

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 opera, ha ottenuto l'assegnazione e spedisce, per la prima volta, il Bilancio di Bilancio d'Esercizio. La Nota Integrativa espone il modo chiaro e trasparente di gestione delle risorse economiche. La Bilancio sulla Gestione è completa e offre una opportunità di modo pratico e esplicito, di far sapere e di far capire la gestione economica e sociale, la pubblica amministrazione, in relazione al miglior servizio alla popolazione e alla facilità di accesso dei servizi sanitari, presenta determinati titoli per la valutazione della performance. Sono stati realizzati i programmi di lavoro, il problema è più in generale i rapporti con il territorio, secondo la logica del servizio ai cittadini e dei principali indicatori. La Bilancio di Bilancio d'Esercizio, Bilancio di Bilancio, è un documento di Bilancio di Bilancio, è un documento di Bilancio di Bilancio, è un documento di Bilancio di Bilancio.

Il Direttore Generale
Azienda USL di Ferrara

**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 un 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 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.

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. È 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, ancorché 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. È 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 II 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.