



CAPITOLO

3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

La centralità dei cittadini

COMITATI CONSULTIVI MISTI

I Comitati Consultivi Misti per il controllo della qualità dal lato degli utenti, rappresentano la possibilità di partecipazione organizzata delle Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, in attuazione delle normative vigenti con particolare riferimento alla legge regionale n. 19/94 "*Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale*", articoli 15 e 16, riconfermate dalla L.R. 11/2000 e alla Direttiva della Giunta della regione Emilia Romagna, delibera n. 320/2000, emanata per favorire la comunicazione verso i cittadini e le loro associazioni di tutela.

Tra i principali compiti di questo organismo consultivo, descritti in un preciso regolamento, ci sono quelli di assicurare i controlli di qualità dal lato dell'utenza e di sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio.

Più in generale i Comitati Consultivi Misti:

- assicurano i controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- promuovono l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello regionale, sentiti gli organismi di partecipazione dell'utenza;
- sperimentano indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utente, definiti a livello aziendale, che tengano conto di specificità locali e modalità di raccolta e analisi dei segnali di disservizio.

I Comitati Consultivi Misti hanno inoltre il compito di verificare il grado di coinvolgimento dell'Azienda USL nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino e in particolare:

- nell'attuazione di metodologie di rilevazione della qualità dal lato dell'utente, anche attraverso formalizzati collegamenti con l'U.R.P.;
- nelle iniziative di rilevazione della soddisfazione dell'utenza e/o iniziative di educazione, promozione della salute e protezione dal rischio;
- nell'attuazione delle proposte di miglioramento conseguenti l'analisi e la valutazione dei processi aziendali che determinano insoddisfazione dell'utente;
- nell'aggiornamento della Carta dei Servizi aziendale e nel mantenimento degli impegni asserti.

Segnalazioni raccolte dalla cassetta dei comitati consultivi misti

Gennaio-Dicembre	Segnalazioni		
	2007	2008	2009
Ferrara	120	56	120
Copparo	30	23	40
Cento	45	45	77
Lagosanto	13	16	28
Codigoro	8	11	69
Argenta	—	3	—
Totale	216	154	334

Le segnalazioni giunte dalle cassette dei Comitati Consultivi Misti distribuite presso i punti di maggior affluenza dei cittadini sul territorio provinciale corrispondono al 25,22% del totale delle segnalazioni (16,86% % nel 2008 e 24,54% nel 2007).

Nell'Azienda USL di Ferrara i CCM territoriali in carica sono tre:

- **Distretto Centro/Nord**
- **Distretto Ovest**
- **Distretto Sud/Est.**

Questi hanno costituito formalmente il Coordinamento dei CCM (come previsto dal Regolamento Costitutivo/Rinnovo dei CCM, definiti dal Direttore Generale con delibera n. 90 del 27/03/2007) sin dal 2008 e ne fanno parte la Referente Aziendale per i CCM, i Presidenti ed i Vicepresidenti dei CCM, supportati dall'Ufficio di Segreteria.

Il Coordinamento nel corso del 2009 si è riunito 10 volte in sedute ordinarie e 2 volte in sedute straordinarie, trattando ed esaminando vari argomenti e documenti, di carattere generale, riguardanti l'intero territorio di competenza Aziendale.

Argomenti trattati:

- Pieghevole sulla composizione e i compiti dei CCM.
- Rapporti Azienda/CCM. Incontro con i tre Direttori di Distretto.
- Intervista televisiva ai Rappresentanti dei tre CCM su emittente locale "E' TV".
- Valutazione del flusso informativo tra URP e altri Servizi sulle Segnalazioni di Criticità e sulle Azioni di Miglioramento attuate e sulle pratiche inoltrate all'ufficio Segreteria.
- Valutazioni sul funzionamento del Front-Office Aziendale.
- Funzionamento del numero Verde Aziendale.
- Carta dei Servizi Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta.
- Designazione di rappresentanti delle Ass.ni di Volontariato nell'ambito del Comitato Provinciale per le Cure Palliative Oncologiche.
- Aggiornamento/Revisione del Sito Aziendale riguardante i CCM.
- Progetto NOA. (Nuova Organizzazione Ambulatoriale) illustrato in ogni Distretto.
- Farmaci "originali" (principio attivo brevettato) e Farmaci Generici.

- Percorsi formativi per le Cure e l'Assistenza dei cittadini, promossi dalla Regione E/R.
- Piani di Zona per la Salute.
- Comitati Utenti e Familiari (CUF) del Dipartimento di Salute Mentale.
- Inaugurazione del Centro di Medicina dello Sport.
- Attività Medicina dello Sport, passata, presente e futura.
- Attività motoria "l'Esercizio Fisico come Farmaco" anche per le persone anziane.
- Aggiornamento "Regolamento Assistenza Non Sanitaria".
- Validazione sul conferimento all'Ospedale del Delta del "Bollino Rosa" da parte di ON.Da., Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna.
- Apertura ambulatorio temporaneo dedicato ai Codici Bianchi per i mesi di luglio e agosto presso Ospedale di Comacchio.
- Sperimentazione vaccino antinfluenza A H1N1.
- Spazi espositivi gratuiti, nelle Aziende Sanitarie, per le Associazioni di Volontariato che ne facciano richiesta per divulgare la loro attività.
- Organizzazione Consultori Centro Salute Donna.
- Aggiornamento della Carta dei Diritti e dei Doveri del Malato.
- Processo di gestione extragiudiziale degli "Eventi avversi in Sanità-percorso di gestione del caso" (integrazione del Regolamento di Pubblica Tutela).
- Apparecchiatura per "ricordare all'utenza l'approssimarsi delle prestazioni già prenotate".
- Progetto "Sole".
- Dimissioni protette e Salute Anziani.
- Rinnovo dei CCM per il triennio 2010/2012.
- Scambio di esperienze con i CCM dell'Azienda USL di Ravenna in previsione della costituzione di un loro Coordinamento.

Rispetto agli anni passati sono di molto migliorati i rapporti con l'Azienda che dopo incontri chiarificatori ha coinvolto il coordinamento in parecchie iniziative anche di diretto impatto sull'utenza e sulla organizzazione interna; per cui si ritiene soddisfacente la risoluzione delle problematiche su questioni segnalate dal Coordinamento.

Al fine di approfondire in maniera adeguata alcuni argomenti, sono stati creati ulteriori Gruppi di Lavoro, che hanno operato con efficacia.

- GdL per la redazione di un opuscolo/pieghevole quale Carta dei Servizi dei MMG/PLS - Azienda ASL e Rappresentanti dei Cittadini.
- GdL. Per l'aggiornamento del "Regolamento Assistenza Non Sanitaria".
- GdL. Per l'adozione di una Carta dei Diritti e dei Doveri del Malato
- GdL. Per l'Integrazione del Regolamento di Pubblica Tutela riguardante il "Processo di Gestione extragiudiziale degli Eventi avversi in Sanità-percorso di Gestione del Caso."

La partecipazione degli Enti Locali alla Programmazione

IL PERCORSO DELLA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA DI FERRARA PER DEFINIRE LA PROPRIA IDENTITÀ.

Con la approvazione della L.R.29/2004 di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria costituisce il luogo fondamentale per la programmazione sociale e sanitaria in ambito provinciale, in coerenza al nuovo e più ampio ruolo riconosciuto agli Enti locali nel governo delle Aziende Sanitarie e dei Distretti.

La CTSS, istituita con LR 19/1994, a Ferrara è composta da ventisei Sindaci e dal Presidente della Provincia.

La CTSS prevede la partecipazione del Direttore generale della Azienda USL, del Direttore generale della Azienda Ospedaliero Universitaria, del Rettore della Università degli Studi.

La Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, a seguito di votazione dei componenti nella seduta del 21 gennaio 2010, è in capo alla Presidenza della Provincia.

La Conferenza Territoriale di Ferrara, a seguito della approvazione della L.R.29/2004, ha modificato il proprio regolamento di funzionamento, aggiornando ruolo e funzioni e introducendo un nuovo titolo (titolo IV) relativo ai rapporti esterni della Conferenza Territoriale, con i Comitati di Distretto e con i Consigli Comunali. Il nuovo regolamento è stato approvato dalla Conferenza Territoriale il 27.6.2005.

La modifica approvata ha permesso di sperimentare una modalità di relazione nuova con i Comitati di Distretto, oltre al rapporto con gli istituti di rappresentanza locale, quali i Consigli Comunali e le forme di rappresentanza sociale, come il Forum del terzo Settore e le Organizzazioni Sindacali.

Dal 2005 al 2009 la CTSS dispone di un organismo tecnico di supporto, composto da due tecnici, di provenienza dalla USL e dalla Amministrazione provinciale.

Nel corso del 2008 la Conferenza è stata convocato cinque volte, mentre l'ufficio di presidenza sette. L'Ufficio di Supporto (anche se non formalmente approvato) oltre alla funzione ordinaria di definizione della proposta degli ordini del giorno della Conferenza e degli Uffici di Presidenza, da marzo a luglio 2008 con cadenza prima quindicinale e poi settimanale, ha coordinato la stesura dell'Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento.

Nel corso del 2009 la Conferenza è stata convocata quattro volte, mentre l'Ufficio di Presidenza sei. L'ufficio di supporto si è riunito sei volte per discutere i seguenti temi:

- lavoro tematico sulla proposta provinciale piano Salute mentale;
- lavoro tematico piano salute mentale;
- lavoro tematico aggiornamento PAL;
- lavoro tematico aggiornamento PAL.

Nel 2009 la CTSS di Ferrara ha partecipato a convegni promossi dal Terzo Settore locale e Regionale per illustrare il funzionamento del livello intermedio della governance regionale; ha inoltre partecipato ai seminari di formazione-discussione con la Regione e l'IRESS per la relazione regionale di analisi di tutti i profili di Comunità e degli Atti Triennali delle Conferenze.

Ufficio di supporto

Il 23 settembre 2009 la CTSS ha approvato la composizione del nuovo Ufficio di Supporto, già sperimentato e operativo informalmente dal 2008 per la composizione dell'Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento.

L'Ufficio di Supporto che svolge compiti istruttori per la composizione della documentazione, nonché compiti di promozione della comunicazione in tema di salute e benessere sociale, è presieduto dalla Presidente della CTSS o suo delegato ed è composto da:

- Paola Castagnotto segretaria della CTSS
- Cristiano Guagliata referente Ufficio tecnico CTSS
- Nadia Benasciutti dirigente Settore Servizi alla persona-Provincia
Roberto Cassoli, Responsabile UdP Distretto Centro Nord
- Dolores Torselli Responsabile UdP Distretto Sud Est
- Mauro Zuntini Responsabile UdP Distretto Ovest
- Felice Maran Direttore Servizi sociali Az.USL
- Barbara Paltrinieri referente Az. Ospedaliero-Universitaria
- Andrea Persanti, Direttore Distretto Sud Est
- M. Caterina Sateriale Responsabile Piani per la salute Az.USL
- M. Chiara Tassinari Direttore Distretto Centro Nord
- Alberto Tinarelli Direttore Distretto Ovest

La nuova composizione è finalizzata a stabilizzare il ruolo dell'Ufficio di supporto per le funzioni istruttorie e di monitoraggio dell'Atto Triennale della CTSS ed è espressione di integrazione sul piano sia istituzionale che professionale sul versante sociale e sanitario.

Ufficio di Presidenza

Oltre che con la presenza dell' Ufficio di Supporto, il lavoro della CTSS è coadiuvato da un altro organismo di espressione politica: l'Ufficio di Presidenza, a sua volta implementato nel corso del 2009 che svolge funzioni di esecutivo politico; esso è così composto:

- la Presidente della Provincia o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Ferrara o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Cento o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Copparo o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Argenta o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Codigoro o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Comacchio o suo delegato;
 - il Sindaco del Comune di Portomaggiore o suo delegato
- È invitato permanente il Sindaco del Comune di Lajosanto.

Per regolare la propria attività la CTSS si dota di un regolamento facendo riferimento a uno schema tipo regionale. Il precedente regolamento della CTSS è datato al 2005. È in corso la revisione che sarà adottata dalla CTSS entro il 2010.

Universalità ed equità di accesso

PROGRAMMA DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Con DGR 2678/2004 ("Approvazione del Programma di assistenza odontoiatrica nella RER:....") e 374/2008 ("Revisione del Programma di assistenza odontoiatrica nella RER..."), viene privilegiata l'erogazione delle cure odontoiatriche alla popolazione residente in Regione in possesso del requisito di Vulnerabilità Sociale (cittadini appartenenti alle fasce di reddito ISEE fino a 22.500 Euro e ampliando la fascia di reddito dei totalmente esenti a Euro 8.000) o Vulnerabilità Sanitaria (cittadini affetti da particolari patologie e/o affetti da disabilità psicosofiche importanti)

L'accesso alle cure deve essere garantito ad almeno il 75% dei suddetti aventi diritto.

Un numero variabile di assistiti, dopo la prima visita, dovuta a tutti i cittadini, non potendo manifestare i requisiti richiesti dalla normativa non riceve alcun tipo di trattamento. Si ritiene che tale percentuale non debba prevalere sul totale degli utenti trattati ed in particolare non debba rappresentare più del 30% del totale degli utenti che accedono alla visita odontoiatrica.

Dati al 31/12/2009 rilevati dal flusso ASA Aziendale

	N. utenti anno 2009	%
di cui N. Utenti con accesso all'ambulatorio Odontoiatrico	5.817	100,0%
n. utenti che hanno avuto solo visita odont	951	16,3%
n. utenti che hanno ricevuto anche una prestazione odontoiatrica	4.866	83,7%

	N. utenti anno 2009	%	Obiettivo RER
n. utenti che hanno ricevuto anche una prestazione odontoiatrica	4.866	100,0%	
n. utenti con Vulnerabilità che hanno ricevuto prestazioni odontoiatriche	3915	80,5%	75% del totale
n. utenti NON Vulnerabili che hanno ricevuto prestazioni odontoiatriche	951	19,5%	non superiore al 30% del totale

Dai valori su indicati, l'obiettivo regionale è da considerarsi raggiunto e pertanto è possibile affermare che alla popolazione destinataria del Programma Odontoiatrico, sia arrivato un efficace messaggio per il corretto orientamento all'accesso alle cure odontoiatriche.

L'ACCERTAMENTO DELLA DISABILITÀ

Anche per l'anno 2009 l'Azienda USL di Ferrara ha recepito e rispettato, nell'ambito della propria organizzazione, le direttive della Legge Regionale 4/2008, di seguito attuata con Delibera di Giunta Regionale 7/7/2008 n. 1016.

In particolare sono stati uniformati in tutte le sedi aziendali le modulistiche:

- il modello unico di domanda di riconoscimento della disabilità;
- il modulo di certificazione medica;
- le istruzioni sulla modalità di compilazione del certificato medico da allegare alla domanda per il riconoscimento dell'invalidità;
- l'elenco della documentazione e delle certificazioni da allegare alla prima istanza e alla domanda di adeguamento della valutazione.

Le commissioni per l'accertamento dell'invalidità composte da un medico specialista in medicina legale, un medico specialista per la patologia prevalente, un operatore sociale dei servizi pubblici territoriali, un medico di rappresentanza dell'associazione di categoria del richiedente sono state soddisfatte con buona prevalenza della partecipazione di specialisti delle seguenti discipline: geriatria – neurologia- reumatologia-oculistica – psichiatria e neuropsichiatria infantile-ematologia.

Sono state attivate tutte le certificazioni a corollario della legge sulla disabilità ed in particolare è stata programmato e attuato il percorso per il:

- certificato per il sostegno scolastico;
- certificato di vulnerabilità sanitaria odontoiatrica;
- certificazione per contrassegno invalidi;
- i tempi di attesa dei percorsi di invalidità e handicap sono di circa 60 gg.

Il progetto RURER (Repository Unico Regione Emilia-Romagna) finalizzato al flusso dei dati con gli stakeholders coinvolti nel processo, è attualmente in via di attuazione sebbene l'introduzione della nuova normativa che attribuisce la competenza del recepimento delle domande di disabilità all'INPS a far data dal 1/1/2010 rende incerta la prospettiva su quale sistema dovranno essere stilati i verbali di visita medica.

PROGETTO REGIONALE GESTIRE LE DIFFERENZE

I Comitati Pari Opportunità e sul fenomeno mobbing hanno proseguito le rispettive attività, mediante riunioni periodiche volte a proporre attenzione alla gestione delle differenze in Azienda.

Il Piano Aziendale della Formazione ha previsto seminari e corsi di formazione su:

- 'Effetti di genere' la cultura del fattore genere nelle norme, azioni e strumenti di rendicontazione;
- '...se capovolgì il mondo, lo specchio ti riflette' la migrazione negli aspetti sociologici e di impatto sui e con i servizi;
- 'Discriminazioni e differenze';
- 'Medicina di genere';
- 'Limiti e talenti' la formazione alla valutazione delle diverse competenze presenti in Azienda USL Ferrara.

Nel corso del 2009 ha preso avvio un Progetto sulla conciliazione Vita e lavoro, con il sostegno della Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della famiglia.

È stata redatta una Guida pratica per gli operatori di sportelli informativi 'Iscrizione al Servizio Sanitario nazionale per i cittadini comunitari ne stranieri' frutto di una collaborazione interistituzionale, anche con la Prefettura di Ferrara. L'Azienda USL di Ferrara ha partecipato al Bando di OND/Ministero della Salute per il rispetto degli indicatori sulla salute della donna, con l'attribuzione di un Bollino rosa di riconoscimento dell'attività orientata in tal senso all'interno dei servizi ospedalieri e territoriali.

Si è attivato di un Codice etico di comportamento condiviso, integrativo del codice già vigente della Pubblica Amministrazione

LA MEDIAZIONE INTERCULTURALE

Il progetto Mediazione Interculturale interaziendale tra Azienda Ospedaliero Universitaria e Azienda USL di Ferrara, iniziato a novembre del 2007 (Delibera n.174 del 10 agosto 2007), dopo un biennio di attività, può essere considerato una parte significativa delle politiche attive sociali e socio sanitarie della provincia di Ferrara.

Questa valutazione colloca il progetto in una dimensione strutturale rispetto gli strumenti di pianificazione delle politiche sociali e sanitarie del prossimo triennio. La mediazione interculturale, cardine del progetto, è uno strumento finalizzato a politiche appropriate di miglioramento dell'accesso e dell'uso dell'offerta sociale e sanitaria da parte dei cittadini stranieri; esprime anche una forte valenza culturale finalizzata ad un orientamento delle professionalità e dell'organizzazione dei servizi verso una visione più consapevole e competente della pluralità degli utenti attuali e futuri del sistema socio sanitario provinciale. Il biennio 2008-2009 ha visto la strutturazione di un sistema di "rete", comune alle due Aziende Sanitarie e a punti erogativi ospedalieri e territoriali, con una forte attenzione a validare le procedure adottate per garantire la continuità del progetto anche oltre la fase sperimentale. In questo biennio è stata anche significativa l'azione di riconoscimento delle finalità del progetto negli atti di programmazione strategica sociale e sanitaria.

Nel giugno 2008 è stato presentato alle Istituzioni e alle Agenzie sociali della provincia il primo Profilo di Comunità sulle condizioni di salute e di benessere sociale della popolazione ferrarese, a cui, dopo pochi mesi ha fatto seguito il primo Profilo di Comunità della popolazione straniera residente nella provincia. Due strumenti di conoscenza orientati alla individuazione delle priorità delle programmazioni sociali e sanitarie.

Lo strumento di programmazione più significativo è l'Atto Triennale di Indirizzo e Coordinamento, 2009-2011, approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Nell'Atto che, per il triennio ha un carattere vincolante per le programmazioni dei Piani per la Salute e il Benessere dei tre Distretti, sono individuate le priorità principali e, tra queste ha un ruolo centrale il miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei migranti presenti nella provincia. L'Atto Triennale ha ispirato i Piani distrettuali, sedi di realizzazione delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie, nelle cui stesure è comune l'attenzione a politiche più adeguate e competenti di integrazione.

Nell'Atto Triennale sono definiti alcuni obiettivi, di cui sottolineiamo i principali:

- il consolidamento dei servizi di ambito provinciale per il supporto e l'accoglienza, quali il Centro Servizi Integrati per l'immigrazione e il Centro Donna Giustizia per l'accoglienza di donne maltrattate o vittime di tratta;
- il potenziamento dei sistemi di emergenza per la prima accoglienza, anche a seguito di sfratti, separazioni, perdita del lavoro;
- lo sviluppo degli sportelli informativi;
- lo sviluppo di iniziative di alfabetizzazione linguistica degli adulti;
- il sostegno di iniziative rivolte all'inserimento professionale e sociale dei migranti di seconda generazione;
- attenzione alle condizioni logistiche dei nomadi soggiornanti nel territorio provinciale.

Un obiettivo specifico è individuato nel potenziamento degli strumenti di mediazione interculturale per migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari e al sistema scolastico. L'inserimento di questo obiettivo è l'esito della attenzione dedicata in questi anni alla mediazione interculturale in ambito scolastico e sanitario.

I Piani Triennali Distrettuali per la Salute e il Benessere Sociale, in coerenza all'Atto Triennale della Conferenza contengono la declinazione delle azioni utili per gli obiettivi provinciali. Nei tre Piani Distrettuali le azioni rivolte alla popolazione migrante sono presenti nelle aree dedicate alla salute e al benessere dei minori, degli adolescenti e giovani, nell'area dell'inclusione sociale, con una forte integrazione tra azioni sociali ed azioni sanitarie. L'ottica generale è quella di considerare la salute fisica e sociale come un orientamento di tutte le politiche agenti nei territori e la sua promozione come un fattore di coesione delle comunità.

In parallelo alle programmazioni dei Piani Distrettuali, in questi anni si sono realizzati Tavoli tematici di confronto tra Istituzioni, Aziende Sanitarie e Terzo Settore, sulla salute e sul benessere delle donne e dei migranti, in particolare nel Comune capoluogo di provincia.

Nel 2009, con la restituzione pubblica del lavoro del Tavolo Salute Donna, sono stati sottolineati gli interventi da consolidare e potenziare. Tra questi, due sono propri del progetto di Mediazione Interculturale:

- la facilitazione nell'accesso ai servizi distrettuali, Salute Donna e Salute Infanzia;
- la qualificazione ed estensione degli interventi di mediazione interculturale nell'ottica "di rete" messa in atto dal 2007 dal progetto interaziendale tra i presidi ospedalieri e i servizi territoriali della provincia.

A conclusione, gli strumenti di programmazione provinciale rilevano la significatività del progetto interaziendale che, se proseguirà e migliorerà il suo percorso, avrà anche in futuro una unica collocazione possibile, nel sistema delle azioni concertate sociali e sanitarie.

Ore di mediazione interaziendali settimanali

Azienda Ospedaliera S. Anna	29
Ospedale del Delta	15
Salute Donna e Pediatria Portomaggiore	8
Ospedale di Argenta	4
Ospedale di Cento	15
Sanità Pubblica	3
Salute Donna e Pediatria di Ferrara	6

PROGETTO SOLE

Il progetto è finalizzato alla realizzazione di un grande contenitore digitale di informazioni sanitarie relative ai cittadini, a disposizione di tutti i medici curanti, gli specialisti e gli ospedali del territorio regionale per realizzare lo scenario della cosiddetta continuità assistenziale; ovvero la possibilità di avere una visione di insieme sulle condizioni sanitarie dei singoli cittadini da parte di tutti gli operatori incaricati della loro assistenza. Ormai sono in rete più del 90% dei medici di medicina generale e oltre il 70% dei pediatri di libera scelta.

A realizzazione avvenuta sarà possibile scambiare informazioni sugli esami di laboratorio, i referti radiografici, le visite specialistiche e le schede di dimissione ospedaliera. Il medico curante potrà prescrivere l'esame del sangue e di inviare la prescrizione al laboratorio. A sua volta, il laboratorio può già trascrivere i referti degli esami e re-inviarli al computer del medico curante. Lo stesso vale anche per le radiografie, le risonanze e tutta la diagnostica per immagini, così come per le visite specialistiche.

Prenotabilità delle prestazioni di laboratorio

I Laboratori aziendali possono ricevere le prenotazioni sia direttamente dai propri software, che dal Sistema Sole; pertanto il progetto prevede la possibilità di prenotare le prestazioni di laboratorio direttamente dall'ambulatorio del Medico di Medicina Generale.

Le recenti modifiche all'applicativo CUP, sia nella versione utilizzata nei front-office aziendali che nella versione utilizzabile dalle farmacie, ha permesso di estendere la prenotazione di prestazioni in tutta la provincia (sportelli CUP, farmacie e Medicine di Gruppo) nei confronti di tutti i 32 punti di prelievo presenti nel territorio.

Refertazione con l'utilizzo del catalogo delle prestazioni SOLE

La trasmissione dei referti alle cartelle cliniche gestite dai vari (15) applicativi utilizzati dai medici di base e dai pediatri nei loro ambulatori è oggi possibile grazie all'utilizzo del catalogo di prestazioni SOLE.

TEMPI DI ATTESA

Nel corso dell'ultimo triennio sono state poste in essere numerose azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa:

- Azioni sulla gestione delle agende di prenotazione.
- Azioni sull'appropriatezza di offerta di prestazioni.
- Azioni sull'appropriatezza del governo clinico.
- Azioni per la comunicazione interna ed esterna.

Azioni sulla gestione delle agende di prenotazione

- È stata stabilita la netta separazione nelle agende di prenotazione tra prima visita e controllo;
- le agende sono state rese programmabili per almeno sei mesi;
- è stata istituita la "gestione emergenza" in caso di mancata del professionista o di guasto informatico;
- sono state abolite le agende autogestite di prima visita e quelle nominali;
- l'offerta di prestazioni è stata nettamente separata tra discipline distettuali e discipline provinciali.
- Il CUP unico provinciale è in fase di ultimazione.
- Si è concordato con gli specialisti ambulatoriali ospedalieri e territoriali, il seguente protocollo:
 - per ogni paziente in lista di attesa si verifica se c'è una precedente visita nel corso degli ultimi 12 mesi o un'indagine strumentale nel corso degli ultimi 18 mesi e se è presente una esenzione per patologia cronica, in modo da configurare la condizione di follow up. Il contingente di persone così individuato viene considerato come controllo, e la prenotazione viene correttamente codificata, mantenendo inalterata la data di erogazione, sull'agenda specifica. Il contingente di persone rimanente in lista è considerato con certezza prima visita e se supera i tempi di attesa standard, ha diritto alla prestazione entro il tempo massimo.
- Per le agende maggiormente critiche e con tempi lunghi di attesa si procede ad una puntuale verifica della loro composizione, dando priorità alle prestazioni che sono comprese nei percorsi di garanzia.

Azioni sull'efficienza organizzativa dei poliambulatori

Il Punto Unico di Accesso è stato sviluppato in ogni poliambulatorio; l'informaticizzazione dei poliambulatori è stata fortemente implementata tanto da rendere possibile oggi la refertazione computerizzata, la funzione di back office, la stampa delle ricette e l'autogestione dei controlli

Nel corso dell'ultimo biennio sono stati ulteriormente sviluppati ed affinati all'interno del "Progetto NOA" nuova organizzazione ambulatoriale, i percorsi di presa in carico, rivolti prevalentemente a pazienti con patologia cronica. Questi percorsi definiti facilitati e complessi, in base alle professionalità coinvolte, sono diffusi in tutti i poliambulatori che insistono nei tre Distretti Sanitari e riguardano prevalentemente le specialità di base. Il fine è quello di favorire la presa in carico del paziente, riducendo i disagi della gestione delle prestazioni aggiuntive e di completare l'iter diagnostico con il maggior livello di appropriatezza possibile secondo linee guida condivise. I pazienti seguiti attraverso i percorsi non gravano direttamente sul CUP provinciale ma vengono gestiti dal Punto di accesso all'interno dell'organizzazione dei poliambulatori.

Azioni sull'appropriatezza di offerta di prestazioni

Il contratto di fornitura triennale siglato con l'Azienda Ospedaliera nel 2008 definisce per ogni disciplina le prestazioni di prima visita da inserire a CUP e quantifica la riduzione delle prestazioni inappropriate di presa in carico e di controllo. Nello stesso contratto è previsto il passaggio nel CUP unico Provinciale di tutte le prestazioni di prima visita che l'AOSPUN gestisce tramite un "centro servizi ambulatoriale" interno.

Tutte le prestazioni sia in regime ordinario che libero professione, prodotte dall'Azienda USL sono gestite dal CUP provinciale, ciò rende possibile il controllo dei casi di squilibrio dell'offerta a pagamento.

Istituzione dei percorsi di garanzia

Specifici "percorsi di garanzia" devono essere previsti dall'Azienda USL per rispettare il diritto dei cittadini al rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni previsti. Questi percorsi sono stati individuati attraverso la definizione di volumi prestazionali ed economici su base distrettuale.

Questi volumi non sono visibili come offerta standard a CUP ed hanno l'esclusiva finalità di assicurare il percorso di garanzia a tutti coloro che registrano tempi superiori a quelli stabiliti.

Il criterio comune adottato non è stato solo quello dell'incremento assoluto dell'offerta, ma si è cercato di rendere disponibile un maggior numero di prime visite a fronte di una riduzione di controlli e prestazioni aggiuntive potenzialmente inappropriate.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero Universitaria, è stato previsto l'inserimento nel CUP unico provinciale di migliaia di prestazioni di prima visita, che attualmente vengono autogestite attraverso il "centro servizi ambulatoriale interno".

Il percorso organizzativo prevede che i pazienti in lista con tempi di attesa superiori allo standard sono stati individuati in ogni agenda critica soggetta a monitoraggio. Dopo aver definito i volumi dei pacchetti di prestazioni aggiuntive e le sedi distrettuali di erogazione, i pazienti che non riescono ad avere le prestazioni entro i tempi standard, vengono richiamati dallo Sportello Unico in collaborazione con i Responsabili della Specialistica ambulatoriale e collocati nei percorsi di garanzia.

Accesso al Pronto Soccorso inappropriato

Per limitare il ricorso massiccio al Pronto Soccorso, l'Azienda USL ha predisposto dei percorsi alternativi.

In tutti i principali poliambulatori è possibile accettare richieste specialistiche urgenti in fasce orarie concordate autogestite, l'accesso è diretto e non mediato dalla prenotazione CUP. Le principali specialità interessate sono: cardiologia, oculistica, dermatologia, ORL, endocrinologia, audiologia, allergologia, ortopedia, ginecologia, oncologia, odontoiatria.

La Diagnostica per Immagini fornisce prestazioni urgenti in tutti i punti di erogazione e per tutte le prestazioni principali, previo contatto con l'accettazione delle U.O.

L'accordo locale con i MMG ha ribadito l'importanza della presa in carico di alcune tipologie di pazienti con patologia cronica, riducendo notevolmente l'accesso spontaneo di questi negli ambulatori specialistici attraverso il Pronto

Soccorso. La collaborazione tra MMG e specialisti di branca è regolata da protocolli condivisi formalizzati dal "comitato tecnico" della medicina generale.

Azioni sull'appropriatezza del governo clinico

Nel corso dell'ultimo triennio sono state poste in essere azioni finalizzate alla riduzione del ricorso a prestazioni diagnostiche sia in regime di ricovero che ambulatoriale:

- sono state elaborate e diffuse linee guida condivise da parte dei medici prescrittori;
- linee guida sul "dolore articolare" finalizzate alla riduzione delle TC articolari implementando le RM;
- linee guida per l'implementazione delle colon-TC e delle uro-TC e la riduzione delle urografie e del clisma opaco;
- sono state diffuse le raccomandazioni CeVEAS sulle ecografie addominali urgenti;
- dal 2005 è stata sottoposta a controllo l'appropriatezza prescrittiva sulle indagini ecocolordoppler (TSA, arti inferiori arteriosa, arti inferiori venosa).

Si è concordato con i medici prescrittori di rendere obbligatoria sulla richiesta l'indicazione, del quesito diagnostico. L'Obbligatorietà del quesito diagnostico per tutti i medici prescrittori è prevista in tutti i casi previsti dalla DGR 24/2005 (prestazioni radiologiche, bioetiche, endoscopiche, funzionali neuromotorie); le prescrizioni non corrette verranno rilevate al momento della prenotazione e saranno oggetto di contestazione.

All'interno del software di gestione delle immagini radiologiche (RIS) è stato predisposto un apposito campo dove specificare la presenza, l'assenza o la incomprendibilità del quesito diagnostico riportato sull'impegnativa con la possibilità di mirare l'analisi statistica al singolo medico prescrittore.

Azioni per la comunicazione interna ed esterna

Sono stati organizzati corsi sulla gestione condivisa dei poliambulatori e corsi di formazione per lo sviluppo del GESI (software di gestione ambulatoriale)

È stato redatto un nuovo documento aziendale mensile sulla rilevazione dei tempi di attesa; sono stati posti in essere numerosi interventi sulla stampa e televisioni locali sul corretto utilizzo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. È stato elaborato e formalizzato il "*Piano di Comunicazione*". Esso si pone come obiettivo la costituzione di un sistema di comunicazione integrato. Ciò comporta: *l'individuazione dei contenuti da comunicare riferiti ai diversi target, la declinazione degli strumenti e delle azioni comunicative da mettere in atto, l'individuazione dei tempi, nonché le strategie di alleanza con i soggetti presenti nel contesto sociale e territoriale di riferimento.*

Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il **Programma regionale Leggieri** prevede la sperimentazione forme di integrazione organizzativa e professionale tra Medici Psichiatri e Medici di Medicina Generale che prevedano attività formative congiunte, agende dedicate degli psichiatri per l'attività con i medici di medicina generale, diffusione di strumenti informativi e formazioni congiunte sul campo, ricerche cogestite, sperimentazione di nuove forme di presa in carico condivisa. Nell'ambito di tale programma, il DSM DP dell'Azienda USL di Ferrara nel 2009 ha articolato tre obiettivi distrettuali finalizzati alla gestione condivisa di alcuni casi selezionati dai Medici di Medicina Generale dei Nuclei delle Cure Primarie di Pontelagoscuro (Ferrara), Argenta e Cento. I casi trattati nel corso dell'anno sono stati 8. Uno specifico gruppo di lavoro psichiatrico collabora per l'integrazione del progetto Leggieri in Area Vasta. I dati di attività interscambiati tra DSM distretto Ferrara e i MMG sono stati riportati nella giornata di studio Area Vasta.

Il DSMDP dell'Azienda USL di Ferrara nel corso del 2009 ha attivato il gruppo di riferimento per la definizione e la formalizzazione del Percorso Disturbi del Comportamento Alimentare aziendale, con il coinvolgimento dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Arcispedale Sant'Anna. Il gruppo si è riunito 5 volte nel corso del 2008 effettuando la ricognizione sia dei casi in trattamento (presso il Centro ospedaliero, presso Psichiatria adulti, Neuropsichiatria infantile adolescenza e Sert), sia delle risorse impegnate. Sono stati descritti i percorsi curativi attuali. L'obiettivo di intercettare il 3 per mille della popolazione target dei cittadini nella fascia compresa tra 14 e 24 anni è stato raggiunto.

Si stanno elaborando nuove ipotesi d'integrazione, specialmente per quanto riguarda il trattamento e la diagnosi dei minori.

Il DSM DP dell'Azienda USL di Ferrara fin dal 1999 aveva in essere una convenzione con la Sezione di Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ferrara. Ciò ha permesso di concordare l'accordo di Programma con l'Università di Ferrara per la costituzione del **DAI SM DP** che è stato siglato nel marzo 2009. Alla fine dell'anno la macrostruttura è stata definitivamente formalizzata in quanto recepita da tutti gli attori istituzionali: nell'Atto aziendale e relativo organigramma, nel Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia. È stato nominato un Direttore protempore e si sta lavorando alla stesura del nuovo regolamento del Comitato Aziendale di Dipartimento.

L'U.O. S.M.R.I.A. del DAI SMDP dell'Azienda USL di Ferrara ha adeguato dall'inizio dell'anno 2009 le procedure integrate con la Medicina legale per il rilascio delle **certificazioni di disabilità e per l'integrazione scolastica** delle persone con disabilità ai sensi della LR 4/2008, istituendo le Commissioni come previsto dalle norme regionali.

Gli interventi socio-sanitari di strada (DGR 2234/2008) sono eseguiti dai cosiddetti "operatori di strada". Essi si occupano di monitorare il territorio e svolgono operazioni di sensibilizzazione, prevenzione e riduzione del danno. Si rivolgono a giovani consumatori di sostanze stupefacenti presidiando i luoghi del divertimento e aggregazione giovanile. Propongono iniziative rivolte a tutto il territorio sui temi della salute di contrasto all'abuso alcolico e di sostanze stupefacenti e di prevenzione della malattie sessualmente trasmesse e di AIDS. Sono in contatto con la rete dei servizi con i quali svolgono funzioni di supporto accompagnamento e invio.

È stata avviata nella provincia di Ferrara l'applicazione del DGR 170/2009 sugli **accertamenti di tossicodipendenza nei lavoratori delle professioni a rischio**. Dopo una fase di definizione organizzativa, tutte le richieste di accertamento inviate da medici del Lavoro e da datori di Lavoro sono state evase degli operatori del Sert (circa 10 circa nel 2009).

Nell'ambito del Programma regionale Dipendenze patologiche, nel corso del 2009 sono stati consolidati percorsi differenziati per **l'accesso al Sert, nello specifico per adolescenti consumatori, donne alcoliste e tossicodipendenti**. Particolare attenzione è riservata agli utenti cronici tossicodipendenti per i quali sono dedicati due progetti, di cui uno nazionale sui monitoraggi dei trattamenti con il metadone e uno regionale di screening per monitorare la salute dei tossicodipendenti, quest'ultimo ha come obiettivo l'aumento dei pazienti che si sottopongono ai controlli sanitari.

LA SANITÀ PENITENZIARIA

Le Aziende Sanitarie dell'Emilia Romagna sede di uno o più istituti penitenziari, completata la fase di assunzione di responsabilità amministrativa sul personale transitato ai sensi del DPCM 1.4.2008, dovranno elaborare un programma assistenziale aziendale sulla base di una accurata ricognizione dei bisogni di salute della popolazione ivi reclusa e di una programmazione basata sulle linee guida contenute nel DPCM stesso e sulla DGR 314/2009 sui modelli organizzativi per la sanità penitenziaria. Nel corso dell'anno l'Azienda USL di Ferrara ha deliberato il gruppo di lavoro aziendale che ha pianificato gli interventi, con suddivisione dei compiti e delle referenze, ha effettuato una serie di incontri con i medici, gli infermieri e la Direzione della Casa Circondariale per illustrare i modelli organizzativi aziendali, le proposte di riorganizzazione delle funzioni sanitarie e il piano delle attività con un primo tempogramma.

Sono stati rilevati i dati epidemiologici e come conseguenza, a fronte di un così rilevante incremento della popolazione detenuta, si sono definiti obiettivi minimi di garanzia dei percorsi di salute.

Rimangono in questa fase di "emergenza" scoperti o in ogni caso molto ridotti gli interventi di educazione sanitaria e di vita comunitaria.

Salute mentale della popolazione carceraria

I pazienti che hanno bisogno di una presa in carico psichiatrica sono circa 150, comprendendo anche quei detenuti che, non richiedendo di essere visitati e

non avendo sintomatologie conclamate, "vegetano" ai margini della vita carceraria.

Percorsi psicoeducativi volti al miglioramento dell'integrazione della personalità, del controllo degli impulsi e/o dei comportamenti devianti, della compliance terapeutica, delle performance sociali ridurrebbero il disagio che la vita carceraria induce nei detenuti. Il miglioramento della salute e della qualità di vita, ridurrebbe il rischio suicidario e/o dei comportamenti autolesionistici.

Il progetto "Nuovi Giunti" è il progetto di "qualità" del sistema penitenziario; è rivolto ai detenuti nel loro primo accesso all'istituzione e prevede una serie di interventi: colloqui con lo psicologo, generi di conforto, valutazione medico SIAS, discussione del caso in équipe con il Direttore del Carcere.

Il progetto "Tessere" è volto alla stabilizzazione delle persone a rischio attraverso i gruppi di auto-mutuo-aiuto e i colloqui individuali, tesi a ridurre gli eventi etero ed autolesivi e il rischio suicidario.

La popolazione tossicodipendente

La difficoltà a mantenere i progetti riabilitativi per la popolazione tossicodipendente, è collegata alla complessità della problematica soggiacente all'abuso di sostanze. Pertanto l'incremento degli interventi riabilitativi ed educativi nella delicata fase della detenzione, potrebbe portare ad una riduzione del danno sociale e/o individuale.

La **formazione** come efficace strumento di integrazione di cultura, obiettivi e metodi è stata nel corso dell'anno 2009 posta in primo piano del gruppo operativo.

Sono stati attivati:

- Corso BLS per infermieri, medici.
- Corso gestione rifiuti speciali.
- Corso Gestione del Rischio Clinico.
- Corso di formazione "Pedofilia: quale cura per il paziente pedofilo fra teoria e pratica" organizzato dal DSM-DP.
- Corso sulla prevenzione e trattamento dei disturbi infettivi legati alla TBC.
- Corso integrato per tutti i profili professionali sanitari e della sicurezza sulle tematiche del ruolo e dei percorsi comunicativi interni - novembre/dicembre.

Per il 2010 si propone:

- Per i medici e per gli infermieri un percorso formativo sul campo sugli interventi di Pronto Soccorso, di Chirurgia Generale e Chirurgia Estetica con affiancamento presso le UO aziendali.
- Per gli agenti di polizia penitenziaria un percorso formativo di primo soccorso.

Organizzazione dell'attività assistenziale sanitaria

L'attività sanitaria si sviluppa mediante forte integrazione tra l'area medica e l'area infermieristica, con una gestione clinica del paziente secondo il modello del "case management"; sono gli infermieri, infatti, che accedono alle sezioni di detenzione più volte al giorno e che entrano, con continuità, in relazione con tutti i detenuti e che, di conseguenza, devono conoscere tutte le situazioni cliniche, divenendo competenti nell'osservazione, nell'ascolto e nel riportare al medico le eventuali possibili criticità.

L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nel processo di riduzione del rischio dei tentativi, da parte dei detenuti, di triangolazione e manipolazione, nella ricerca dei vantaggi secondari alla patologia. Ciò comporta un'importante funzione di controllo nei percorsi sanitari con evidente impegno tecnico e relazionale.

Il Referente Assistenziale attiva percorsi di integrazione con le altre aree aziendali, vengono programmati incontri mensili del gruppo degli infermieri che portano alla progettazione e messa in uso dello strumento del diario infermieristico, la rimodulazione del turno, la gestione della fornitura e gestione dei farmaci, la gestione dei materiali di consumo.

Sono previsti momenti di incontro con gli agenti di polizia penitenziaria e lo staff medico per migliorare i percorsi di integrazione multiprofessionale e favorire la collaborazione reciproca.

Prevenzione

Sono stati attivati i percorsi interni in integrazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica per:

la vigilanza, il controllo delle malattie infettive, le vaccinazioni e gli screenig per la tubercolosi, le malattie a trasmissione sessuale e/o iniettiva, e le specifiche indicazioni per problematiche emergenti (ad esempio rischio caldo, influenza H1N1).

Attività Specialistiche

Le attività specialistiche svolte all'interno dello stabilimento sono indispensabili nel processo di garanzia della salute per la popolazione carceraria, ma anche per garantire la sicurezza ai cittadini, riducendo gli accessi ai servizi sanitari esterni di persone con gravi problematiche antisociali.

I percorsi di specialistica esterni all'istituto presentano alcune criticità nell'interfaccia con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sia per l'accesso alle prestazioni radiologiche e chirurgiche, sia negli accessi al Servizio di Pronto Soccorso; sono in fase di studio protocolli condivisi di accessi facilitati e/o protetti.

La convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria garantisce gli interventi di monitoraggio e trattamento dei pazienti affetti da patologie infettive e il monitoraggio dei nuovi giunti.

Attrezzature sanitarie

La fornitura d'attrezzature ed apparecchiature elettromedicali a norma (carrelli per la distribuzione della terapia, carrelli per le medicazioni e per l'emergenza, armadio di sicurezza, schedari porta cartelle, defibrillatori, elettrocardiografi, termometri digitali, frigorifero per farmaci), il progressivo adeguamento nell'uso degli spazi interni all'infermeria, la costruzione di nuovi strumenti di lavoro, indicano l'avvio del percorso di miglioramento ed innovazione.

Il processo d'informatizzazione dei locali dell'infermeria, con facilitazione nei percorsi comunicativi intra-aziendali – farmacia, magazzino, ecc. – anche con la fornitura dei Personal Computer e, per l'area penitenziaria, per l'accesso al Centro Unico Prenotazioni è in fase di completamento.

Nella complessità dell'istituzione "totale", il processo d'innovazione organizzativo che è stato imposto dall'applicazione dei modelli aziendali nella gestione della sanità penitenziaria ha attivato efficaci rapporti personali di collaborazio-

ne ed integrazione. Accanto ai prevedibili fenomeni di resistenza al cambiamento, legati all'effetto destabilizzante che consegue la ricerca di nuovi modelli relazionali tra le organizzazioni.

I bisogni degli utenti, cittadini reclusi, ma anche degli operatori sanitari e della polizia penitenziaria sono complessi, articolati ed intrecciati tra loro, fissati da una lunga storia, con equilibri che si sono strutturati nel tempo.

Si prevedono tempi lunghi per una decodifica corretta e quindi tempi lunghi per ipotizzare e realizzare possibili soluzioni a fronte di un impegno da parte dell'AUSL di garantire una buona qualità.

NUOVA ORGANIZZAZIONE AMBULATORIALE (NOA)

L'azienda USL di Ferrara dispone di 260 punti di erogazione ambulatoriale, distribuiti nelle varie sedi presenti nei 3 distretti e assicura un volume di 700.000 prestazioni anno (fatta eccezione l'attività laboratoristica e le attività di pronto soccorso non seguite da ricovero). E' possibile stimare che nell'arco dell'anno ricevano una prestazione ambulatoriale oltre 330.000 persone.

L'azienda USL di Ferrara per garantire equità d'accesso e complessità diagnostico terapeutica ha predisposto una rete provinciale di 7 poliambulatori finalizzati ad erogare attività ambulatoriali complesse e 5 punti di erogazione di attività specialistica di minore complessità con prevalente supporto al medico di Medicina Generale integrata nell'ambito dello sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie (NCP).

Il progetto NOA propone di approfondire tutti gli aspetti organizzativi, clinico assistenziali che rendono l'attività ambulatoriale un nuovo setting assistenziale alternativo al ricovero ospedaliero individuando un nuovo approccio metodologico e di organizzazione del lavoro.

Si tratta infatti, di un'azione formativa in cui vengono coinvolti tutti i protagonisti che insieme individuano gli obiettivi di miglioramento sia in campo professionale che organizzativo e ne attuano le diverse fasi valutando ex post i risultati raggiunti.

La realizzazione del progetto ricerca-intervento denominato "N.O.A." Nuova Organizzazione Ambulatoriale coinvolge oltre 90 operatori di differenti professioni e ruoli e prevede diversi gruppi di lavoro finalizzati ad approfondire i principi teorici e supportare le fasi operative dell'implementazione dello stesso.

La realizzazione del progetto comporta la contemporanea implementazione degli aspetti gestionali, organizzativi e di governo clinico dell'attività ambulatoriale che si svolge nei poliambulatori oggetto della sperimentazione.

Il progetto individua 4 aree tematiche di approfondimento con l'obiettivo di sviluppare competenze e conoscenze professionali coerenti con il cambiamento organizzativo, in modo tale da connotare l'attività ambulatoriale quale nuovo setting assistenziale alternativo al ricovero ospedaliero e sono:

- 1) La funzione di accoglienza
- 2) La realizzazione degli strumenti del governo clinico
- 3) La valorizzazione delle nuove professioni sanitarie
- 4) La continuità assistenziale e la gestione integrata con il MMG per le patologie croniche.

Sono attivati tre sperimentazioni sul campo su 3 poliambulatori inseriti in contesti organizzativi molto differenti: Poliambulatorio di Copparo, di Cento e del Delta.

Le 3 principali linee di lavoro che vengono approfondite nelle sperimentazioni sul campo sono: l'individuazione della sede fisica del punto di accoglienza (PDA) e delle caratteristiche strutturali necessarie, l'analisi dell'organizzazione del lavoro medico ed infermieristico, il censimento degli attuali percorsi diagnostico terapeutici.

L'analisi dei problemi nelle singole realtà avviene da parte di coloro che operano negli specifici poliambulatori, supportati dal gruppo tecnico di progetto.

In ogni sperimentazione viene pertanto assicurato lo stesso approccio metodologico per affrontare le tematiche organizzative e di sviluppo professionale che la nuova organizzazione dell'attività ambulatoriale richiede.

Il gruppo degli operatori locali ha la funzione di trovare le soluzioni più idonee allo specifico contesto poliambulatoriale. Il progetto ha la durata di circa 18 mesi articolato in moduli formativi finalizzati ad approfondire tutti gli aspetti relativi alla nuova organizzazione dell'attività ambulatoriale

La condivisione con i cittadini fruitori del servizio ambulatoriale così innovato avverrà tramite il confronto con i comitati consultivi misti e le rappresentanze dei cittadini stessi; a questi sarà illustrato il valore aggiunto di qualità che la Nuova Organizzazione Ambulatoriale offre in modo omogeneo in tutto il territorio provinciale.

Il risultato strategico atteso riguarda la realizzazione innovativa del modello organizzativo di un poliambulatorio riproducibile nelle 7 strutture poliambulatoriali dell'azienda USL di Ferrara: Esse si qualificheranno come strutture dotate di autonomia organizzativa, capaci di svolgere attività clinico specialistiche complesse, alternative alla degenza ordinaria e al day hospital ed in stretta relazione con i nuclei delle cure primarie e con i reparti ospedalieri.

Screening

I programmi di screening oncologico si collocano all'interno degli obiettivi regionali per la prevenzione, in particolare prevedono il rispetto della progressione delle chiamate, la gestione dei flussi informativi, la continuità e l'integrazione multidisciplinare dei percorsi diagnostico-terapeutici conseguenti alla positività del test di screening, la partecipazione alle iniziative di controllo di qualità, gli interventi sulla familiarità; la gestione dei registri tumori di popolazione.

Il resoconto dettagliato dell'attività svolta nel corso del 2009 è contenuto nel capitolo 2 alla voce Prevenzione e tutela della salute

Registro tumori di popolazione

Il Registro Tumori di popolazione, che ha iniziato l'avvio della registrazione già dal 1989, svolge una attività che ha come obiettivi la rilevazione continuativa, sistematica e nominale dei casi di malattia tumorale che si manifestano nella nostra popolazione. I dati prodotti (statistiche di incidenza, mortalità e sopravvivenza relative ai casi di tumori maligni per età e sesso), oltre a quantificare tali patologie, consentono di valutare l'impegno delle strutture sanitarie per gli aspetti di prevenzione, cura e riabilitazione. L'attività del Registro Tumori è inoltre volta a valutare l'impatto e l'andamento delle neoplasie oggetto degli screening oncologici nella popolazione target.

L'Ufficio di Coordinamento degli screening si è adoperato, in collaborazione con i competenti uffici regionali, al fine di potenziare le funzioni svolte dal Registro nel contesto dell'Area Vasta.

Sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie

La Regione Emilia Romagna ha avviato dal 1° aprile 2006 un sistema di segnalazione rapida delle epidemie e di singoli casi di infezione definiti "sentinella" (Delibera di Giunta regionale n. 186/2005 del 7 febbraio 2005; Determinazione Direzione generale Sanità e politiche sociali n. 1925 del 16 febbraio 2006), con l'obiettivo di:

- individuare eventi che richiedono interventi tempestivi e coordinati;
- fornire supporto tecnico alle Aziende sanitarie, ove opportuno;
- registrare, seguire e analizzare l'evoluzione degli eventi infettivi in modo da adottare;
- tempestivamente misure di controllo a livello regionale.

Tale sistema si unisce al Sistema di segnalazione Nazionale dei casi di Malattie Diffusive pericolose per la Salute Pubblica istituito con Decreto Ministeriale del 15 Dicembre 1990

Il Dipartimento di Sanità Pubblica garantisce in ambito provinciale l'adempimento informativo secondo protocolli condivisi e percorsi individuati e ribaditi nei corsi di formazione, così da intervenire rapidamente e circoscrivere rischi ed eventuale contagio.

La sorveglianza dei dati di laboratorio è parte integrante del Sistema di segnalazione rapida per malattie specifiche come la tubercolosi, le meningiti batteriche e le malattie invasive batteriche in genere e si attua in stretta collaborazione con la direzione sanitaria dell'Azienda Ospedaliera, l'Agenzia sanitaria regionale e la sanità pubblica regionale in modo da monitorare la circolazione microbica e sorvegliare il problema delle resistenze.

La sorveglianza e il controllo della West Nile Disease e della febbre da Chikungunya vengono attuati, secondo protocolli che seguono le linee indicate dai Piani di sorveglianza regionale (ultimi del 5 giugno 2009), dei quali sono parte integrante:

- sorveglianza ambientale con acquisizione dei piani di disinfestazione (larvicida e adulticida) dei comuni della provincia, la cui attuazione è periodicamente monitorata,
- sorveglianza sanitaria sui casi sospetti,
- sorveglianza veterinaria,

Per l'attività di formazione sono state realizzate due importanti iniziative formative il 18 e il 21 maggio. E' in corso di elaborazione la formazione rivolta al personale scolastico.

Il documento regionale sul controllo della legionellosi è stato implementato con una procedura locale per l'effettuazione del campionamento specifico, che viene applicata di concerto con l'ARPA locale e con l'applicazione del sistema della segnalazione rapida dei casi se si verifica un caso di legionellosi in strutture sanitarie e termali.

Sono stati elaborati ed attuati, a cura di un gruppo di lavoro misto con operatori di area vasta, 3 corsi di formazione rivolti ai tatuatori e piercer, come previsto dalla DGR 465/2007. Sono stati effettuati dei Corsi di aggiornamento per gli operatori, con particolare attenzione al personale di vigilanza (tecnici della pre-

venzione), addetti al controllo delle strutture sia dal punto di vista edilizio, che igienico-sanitario.

SICUREZZA SUL LAVORO

Attività di assistenza

Per quanto attiene all'attività di assistenza, formazione e informazione, sono stati realizzati 8 corsi di formazione per RLS, pari al 100% di quelli richiesti, 3 seminari e 398 incontri informativi con gruppi di lavoratori e con figure della prevenzione.

Funzionamento degli Organismi provinciali

Il funzionamento degli Organismi provinciali è stato garantito: con delibera n° 126 del 30.4.2009 il Direttore Generale ha costituito l'Organismo provinciale – sezione permanente – dell'Ufficio operativo del Comitato regionale di coordinamento dell'attività di vigilanza. In data 29.9.09 l'Organismo si è insediato ed ha programmato le linee di attività coordinata per il 2009 e il 2010. Si è tenuta un'ulteriore riunione in data 11 dicembre 2009 per valutare il consuntivo delle attività coordinate svolte nel 2009:

- settimana straordinaria di vigilanza nei cantieri;
- corso di formazione per le Polizie Municipali della provincia in tema di vigilanza nei cantieri edili;
- ricerca-intervento sperimentale di formazione dei lavoratori in due aziende di costruzione.

Attività di vigilanza

Il resoconto dettagliato dell'attività svolta nel corso del 2009 è contenuto nel capitolo 2 alla voce Prevenzione e tutela della salute

Sicurezza alimentare e Sanità pubblica veterinaria

L'anno 2009, in continuità con il triennio precedente, è stato caratterizzato dall'impegno profuso dall'Area dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria nell'implementazione del Sistema di Gestione della Qualità per garantire controlli ufficiali nel settore della Sicurezza Alimentare che siano conformi ai requisiti del Reg. 882/2004/CE.

Nell'ambito di tale finalità rientrano le iniziative di formazione e qualificazione del personale addetto ai controlli ufficiali, secondo le linee di indirizzo previste dallo specifico progetto regionale di Sviluppo Competenze Valutative.

Nel capitolo 2 sono indicati i risultati raggiunti e il confronto con gli standard regionali.

Programmi di promozione della salute

Le attività riguardanti il sistema di sorveglianza PASSI si possono considerare ormai a regime e si basano sul lavoro di un coordinatore aziendale e di 7 Assistenti Sanitarie provenienti da 3 Unità Operative del Dipartimento di Sanità Pubblica che effettuano le interviste e le incombenze attinenti. Nel 2009 il sistema PASSI ha registrato 345 interviste in 10 mesi di attività.

In collaborazione con i Servizi sociali è stata realizzata la fase sperimentale pro-

vinciale del sistema PASSI d'argento, riguardante le persone di età superiore ai 65 anni Passi d'argento ha registrato 70 interviste nel corso del 2009.

Per l'anno scolastico 2009-2010 sono stati distribuiti i DVD "Paesaggi di Prevenzione" a nove scuole superiori di I e II grado della Provincia, i cui insegnanti hanno partecipato all'incontro informativo-formativo organizzato appositamente. Tramite canali di interesse sono stati distribuiti copie del DVD ad altre 7 scuole medie del territorio. Altre 5 scuole (2 medie di II grado e tre medie di I grado) sono in possesso del DVD già dall'anno scolastico precedente. Il DVD è stato utilizzato autonomamente e positivamente dagli insegnanti in tre scuole medie di I grado e da tre scuole di II grado e con il supporto di operatori sanitari in due scuole superiori di II grado e in tre scuole di I grado, che hanno svolto i programmi in più aree tematiche. Un totale di 11 scuole.

Prevenzione degli incidenti stradali

Il responsabile del Modulo Organizzativo di Epidemiologia ha partecipato al progetto Prevenzione degli incidenti stradali. Lo stesso è componente dell'Osservatorio provinciale per l'Azienda USL di Ferrara e rappresenta le due Aziende sanitarie ferraresi nell'Esecutivo. Nel corso del 2009 è stata tenuta la riunione di avvio del progetto interdisciplinare "Allacciali alla vita", per la promozione dell'uso dei mezzi di contenimento nella popolazione infantile della provincia.

Prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, obesità, diabete)

Per quanto riguarda la prevenzione delle malattie croniche, in accordo con la Regione, prosegue il "Programma Interaziendale di attività motoria come strumento di prevenzione e di terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico". In tale ambito è stato costituito con delibera aziendale n. 28 del 4/2/2008 il "Coordinamento interaziendale sperimentale di attività motoria".

L'attuazione del progetto consentirà già nel corso dell'anno 2010 di analizzare i primi dati sullo stato di salute dei soggetti coinvolti nel programma di attività motoria.

Il programma si avvale della collaborazione di 310 (su 330) Medici di Medicina Generale, ai quali spetta il compito di individuare e trattare, secondo le modalità del protocollo operativo, 7.500 portatori di diabete e 2.500 ipertesi.

Un intervento a parte, gestito dai geriatri delle due aziende sanitarie, riguarderà il coinvolgimento di un gruppo di "anziani fragili" (1.000) da sottoporre al programma personalizzato di attività motoria; tale attività interesserà i Centri Sociali della nostra provincia.

In riferimento alle aree progettuali previste nel piano per la prevenzione degli incidenti domestici l'attività è stata la seguente:

- Riduzione del rischio di caduta nell'anziano - Intervento di promozione dell'attività fisica adattata nella popolazione anziana.
 - Tale attività è stata ricompresa nell'ambito del suddetto programma "L'esercizio fisico è farmaco", un programma di promozione della salute attraverso la prescrizione medica di attività motoria attivato dall'Azienda USL di Ferrara.

Nel corso del 2009 sono state tenute numerose riunioni presso centri anziani della Provincia, conclusisi con numerosi incontri individuali presso il Centro di medicina dello Sport e l'arruolamento di 290 anziani nel programma.

- Rilevazione degli aspetti strutturali/impianstici delle abitazioni, attraverso l'effettuazione di visite domiciliari, associate a interventi informativo/educativi e fornitura di dispositivi a basso costo
 - Nell'ambito delle verifiche sulla conformità delle abitazioni di nuova costruzione o che sono state oggetto di lavori che il Dipartimento esegue sulla base di apposite convenzioni è stata compresa anche la verifica della sicurezza di tutti gli impianti presenti. Ad esempio nel Comune di Ferrara nel corso del 2009 sono state ispezionate 51 abitazioni campionate: tutte le verifiche sono risultate a norma.

NUCLEI CURE PRIMARIE

Nel territorio dell'Azienda USL sono stati formalmente individuati 18 Nuclei di Cure primarie

Nel corso del 2009 è stato sviluppato il progetto organizzativo-strutturale della Casa della Salute di Portomaggiore. Presso di essa, sin dal settembre 2009, è stato attivato l'ambulatorio h 12 del Nucleo di Cure Primarie di Portomaggiore Ostellato e sono stati individuati i percorsi assistenziali da implementare.

- prenotazione diretta su agende riservate da parte dei mmg di diagnostica radiologica ed ecografica,
- monitoraggio dei protocolli diagnostici di follow up per il paziente diabetico,
- gestione integrata del paziente con pneumopatia cronica, in ossigeno e ventilazione terapia,
- gestione integrata del paziente con sospetta cardiopatia e scompenso cardiaco cronico,
- progetto per la presa in carico riabilitativa dei pazienti con patologia cronica articolare,
- integrazione dei percorsi di presa in carico da parte dell'ostetrica del consultorio familiare delle utenti in contraccezione ormonale, delle puerpere per problemi di allattamento al seno e delle donne in menopausa con incontinenza urinaria che necessitano di riabilitazione del pavimento pelvico.

È inoltre stata avviata la progettazione definitiva per la ristrutturazione del presidio socio sanitario.

Estensione della fascia oraria di apertura

Relativamente all'obiettivo regionale di estensione della fascia oraria di apertura delle sedi dei NCP o delle Medicine di Gruppo l'orientamento della Direzione aziendale è quello di incrementare ulteriormente la fascia oraria solo nei Nuclei Cure Primarie con sede unica di riferimento per i cittadini.

Nonostante siano molte le difficoltà a raggiungere in modo omogeneo sul territorio aziendale l'obiettivo di assicurare la continuità assistenziale del MMG nelle 12 ore diurne, si ritiene questo un obiettivo prioritario da perseguire e realizzare in un periodo di 5 anni.

Le sedi di Nucleo Cure Primarie e Casa della Salute devono diventare un punto di riferimento certo e visibile per i cittadini equivalente a quello che oggi è il simbolo **H**. La situazione di fine 2009 vede già realizzato il passaggio a 7 ore di continuità assistenziale presso le medicine di gruppo e le reti dei MMG e un punto H 12 a Portomaggiore.

È stato potenziato nel 2009 il personale infermieristico dell'assistenza domiciliare per incrementare le dimissioni protette e il numero di ADI attivate; l'obiettivo finale sarà raggiunto nel 2011 e consiste nel realizzare un progressivo allineamento alla media regionale delle risorse dedicate.

È stato applicato l'accordo regionale con i Pediatri di Libera Scelta (DGR 17/2009) ed è stato siglato un accordo locale nell'ambito del quale sono stati individuati specifici obiettivi:

- Adesione al Nucleo Cure Primarie.
- Unità Pediatrica Cure Primarie.
- Forme Associate.
- Continuità assistenziale.
- Sviluppo della comunicazione informatica.
- Comitato Tecnico per la Formazione.
- Progetto Salute Infanzia.
- Presa in carico precoce del neonato sano.

Nell'ambito dell'applicazione dell'accordo regionale e locale della pediatria di lib. Scelta è stata istituita dal 1 luglio 2009 l'Unità pediatrica di cure primarie all'interno di ciascuno dei tre dipartimenti di cure primarie aziendali. Di seguito si riporta il testo estratto dall'accordo.

Unità Pediatriche Cure Primarie

Nell'Azienda USL di Ferrara è prevista l'apertura di 3 Unità Pediatriche, rispettivamente una per ogni Distretto da organizzare in staff alla Direzione del Dipartimento Cure Primarie.

L'Unità Pediatrica è coordinata da un Pediatra di Libera scelta ed è composta da altri due Pediatri di cui uno referente di forma associativa, un Pediatra di Comunità, un Coordinatore infermieristico della pediatria di comunità e il Direttore del Dipartimento Cure Primarie (o suo delegato).

In seguito al primo incontro, nell'ambito dell'autonomia organizzativa distrettuale è prevista la programmazione di incontri con i Referenti per la Medicina Generale.

L'Unità potrà convocare riunioni locali allargate a tutti i Pediatri distrettuali su tematiche concordate a maggioranza nell'Unità medesima e con i Coordinatori di Nucleo.

Il regolamento della UPCP sarà approvato dal Comitato aziendale PdLS prima della formalizzazione delle UPCP distrettuali.

PIANI PROVINCIALI PER IL PERCORSO NASCITA

L'Azienda USL, nel corso del 2009:

- ha curato l'elaborazione dei Piani provinciali, dei quali è previsto lo sviluppo ed il monitoraggio,
- ha predisposto Azioni con l'obiettivo di riqualificare l'offerta consultoriale sulla base delle indicazioni sul Percorso Nascita ed in applicazione delle linee guida della legge 194/1978; garantisce, inoltre, la propria partecipazione alla rilevazione informatizzata dei dati di attività delle strutture consultoriali

Gli obiettivi individuati nei Piani provinciali per il Percorso Nascita sono di seguito esposti:

- Razionalizzazione delle metodiche invasive utilizzate per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche, mediante l'uso di metodologie finalizzate alla ridefinizione del rischio e all'aumento dell'efficienza della diagnosi prenatale
 - Tale obiettivo è motivato dal fatto che la diagnosi prenatale delle anomalie del cariotipo fetale (malattie cromosomiche) è oggi possibile grazie alla esecuzione in gravidanza di due procedure invasive routinarie: il prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) e il prelievo dei villi coriali (villocentesi). Sui campioni biologici di origine fetale così prelevati, vengono eseguiti test di laboratorio che consentono di evidenziare le anomalie cromosomiche. Oggi l'accesso a queste procedure è regolato quasi esclusivamente dall'entità del rischio calcolato in base dell'età materna. Le procedure di prelievo, per il loro carattere di invasività, comportano rischi ostetrici, il più importante dei quali è rappresentato dal rischio di aborto, aggiuntivo rispetto al cosiddetto "rischio di base" che ciascuna donna presenta a prescindere dal ricorso al test invasivo. Considerando la riorganizzazione provinciale del Laboratorio e mantenendo la diffusione provinciale delle sedi di prelievo, verrà istituito un percorso Hub e Spoke per la lettura del Bitest, utilizzando le strutture consultoriali e divisionali per il reclutamento delle gravide che ne fanno richiesta. A completamento dell'obiettivo, verranno istituiti corsi formativi utilizzando come docenti Ecografisti ginecologi in grado di effettuare oltre all'ecografia del primo trimestre la traslucenza nucale all'11° sett., al fine di avere una maggiore disponibilità nei diversi distretti rispetto a questa tecnica.
- Predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna - La normativa attuale prevede come livello essenziale di assistenza la esecuzione di 3 ecografie in gravidanza. In particolare l'ecografia del secondo trimestre è finalizzata al rilievo intrauterino di anomalie fetali. Le anomalie diagnosticate si differenziano anche nettamente dal punto di vista della prognosi. L'efficacia di questa indagine ecografica in rapporto alla determinazione dei successivi orientamenti della donna dipende da una ottimale organizzazione del percorso che sta alla base della sua esecuzione. Il primo livello ecografico alla 11°-14° settimana e alla 19°-20° settimana è garantito in tutti gli ambiti distrettuali sia dalle U.O. ospedaliere che territoriali. Il secondo livello diagnostico è garantito in tutti e tre i Punti nascita della provincia e nel servizio consultoriale di via Boschetto. L'obiettivo è in parte già attivato e da sviluppare nel corso del primo semestre 2009 implementando per il 2° livello la possibilità della fruizione (EQUILIBRATA) dei percorsi anche da parte di utenti di altri distretti. Si prevede la possibilità di attivare consulenze di 3° livello da parte della Diagnostica prenatale dell'ospedale S. Orsola
- La definizione del ruolo e delle responsabilità dei professionisti coinvolti nell'assistenza al percorso nascita, deve necessariamente partire dalla centralità della donna, e della sua famiglia; quest'ultima rappresenta il principale supporto che la donna ha a disposizione per la sua vita. E' necessario ridefinire il ruolo dell'ostetrica/o nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, al parto ed al puerperio, nel contesto del percorso nascita, valorizzandone la

competenza e l'autonomia nell'ambito del lavoro di equipe. L'Azienda USL condivide il principio che nel rispetto della presa in carico multi professionale della gravidanza, le gravide fisiologiche possano essere seguite dall'ostetrica e che le gravidanze patologiche devono essere seguite dal medico. Per la realizzazione di questo obiettivo si pensa di attivare in ogni distretto in via sperimentale, nella sede del consultorio, un ambulatorio della gravidanza gestito da personale ostetrico che mantiene stretti rapporti di integrazione con il ginecologo di riferimento. La proposta è quella di attivare:

- un ambulatorio presso il consultorio di Portomaggiore per il distretto sud-est,
- un ambulatorio presso il consultorio di via Boschetto per il distretto Centro-Nord,
- un ambulatorio presso il consultorio di Cento per il distretto Ovest,
- un ambulatorio nelle sedi dei Punti Nascita per la presa in carico della gravidanza a termine fisiologica da parte del personale ostetrico,
- la promozione della maggiore integrazione fra U.O. territoriali e U.O. ospedaliere al fine di definire idonei percorsi assistenziali con tutti i professionisti coinvolti nell'evento nascita.

Partendo dalla revisione sistematica della letteratura e dalla identificazione delle Linee Guida già esistenti, la Linea Guida del RCOG "The use of electronic fetal monitoring. Evidence-based clinical guideline" (2001) è stata adottata, tradotta, rielaborata, aggiornata con la letteratura sino al 2003, ed ha subito un processo di adattamento locale delle raccomandazioni. Ne è esitata una Linea Guida multidisciplinare, con individuazione di raccomandazioni basate su prove di efficacia ed esplicitazione del grado di forza di queste raccomandazioni. L'Azienda USL ha previsto di formare il personale ostetrico ospedaliero al fine di ridurre l'utilizzo della cardiocografia nelle gravidanze fisiologiche a termine e nel travaglio di parto, sostituendola con l'ascoltazione del battito cardiaco fetale effettuato dall'ostetrica e registrato nella cartella clinica.

All'interno della programmazione dei Piani per la Salute, già dall'anno 2007, si è posta attenzione ai disturbi emozionali della donna con particolare riguardo all'epoca della gravidanza e del puerperio garantendo iniziative informative in tutti i distretti in collaborazione con i Comuni e le Associazioni femminili. Presso i Consultori sono stati definiti protocolli di presa in carico integrata con il DSM delle gravide e puerpere soggette a disturbi emozionali. Nell'anno 2008 sono stati avviati, in via sperimentale, punti di accoglienza-ascolto a bassa soglia in 2 distretti rivolti alle puerpere in situazioni di disagio e in difficoltà durante il primo anno di vita del bambino; le iniziative sono frutto dell'integrazione fra Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Salute Mentale, Psicologia Clinica e i Centri per le famiglie dei Comuni di Ferrara, Argenta e Comacchio. Nell'anno 2009 dopo una verifica della fase sperimentale del progetto le iniziative sono state estese in ambito distrettuale.

Le azioni volte ad incrementare l'allattamento al seno, oltre a produrre benefici legati all'aspetto nutrizionale sono in grado di favorire la relazione madre-bambino e i processi di attaccamento agendo sull'empowerment dei genitori e sulle competenze del neonato. Ne deriva che la tutela dell'allattamento al seno va ben oltre l'aspetto nutrizionale poiché la sua realizzazione richiede la messa in atto di una serie di interventi che vanno a soddisfare anche altri bisogni di salute della madre e del neonato. All'interno della programmazione dei Piani per la

Salute, la promozione dell'allattamento al seno è stato considerato obiettivo aziendale. Lo stesso è stato realizzato in tutti i distretti con azioni differenziate per territorio:

- iniziative formative specifiche per gli operatori dei punti nascita ,dei consultori, dei pediatri di famiglia,
- ambulatori di sostegno all'allattamento al seno nei consultori,
- interventi di informazione alla cittadinanza attraverso la settimana di promozione dell'allattamento materno,
- la ricerca sulla prevalenza dell'allattamento negli ambulatori vaccinali della pediatria di comunità.

Il percorso nascita rientra tra le priorità delle politiche sanitarie della Regione Emilia Romagna. L'impianto complessivo del percorso prevede diverse fasi che garantiscono l'assistenza durante la gravidanza, il parto e il post parto alla madre e al neonato. Negli ultimi anni i cambiamenti demografici della popolazione hanno portato a modificare la natalità e a ridurre il saldo negativo per l'incremento della popolazione femminile straniera in età fertile. Questi elementi portano ad evidenziare la necessità di approfondire il punto di vista delle cittadine che usufruiscono di tale percorso per meglio adeguare le future politiche regionali. Gli operatori dei servizi consultoriali e ospedalieri hanno partecipato al gruppo regionale sulla qualità percepita, hanno effettuato focus group fra operatori e con le utenti. In base alle criticità rilevate sono stati unificati in tutti i distretti le modalità di esecuzione dei corsi di accompagnamento alla nascita; sperimentalmente è stato attivato in 2 comuni della provincia il puerperio domiciliare sviluppando la rete tra ostetriche territoriali, punti nascita e pediatri di libera scelta.

Obiettivo della assistenza prenatale è promuovere la salute delle donne in gravidanza, identificare e trattare le condizioni di patologia, se e quando presenti, e favorire la salute del neonato. L'assistenza prenatale dovrebbe anche comprendere informazioni e sostegno alle donne, al loro partner e alla loro famiglia, per aiutarli nella loro transizione alla genitorialità. I servizi sanitari dovrebbero quindi assicurare, senza costi a carico degli utenti, sia l'assistenza, sia l'educazione sanitaria, area tematica in cui vanno inclusi i corsi di preparazione alla nascita. In tutti i distretti e in più sedi consultoriali vengono erogati corsi di accompagnamento alla nascita. I contenuti dei corsi sono omogenei a livello aziendale. prevedono la presenza di operatori dei consultori e della pediatria di comunità. Sono strutturati in 10 incontri prima del parto di cui uno presso il punto nascita di riferimento e un incontro successivo al parto con il bambino.(baby party).

Negli ultimi decenni si è verificata la diffusione della cultura dell'analgesia, e l'attenzione al dolore nelle sue varie componenti, con metodi farmacologici o non farmacologici. E' necessario offrire a tutte le gestanti le corrette informazioni per avere la possibilità di partorire con il contenimento e il controllo del dolore in travaglio e durante il parto. Esistono tecniche non farmacologiche, psicologiche e di confort che possono essere utilizzate con l'intento di rendere il dolore più sopportabile. Qualora non sia tollerato e la donna lo richieda, il dolore dovrebbe essere trattato e la tecnica analgesica più efficace secondo le valutazioni Evidence Based Medicine (EBM) (Cochrane 2005) per il sollievo dal dolore durante il travaglio e il parto è l'analgesia epidurale. In tema di aumento delle conoscenze e dell'attenzione dei professionisti e delle donne al tema del "dolo-

re nel parto", anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche, l'Azienda USL prevede l'organizzazione, nei corsi di accompagnamento alla nascita effettuati nei Consultori, della formazione alle gravide su tecniche non farmacologiche di provata efficacia: supporto emotivo strutturato, idroterapia, movimento in travaglio, posizioni alternative e tecniche di stimolazione di punti. Il percorso assistenziale, che termina con l'erogazione della prestazione analgesica ed è governato da documenti prodotti e condivisi dalle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda USL di Ferrara, prevede almeno un colloquio preliminare con la Gestante, l'illustrazione e la consegna di materiale informativo, la valutazione anestesiológica e la raccolta di un consenso scritto alla procedura. Dal 31/12/2008, la possibilità del parto in analgesia è stato sviluppato nei due punti nascita dell'Azienda USL, dal secondo semestre 2009 questa modalità è possibile per tutte le gravide che ne fanno richiesta

In tutti i consultori familiari sono attivi percorsi di presa in carico e sostegno per l'applicazione corretta della legge 194.

DIMISSIONE PROTETTA

In tutti i presidi dell'Azienda USL è attiva la Sperimentazione, in reparti selezionati, di uno specifico strumento valutativo che permette, fin dalle prime fasi del ricovero, di selezionare i pazienti in tre categorie: la prima comprende soggetti che con buona probabilità non hanno problemi di rientro al domicilio al momento della dimissione; la seconda raccoglie soggetti in cui il rientro al domicilio è possibile solo con l'attivazione di servizi specifici: sono quelli destinati all'ADI; la terza comprende soggetti in cui il rientro al domicilio è estremamente problematico. In questi soggetti viene attivato il percorso di dimissione difficile gestito dalle U.V.G.T

Nel corso del 2009 sono state attivate complessivamente 876 dimissioni protette così suddivise:

- Distretto Ovest: 113.
- Distretto Centro Nord: 373.
- Distretto Sud Est 390.

E' stato dato ulteriormente impulso alla figura del Case Manager, per facilitare il percorso della dimissione protetta, soprattutto quando questa debba prevedere un'attivazione dell'ADI da parte del territorio.

L'Azienda USL intende favorire la partecipazione alla definizione ed attuazione dei protocolli condivisi socio-sanitari per l'attivazione di risorse complesse a livello territoriale per rendere appropriata in termini qualitativi la dimissione, evitando l'allungamento dei tempi e dando certezza ai percorsi per i familiari (percorsi di adattamento domestico previsti dalla Del. GR 1206/2007, fornitura di ausili particolari, etc.); per far ciò è previsto di costruire un percorso formativo congiunto con le Assistenti Sanitarie degli EE.LL. nell'ottica di una maggiore integrazione ed omogeneità dei percorsi.

AUDIT STRUTTURATO SULLO STROKE

Nell'anno 2009 è stato attuato l'audit clinico strutturato sullo stroke per la implementazione del progetto regionale "STROKE CARE" nella Azienda USL di Ferrara.

Questi gli obiettivi:

- Valutare il grado di applicazione delle linee guida regionali sul nostro territorio (spoke) all'interno delle strutture del Presidio Unico Ospedaliero.
- Realizzare un audit retrospettivo riguardante tutti i pazienti dimessi con DRG 14 - "Malattie cerebro-vascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio" al fine di raccogliere i dati relativi a TUTTI gli Ictus ischemici o emorragici trattati negli Stabilimenti Ospedalieri del Presidio Unico dell'Azienda USL di Ferrara nell'anno 2008.

Il progetto si è realizzato nell'arco di un anno circa e si è caratterizzato per le seguenti fasi:

- Presentazione del progetto agli organi direzionali e dipartimentali.
- Realizzazione di eventi formativi ad hoc.
- Estrazione del campione di DRG.
- Raccolta ed elaborazione dei dati.
- Presentazione dei risultati.

	Presentazione progetto	Eventi formativi ad hoc	Estrazione campione	Raccolta dati	Elaborazione dati	Presentazione risultati
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

Per l'attuazione dell'audit sono state selezionate tutte le cartelle dei dimessi dagli Stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda USL di Ferrara nell'anno 2008 con DRG 14 - Ictus ischemico o emorragico. L'audit è stato compiuto da un gruppo di auditor costituito da Operatori Sanitari (Medici; Infermieri ed altri) formati ad hoc.

Le cartelle visionate sono state:

STABILIMENTO di DIMISSIONE	Dimessi Reparto Acuti	Dimessi Lungodegenze	TOTALE
Ospedale di Comacchio	15	6	21
Ospedale del Delta (Lagosanto)	72	36	108
Ospedale di Argenta	54	29	83
Ospedale di Cento e Bondeno	68	29	97
Ospedale di Copparo	34	41	75
Totale	243	141	384

La rete aziendale di auditor clinici è risultata composta da 15 operatori costituenti un team professionale di medici, Infermieri, Ostetriche, Tecnici di laboratorio e radiologia precedentemente formati per la rilevazione dei dati. A ciascuno componente il team sono stati assegnate circa 25 cartelle da analizzare.

I risultati del progetto possono essere così sintetizzati:

- E' presente una particolare attenzione agli aspetti diagnostici (ECG, Es. Lab., Rx Torace, TAC sostanzialmente eseguita nei modi e nei tempi richiesti, Ecodoppler TSA un po' meno).
- Occorre migliorare la valutazione della gravità/evolutività dell'evento e alla possibilità di stesura del piano riabilitativo precoce.
- E' necessario Implementare la uniformità di comportamento terapeutico farmacologico e aderenza alle Linee Guida Regionali.
- E' necessario migliorare la qualità della codifica SDO.

LE CURE PALLIATIVE

Il Piano Sociale e Sanitario regionale 2008-2010, intende potenziare l'assistenza ai malati oncologici qualificando gli interventi specifici, anche con riferimento alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Nel corso del 2009 la provincia ferrarese ha visto la nascita della rete unica provinciale integrata delle Cure Palliative, costituita da una equipe interaziendale tra Azienda USL di Ferrara e Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna.

Il territorio ferrarese si caratterizza per adeguati livelli assistenziali nell'ambito della palliazione, in particolare erogati dalle due Aziende Sanitarie, ma anche dagli Enti locali e dal volontariato. A partire da questo livello si è reso necessario la costituzione di una unica rete, finalizzata a realizzare la necessaria integrazione istituzionale e professionale al fine di armonizzare tutti i servizi erogati dalle due aziende.

Una unica rete Provinciale delle Cure Palliative valorizza quanto già presente nell'Azienda USL e nell'Azienda Ospedaliera, sviluppando le sinergie necessarie con gli Enti Locali e le associazioni di Volontariato impegnate in ambito oncologico presenti nel territorio provinciale, costruendo i percorsi assistenziali qualitativamente più idonei a soddisfare le esigenze del paziente nella fase terminale della sua vita; una unica rete di Cure Palliative assicura una adeguata programmazione integrata per tutti gli attori sia istituzionali che no.

Le strutture delle due Aziende Sanitarie che attualmente costituiscono la rete delle cure palliative sono:

- Assistenza Domiciliare Integrata presente nei tre Distretti.
- Hospice di Codigoro e di Ferrara.
- Unità operative di Oncologia, Geriatria e Radioterapia dell'Azienda Ospedaliera.
- Unità Operative del Presidio Unico Ospedaliero territoriale e dell'Azienda Ospedaliera presso le quali i cui pazienti necessitano di terapie di palliazione o che richiedono continuità terapeutica verso strutture territoriali per problematiche connesse al dolore.

All'equipe interaziendale delle cure palliative afferiscono le seguenti funzioni:

- potenziare e migliorare l'assistenza, diffondendo e qualificando gli interventi di terapia palliativa, in risposta e nel rispetto di esigenze espresse dal paziente e dalla sua famiglia;
- individuare e definire il sistema delle cure palliative basato su livelli di intensità di cura prevedendo un'organizzazione delle cure a rete nella quali i nodi strutturali garantiscano assistenza di tipo domiciliare, residenziale ed ospedaliera;
- garantire la continuità assistenziale in tutte le fasi della malattia costruendo tra i vari nodi la rete e le relazioni necessarie all'integrazione multidisciplinare;
- realizzare il governo clinico a garanzia della massima qualità della cura inclusa l'accessibilità alle cure secondo protocolli operativi assistenziali con riferimento alle evidenze scientifiche in medicina e in Nursing e alle linee guida delle Società scientifiche di riferimento;
- sviluppare il sistema informativo per le cure palliative;
- implementare programmi di formazione per gli operatori della rete finalizzati al miglioramento della qualità assistenziale ed alla prevenzione del "burn-out";
- effettuare le rilevazioni dei bisogni assistenziali e la verifica dei servizi offerti per la necessaria programmazione degli stessi.

PROGETTI DI INFORMATION TECHNOLOGY

Negli ultimi anni si è provveduto a strutturare una rete informatica che, collegando la rete di offerta dei servizi territoriali e ospedalieri, permette la condivisione, tra i diversi soggetti coinvolti, delle informazioni sanitarie dei cittadini. Questa rete informatica e queste informazioni devono essere, nel rispetto della normativa della privacy, facilmente accessibili agli operatori del servizio, in particolare ogni qualvolta sia necessario erogare una prestazione sanitaria che rivesta carattere di urgenza, nei confronti degli assistiti della nostra regione.

Diversi sono i progetti regionali cui l'Azienda USL di Ferrara ha aderito, di seguito si presentano i maggiormente significativi.

SPARTA

Il Supporto al Piano Attuativo Regionale per il contenimento dei tempi d'attesa (SPARTA) mira ai seguenti obiettivi di fondo:

- governare la domanda delle prestazioni sanitarie, attraverso criteri di priorità nell'accesso;
- razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie;
- razionalizzare il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP – Centro Unificato di Prenotazione);
- garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;
- velocizzare la refertazione;
- utilizzare le opportunità offerte dalla libera professione;
- realizzare un nuovo sistema di pagamento on-line.



Nell'ambito del progetto si è intervenuto sui Centri Unici Prenotazione per uniformare i sistemi agli standard regionali, in particolare L'Azienda USL di Ferrara si è attivata per realizzare alcune procedure quali l'implementazione della funzionalità per la "Gestione delle Liste di Attesa". E' stata inoltre garantita la formazione e l'assistenza a tutti i referenti Medici Aziendali partecipanti al progetto.

SIGLA

Con il nome SIGLA si intende Sistema integrato di gestione delle liste d'attesa per ricoveri ospedalieri. Il **progetto** è promosso per realizzare un sistema di gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati, che supporti la scelta delle strutture presso cui rivolgersi, la presentazione agli utenti di alternative, la garanzia della trasparenza e il monitoraggio prospettico delle attese.

Nell'Azienda USL di Ferrara è stato sperimentato il sistema delle liste di attesa informatizzate per i reparti di urologia e ortopedia presso l'Ospedale di Cento; la mancata possibilità di gestire gli interventi ambulatoriali non permette attualmente di effettuare il cruscotto regionale e quindi la trasmissione dei flussi informativi.

Il prossimo passo consisterà nelle definizioni della gestione degli interventi ambulatoriali.

Integratore CUP

In Emilia-Romagna i sistemi CUP (Centro Unificato di Prenotazione) sono generalmente di livello provinciale. Questa organizzazione permette di soddisfare la maggior parte delle richieste di prenotazione da parte dei cittadini che vivono in regione, ma non tiene conto dell'evoluzione per aree vaste della programmazione dei servizi sanitari, né delle azioni che si possono mettere in campo a questo livello per il contenimento dei tempi di attesa. Il progetto Integratore CUP mira perciò a creare una infrastruttura tecnologica di base, su cui innestare le scelte sovra aziendali in termini di accesso alle prestazioni. Questo permetterebbe di realizzare un sistema di integrazione dei CUP aziendali a livello di area vasta e regionale. Il sistema consentirà di effettuare prenotazioni per le prestazioni sanitarie da qualsiasi punto di ciascuna area vasta della regione.

Presso l'Azienda USL è stato realizzato da CUP 2000 ed è "operativo" il CUP INTEGRATORE.

PACS federato

Il progetto è finalizzato a realizzare un sistema regionale di collaborazione tra applicativi di imaging diagnostico, mediante la costituzione di un'architettura che permetta la gestione integrata delle immagini a livello regionale. La realizzazione del sistema renderà disponibili e utilizzabili in tempo reale, direttamente presso i punti di diagnosi e/o di cura, e quindi direttamente disponibili ai medici coinvolti nel processo clinico, le immagini diagnostiche radiologiche, unitamente ai dati ad esse associati, indipendentemente dalla tempistica e dalla localizzazione presso la quale sono generate e/o archiviate le immagini stesse. Il progetto ha portato finora a realizzare delle sperimentazioni di scenari di produzione, che proseguiranno anche nel corso del 2009 con test sull'architettura del Sistema PACS Federato (definita e testata nel corso del 2008) presso un sito pilota.

Presso l'Azienda USL di Ferrara stata svolta un'analisi preliminare di fattibilità.

Nuova Anagrafe Regionale Assistiti (NAAR) e Anagrafe Regionale Medici Prescrittori e ricettari

Nel 2008 in Emilia-Romagna è stata realizzata la nuova Anagrafe Regionale degli Assistiti della Regione Emilia-Romagna, integrata con l'Anagrafe delle Aziende Sanitarie e con l'Anagrafe del Sistema Tessera Sanitaria (SOGEI). Lo strumento permetterà di mettere a punto un sistema di pagamento dei compensi spettanti ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, che impedisca, o comunque circoscriva, il doppio compenso riferito al medesimo assistito.

L'Azienda USL di Ferrara ha completato il consolidamento e l'attivazione di tale strumento nel corso del 2009 e inizio 2010.

Call center Numero Verde regionale

Il numero verde Regionale ha come scopo quello di fornire a tutti, in modo omogeneo, informazioni chiare, complete, tempestive sui servizi sanitari e socio sanitari e sulle modalità e luoghi di erogazione nei diversi territori dell'Emilia-Romagna. Sono stati messi in rete tutti gli Uffici relazioni con il pubblico (URP) delle Aziende sanitarie; è stata costruita una banca dati di informazioni di tutto il Servizio sanitario fruibile su un supporto informatico comune; è stato attrezzato un call center unico con operatori appositamente formati e in grado di rispondere alle telefonate attraverso la consultazione della banca dati informativa e di assicurare, al tempo stesso, la possibilità di trasferire la telefonate agli URP delle Aziende sanitarie per risposte a domande complesse.

Nel corso del 2009 si è consolidata la Banca Dati Regionale (BDR) che viene tempestivamente aggiornata dall'URP Aziendale non appena vengono comunicate dai Servizi aziendali le informazioni da modificare.

E' da tempo attivo un sistema informativo parallelo, chiamato "Pronto Salute" (sviluppato dalla Società ADS - Data Processing S.p.a.) come modulo software integrato nel CUP, che viene utilizzato proprio per gestire da una parte l'alimentazione dei dati aziendali provenienti da CUP e dall'altra il loro allineamento sulla BDR.

Sistema di Monitoraggio dell'accesso alle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (MAPS)

Per il monitoraggio dei tempi di attesa delle visite e degli esami, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto un sistema di rilevazione che coinvolge le Aziende sanitarie con cadenza trimestrale.

Tale sistema consente di registrare tutti gli appuntamenti forniti ai pazienti al momento della prenotazione e i tempi prospettati: dall'elaborazione di questi dati la Regione costruisce report periodici sulla base dei quali le Aziende sanitarie programmano interventi di pianificazione e controllo.

L'Azienda USL di Ferrara fornisce periodicamente i dati per l'alimentazione del sistema.

PROFILER

Il sistema informativo PROFILER è utilizzato per il Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi relativi ai programmi di investimento in edilizia sanitaria e socio-sanitaria ed ammodernamento tecnologico delle Aziende sanitarie e degli Enti attuatori. L'Azienda USL di Ferrara fornisce tempestivamente i dati necessari alla sua alimentazione

Portale SISINFO

Il portale ha la funzione di contenere i progetti in essere delle aziende ed il loro stato di avanzamento in modo da condividerne le evoluzioni. Il portale è attivo e contiene una mappa dei sistemi informativi, progetti ICT e standard aggiornato al 31/12/2009.

AREA VASTA

Nel corso del 2009 sono state espletate n. 49 procedure di gare in unione d'acquisto relative a Beni e servizi sanitari e non sanitari e ad attrezzature: l'esito complessivo ha portato ad un importo di aggiudicazione di ? 22,59 mln. Tale importo ha prodotto un minor costo complessivo rispetto alla spesa storica di ? 2,08 mln. pari al 9,25% per tutte le Aziende Sanitarie, tranne per lo IOR che registra un incremento pressoché irrisorio di 1.426 euro.

Di queste procedure, 9 hanno avuto ad oggetto beni e servizi economici con un importo di aggiudicazione di ?. 1,64 mln. ed un risparmio di ? 137.044,00 pari all' 8,34%; 34 procedure hanno avuto ad oggetto B&S sanitari portando ad un importo di aggiudicazione di ? 20,56 mln. ed un risparmio di ?. 1,94 pari al 9,46%; 6 procedure infine hanno avuto ad oggetto attrezzature portando ad un importo di aggiudicazione di ?. 142.640,00 mln. Sono stati inoltre rinnovati n. 12 contratti relativi a procedure degli anni precedenti per un importo di ?. 8,28 mln. ed un minor costo di ?. 68.887,00 pari allo 0,83%: anche per queste procedure sono stati raggiunti risparmi dalle Aziende aderenti (tranne che per lo IOR che ha chiuso in pareggio).

Complessivamente nell'anno 2009 sono state concluse n. 61 procedure (gare e rinnovi) con un importo di aggiudicazione di ?. 30,88 mln. ed un risparmio di ?. 2,15 mln. pari al 6,99%.

Si registra l'aumento dei risparmi ottenuto nell'anno 2009 (6,99%) rispetto al risultato ottenuto nel 2008 (6,86%).

Implementazioni informatiche

Nel corso del 2009 si è provveduto alla progettazione del nuovo Portale AVEC con la collaborazione di CUP2000 e si sta procedendo alla revisione della sezione dedicata agli "Acquisti", la cui attivazione è prevista nel mese di marzo 2010.

Attività Intercenter 2009

Le linee guida regionali dedicate all'anno 2009 richiedevano di ampliare il volume degli acquisti delle Aziende Sanitarie tramite procedure centralizzate da parte dell'Agenzia regionale Intercenter-ER passando dal 20% al 25% del totale della spesa per l'acquisto di beni e servizi.

L'AVEC ha avanzato una serie di proposte di gare, estrapolate dalla programmazione di Area Vasta e dalle programmazioni aziendali, ritenute rilevanti a livello regionale sia da un punto di vista economico che di standardizzazione dei prodotti/costi con le quali verrebbe ampiamente superato l'obiettivo richiesto.

Tra le procedure commissionate assume particolare rilevanza quella avente per oggetto i farmaci con un valore presunto di circa 150 mln. di euro.

L'obiettivo del 25% è dato da rapporto tra valore delle gare commissionate a Intercenter-ER nel 2009 e il totale dei costi di beni e servizi.

La *tabella* mostra i risultati globali raggiunti nel 2009. In particolare, la percentuale delle gare commissionate dall'AVEC ad Intercent-ER si attesta al 36% che rappresenta anche la media Regionale.

Se si considerano le procedure commissionate dalle Aree Vaste escludendo i rilevanti importi delle gare farmaci, risulta che l'AVEC si attesta ad una percentuale del 15%, la più alta in Regione.

	AVEC	AVEN	AVR	TOTALE
CONVENZIONI ATTIVE CON ORDINI EFFETTIVI (€)	83.991.185	254.784.924	111.740.946	450.517.055
STIMA ORDINI A COMPLETAMENTO SU CONVENZIONI ATTIVE (€)	10.425.491	37.102.875	17.378.045	64.906.411
CONVENZIONI BANDITE NEL 2009 E NON ANCORA ATTIVE (€)	13.174.000	9.840.000	5.086.000	28.100.000
TOTALE CONVENZIONI ATTIVE E BANDITE NEL 2009 (€)	107.590.676	301.727.799	134.204.991	543.523.466
CONVENZIONI A PIANO NON ANCORA BANDITE (€)	153.374.715	3.343.298	1.740.231	8.458.244
TOTALE CONVENZIONI ATTIVE, BANDITE E IN FASE DI PUBBLICAZIONE (€)	260.965.391	305.071.097	135.945.222	701.981.710
SPESA ANNUA (PRE-CONSUNTIVO 2008) (€)	724.832.000	847.198.000	391.531.000	1.963.561.000
PERCENTUALE DI INCIDENZA CONVENZIONI ATTIVE E BANDITE	15%	36%	34%	28%
PERCENTUALE DI INCIDENZA CONVENZIONI ATTIVE, BANDITE E IN FASE DI PUBBLICAZIONE	36%	36%	35%	36%
PERCENTUALE SENZA CONSIDERARE I VALORI DELLE GARE FARMACI	15%	11%	13%	13%

Le Aziende Sanitarie AVEC hanno contribuito alla programmazione delle gare, alla definizione dei capitolati, alle procedure di aggiudicazione e ai rimanenti settori di azione individuando circa 30 tecnici per il Gruppo di Lavoro e per le Commissioni Giudicatrici di cui segue il prospetto riepilogativo

Categoria merceologica	Componenti Gruppo di lavoro	Componenti Commissione Giudicatrice
Antisettici e disinfettanti 2	SPP (AUSL Bologna)	Da attivare
Sistemi antidecubito 2	Direzione infermieristica tecnica (AUSL Ferrara)	Da attivare
Dispositivi prelievo sottovuoto 2	Laboratorista AOSP Bologna	Da attivare
Ecotomografi	Ingegnere clinico (AUSL Imola) cardiologo (AO FE), radiologo (AUSL BO)	Ingegnere clinico – AOSP FE internista – AUSL Bologna
Verifiche sicurezza	Ingegnere clinico (AUSL BO) SPP (AUSL BO)	Ingegnere clinico AUSL BO
Service nutrizione enterale ospedaliero/territoriale e miscele nutrizionali	Farmacista, nutrizionista, dietista (AUSL BO) caposala (AUSL FE)	Farmacista, internista AOSP BO
Massa vestiario	SPP (AUSL Bologna)	Da attivare
Service ossigenoterapia domiciliare	Pneumologo (AUSL BO) Pneumologo (AUSL FE) Dir. Amm.vo Sportello unico (AUSL FE) Farmacista (AUSL Imola)	Pneumologo (AUSL BO) Dip. Cure primarie (AUSL FE)

POLITICA DEL FARMACO E GOVERNO DELLA SPESA FARMACEUTICA

Appropriatezza nella prescrizione di farmaci

Nel corso del 2009 è stato intensificato il controllo delle prescrizioni farmaceutiche, riportate nelle lettere di dimissione dopo ricovero ospedaliero e nei referti delle visite specialistiche.

Sono state esaminate n. 1562 lettere di dimissione . In 706 lettere di dimissione erano presenti prescrizioni di PPI, 377 delle quali sono risultate di dubbia appropriatezza prescrittiva. Tali prescrizioni sono state verificate tramite incontri programmati, nei mesi di novembre e dicembre, con tutte le U.O. e i medici interessati dei Presidi Ospedalieri in collaborazione con il Direttore Del Presidio Unico.

Da tali incontri è emerso quanto segue:

- alcuni medici non avevano dato una corretta interpretazione alle note AIFA;
- alcuni hanno ritenuto che, indipendentemente dalla nota, fosse necessario prescrivere il farmaco;
- alcuni associavano impropriamente i PPI ad altri farmaci.

Non sono risultate significative le prescrizioni riportate nei referti delle visite ambulatoriali.

Agli incontri effettuati presso i Presidi Ospedalieri di Cento, Argenta, Delta hanno partecipato i medici della Medicina, della Chirurgia , della Ortopedia dell'Ospedale del Delta di Argenta e di Cento. Erano inoltre presenti i medici della Cardiologia di Cento.

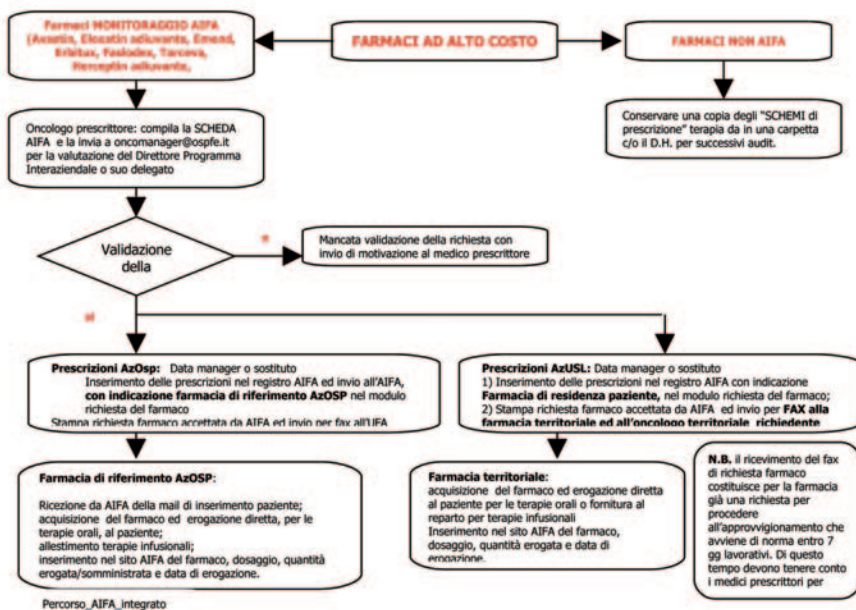
Nel corso degli incontri sono stati presentati e discussi i dati rilevati e ritenuti non appropriati. E' stato instaurato un confronto diretto con i medici prescrittori che hanno preso atto di alcune prescrizioni non appropriate e si sono impegnati a rispettare rigorosamente le note AIFA, apponendo loro stessi la nota,dove richiesto, specificando inoltre la fascia A/C dove collocare il farmaco . Si sono inoltre impegnati ad attenersi ai protocolli terapeutici approvati dall'Azienda e a prescrivere secondo principi di costo beneficio e costo efficacia.

Trimestralmente sono state elaborate e diffuse le relazioni distrettuali sull'andamento della prescrizione farmaceutica totale, per NCP, per indicatori di prescrizione con focus sulle classi terapeutiche critiche e/o oggetto di obiettivo ed i reports di monitoraggio per MMG, NCP e Distretto. Le stesse sono state illustrate ed approfondite, come oggetto di specifico incontro, anche ai referenti di NCP Distrettuali ed ai Direttori di U.O. ospedalieri afferenti sullo specifico territorio Distrettuale.

Sono stati effettuati due Audit sulla prescrizione farmaceutica rivolti a tutti i MMG della provincia il 12.06.2009 ed il 25.09.2009 e sono stati effettuati interventi in Convegni Aziendali sulla Prescrizione farmaceutica per la terapia dell'osteoporosi, Nota AIFA 79, (03.10.2009) e sulla Psicofarmacologia della vulnerabilità (19.12.2009)

Farmaci potenzialmente innovativi

L'utilizzo dei farmaci potenzialmente innovativi è soggetto a costante verifica ed in particolare, per quanto riguarda i farmaci soggetti a registro AIFA, non si procede alla fornitura e quindi all'utilizzo se la prescrizione non rientra nei criteri di eleggibilità stabiliti dall'AIFA stessa. A questo proposito, per i farmaci oncologici, è stato definito uno specifico percorso in ambito provinciale ponendone il governo a carico del "Programma interaziendale di Oncologia" e del Dipartimento Farmaceutico, in relazione alle rispettive competenze .



Allo stesso modo non si procede a fornitura di farmaci per i quali esistono Raccomandazioni CRF e CPF se la richieste personalizzate non soddisfano i criteri stabiliti in tali documenti (es. Teriparatide, Deferasirox, ecc).

Nel 2009 è proseguita l'attività della **specifico commissione interaziendale**, istituita nel 2008, coordinata da esperti esterni ("super partes") di health technology assessment ed EBM (Gruppo Italiano della Medicina Basata sulle Evidenze – GIMBE) che, dopo condivisione con i clinici dei criteri di utilizzo delle molecole innovative di elevato costo sulla base delle indicazioni AIFA, PRIER e CRF, ha realizzato *audit* specifici su un campione dei trattamenti effettuati con le molecole oggetto dei maggiori incrementi di utilizzo per verificarne la congruenza.

Le molecole sottoposte ad audit sono state 5, di cui 3 impiegate in ambito clinico oncologico, (Erlotinib, Sunitinib, Sorafenib), una di impiego neurologico

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

(Natalizumab) ed una di utilizzo reumatologico (Etanercept). Si è provveduto ad analizzare complessivamente 121 cartelle cliniche/ambulatoriali, di cui 17 riportanti prescrizioni di erlotinib, 16 di sunitinib, 14 di sorafenib, 25 di natalizumab e 49 di etanercept, con una **percentuale di appropriatezza corrispondente al 100%**. E' stata anche costituita una specifica Commissione Oncologica, comprendente componenti della CPF, per valutare le prescrizioni di farmaci oncologici fuori PTP, sia di Azienda Ospedaliera che USL (in particolare Cetuximab), con analisi del singolo caso clinico prima di procedere al trattamento.

La Commissione Provinciale del Farmaco, tra le altre attività, prosegue nel monitoraggio dei consumi di particolari categorie di farmaci e nella costante verifica e monitoraggio dell'adesione al prontuario terapeutico regionale e provinciale, sia nell'uso interno che nell'erogazione diretta.

Laboratori per l'allestimento di farmaci antitumorali

Le due Aziende Sanitarie provinciali stanno definendo un progetto per la centralizzazione della produzione presso l'Azienda Ospedaliera, dove è già realizzato ed attivo dal 2003, il laboratorio centralizzato di produzione Antitumorali (UFA) che opera nell'ambito dell'U.O. Laboratorio di Produzione Galenica del Servizio di Farmacia.

Tale progetto comprenderà anche le terapie oncologiche degli Ospedali di Azienda USL.

A tale scopo è in via di implementazione un nuovo sistema informatico (specifico per l'ambito onco-ematologico e già presente in altre realtà regionali), unico

PROGETTO IMPLEMENTAZIONE LOG 80 E CENTRALIZZAZIONE TERAPIE ONCOLOGICHE					2009												2010											
Attività	UUOO Responsabili	UUOO Convoce	Data inizio	Data fine	Gi	Lu	Ma	Ve	Do	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Apr	Mai	Gi	Lug	Ag	Set	Ott	Nov	Dic					
Allineamento ID sistema inform. e validazione Protocolli	Oncol. Log80		01/11/2009	09/02/2010																								
Allineamento ID sistema inform.	Farmacia Log80		01/11/2009	30/11/2009																								
Validazione Protocolli	Farmacia Log80		09/02/2010	09/03/2010																								
Simulazione, prescrizione (compresse UUOO Provinciale)	PIO	Farmacia	8/3/10	31/3/10																								
Analisi del simulazione e risoluzione problemi	Oncologia/Farmacia		15/3/10	15/5/10																								
Iterata in produzione dell'allestimento con LOG80 per Oncologia Az Dip.	Oncologia, Farmacia		15/3/10	prosegue																								
Analisi prescrizioni e trattamenti finalizzati a centralizzazione	PIO	Farmacia	15/3/10	30/4/10																								
Validazione stabilità farmaci per le prescrizioni della provincia	Farmacia		1/3/10	30/4/10																								
Definizione organizzazione per centralizzazione (provinciale)	PIO, Ematologia, Farmacia, Dir. Med. Az. USL	UUOO Prov., Dir. Med.	1/5/10	31/7/10																								
Definizione norme e sistemi dei trasporti per centralizzazione	PIO, Ematologia, Farmacia, Direzione Medica Amministrativa (trasporti)	UUOO Prov.	15/07/2010	15/09/2010																								
Implementazione ID schemi terapia e validazione Ematologia e Pediatrica	Ematologia, Pediatrica, Farmacia Log80	Oncologia	09/02/2010	12/04/2010																								
Formazione	Ematologia, Pediatrica, Farmacia Log80		15/04/2010	30/04/2010																								
Simulazione, prescrizione ecc. Ematologia e Pediatrica	Ematologia, Pediatrica, Farmacia Log80	Farmacia	2/5/10	15/5/10																								
Iterata in produzione su LOG80 per Ematologia, Pediatrica	Ematologia, Pediatrica, Farmacia		19/5/10	prosegue																								
Attivazione della centralizzazione provinciale	UUOO Onco-ematologiche, Farmacia, trasporti	UUOO Prov., Dir. Amm.	15/6/10	prosegue																								

HO= Prog. Interaz. Oncologico

tra le due Aziende sanitarie di Ferrara e propedeutico alla Centralizzazione in ambito provinciale.

Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto

- Sono state elaborate e diffuse tramite i siti aziendali del Dipartimento Farmaceutico, nonché presentate in specifici incontri le tabelle costo-terapia di farmaci ipotensivanti (ace-inibitori, sartani, beta-bloccanti, calcio-antagonisti...), statine, antidepressivi, farmaci per la terapia dell'osteoporosi, del morbo di Parkinson, delle psicosi. Le stesse sono state, nel corso dell'anno, sottoposte a revisione ed aggiornamento, in concomitanza della variazione del costo di alcuni farmaci della classe omogenea.
- Sono state diffuse via e.mail capillarmente a tutte le articolazioni aziendali e ai MMG (attraverso i coordinatori dei NCP) le informative RER in merito alla scadenza di brevetto.
- Il periodo GEN-NOV 2009 Ferrara ha registrato la più elevata % di prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (generici e genericabili) rispetto alle altre province della RER (53,1%).
- Alle UU. OO. aziendali sono stati attribuiti specifici obiettivi favorenti la prescrizione di molecole con brevetto scaduto nell'ambito della categoria di riferimento (farmaci cardiovascolari).

Distribuzione diretta

In accordo con le indicazioni RER la distribuzione diretta dei farmaci è stata mantenuta sui livelli 2008 e contemporaneamente è stata potenziata la Distribuzione Per Conto.

In particolare relativamente all' Erogazione Diretta da struttura è stata privilegiata la presa in carico del paziente cronico complesso, mentre relativamente alla Distribuzione Per Conto è stata avviata la seconda fase e sono state sviluppate le trattative per lo sviluppo della 3° Fase da febbraio 2010. Nel corso del 2009 si è avuto un progressivo incremento di erogazione farmaci in Distribuzione Per Conto, passando da un valore medio mensile di 268 pezzi del 4 trim.08 a 722 pezzi nel 2009, pari a +170% .

Dispositivi Medici (DM)

Nonostante le criticità derivanti dal cambiamento delle procedure informatiche aziendali si è provveduto all'inserimento della Classificazione CND per circa il 60% dei codici gestiti . Attualmente la % è salita al 80% e pertanto tale attività è in corso di completamento.

Nel Settembre 2009 è stata costituita la Commissione Provinciale Interaziendale dei Dispositivi Medici.

ACCREDITAMENTO

Nel corso del 2009 è stata mantenuta la vigilanza sullo 'stato di accreditamento' mediante verifiche periodiche interne di parte 1° (auditing interno), effettuate dai valutatori interni, coordinati dallo staff dell'Ufficio Qualità aziendale.

Nello specifico sono stati condotti audit presso i Dipartimenti ospedalieri e relative Unità Operative soggetti alle verifiche istituzionali previste per gennaio e giugno 2009.

La funzione qualità ha supportato i servizi SIAN-SVET che hanno ricevuto la verifica istituzionale nel gennaio 2009; l'esito delle verifiche ha evidenziato un buon livello di conformità al modello di riferimento.

Nel giugno del 2009 è stato rinnovato l'accreditamento dei Dipartimenti di Medico, Chirurgia, Emergenza- Urgenza e delle relative U.O. dell'Ospedale del Delta; prima della verifica tutte le funzioni coinvolte hanno ricevuto un audit interno sia di livello dipartimentale che di Unità Operativa.

Tutte le non conformità riscontrate nella 1° verifica di accreditamento dell'Ospedale del Delta sono state superate come confermato dal verbale rilasciato dal team di verifica che ha svolto gli audit interni e ribadito dall'esito della verifica istituzionale.

L'Ufficio Qualità aziendale ha, inoltre, svolto attività di supporto finalizzata a favorire il rinnovo dell'accreditamento del Dipartimento Materno-Infantile e del Dipartimento Diagnostica per Immagini previsto per il 2010.

Nell'ultimo trimestre del 2009 sono stati effettuati audit interni al SIAN-SVET, al DSM e ai SERT aziendali.

Complessivamente nel corso del 2009 sono stati effettuati le seguenti attività di audit:

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	N° audit
MEDICO	- Livello dipartimentale	1
	- Medicina Delta	1
	- Cardio/Utic Delta	1
	- LPA Delta	1
	- MORF Delta	1
	- Dialisi Delta	1
CHIRURGICO	- Livello dipartimentale	1
	- Chirurgia Delta	1
	- Urologia delta	1
	- Ortopedia Delta	1
DMI	- Ost-Ginec Delta	1
	- Pediatria Delta	1
DEU	- Livello dipartimentale	1
	- Anes-Rianimazione Argenta	1
	- Day Surgery - Copparo	1
	- Anest-Rianimazione Cento	1
SPOD	- Modulo Organizzativo	1
SVET	- Sede di Portomaggiore	4
	- Sede di Cento	
	- Sede di Ferrara	
	- Sede di Codigoro	

LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il programma di Gestione del Rischio Clinico ha consolidato nel 2009 la sua attività trovando riscontro negli obiettivi di risultato per le Unità Operative di degenza dell'Azienda. Il NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico) è stato costituito nell'agosto 2008 ed è composto da:

- coordinatore del Programma di Gestione del Rischio Clinico,
- referente aziendale della Direzione Infermieristica e Tecnica,
- referenti dipartimentali (un dirigente medico e un rappresentante dell'area non medica).

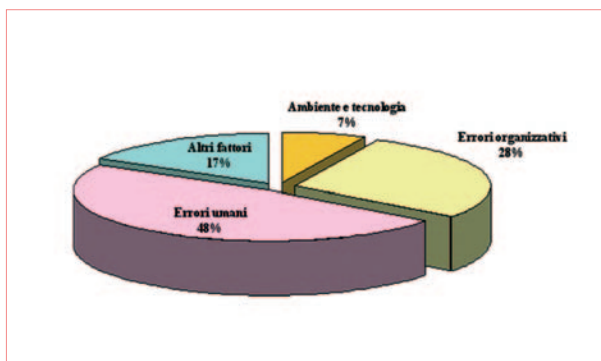
Esso svolge una funzione di coordinamento della rete dei referenti del Rischio Clinico di Unità Operativa (rappresentate da un medico e un infermiere, o tecnico, od ostetrica), e di monitoraggio dei sistemi di segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella (Incident Reporting). Con riferimento a quest'ultimo punto le articolazioni aziendali attivate dell'Azienda sono:

- il Dipartimento Medico,
- il Dipartimento Chirurgico,
- il Dipartimento Materno-Infantile,
- il Dipartimento Emergenza,
- il Dipartimento di Radiologia clinica diagnostica, interventistica e di medicina di laboratorio,
- il Laboratorio Unico Provinciale,
- il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.

Questo risultato è stato reso possibile grazie all'attività di formazione sulla Gestione del Rischio, iniziata nel 2007 e che nel corso del 2009 ha visto formate 564 figure professionali di cui 153 appartenenti all'area medica e 411 all'area non medica.

Di seguito si riportano i dati Incident Reporting dell'Azienda USL Ferrara al 14 Settembre 2009

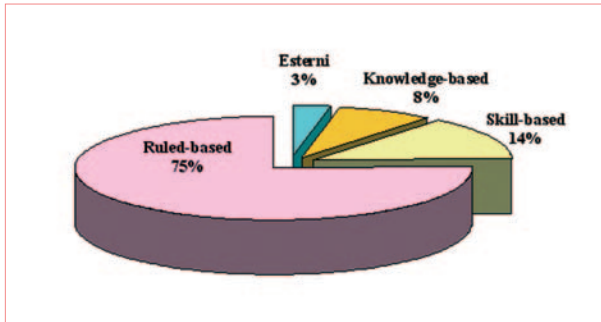
Le segnalazioni pervenute alla suddetta data sono state 845. Le cause dell'evento sono da ricondurre per il 48% a errori umani, per il 28% da errori organizzativi, per il 17% da altri fattori, per il 7% da ambiente e tecnologia.



Le segnalazioni riguardanti la causa "ambiente e tecnologia" sono state 98 di cui il 35% riconducibili a errori di costruzione, di installazione o nei materiali; il 33% a errori di progettazione e pianificazione e il 32% a fattori esterni.

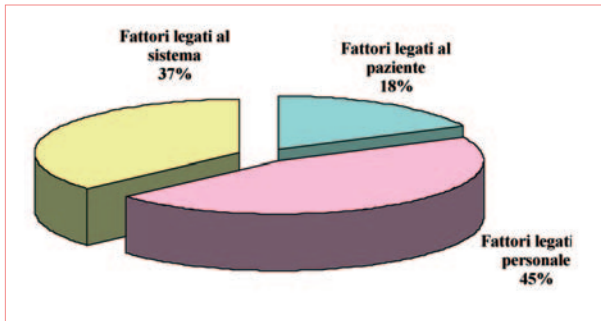
Gli errori organizzativi (400 segnalazioni) sono suddivisi per il 6% a fattori esterni, il 7% alla cultura, il 7% alla priorità di gestione interna, il 32% a processi di comunicazione e il 48% protocolli e procedure.

Le segnalazioni riguardanti le cause "errori umani" sono le più elevate, pari a 673 su 845, riconducibili a diversi fattori riportati nel grafico seguente:



Le 236 segnalazioni pervenute raggruppate nel termine "altri fattori", sono suddivise per il 71% a fattori correlati al paziente e per il 29% a fattori inclassificabili.

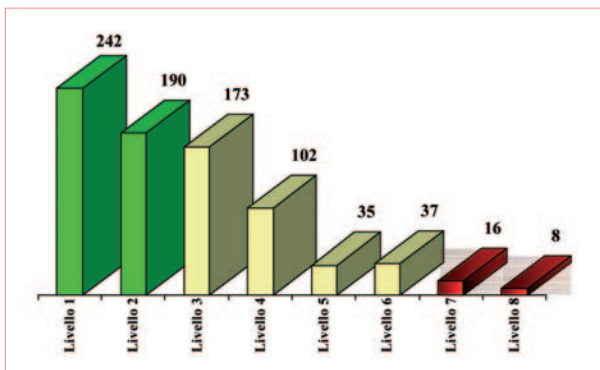
I fattori contribuenti legati al determinismo dell'evento, sono così distribuiti percentualmente:



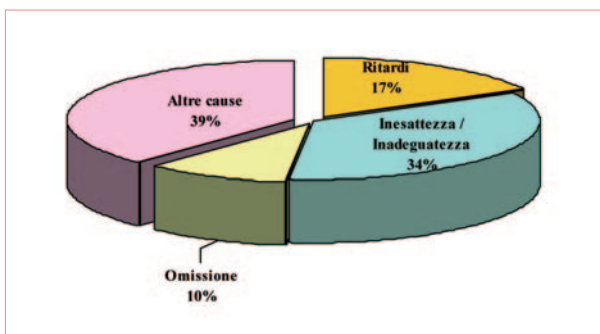
I livelli di esito dell'evento sono identificabili attribuendo un valore da 1 a 7, dove il livello 1 e 2 rappresentano eventi potenziali, e i livelli da 3 a 8 indicano un evento effettivo numerato a seconda della gravità dell'esito:

- livello 3 nessun esito,
- livello 4 esito minore,
- livello 5 esito moderato,
- livello 6 esito tra moderato e significativo,
- livello 7 esito significativo,
- livello 8 esito severo;

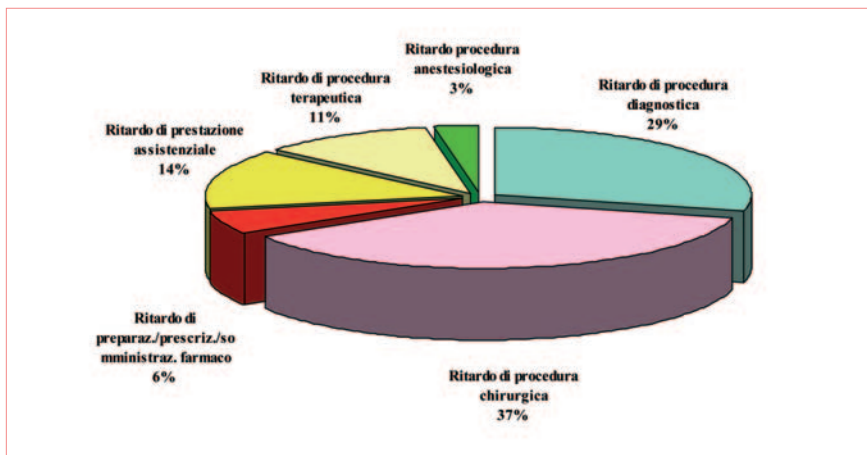
nel 2009 le segnalazioni effettuate dall'Azienda possono essere così distribuite:



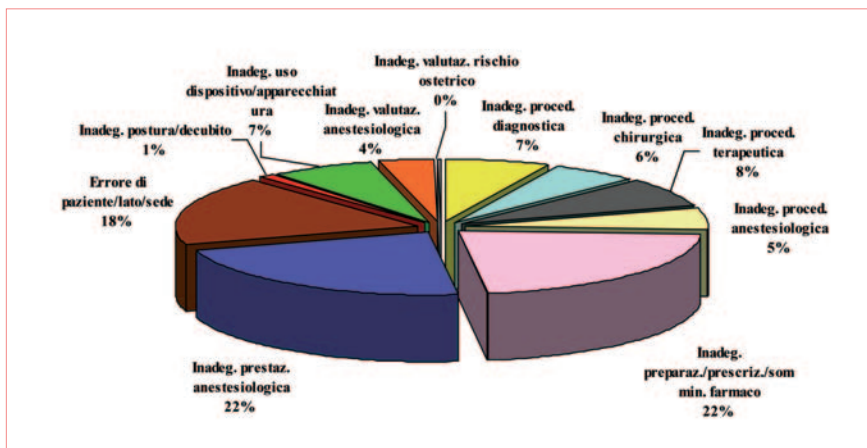
La tipologia degli eventi raggruppabile nelle voci "ritardi", "omissione", "inesattezza/inadeguatezza", "altre cause" vede la segue distribuzione percentuale:



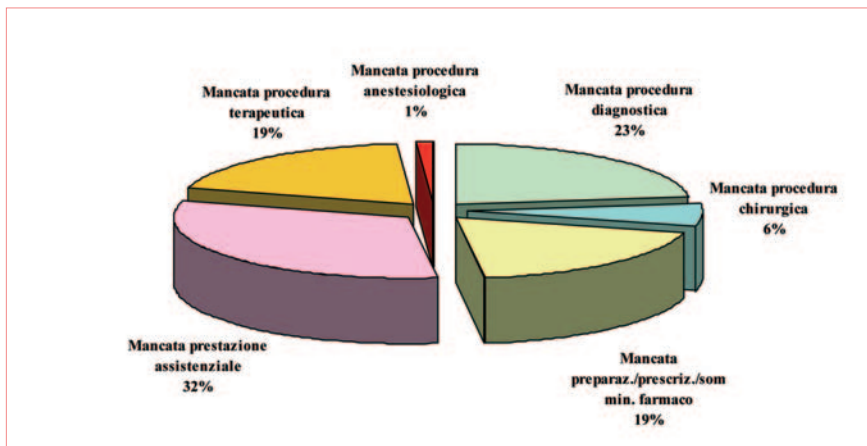
Per quanto concerne la voce "ritardi" sono state attribuiti 139 eventi, così suddivisi:



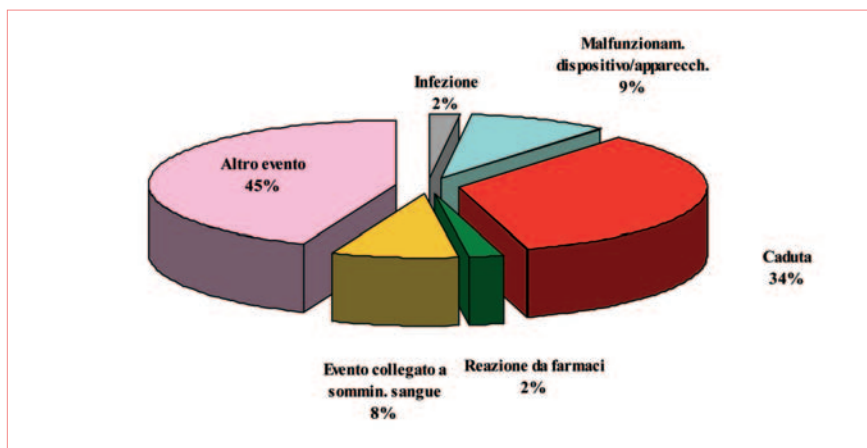
La voce "inesattezza/inadeguatezza" che riguarda 276 eventi, vede la seguente distribuzione:



Sono 83 gli eventi riconducibili alla voce "omissione", suddivisi come riportato in grafico:



La voce "altri eventi", con 305 segnalazioni attribuite, è così distribuita:



La **Root Cause Analysis**, un'altra importante fase del Programma di Gestione del Rischio, utilizzata per studiare "*adverse events*", "*no harm events*" e "*near misses*", si focalizza non tanto sulla performance dei dipendenti, quanto invece – prioritariamente – sul sistema e sui processi; nell'Azienda USL di Ferrara è eseguita da un gruppo di lavoro coordinato dal Risk Manager e costituito dal referente aziendale della Gestione del Rischio della Direzione Infermieristica e Tecnica, dal Responsabile dell'Ufficio Qualità, dal Direttore e dal Coordinatore dell'Unità Operativa dove si è verificato l'evento, dai referenti del NORC del Dipartimento dove si è verificato l'evento e da esperti della materia.

Nel 2009 sono state effettuate 10 Root Cause Analysis da cui sono derivati gruppi di lavoro di miglioramento e di creazione di diverse procedure aziendali.

Di grande rilevanza è stata anche l'attuazione in via sperimentale della **Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)**; è una tecnica previsionale che parte dalla scelta dei processi critici a cui si applicano:

- le fasi di studio del processo,
- analisi dei rischi,
- trattamento dei rischi con la definizione delle azioni di contenimento e monitoraggio dei risultati.

La FMEA si colloca trasversalmente al processo di gestione del rischio clinico partendo dalla fase di identificazione alla fase di monitoraggio del rischio. Nel 2009 sono state effettuate nell'Azienda 5 FMEA.

