



3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Programmazione e centralità della persona

Al centro delle attività di programmazione e governance clinica ed organizzativa dell'Azienda USL di Ferrara sono il miglioramento della qualità ed equità, l'integrazione, sia in ambito organizzativo aziendale che di Area Vasta, con attenzione agli aspetti della presa in carico del paziente - in considerazione dei bisogni di salute e delle particolari condizioni demografiche del territorio ferrarese, caratterizzato, tra l'altro, dalla presenza di un alto numero di persone anziane.

Le attività risultano strettamente collegate agli indirizzi di politica sanitaria della Regione Emilia – Romagna, rivolgendo particolare attenzione agli aspetti riguardanti la centralità della persona, nonché all'equilibrio economico – finanziario, in termini di efficienza ed efficacia.

Specifici punti di riferimento della mission aziendale, anche in termini assistenziali, sono stati identificati nella:

sicurezza: intesa come messa in sicurezza dei pazienti e degli operatori;

completezza: dei percorsi diagnostico-terapeutici a garanzia della sicurezza, della centralità del paziente della presa in carico nel servizio sanitario pubblico;

sostenibilità: come salvaguardia del sistema sanitario pubblico, per gli aspetti professionali, ed economici, a garanzia della realizzabilità, fattibilità e continuità dei progetti.

La programmazione aziendale, sempre di più attenta alla centralità della persona ed ai suoi bisogni di salute è sostenuta in questo, a partire dal 2011, da un rinnovato percorso di Budget, orientato in maniera più stringente alla programmazione regionale ed aziendale, in linea con le indicazioni regionali sulle specifiche aree tematiche ispirate agli obiettivi di salute e alle azioni a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), riferiti in particolare alla Dignità della persona, Accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure, Valorizzazione delle competenze ed empowerment degli operatori, Promozione della salute, Prevenzione delle malattie e del disagio e Sviluppo delle funzioni ed attività di ricerca ed innovazione. Alla base del percorso anche un nuovo processo di negoziazione di budget con Dipartimenti e Distretti, basato su un sistema di indicatori di attività e di costi, totalmente rinnovato, comprendente anche l'implementazione di un sistema di rilevazione del personale che utilizza il metodo delle Unità pesate.

Nella programmazione aziendale sono stati sempre evitati "tagli lineari" prediligendo azioni mirate, coerenti con i nuovi bisogni della popolazione, risorse tecnologiche, farmacologiche e finanziarie, rivolgendo particolare attenzione alla sicurezza negli ambienti, alla tecnologia aggiornata e minore frammentazione dei percorsi per l'utenza (accorpamento delle sedi); completezza della presa in carico ed efficienza organizzativa professionale e tecnologica delle risorse (accorpamento/funzioni PDTA) e miglioramento del percorso dell'offerta specialistica poliambulatoriale.

La realizzazione di un modello organizzativo, con favorevoli ricadute sia per i cittadini che per l'organizzazione interna dell'Azienda USL di Ferrara, ha previsto la messa in campo di interventi riguardanti complessivamente:

- la riorganizzazione delle funzioni amministrative centrali e decentrate,
- la complessiva revisione del Sistema informativo aziendale,
- la riorganizzazione dei Dipartimenti territoriali di Salute Mentale e di Sanità Pubblica,
- la gestione unitaria del sistema 118 presso l'azienda USL,
- il completo funzionamento a regime del ruolo dei Distretti (committenza) e del Dipartimento Cure primarie (produttore).

Nella realizzazione di un rinnovato disegno organizzativo, rientra anche il rapporto con gli Enti Locali e le forze sociali, impostato sulla condivisione delle politiche territoriali sanitarie, garantito dalla partecipazione diretta della Direzione ai Consigli ed ai Comitati di Distretto, fino ad arrivare all'approvazione della programmazione 2012-2014 in Conferenza Territoriale Socio sanitaria sulla complessiva attività ospedaliera e territoriale, sempre in sinergia ed integrazione con l'Azienda ospedaliera cittadina.

E' sembrato importante, da parte dell'Azienda, in questo percorso di rafforzamento del rapporto con il territorio ferrarese, caratterizzato da una ridotta attività industriale e da una popolazione sempre più anziana e fragile cercare di offrire il sostegno e contributo, anche in termini economici. Le azioni si traducono nella definizione di nuovi accordi con importanti Enti ed Aziende del territorio, in particolare con le Farmacie pubbliche e private, l'Università, con le strutture sanitarie private accreditate ferraresi e limitrofe, con la Banca cittadina che di fatto sostiene l'economia provinciale, con l'obiettivo di sviluppare nuove e molteplici forme di servizio per gli utenti ed i

fornitori, ai quali si è sempre cercato di garantire la massima correttezza nei pagamenti, compatibilmente con le disponibilità liquide sempre più ridotte.

L'integrazione nella programmazione e governance aziendale

Percorsi tesi all'integrazione, come strumento di miglioramento della progettualità e della organizzazione aziendale, sono costantemente presenti nella strategia dell'Azienda USL di Ferrara. Le attività sono state progettate in modo da favorire livelli sempre maggiori dell'appropriatezza dei servizi erogati, la realizzazione di percorsi assistenziali specifici per l'utente con attenzione alla presa in carico integrata delle persone affette da patologie croniche e disabilità; una maggiore efficacia delle attività svolte ed un ottimale impiego delle risorse impegnate, anche in un ambito di Area vasta.

In termini operativi, le scelte di fondo della Direzione Aziendale, anche in sintonia con l'organizzazione dei Servizi Sanitari della Provincia di Ferrara, hanno riguardato l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria, in termini di programmazione degli interventi e gestione delle risorse, in considerazione :

- del trasferimento dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna" presso l'Ospedale di Cona;
- dell'avvio della "Città della Salute" nell'anello dell'Azienda Ospedaliera "S. Anna";
- del riassetto della rete 118 / Emergenza – Urgenza, con la definizione dei punti di Primo Soccorso e della rete dei mezzi di soccorso su base sia provinciale che di Area Vasta;
- del miglioramento dei percorsi clinico – organizzativi con la realizzazione di Protocolli assistenziali (Stroke Care, Cardiopatie acute e croniche, Diabete, Urologia, Riabilitazione, Laboratorio Provinciale);
- Ulteriore sviluppo dei Servizi e dei Dipartimenti amministrativi Interaziendali.

Il percorso di integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara ha previsto la realizzazione di specifici accordi di fornitura, in rapporto alle specificità dell'Azienda stessa, ospedale di riferimento per il secondo livello specialistico per la Provincia di Ferrara, per le altre Province della Regione Emilia-Romagna e per le altre Regioni.

In particolare viene mutuato il modello sanitario regionale Hub and Spoke, prevedendo la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza. L'Azienda Ospedaliera Universitaria si caratterizza come centro specialistico di 2° livello per la gestione dei Day Service Ambulatoriali (Percorsi organizzativi complessi) prevedendo l'esecuzione di indagini cliniche e strumentali plurime e/o multidisciplinari.

I percorsi, prevedono il rispetto di strategie condivise, in considerazione anche di "accordi a latere" (circa una quarantina) che, oltre a regolamentare le consulenze, hanno il fine di garantire, su base provinciale il sistema dell'emergenza, il trasporto infermi, la gestione unificata del Laboratorio Unico Provinciale, l'anatomia patologica, etc..

Sulle degenze si è privilegiato il trasferimento dal regime di ricovero ordinario in Day – hospital e soprattutto in Day – Service, dando prosecuzione ad uno specifico indirizzo già avviato negli Accordi precedenti. Sulla Specialistica è stato prodotto un piano che, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, non prevedesse risorse aggiuntive, ma privilegiasse la costruzione di "percorsi di garanzia" e di recupero *delle prime visite* già prenotate e successivamente disdettate.

Altre azioni in questa direzione hanno riguardato Integrazione di Area Vasta, dei Servizi Amministrativi, dei Servizi Clinici e Tecnici di Supporto, delle Funzioni di Acquisto e delle politiche di Risk Management, come più ampiamente indicato di seguito.

Per quanto attiene le *Funzioni di Acquisto*, è operativo il Dipartimento provinciale acquisti, che unifica le funzioni tra Azienda USL ed Azienda ospedaliera, struttura interaziendale per la gestione integrata degli acquisti e della logistica economica che si connette alla riorganizzazione dei servizi amministrativi prevista nell'Area Vasta Emilia Centrale. Ciò ha consentito la prosecuzione della programmazione degli acquisti sui livelli Intercent, Avec e Aziendali che tiene conto della necessità di favorire livelli più aggregati per ottenere economie di scala e standardizzazione dei prodotti.

Le azioni nell'ambito del contesto tecnico, amministrativo e sanitario, hanno riguardato a livello interaziendale la realizzazione di un Dipartimento Interaziendale Gestione Risorse Umane; del Servizio 118 unitario ed in capo all'Azienda USL, con approvazione del progetto complessivo di riorganizzazione, con il passaggio nel corso del 2012 del personale (in una prima fase ci si limiterà al comando) e dei contratti dei servizi correlati.

Per quanto riguarda il Laboratorio unico provinciale, che ha visto un reale avvio nel corso del 2011 con il trasferimento delle funzioni per esterni da Cento e da Argenta, proseguirà con il previsto trasferimento del Delta, e troverà il suo completamento anche tecnico nella gara unitaria per il nuovo sistema, insieme con l'Azienda Ospedaliera e con le altre Aziende dell'Area Vasta.

Percorsi aziendali per la presa in carico del paziente e gestione dei tempi di attesa

I processi di livello aziendale rivolti alla presa in carico dei pazienti, nella loro fase di realizzazione, come già indicato in precedenza, tengono in particolare considerazione degli aspetti legati all'assistenza, quali la sicurezza per i pazienti e gli operatori; il livello di completezza dei percorsi diagnostico-terapeutici, sempre nell'ottica della sicurezza, della centralità del paziente della presa in carico nel servizio sanitario pubblico e della sostenibilità, intesa come salvaguardia del sistema stesso, per gli aspetti professionali, ed economici, a garanzia della realizzabilità, fattibilità e continuità dei progetti.

In considerazione del particolare contesto demografico ed epidemiologico della Provincia di Ferrara, già descritto in precedenza, le scelte decisionali, anche in riferimento alle indicazioni di Programmazione sanitaria della Regione Emilia-Romagna, sono state rivolte a:

- orientare l'assistenza verso risposte sempre più adeguate alle cronicità;
- valorizzare il sistema delle Cure Primarie fino alla prosecuzione nelle Case della Salute;
- realizzare la rete delle Strutture Ospedaliere con riallineamento del numero dei posti letto secondo le normative nazionali (Hub and Spoke);
- organizzare la degenza in regime di ricovero in sinergia con il sistema ospedaliero provinciale;
- curare il fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post – acuzie;
- creare i presupposti per ridurre i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche e degli interventi chirurgici critici.

E' ovvio che nella realizzazione di questi percorsi assistenziali per la presa in carico del paziente, vanno tenuti in considerazione gli aspetti di criticità propri della realtà sanitaria ferrarese, in particolare: la difficoltà a governare la domanda sanitaria; l'eccessiva parcellizzazione dei punti di erogazione con conseguente frammentazione di risorse; il non completo utilizzo dei percorsi diagnostico terapeutici e di presa in carico e la difficoltà a garantire i tempi di attesa.

E' stato, quindi, adottato a livello aziendale un piano di Programmazione e gestione dei tempi di attesa con azioni rivolte anche al miglioramento degli indici di performance per le visite legate a specifiche prestazioni (fisiatriche, odontoiatriche e ortodontiche, ORL, chirurgiche vascolari, oncologiche e pneumologiche). Conseguentemente sono stati parzialmente ridotti i tempi di attesa per le prestazioni neurologiche, endocrinologiche, dermatologiche, ginecologiche (consultori familiari); mentre rimangono critici i tempi di attesa per le prestazioni oculistiche, cardiologiche ed urologiche, sulle quali si sta operando, anche in stretta integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara. Le visite cardiologiche hanno beneficiato dell'attuazione di percorsi di garanzia con soddisfacente presa in carico cardiologica dei pazienti con patologia cronica che avviene negli ambulatori delle "medicine di gruppo", prevedendo anche azioni informative sui prescrittori che evidenziavano anomalie.

Per le prestazioni diagnostiche interventi di miglioramento hanno riguardato la gastroscopia, TC capo, TC addome, RM addome, TC cerebrale, TC torace, RM colonna e addome, colposcopia, cistoscopia, eco cardiaca, ECG, audiometria, spirometria e fundus oculi. Permangono critiche le prestazioni di ecocolordoppler, eco addome e mammella, RM cerebrale e colonscopia.

L'avvio di una revisione della modulazione, con il passaggio da una strategia di offerta incrementale effettuata nel 2010, attraverso i "percorsi di garanzia", con continuità futura, comporta un aumento di efficienza attraverso il capillare recupero delle prestazioni non effettuate per mancata presenza o disdetta tardiva dell'utente, al fine di istituire "percorsi di recupero di prime visite", per le specialità di: oculistica, neurologia, chirurgia vascolare, ginecologia, urologia, odontoiatria, dermatologia, mammografia, ecografia addominale, ecografia mammaria, ecocolordoppler.

Nella direzione di sviluppare azioni di programmazione rivolte a favorire la centralità della persona nel contesto dei servizi sanitari vanno anche le azioni organizzative avviate per l'attività del *Centro Unico di Prenotazione e multicanalità di accesso alle prestazioni e di pagamento*. In questo ambito

tutte le prestazioni specialistiche prodotte dall'AUSL, ad eccezione di alcune prestazioni diagnostiche cardiologiche (eco cardiaca, holter ECG e test da sforzo) che in via sperimentale sono gestite autonomamente dagli specialisti cardiologi territoriali nel Distretto Sud Est, al fine di controllarne l'appropriatezza prescrittiva, sono attualmente gestite attraverso il nuovo CUP provinciale. Il sistema CUP provinciale gestisce tutte le prestazioni specialistiche richieste attraverso i contratti di fornitura al Privato accreditato, nonché tutta l'offerta di prestazioni specialistiche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria. Come previsto anche dalle indicazioni regionali in materia, al suo interno, si articolano profili di prenotazioni differenti. Il che vuol dire che ci sono prestazioni prenotabili da tutti (es. prima visita cardiologica), prestazioni prenotabili a livello aziendale (es. visita di controllo o prima visita ambulatoriale 2° livello), prestazioni prenotabili a livello dipartimentale (es.: scintigrafia). Inoltre sono state realizzate e messe in atto, di concerto tra le due Aziende sanitarie della Provincia, le azioni per fornire al CUP integratore prestazioni di eccellenza, che possano essere prenotabili tramite i punti d'accesso del Sistema CUP.

Le azioni intraprese dall'Azienda per ampliare il sistema di accesso e di pagamento delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono: l'avvio del Cup web online per la prenotazione di tutte le visite specialistiche di 1° livello direttamente da parte del cittadino attraverso il portale aziendale; un nuovo accordo 2012 con l'Associazione delle Farmacie Pubbliche e Private che prevede la possibilità, oltre che della prenotazione delle prestazioni, anche dell'incasso del ticket presso le stesse e una nuova convenzione di tesoreria, dal 2012, con la Cassa di Risparmio di Ferrara con la quale si è esteso l'incasso dei ticket presso tutte le filiali della stessa in provincia e fuori provincia.

La valorizzazione degli strumenti della partecipazione organizzativa e del governo clinico

Il percorso di governance aziendale, basato su criteri rivolti all'integrazione socio – sanitaria tiene conto del rapporto, in una logica di collaborazione, con gli Enti Istituzionali della Provincia di Ferrara, anche attraverso la CTSS (Conferenza Territoriale Socio Sanitaria) e la sua Presidenza.

Le azioni specifiche riguardano la:

- valorizzazione delle professionalità, con attenzione anche agli aspetti legati al Rischio Clinico, Formazione, con il coinvolgimento del Collegio di Direzione e delle Professioni sanitarie;
- continuità assistenziale, con riferimento alla presa in carico ed al contenimento dei Tempi di attesa, (presa in carico del paziente fragile con sperimentazione di modelli assistenziali di livello domiciliare ed ambulatoriale, ruolo dei MMG, PLS e Specialisti convenzionati, Casa della Salute, continuità assistenziale, ecc.);
- integrazione interaziendale di Area Vasta anche in rapporto all' acquisto di beni e servizi, al Dipartimento del Personale e all'ITC, per l'ottenimento di economie di scala e risparmi; nonché ad uno sviluppo di una progettualità assistenziale, in una logica di Hub e Spoke;
- attività di integrazione socio – sanitaria, con il potenziamento degli interventi di sostegno a domicilio e l'accreditamento dei servizi Socio – Sanitari.

Sicurezza delle cure

Obiettivi DGR 1706/2009

La gestione del rischio clinico è il modo attraverso cui 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 generale la formazione/informazione nell'ambito della gestione del rischio si articola secondo le seguenti modalità:

- strategico: relazione annuale al Collegio di Direzione su programma e risultati a livello Aziendale;
- programmatico: incontri trimestrali con il Nucleo Operativo di Gestione del Rischio che rappresenta le diverse espressioni professionali e dipartimentali in tema di progetti operativi e risultati delle attività di gestione del rischio;

- operativo_gestionale: incontri con la rete dei referenti del Rischio Clinico di singola U.O. e con i neo-assunti/inseriti per diffondere la cultura del rischio e dare evidenza annuale dei risultati raggiunti. Dalla tabella sotto indicata si possono desumere i numeri degli operatori che hanno partecipato agli eventi formativi per anno organizzati dalla funzione di Risk Management.

Personale che ha partecipato ai seminari di formazione	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Totale
N° dirigenti	182	153	151	124	610
N° personale comparto	546	411	401	382	1740
TOTALE	728	564	552	506	2350

I sistemi di segnalazione costituiscono una modalità di raccolta strutturata degli eventi indesiderati e sono necessari per effettuare un'analisi delle criticità, finalizzata a predisporre strategie e azioni di miglioramento tali da evitare o ridurre la possibilità che tali eventi si verifichino nuovamente.

EVENTI SENTINELLA

E' da sottolineare che, dal momento in cui è stato sottoscritto l'accordo tra Regione Emilia Romagna e Ministero della Salute per il monitoraggio degli eventi sentinella, fino al 31.12.2010, nell'Azienda USL di Ferrara sono stati segnalati – non solo attraverso il sistema di Incident Reporting – alcuni eventi sentinella.

INCIDENT REPORTING

L'Azienda USL di Ferrara ha aderito alle sperimentazione regionale di segnalazione degli eventi indesiderati (mediante apposito software regionale) che comprende la standardizzazione del sistema di segnalazione in tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda, comprese le diagnostiche, nel DSM e nel SERT ed è attualmente alimentata nel data-base con oltre 2200 segnalazioni.

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, su cui 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.

La RCA nell'Azienda USL di Ferrara è da considerare ormai una procedura consolidata e a tutt'oggi è stata applicata a oltre 30 eventi clinici maggiori. È anche da sottolineare che, a seguito delle RCA, sono state proposte azioni di miglioramento e procedure aziendali (revisione di precedenti o implementazione di nuove procedure). Il Significant Event Audit (SEA) è invece una procedura di analisi semplificata rispetto alla RCA e viene utilizzata per eventi importanti, che tuttavia non assumono dignità di eventi clinici maggiori.

STRUTTURE	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Totale
Dip. Chirurgia	0	0	2	1	0	0	3
Dip. Medicina	1	2	0	4	1	1	9
Dip. Emergenza	1	1	3	3	1	1	10
Dip. Diagn. Imm. / Lab.	0	1	1	1	0	2	5
Dip. Materno-Infantile	0	0	0	1	0	1	2
Dip. Salute Mentale	0	0	0	0	1	1	2
Attiv. Territoriali	0	0	0	0	0	2	2
Totale	2	4	6	10	3	8	33

FMEA / FMECA

La FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) / FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) è una metodologia utilizzata per analizzare le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema. A differenza della RCA, la FMEA/FMECA non sono attuate dopo il verificarsi di un evento avverso, ma quale metodologia di prevenzione. Il primo passaggio consiste nella scomposizione del processo preso in esame in sottosistemi elementari. A questo punto, nell'analisi dei guasti di ogni sottosistema, occorre elencare tutti i possibili modi di guasto, e per ciascuno:

- elencare tutte le possibili cause;
- elencare tutti i possibili effetti;
- elencare tutti i controlli in essere (a prevenzione o a rilevamento del modo di guasto).

Per tutte le combinazioni di criticità devono essere valutati tre fattori:

- probabilità di accadimento (P);
- gravità dell'effetto (G);
- possibilità di rilevamento da parte dei controlli (R).

L'Indice di Priorità del Rischio è calcolato secondo la seguente: $RPN = P \times G \times R$. A termine dell'analisi FMEA / FMECA, vengono proposte azioni di miglioramento, sulla base della rilevanza dei rischi accertati. Le procedure FMEA / FMECA sono attualmente in forte implementazione nell'Azienda USL di Ferrara, a testimonianza di procedure di Gestione del Rischio ormai avanzate.

Segnatamente:

- I. 5 procedure sono state eseguite autonomamente in via sperimentale;
- II. nel 2010, in collaborazione con la Società EmeEffe s.r.l. di Milano, sono state portate a termine approfondite esperienze di FMEA/FMECA con sei strutture aziendali, ovvero:
 - Servizio 118
 - Pronto Soccorso Ospedale del Delta
 - Radiologia Ospedale del Delta
 - Laboratorio Ospedale del Delta
 - Ortopedia Ospedale di Argenta
 - Medicina Ospedale di Cento
- III. 3 procedure sono state eseguite nel corso del 2011.

SICUREZZA DEI SISTEMI RIS PACS

A livello Aziendale si è costituito un gruppo di lavoro composto da Medici e Tecnici di Radiologia per la predisposizione delle procedure previste dalla delibera Regionale 1706/2009 in materia di sicurezza dei sistemi RIS – PACS. Sono state predisposte le seguenti istruzioni operative: "Gestione Work list", "Gestione credenziali utenti" e "Gestione correzione dati su PACS". Tali istruzioni operative sono state oggetto di approfondimento anche a livello interaziendale in quanto è presente un sistema RIS interaziendale. Dall'anno 2011 il sistema RIS è stato allineato all'anagrafica provinciale centralizzata. Attualmente sono in corso:

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

IDENTIFICAZIONE PAZIENTE

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

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

Per tutti gli utenti/degenti interni dei servizi del Presidio Unico Ospedaliero è adottato il braccialetto identificativo che riporta nome, cognome e data di nascita. L'identificazione del paziente che accede alla Sala Operatoria prevede diverse fasi di identificazione del paziente e della sede di intervento con il coinvolgimento di diversi professionisti per cui è presente una procedura aziendale. La correttezza della documentazione sul processo di identificazione del paziente è

oggetto di sistematica revisione (trimestrale) da parte dell'Azienda Sanitaria, i risultati sono inviati ai direttori di dipartimento e di U.O. per le azioni correttive conseguenti. Qualora si verifica un evento critico di identificazione del paziente viene attivato come da indicazioni ministeriali/regionali un gruppo di revisione Aziendale per comprendere quali problematiche organizzative o professionali sono intervenute e per mettere in atto delle azioni correttive.

PROFILASSI ANTITROMBOEMBOLICA IN CHIRURGIA

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

PROFILASSI ANTIBIOTICA IN CHIRURGIA

A livello Aziendale è presente una procedura aziendale per la profilassi antibiotica in Chirurgia. A livello operativo il chirurgo effettua una valutazione all'ingresso/presa in carico del paziente e definisce secondo procedure omogenee la terapia antibiotica da effettuare sia nella fase preoperatoria che nelle fasi successive all'intervento.

USO APPROPRIATO E SICURO DEI FARMACI

Nell'ambito dell'Azienda Usi è stata redatta e diffusa la procedura sulla Gestione clinica del farmaco e contestualmente introdotta la Scheda Unica della Terapia (SUT). 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 SUT.

CORRETTA TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

A livello Aziendale è presente una procedura che individua le parti fondamentali della cartella clinica elencando ruoli e responsabilità dei diversi professionisti.

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

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

Dei risultati degli audit vengono periodicamente informati i direttori di dipartimento e di unità operativa. Nell'anno 2011 l'azienda ha partecipato all'Audit Regionale sulla qualità della documentazione sanitaria.

ASSISTENZA POST-OPERATORIA

Nell'ambito del Dipartimento Chirurgico è stato creato un gruppo di lavoro nell'anno 2011 per la standardizzazione dei comportamenti assistenziali nelle fasi post operatorie. Ad inizio 2012 il gruppo di lavoro ha redatto la procedura Aziendale per "l'Assistenza Post Operatoria".

COMUNICAZIONE AI PAZIENTI E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE PUBBLICA

Nel 2010, in collaborazione tra le UU.OO. di Medicina Legale, Sistema Informativo e Qualità, è stata allestita – sulla base di indicazioni regionali – la nuova check-list per la verifica delle cartelle cliniche che prevede anche la valutazione dell'aderenza alle procedure aziendali.

Nel corso dell'anno 2011 si sono svolti diversi incontri di formazione sul tema della comunicazione e consenso a cui hanno partecipato professionisti di tutte le aree.

A livello aziendale si è standardizzata in una procedura la modalità con cui deve essere gestita la comunicazione istituzionale e pubblica nonché la comunicazione ai pazienti in caso di evento clinico maggiore. Nello specifico nell'anno 2011 è stata effettuata una formazione specifica in tema di comunicazione istituzione in caso di eventi avversi.

Controllo delle infezioni correlate all'assistenza

SORVEGLIANZA ICA

Le attività svolte dal NOIS (Nucleo Operativo Infezioni in Sanità) nell'anno 2011 sono le seguenti: Gli operatori del NOIS mantengono stretti rapporti con la "Rete Regionale di Comitati per le infezioni sanitarie" partecipando regolarmente agli incontri regionali con cadenza trimestrale. Nell'anno in corso gli argomenti trattati dalla Rete CIO regionale sono:

- Le infezioni da *Acinetobacter* spp. nella Regione Emilia-Romagna: evidenze disponibili, misure di sorveglianza e controllo
- le infezioni da *Clostridium difficile*, con l'istituzione di un gruppo ad hoc per la gestione dei casi
- gli enterobatteri resistenti ai carbapenemasi (CRE)
- il lavaggio delle mani: siamo stati coinvolti nella compilazione di un questionario specifico inviato dalla regione ad ogni azienda
- discussioni di progetti con l'obiettivo di misurare la frequenza delle infezioni correlate all'assistenza, l'uso di antibiotici, delle resistenze antibiotiche e le risorse disponibili per il controllo delle infezioni nelle strutture residenziali per anziani, nei diversi paesi europei
- progetto di prevalenza
- progetto SICCh-ER
- coordinamento per la compilazione di vari questionari (relativo alla situazione aziendale) su vari temi: malattie sessualmente trasmissibili, l'igiene delle mani, progetto Laser, gestione della sorveglianza e controllo delle infezioni in azienda, progetto SICChER.

PROGETTO DI PREVALENZA

Alcuni operatori del NOIS hanno partecipato alla formazione in regione. Formazione rivolta a formare i formatori aziendali, in previsione dello studio di prevalenza nazionale che si terrà fra ottobre - novembre 2012.

PROCEDURE

- Sono state elaborate le bozze delle procedure sui temi: il sistema di segnalazione rapida regionale, il sistema *alert organism*, l'igiene delle mani.
- E' stata elaborata la procedura: prevenzione del rischio infettivo già in Docweb
- Alla luce della nuova normativa si sta procedendo alla revisione della procedura della sterilizzazione con la collaborazione dell'ingegneria clinica. Siamo ancora in via di discussione per le relative problematiche intercorse con la ditta che ci fornisce un PCD (Helix Test)
- In collaborazione con la DIT è stata elaborata la procedura sulla gestione del cateterismo vescicale.

PROGETTO SICChER

- Progetto SICCh-ER, si mantengono i contatti con la ditta che fornisce il programma informatico, con i referenti medici ed infermieristici delle UU.OO per la qualità dei dati.
- Sono stati elaborati i dati delle U.O. di chirurgia di Cento e del Delta, Urologia di Cento e del Delta dall'inizio della sorveglianza al primo semestre 2011, si sta procedendo alla elaborazione dei dati del secondo semestre
- Sono stati inviati i nostri dati di sorveglianza della ferita chirurgica in regione dall'inizio della sorveglianza (fine 2008) al primo semestre 2011.
- Nel corso dell'anno si è provveduto ad espletare tutte le prassi amministrative per l'esecuzione della formazione degli operatori della Chirurgia, Dea, Ambulatori, S.O. di Argenta e la relativa chiusura del corso stesso. Gli operatori formati, circa una cinquantina, sono stati formati fra ottobre – novembre, nel mese di dicembre si sono esercitati, con la nostra supervisione, sull'utilizzo del programma informatico e all'inizio del 2012 sono entrati a far parte a tutti gli effetti della sorveglianza SICChER.
- Si sono aggiornate le password del programma relativamente ad ogni U.O. partecipante
- Si è revisionato il protocollo locale (ultima revisione risaliva al 2008)

IGIENE DELLE MANI

Sono stati formati i referenti aziendali del rischio infettivo sulle nuove raccomandazioni in merito e contemporaneamente è stato presentato il progetto pilota.

INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE

- Sono state eseguite indagini per vari problemi infettivi (alert, cluster, epidemie ecc)
- E' stata elaborata una brochure in collaborazione con gli operatori della lungodegenza di Bondeno sul clostridium difficile avente come target i pazienti e i visitatori/familiari
- Si è proceduto all'aggiornamento dei dati provenienti dal laboratorio analisi degli isolamenti di clostridium difficile avuti nella nostra azienda al 2011, mantenendo così un osservatorio di isolamento del microrganismo in tempo reale in grado di alertare in caso di cluster o epidemie.
- Si è proceduto alla elaborazione degli isolamenti degli Acinetobacter baumannii multifarmaco-resistenti dal 2008 al 2011, mantenendo così un osservatorio di isolamento del microrganismo in tempo reale in grado di alertare in caso di cluster o epidemie
- A dicembre 2011 si sono gestiti i primi due casi di isolamento di CRE (enterobatteri produttori di carbapenemasi) secondo le indicazioni regionali e mantenendo con la stessa dei rapporti di consulenza.
- Legionella: si è provveduto a istituire un gruppo aziendale per la elaborazione di un protocollo specifico, nel frattempo si collabora con il servizio di ingegneria clinica per la gestione dei dati culturali che mensilmente ci pervengono.

PROGETTO LASER

E' stata chiesta la nostra consulenza relativamente alla elaborazione di una scheda raccolta dati da parte di operatori del Pronto Soccorso del Delta.

COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO DI FARMACIA

Gli operatori del NOIS sono stati coinvolti con un dirigente del Servizio Farmaceutico, nella nuova gara degli antisettici e disinfettanti.

ATTIVITÀ DI CONSULENZA

Sono state chieste consulenze agli operatori del NOIS per:

- Il gruppo NOIS mantiene contatti con gli operatori del servizio farmaceutico su particolari argomenti quali disinfettanti/antisettici, dispositivi medici.
- E' stata chiesta la nostra consulenza relativamente a varie attività di formazione, in corso di casi di eventi infettivi, nella pulizia/disinfezione di presidi, in modo particolare sulla gestione dei microrganismi resistenti e multiresistenti presenti nella nostra azienda.

STERILIZZAZIONI

Si sono mantenuti dei rapporti con l'economato, le coordinatrici dei punti di sterilizzazione aziendale e la ditta fornitrice del test Helix (test necessario per autoclavi che sterilizzano corpi cavi) relativamente a criticità del test fornitoci dalla ditta stessa. Sono state fatte diverse riunioni, sopralluoghi sul campo ed eseguite delle prove sulle autoclavi in alcuni punti dove si effettua la sterilizzazione.

ENDOSCOPIE

Alla luce di nuove attrezzature in dotazione in tali ambiente si renderebbe necessario il coinvolgimento del gruppo per revisionare la procedura esistente.

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.

La capacità dell'Azienda di garantire la buona qualità dei dati inseriti nel *database* regionale dei sinistri può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso due semplici indicatori:

1. % di *missing* (informazioni mancanti) per quattro variabili rilevanti nella descrizione del singolo sinistro: a) danno lamentato; b) tipo di prestazione; c) anno di nascita della persona danneggiata; d) codice ministeriale;
2. % di procedimenti ancora aperti rispetto al numero totale atteso di procedimenti chiusi.

Percentuale di valori *missing* relativi alle variabili: danno lamentato, tipo prestazione, anno di nascita, codice ministeriale*. Ausl di Ferrara e RER. Anni 2009-2011.

	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num.**	Den.***	Val. (%)	
AUSL Ferrara	57	564	10,1	141
RER	1.392	18.220	7,6	4.555

* Nell'applicativo regionale queste variabili sono necessarie per la chiusura del sinistro. Tuttavia le stesse informazioni sono vincolanti per l'aggiornamento del flusso ministeriale Simes; di conseguenza le Aziende sono tenute a registrarle a partire dall'apertura del sinistro.

** Num.: numero di variabili di interesse non compilate nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione.

*** Den.: numero totale di variabili di interesse da compilare nei sinistri aperti durante il periodo di osservazione.¹

Percentuale di sinistri eligibili per la chiusura ma non ancora chiusi. Ausl di Ferrara e RER. Anni 2009-2011.

	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num.*	Den.**	Val. (%)	
AUSL Ferrara	2	17	11,8	141
RER	46	996	4,6	4.555

**Num.: numero di procedimenti non formalmente chiusi (ovvero quelli per cui non sono compilate le variabili "data chiusura pratica" ed "esito definizione") nell'anno osservato, pur essendo eligibili per la chiusura.

** Den.: numero di sinistri chiusi atteso.²

Dal 2010 l'Ausl di Ferrara si è adeguata alla compilazione del registro del contenzioso regionale. Relativamente alla percentuale di missing (dati mancanti), nei record dell'Ausl di Ferrara il dato mancante del 10,1% (superiore alla media regionale) riguarda prevalentemente l'anno di nascita del presunto danneggiato. Il dato, che nelle richieste danni spesso non è indicato, può essere rilevato dai documenti medici presentati o raccolti per confezionare le relazioni medico legali, quindi è possibile recuperare il divario con la regione mediante l'inserimento delle date di nascita in coincidenza con la redazione delle relazioni medico legali. Relativamente alla percentuale di sinistri ancora aperti rispetto alle chiusure attese, il dato dell'Ausl di Ferrara con due sinistri chiusi rispetto a un numero atteso di 17, (percentuale dell'11,8% rispetto al 4,6% del dato regionale), può essere spiegato dal fatto che si fa riferimento solo ai due anni precedenti, 2010 e 2011.

Sicurezza in Sala Operatoria

L'azienda ha aderito al progetto nazionale/regionale SOS_Net formando un gruppo di professionisti a livello aziendale per l'introduzione della check list per la sicurezza in Sala Operatoria.

Il progetto SOS.net si propone di promuovere l'uso della *checklist* nella pratica chirurgica, documentandone la compilazione attraverso un *database* dedicato.

La check list è stata introdotta attraverso una integrazione informatica al registro operatorio ed ha previsto in una prima fase di pilotaggio il coinvolgimento di alcune unità operativa del Delta e di Cento. Nel corso del 2012 è prevista l'estensione del progetto SOS_Net a tutte le U.O. Chirurgiche degli ospedali di Delta e Cento. Trimestralmente vengono inviati dal centro di coordinamento i risultati del monitoraggio della check list alle U.O. aderenti al progetto che sono oggetto di incontro/approfondimento.

L'adesione al progetto SOS.net e, in particolare, l'adesione al *database* dedicato - può essere descritta, sia pure in modo indiretto e approssimato, attraverso un semplice indicatore di "copertura":

1. % di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della *checklist* SOS.net³.

¹ Questo numero si ottiene moltiplicando il numero delle variabili di interesse (pari a 4 per ciascun sinistro) per il numero totale dei sinistri osservati nel triennio.

² Questo numero si ottiene dalla somma tra i sinistri formalmente chiusi e quelli che, pur essendo eligibili per la chiusura, sono ancora formalmente aperti.

Percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net. Stabilimenti ospedalieri pubblici e privati accreditati nell'Ausl di Ferrara e RER. Anno 2011.

		INDICATORE			Stabilimenti	
		Num.*	Den.**	Val. (%)	N.Tot.	N.Partecip.***
USL Ferrara	Stab. Pubb.	1.615	8.071	20,0	5	2
	Stab. Priv.Accr.	-	-	-	1	0

Tipo di stabilimento - RER	INDICATORE			Stabilimenti	
	Num.*	Den.**	Val. (%)	N.Tot.	N.Partecip.***
PUBBLICO (AUSL E AOSP)	39.469	241.210	16,4	48	23
PRIVATO ACCREDITATO	23.038	81.845	28,1	29	15
TOTALE	62.507	323.055	19,3	77	38

*Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nell'anno 2011.⁴

**Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno 2011.⁵

***N. Partecipanti: gli stabilimenti per i quali le schede SOS.net sono state caricate nel database.

Nel corso del 2011 la checklist SOS.net è stata applicata nel 20% degli interventi chirurgici eseguiti presso le sedi operatorie dell' Azienda USL di Ferrara. Questo dato, comunque in linea con il resto della regione (19,3% media regionale, 16,4% se riferita alle aziende pubbliche), trova la sua ragione nei notevoli ritardi occorsi nel percorso di informatizzazione della checklist che potrà dirsi completato per la metà del 2012. per quell' epoca si stima che almeno su una delle due sedi chirurgiche coinvolte (Delta) l' utilizzo della checklist avverrà nel 100% dei casi (proiezione annua attesa 60-70%).

Gestione del Rischio nella Case Residenze per Anziani

Nel corso del 2011 l'Azienda ha attivato un percorso di formazione informazione sul tema della Gestione del Rischio Clinico rivolto al personale sanitario delle Case Residenze per Anziani. A termine 2011 ha dato avvio alla rilevazione dello studio di Prevalenza HALT in tema di infezioni correlate all'assistenza e di microrganismi antibiotico resistenti.

Capitolo a cura di Paolo Saltari e Antonio Alfano.

Il paragrafo "Sicurezza delle Cure" è stato realizzato da Beatrice Govoni, Mauro Martini, Silvano Nola, Cristiano Pelati, Erminio Righini.

3 Naturalmente non entra nel calcolo dell'indicatore (e in particolare non viene inclusa nel numeratore) la quota di checklist che, pur correttamente compilate nella pratica quotidiana, non sono state inserite nel database regionale.

4 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.

5 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). I problemi espressi sono del tutto accettabili in una fase pilota; verranno affrontati e superati nelle successive fasi del progetto.