a tavola. Per ogni tema, gli operatori del U.O. Igiene alimenti e nutrizione (IAN) hanno realizzato una scheda informativa di approfondimento con consigli e suggerimenti per migliorare il proprio comportamento a tavola. L'avvio della campagna è stata presentata nel numero 3/2012 - Marzo 2012 di InformaUSL.

Campagna di comunicazione "Le Scale Musica per la tua Salute"

L'Ufficio Stampa ha collaborato con il gruppo aziendale per la campagna "Le scale. Musica per la tua salute", che fa parte del progetto "promozione dell'attività fisica", contenuto nel Piano regionale della prevenzione e che ha come obiettivo generale il potenziamento di interventi rivolti a persone di tutte le fasce di età (bambini, adulti, anziani) in diversi contesti (scuola, tempo libero, luoghi di aggregazione, servizi sanitari). Si è infatti provveduto alla diffusione dei contenuti così come della organizzazione della distribuzione dei totem, locandine e depliant. I materiali informativi sono stati consegnati a tutti i 26 Comuni del territorio di Ferrara e all'Ente Provincia e alle diverse sedi aziendali distribuite su tutti i 3 distretti.

L'Azienda USL di Ferrara e "Amministrazione Trasparente"

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" ha reso necessaria la completa revisione a livello aziendale dell'apparato amministrativo: processi, procedure, procedimenti ed attività. Il 2013 ha – pertanto - registrato un impegno costante dell'Azienda per dar vita ad una nuova PA, sempre più trasparente ed accessibile dai cittadini.

Il percorso di reingegnerizzazione del sito web aziendale ed il suo allineamento alle disposizioni normative hanno rappresentato l'intervento più concreto e strutturato messo in campo per una "Amministrazione Trasparente". A tale scopo è stato istituito un gruppo di lavoro che supportasse il Responsabile aziendale della Trasparenza, nell'individuazione e realizzazione delle modalità più semplici ed efficaci in grado di rispondere alle indicazioni del legislatore.

Il progetto ha previsto:

- analisi degli obblighi previsti dalla normativa sia per la home page del sito aziendale che per la sezione "Amministrazione Trasparente";
- ideazione della sezione "Amministrazione Trasparente" e delle sottosezioni di primo e secondo livello;

- supporto alla realizzazione informatica delle soluzioni web per l'implementazione delle informazioni a carico dei servizi aziendali responsabili dell'aggiornamento di "Amministrazione Trasparente";
- graduale attivazione delle sottosezioni previste dalla normativa vigente in materia di pubblicità e trasparenza per le PA;
- redazione di guide operative per le applicazioni in uso nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- addestramento – formazione – supporto agli operatori individuati con funzione di editor per tutte le sottosezioni attivate;
- partecipazione agli incontri conoscitivi e di aggiornamento organizzati dal Responsabile della Trasparenza con tutti i servizi maggiormente coinvolti nell'implementazione di dati ed informazioni in "Amministrazione Trasparente";
- partecipazione agli incontri con il gruppo di lavoro interaziendale per l'adozione di soluzioni analoghe di caricamento e presentazione dei dati sui siti istituzionali delle due aziende Sanitarie.

In una cornice più ampia di lavoro sulla comunicazione web, il lavoro su "Amministrazione trasparente" è stato un utile strumento in grado di far emergere le criticità in essere sui siti intranet e web aziendali, nonché di reimpostare le premesse per adeguare i siti aziendali alla normativa in vigore in materia di accessibilità dei siti web della Pubblica Amministrazione.

A tutto ciò si affianca il lavoro svolto in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e la Regione Emilia-Romagna, attraverso momenti di confronto fra istituzioni sui temi della trasparenza, dell'accessibilità degli atti dell'amministrazione e della lotta alla corruzione.

L'AUSL Ferrara, inoltre, quale ente virtuoso in materia di Trasparenza ha ricevuto, nel corso del 2013, un prestigioso invito dalla Regione Umbria per le "Giornate della Trasparenza", organizzate nel mese di dicembre. L'importante appuntamento a livello nazionale ha rappresentato l'occasione per condividere suggerimenti e proposte su temi fondamentali per una riforma della Pubblica Amministrazione, che favorisca efficacemente anche un controllo diffuso da parte dei cittadini sull'operato delle Istituzioni e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, prevenendo fenomeni corruttivi e promuovendo l'integrità.

Capitolo realizzato con la collaborazione di: Simonetta Beccari, Sara Castellari, Riccardo Forni, Isabella Masina, Emanuela Montanari.



6. Ricerca e innovazione

Ricerca e Innovazione

L'attività di ricerca e innovazione costituisce, alla luce di quanto introdotto dalla legge regionale 29/2004, condizione necessaria perché i servizi sanitari possano assolvere compiutamente la propria missione.

Affrontare il tema della Ricerca e Innovazione significa anche porsi il problema del governo dei processi di cambiamento all'interno dell'organizzazione sanitaria. Il tipo di ricerca di cui deve farsi carico il servizio sanitario riguarda soprattutto l'essere capace di accogliere in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni che la ricerca propone, contribuendo - laddove possibile - a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari.

Da qui nasce la consapevolezza per l'Azienda Sanitaria Locale di Ferrara di dover investire sul terreno dell'innovazione, soprattutto attraverso l'avvio di programmi di ricerca/intervento mirati a verificare le criticità sul piano dell'efficacia clinica, delle implicazioni organizzative e delle necessità formative che possono condizionarne la piena utilizzazione. L'Azienda USL di Ferrara, in ottemperanza alla legge regionale n° 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e a quanto previsto dalle Direttive Regionali per l'emanazione dell'Atto Aziendale, annovera la funzione di Ricerca e Innovazione fra le proprie funzioni e la integra con l'attività di formazione cui è per natura strettamente connessa.

L'Azienda è particolarmente impegnata nella sperimentare nuovi processi organizzativi che trasferiti alla pratica clinica e assistenziale possono configurarsi come un valore aggiunto importante per i destinatari finali dei servizi erogati. Sul versante progettuale l'Azienda USL di Ferrara, nel corso del 2013, si è mossa nei seguenti ambiti:

- **Progetti a cofinanziamento regionale;**
- **Progetti a cofinanziamento europeo;**
- **Altre attività.**

Progetti a cofinanziamento regionale

PROGETTO DI MODERNIZZAZIONE

Il Programma di modernizzazione del sistema dei servizi sanitari – individuato dal PSR – ha il compito di sviluppare progetti di innovazione organizzativa e gestionale sui temi del governo clinico, economico e finanziario delle Aziende sanitarie e del Sistema Sanitario Regionale, individuando come finalità fondamentali la sperimentazione, lo sviluppo delle culture aziendali e il miglioramento continuo nell'organizzazione sanitaria regionale.

Progetti di modernizzazione in qualità di azienda capofila:

L'Ausl di Ferrara ha partecipato al bando del Fondo Regionale di Modernizzazione 2010-2012 in qualità di azienda capofila presentando 4 progetti che sono stati approvati e finanziati:

Articolazione a)

Progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento direttamente conseguenti alle linee di indirizzo regionali:

a.2) "Sviluppo organizzativo della Casa della Salute: l'infermiere case manager nella gestione integrata delle patologie croniche" – cofinanziamento regionale concesso €. 120.000,00;

Il progetto ha avuto inizio nel luglio 2013;

a.6) "Intervento per incrementare l'efficacia dell'invio dei soggetti in carico ai Sert e agli enti privati accreditati per le dipendenze: verso una comunità di pratica virtuale" - cofinanziamento regionale concesso €. 130.000,00;

Il progetto ha avuto inizio nel marzo 2013;

a.7) "Gestione del Rischio Clinico negli istituti penitenziari (PRISK)" - cofinanziamento regionale concesso €. 130.000,00;

Il progetto ha avuto inizio nell'ottobre 2012 ed è stata presentata la relazione scientifica di rendicontazione del 1° anno;

Articolazione b)

Progetti di ricerca/valutazione riguardanti nuove proposte di cambiamento clinico, organizzativo, gestionale: Area: Sviluppo della ricerca e della innovazione nei processi di cura e di governo del sistema dei servizi. "Appropriatezza in Diagnostica di Laboratorio: management delle logiche organizzative e diagnostiche" - cofinanziamento regionale concesso €. 150.000,00;

Il progetto ha avuto inizio nel dicembre 2012 ed è stata presentata la relazione scientifica di rendicontazione del 1° anno .

Progetti di modernizzazione in qualità di unità di ricerca

L'Ausl di Ferrara partecipa al progetto "L'introduzione sistematica del braccialetto identificativo in un Azienda Ospedaliera ed il confronto con le esperienze esistenti in Area Vasta Emilia-Cento", finanziato nel contesto del bando del Fondo Regionale di Modernizzazione 2010-2012 ed avente l'AOU di Ferrara nel ruolo di azienda capofila.

PROGRAMMA DI RICERCA REGIONE-UNIVERSITÀ 2010-2012

Partecipazione in qualità di unità di ricerca ai seguenti progetti:

- Area 1 Giovani Ricercatori "Implementing diagnosis and treatment of depression in subjects with recent diagnosis of HIV-positivity by means of inflammatory biomarkers and standardized psychiatric monitoring"- capofila AOU di Modena;

- Area 2 Governo Clinico "Effetti della terapia riabilitativa motoria e logopedica sulla disabilità e qualità della vita nei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica in ambito domiciliare e territoriale" – capofila AOU di Modena;

Progetti cofinanziati dall'Unione Europea

Sviluppare processi innovativi significa anche guardare al di là dei confini nazionali e far tesoro delle buone prassi e delle esperienze sviluppate da altri Paesi Europei. Al fine di promuovere le politiche comunitarie e l'inserimento delle Istituzioni nel processo di unificazione, l'Unione Europea propone un vasto numero di programmi volti all'accesso a finanziamenti specifici. L'Unione Europea promuove specifici programmi finalizzati alla ricerca, all'innovazione tecnologica e organizzativo gestionale affinché si metta in comune il vasto tesoro di esperienze sviluppate dai singoli paesi membri. Nonostante la vasta offerta di programmi promossi dall'Unione la percentuale di Euro progetti socio-sanitari implementati da istituzioni italiane, soprattutto pubbliche è esigua in rapporto all'ammontare dei cofinanziamenti totali erogati dall'Unione Europea. Nell'anno 2013 l'Azienda Sanitaria di Ferrara nell'ambito dell'Euro Progettazione ha:

- Attivato il progetto europeo N. 3CE286P2 "SPES: Support Patients through E-services Solutions". Supporto ai Pazienti Attraverso Servizi Telematici, cofinanziamento nell'ambito del bando CENTRAL EUROPE Managing Authority

Progetto SPES

Titolo de progetto: "SPES: Support Patients through E-services Solutions".

Durata: 36 mesi dal 1° Aprile 2011

OBIETTIVI GENERALI DEL PROGETTO:

Il progetto SPES si basa su un progetto Europeo precedente nel quale fu messo a punto un PC interattivo (piattaforma OLDES), attraverso il quale sono stati forniti Servizi alla salute efficaci ed efficienti.

Il progetto contribuirà al rafforzamento, attraverso soluzioni innovative, della coesione interna dei paesi della Regione Europa Centrale. Il progetto permetterà l'utilizzo di uno strumento accessibile che permetterà l'invio di dati clinici, diminuendo i costi e gli sforzi connessi agli accessi dei pazienti ai Servizi Sanitari/Ospedalieri, in termini di trasferimenti, tempi morti, procedure burocratiche, supporto e tempo dei familiari. Il progetto contribuirà alla promozione della sostenibilità delle città e delle regioni trasferendo e

sviluppando a livello locale uno strumento di telemedicina capace di ridurre i confini economici ed amministrativi degli enti coinvolti, attraverso il monitoraggio dei pazienti situati nelle città e nelle periferie tramite un sistema centralizzato.

I Servizi Sanitari Locali saranno rinforzati attraverso servizi di telemedicina, con un conseguente impatto positivo sul benessere autonomia dei cittadini, favorendo l'accesso a diagnosi e monitoraggio ai pazienti situati nelle aree rurali. Le nuove soluzioni tecnologiche permetteranno di ridurre il traffico, migliorare l'accessibilità alle infrastrutture. Darà, inoltre, la possibilità di risparmiare tempo, costi di gestione e di trasporto per i pazienti e le loro famiglie, ed allo stesso tempo ridurrà la spesa pubblica dei Servizi sociali e sanitari.

PARTNER INTERNAZIONALI DI PROGETTO:

Italia

- ENEA - Agenzia nazionale per le nuove tecnologie, l'energia e lo sviluppo economico sostenibile;
- AUSL Ferrara
- Provincia di Ferrara;
- Cup 2000 SPA

Austria

- Fonds Soziales Wien;
- Universität Wien;

Slovenia

- Mesto Košice;
- Technická univerzita v Košiciach

Repubblica Ceca

- České Vysoké Učení Technické v Praze
- Pro DEEP o.s.

Belgio

- CETIC- Centre of Excellence in Information and Communication Technologies

ATTIVITÀ SVOLTE:

Fase Test:

Test e validazione piattaforma: reclutamento di 2/3 pazienti, che rispondono ai criteri di inclusione del campionamento, e che potranno essere inclusi nella fase successive dello studio. Lo scopo è quello di testare e validare il sistema di monitoraggio, prima dello studio pilota. La fase avrà durata di un mese. In questa fase sarà individuato il campione dello studio di n. 40 pazienti, secondo criteri di inclusione predefiniti.

1° Fase:

Primo Pilota: n. 20 pazienti del campione complessivo saranno monitorati attraverso la telemedicina, mentre i restanti n. 20 pazienti del campione saranno monitorati come gruppo di controllo. La fase avrà durata di 8 mesi. Alla fine della fase saranno individuati gli elementi utili ad apportare eventuali modifiche e migliorie al sistema di telemedicina e saranno applicati al Secondo Pilota.

2° Fase:

Secondo Pilota: sarà effettuato il cross-over del campione rispetto al Primo Pilota, il sottocampione di n. 20 pazienti che nel Primo Pilota ha usufruito della telemedicina sarà gruppo di controllo, mentre il gruppo di controllo del Primo Pilota usufruirà della telemedicina. La fase avrà la durata di 8 mesi. Alla fine della fase saranno individuati gli elementi utili ad apportare eventuali modifiche e migliorie al sistema di telemedicina e saranno riportati nel report tecnico di fine progetto.

Termine progetto:

Il termine del progetto è previsto per Giugno 2014. È in fase di realizzazione il report tecnico-economico delle varie fasi di progetto e note conclusive. Il report sarà condiviso con Central Europe, ente co-finanziatore, i partner di progetto, gli stakeholder dell'Azienda USL di Ferrara ed i pazienti coinvolti nel progetto. Le attività di monitoraggio comprendono rilevazioni periodiche, mediamente n. 3 misurazioni a settimana, del livello di saturazione di ossigeno nel sangue, rispondere a questionari clinici e di soddisfazione, visualizzazione di promemoria di attività da svolgere (es. recarsi in ambulatorio per

l'appuntamento, ecc.). Inoltre, un numero ristretto di pazienti, clinicamente selezionati, ha svolto in autonomia presso la propria abitazione test di spirometria. I pazienti candidati all'impiego dello spirometro hanno eseguito test di funzionalità respiratoria a cadenza di 3-5 giorni. La durata della rilevazione dei dati spirometrici è stata mediamente di 2 settimane. I dati rilevati attraverso la spirometria ho consentito i clinici di valutare la possibile imminente riacutizzazione di BPCO.

STRUMENTI

Presso l'abitazione

Tablet touchscreen modello Acer Iconia W501, Pulso-ossimetro con collegamento senza fili tipo Bluetooth, Connessione internet tipo ADSL con sim card e connessione 3G.

Il tablet consente al sistema di: raccogliere dati, a livello locale, rilevati dal device clinico, archiviare i dati fino alla trasmissione al HUB Centrale, inviare in maniera propria e sicura i dati al HUB Centrale, mostrare all'utilizzatore una serie di funzionalità (es. Le misurazioni correttamente effettuate ed inviate dal sistema).

Device clinico

Dal punto di vista clinico il paziente affetto da patologia respiratoria cronica, che necessitano di ossigenoterapia a lungo termine e ventilazione meccanica non invasiva può essere monitorato attraverso pulso-ossimetro in grado di rilevare il livello di saturazione d'ossigeno nel sangue, oltre alla frequenza del battito cardiaco. Inoltre, nella seconda fase del progetto è monitorato attraverso spirometro portatili modello Spirodoc della Ditta MIR, dotati di tecnologia Bluetooth.

Altri strumenti

Un questionario medico sarà somministrato ai pazienti al fine di effettuare valutazioni di segni e sintomi e dunque le condizioni di salute ed il benessere dei pazienti. Questionari su aspetti percepiti dal paziente saranno somministrati al fine di valutare il grado di soddisfazione nei confronti della telemedicina, l'impatto delle nuove tecnologie sulla propria vita, la qualità della vita.

Altre attività

- Sono state garantite le partecipazioni alle attività dei seguenti registri operanti a livello regionale, garantendo il debito informativo richiesto:
 - Registro pazienti con gravi cerebrolesioni (GRACER);
 - Registro protesi d'anca (RIPO) e spalla;
 - Registro impianti defibrillatori e pacemaker;
 - Registro sepsi in terapia intensiva con particolare riferimento al Progetto Laser "Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna";
 - Registro Tomografia Computerizzata Multistrato Cardiaca;
- E' stata garantita la partecipazione al sistema di sorveglianza delle infezioni, in particolare di sepsi, in terapia intensiva.
- E' stata garantita la partecipazione attiva al Comitato Etico della Provincia di Ferrara divenuto dal settembre 2013 C.E. di Area Vasta Centro comprendente anche le AUSL di Bologna ed Imola oltre allo IOR.



7. Emergenza Aviaria

Emergenza HPAI 2013

Durante il 2013 si è verificata in Emilia Romagna un'importante epidemia in influenza aviaria ad alta patogenicità del sierotipo H7N7. Il territorio dell'Azienda USL di Ferrara è stato sede del primo focolaio, accertato nella mattina del 14/08/2013 presso un allevamento di galline ovaiole di Ostellato (127.440 capi). Già nel pomeriggio del 14 agosto si riuniva, presso la sede di Ferrara dell'Unità Operativa Attività Veterinarie, l'Unità di Crisi regionale, con la presenza del Sindaco di Ostellato, in qualità di Autorità Sanitaria, i Veterinari del Servizio regionale e del Servizio Epidemiologico Emiliano-Romagnolo dell'Istituto Zooprofilattico, un rappresentante della Protezione Civile, il rappresentante della Direzione del Dipartimento di Sanità Pubblica, il Direttore dell'Unità Operativa Attività Veterinarie, il Responsabile del Modulo Organizzativo Sanità Animale ed il Direttore dell'Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro. L'Unità di crisi definiva le modalità dell'intervento in emergenza, attraverso misure contenute in un'Ordinanza sindacale che prevedeva il sequestro dell'allevamento e l'abbattimento di tutti i capi presenti, ed una regionale, che definiva zone di protezione e sorveglianza, emesse il giorno stesso. Nella serata dello stesso giorno è stato installato il cantiere di lavoro della Ditta incaricata delle attività di estinzione del focolaio. Il giorno seguente, Ferragosto, sono cominciate, quindi, le operazioni di abbattimento delle galline, sotto la vigilanza permanente dei Veterinari Ufficiali dell'Azienda USL di Ferrara. Il giorno 16/08/14 il Sindaco di Ostellato convocava una riunione per la verifica delle azioni poste in atto, a cui partecipavano la Vicepresidente della Regione e i Veterinari regionali e dell'Azienda USL.

Nella giornata del 19/08/14 si riuniva a Bologna, convocata dal Ministero della Salute, l'Unità di Crisi nazionale, con lo scopo di valutare la situazione epidemiologica e rafforzare le misure sanitarie intraprese, con la partecipazione di rappresentanti del Ministero della Salute, delle Regioni a particolare vocazione avicola, dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna, del Centro di Referenza nazionale per l'influenza aviaria dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, dei Carabinieri del NAS e dell'ASL di Ferrara. All'incontro partecipavano anche la Vicepresidente della Regione Simonetta Saliera e il Sindaco di Ostellato. Le principali decisioni intraprese riguardavano la revisione della delle zone di restrizione della Regione, l'adozione di un'ulteriore "zona di controllo temporaneo", il rinvio di una decisione rispetto all'abbattimento preventivo di allevamenti sospetti di contaminazione, la cooperazione tra Regioni, le misure ministeriali riguardo la biosicurezza degli allevamenti, oltre alla disponibilità di fondi per indennizzi agli allevatori e agli adempimenti in materia di cofinanziamento UE.

In seguito, in data 23/08/14, è stato accertato un ulteriore focolaio in un allevamento di 19.640 tacchini da carne, in Comune di Portomaggiore, ed il 04/9/13 in un piccolo allevamento rurale di Bondeno (3 galline); infine un sospetto, in data 07/9/13, successivamente non confermato, in un altro allevamento rurale di Iolanda di Savoia, che ha provocato l'abbattimento di 101 capi di pollame.

Le operazioni si sono svolte in clima di fattiva collaborazione da parte degli allevatori e dei veterinari aziendali, che facevano riferimento a grandi filiere produttive, in un contesto di comunicazione corretta e chiara da parte dell'Unità Operativa.

Fra il 21 agosto ed il 4 settembre si sono verificati altri 3 focolai nell'AUSL di Imola. In data 28/8/13, la Regione Emilia Romagna ha deciso l'abbattimento preventivo in 5 diversi allevamenti sospetti di contaminazione, fra i quali un allevamento di 64.795 tacchini da carne di Portomaggiore.

L'attivazione dell'UOAV ha previsto una fase di sospetto, con sequestro dell'allevamento sottoposto ad indagini diagnostiche e sua messa in sicurezza rispetto alla possibile diffusione dell'agente infettante, e una fase di conferma, con prosieguo del sequestro e soppressione di tutti i volatili presenti, nel rispetto della normativa sulla protezione degli animali nell'abbattimento. Durante tali operazioni le carcasse animali ed altri materiali (uova e mangime) sono stati distrutti con modalità appropriate e nel rispetto delle norme sui sottoprodotti di origine animale.

Il sequestro e l'abbattimento degli animali sono stati ordinati dal Sindaco con pratica istruita dall'UOAV.

L'UOAV, con la collaborazione del Servizio Epidemiologico Emiliano-Romagnolo dell'Istituto Zooprofilattico, ha effettuato l'indagine epidemiologica per ognuno dei focolai, rintracciando eventuali animali e prodotti (uova) movimentati precedentemente al rilievo dell'infezione, mezzi di trasporto che hanno avuto accesso

in focolaio, contatti con persone, etc; fra l'altro questo ha determinato il ritiro dal commercio e la successiva distruzione di quasi 2 milioni di uova.

Ancora durante ed al termine delle operazioni sono state effettuate disinfezioni che hanno consentito di operare in condizioni di biosicurezza e di spegnere definitivamente l'infezione. Tutte queste operazioni sono state svolte sotto la continuativa vigilanza dei Veterinari Ufficiali, con compito di direzione sanitaria del cantiere operativo.

Poiché l'influenza aviaria è un'infezione trasmissibile all'uomo con diversi gradi di infettività e di gravità in relazione al ceppo virale implicato, durante tutte le operazioni sono state adottate misure di protezione quali l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale previsti (fra i quali gli autorespiratori con ventilazione assistita e filtraggio FFP3), in concomitanza con un'adeguata sorveglianza medica del Personale al lavoro e dei familiari venuti in contatto. Tali misure hanno visto il coinvolgimento di altre Unità Operative del Dipartimento, quali la Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro e l'Igiene Pubblica. Nei focolai ferraresi fortunatamente non vi sono stati casi di contagio in persone.

Per la gestione operativa dei focolai, l'Azienda USL di Ferrara si è avvalsa del Personale e delle attrezzature della Cooperativa del Bidente di Cusercoli (FC), sulla base di una convenzione stipulata dalla Regione Emilia Romagna per le emergenze epidemiche veterinarie e primariamente per l'influenza aviaria (Determinazione del Responsabile del Servizio Veterinario e Igiene degli Alimenti n. 11218 del 05/09/2012). Questo tipo di preparazione preventiva ha consentito di installare in loco i cantieri in tempi brevissimi (entro 24 ore dalla richiesta) ed ha assicurato i mezzi per l'estinzione dei focolai in tempi ragionevoli, nonostante il pieno periodo di ferie per ogni tipo di attività lavorativa.

Nel corso dell'emergenza la Direzione dell'UOAV ha dovuto programmare, fin dal 14 agosto, turni di presenze dei Veterinari Ufficiali nelle 24 ore per garantire la vigilanza presso gli allevamenti focolaio anche in orario festivo e notturno, nonché per attuare il piano di sorveglianza in emergenza sugli allevamenti avicoli del territorio non contagiati.

In tali attività sul campo sono state impiegate circa 600 ore di Veterinari e Tecnici della prevenzione, sono stati percorsi circa 6500 km sul territorio aziendale ed extra aziendale, anche per la consegna dei campioni al laboratorio IZSLER di Forlì ed al Centro di Referenza per l'Influenza Aviaria di Padova. L'impegno del Personale interno, che ha dovuto rinviare le ferie programmate, ha consentito di non ricorrere a Personale di altre AUSL a supporto.

Sono stati attuati e sorvegliati 11 provvedimenti ministeriali, 3 decisioni comunitarie e 10 Ordinanze Regionali. Nella gestione dei complessi provvedimenti e misure sanitarie emanate dalla Comunità europea, dal Ministero della Salute e dalla Regione Emilia Romagna (istituzione progressiva di zone di protezione, sorveglianza ed ulteriori restrizioni, con blocco della movimentazione di volatili e prodotti, di mercati e della vendita ambulante degli avicoli, censimento e controllo degli allevamenti rurali, divieto di spostamento e di utilizzo della pollina, ecc.) l'UOAV ha ottenuto, grazie all'attivo coinvolgimento della Prefettura di Ferrara, la collaborazione dei vari Corpi di Polizia locali e statali.

La gestione dei focolai ha comportato costi complessivi di € 1.059.784,21, IVA esclusa, corrisposti alla Cooperativa del Bidente, sulla base di fatture verificate nel dettaglio e vistate dal Direttore UOAV (nota PG n. 70812 del 18/11/13). In particolare, sono stati verificati puntualmente i resoconti relativi alle ore del Personale operante nei focolai, ai quantitativi di materiali distrutti (animali, uova, mangimi), in raffronto ai contenuti del disciplinare regionale. In tal modo si è ottenuto un risparmio di circa il 3,8% del totale inizialmente richiesto. Le spese, anticipate dall'Azienda USL di Ferrara, sono state in seguito ripianate dalla Regione Emilia Romagna.

Gli indennizzi agli allevatori, complessivamente pari, per i focolai ferraresi, a € 2.408.452, hanno potuto essere corrisposti entro le scadenze previste dalla normativa comunitaria dalla Regione Emilia Romagna, sulla base di pratiche tempestivamente verificate e sottoscritte dall'UOAV.

Durante l'emergenza, con l'ausilio dell'Ufficio Stampa e Comunicazione, è stata curata dalla Regione e dall'UOAV un'attività di comunicazione del rischio attenta ed efficace, che non ha provocato effetti di contraccolpo irrazionale o esagerato sul sistema produttivo agro-alimentare locale e nazionale.

Tablelle

focolai in AUSL Ferrara	n° volatili abbattuti	uova distrutte n°	mangime distrutto kg	indennizzo corrisposto €	spese di gestione del focolaio € IVA esclusa
focolaio 1 (Ostellato)	127.442	2.204.533	71.280	890.552,57	727.935,02
focolaio 2 (Portomaggiore)	19.640	0,00	16.050	299.079,03	99.291,54
focolaio 3 (Bondeno)	3	0,00	0,00	0,00	389,94
abbattimento preventivo	64.795	0,00	0,00	1.218.187,85	231.490,72
focolaio non confermato	101	0,00	0,00	633,08	676,99
totali	211.981	2.204.533	87.330	2.408.452,53	1.059.784,21

descrizione del comparto zootecnico avicolo AUSL Ferrara	n° allevamenti	n° commercianti pollame	n° volatili presenti durante l'epidemia	n° volatili a presenza piena
in zona di protezione	10	2	99.500	514.600
in zona di sorveglianza	10	2	75.060	408.850
in zona di ulteriore restrizione	16	2	1.128.330	1.747.950
in zona esterna	8	4	19.100	47.400
totali	44	10	1.321.990	2.718.800

attività dell'UOAV AUSL Ferrara	ore
vigilanza abbattimenti	230
vigilanza disinfezioni	70
n° 4490 prelievi per sorveglianza	250
censimento rurali (130 siti)	70
chiamate mortalità rurali (10)	10
totali	630



