

# 3. Obiettivi istituzionali e strategie aziendali



# Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

## Programmazione e centralità della persona

La Direzione strategica dell'Azienda Usl di Ferrara durante l'anno 2012 si è trovata a dover gestire situazioni di emergenza causate dall'evento sismico di Maggio e ad affrontare la continua evoluzione di agenti esterni che hanno obbligato l'azienda a recepire una serie di manovre governative urgenti come l'applicazione della Legge 135/2012 cosiddetta "**Spending Review**", trattata successivamente. Pur in un contesto economico finanziario difficile, a fronte di ridotti finanziamenti, l'impegno della AUSL si è comunque orientato a garantire il massimo livello di offerta dei servizi anche grazie all'utilizzo di tutte le misure di miglioramento dell'efficienza possibili, ad una gestione accurata delle risorse che hanno consentito la miglior risposta possibile al fabbisogno di assistenza all'utenza.

### Sistema di programmazione integrato

La priorità della Direzione strategica dell'Azienda USL di Ferrara per l'anno 2012 è stata la definizione di un sistema di programmazione integrato (sia in ambito organizzativo aziendale che di Area Vasta), orientato alla qualità ed equità, che è partito da un'analisi epidemiologica socio-economica del territorio (popolazione sempre più anziana e fragile), dai bisogni di salute e dalla definizione di alcune linee strategiche aziendali, sottese alle complessive progettualità.

Il risultato che si è raggiunto è stato un miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari, in termini di:

- Sicurezza ambienti e miglioramento dell'accesso
- Tecnologia aggiornata e tecnologicamente avanzata
- Minore frammentazione dei percorsi per l'Utenza
- Completezza della presa in carico
- Efficienza organizzativa delle risorse (Professionale e Tecnologica).

Sono state proposte azioni, che mettono al centro il paziente articolate nelle diverse determinanti, in particolare:

- Migliorare l'integrazione Ospedale/Territorio;
- Razionalizzare i punti di erogazione per un più efficiente utilizzo delle risorse sia a livello territoriale che ospedaliero;
- Migliorare la qualità e completezza dei servizi offerti:
  - Percorsi diagnostici completi
  - Presa in carico del paziente
  - Messa in rete degli ospedali e delle strutture sanitarie nella logica dell'HUB and SPOKE.

In ambito territoriale, in rapporto anche alla Programmazione Regionale, sono stati realizzati i seguenti obiettivi raggiunti:

- messa in rete delle strutture ospedaliere con riallineamento del numero dei posti letto secondo le normative nazionali (Hub and Spoke);
- potenziamento del sistema delle cure primarie;
- ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta;
- presa in carico dei pazienti cronici;
- controllo dei tempi di attesa prestazioni specialistiche.

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

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

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

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

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

La programmazione aziendale, sempre più attenta alla centralità della persona ed ai suoi bisogni di salute è sostenuta in questo, a partire dal 2011, da un rinnovato percorso di Budget, orientato in maniera più stringente alla programmazione regionale ed aziendale assegnata formalmente ai direttori di Dipartimento e Distretto.

Nel corso del 2012 l'azienda ha cercato di rafforzare le responsabilità dei direttori di struttura complessa al fine di rendere più efficace il processo di programmazione e nell'ottica della maggior partecipazione e valorizzazione del capitale umano, la Direzione ha dedicato particolare attenzione alla diffusione delle informazioni del contesto economico finanziario migliorando il percorso di "budget" che ha visto, per il 2012, un periodo di coinvolgimento molto ampio della intera Direzione strategica nonché dei dirigenti e, a ricaduta, di tutto il personale assegnato.

Gli obiettivi riprendono quelli regionali (obiettivi di salute e azioni a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA), assegnati all'Azienda, sui quali è richiesta la corresponsabilizzazione dei Dirigenti, e quelli aziendali che si sviluppano sulle strategie aziendali:

- volte alla sostenibilità professionale, economico-finanziaria
- alla sicurezza ed alla appropriatezza
- alla riorganizzazione
- all'integrazione provinciale e di Area Vasta.

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

Sono stati inoltre avviati e conclusi i necessari confronti con le organizzazioni sindacali, anche di livello interaziendale, con gli interlocutori istituzionali dell'Azienda Ospedaliera, per la definizione, per l'anno 2012, degli accordi sulla Produttività collettiva ed individuale per l'Area del Comparto e sulla retribuzione di risultato per l'Area della Dirigenza, con revisione delle quote economiche in un'ottica di coerenza tra la destinazione delle risorse possibili e obiettivi da raggiungere.

Il quadro economico non tranquillizzante nel quale l'Azienda UsI si è trovata ad operare è stato condiviso con il Collegio di Direzione, con i Direttori di Dipartimento ed i Distretti, come sfondo rispetto al quale la Direzione ha ottenuto l'approvazione della Programmazione complessiva da parte della Conferenza Territoriale Socio sanitaria, organo politico, composto dai sindaci dei Comuni del territorio aziendale, che hanno formalmente dato avvio alla programmazione.

L'anno 2012 ha avviato una fase di revisione della realtà ferrarese, volta a superare l'attuale posizione fortemente critica, rispetto al generale contesto regionale, in termini di consumi e produttività.

La programmazione è orientata verso azioni che consentano di raggiungere una condizione di equilibrio omogenea rispetto al generale contesto regionale ed un posizionamento rispetto ai diversi indicatori economici che, dalle ultime posizioni, tenda al raggiungimento delle migliori performance. Le azioni si traducono nella definizione di nuovi accordi con importanti Enti ed Aziende del territorio, in particolare con le Farmacie pubbliche e private, l'Università, con le strutture sanitarie private accreditate ferraresi e limitrofe, con la Banca cittadina che di fatto sostiene l'economia provinciale, con l'obiettivo di sviluppare nuove e molteplici forme di servizio per gli utenti ed i fornitori, ai quali si è sempre cercato di garantire la massima correttezza nei pagamenti, compatibilmente con le disponibilità liquide sempre più ridotte.

#### **Anno straordinario: evento sismico e aspetti economici**

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

Nell'ambito dei ricavi si registra un calo nella mobilità attiva prodotta dagli ospedali situati nelle zone terremotate, inizialmente quantificabile in 200.000 euro; la DGR 747/2012 introduce misure a favore delle

popolazioni colpite dal sisma per ciò che riguarda l'esenzione dal ticket, la mancata applicazione delle tariffe per le prestazioni rese dai Dipartimenti di Sanità pubblica e la sospensione dei termini di pagamento nei confronti dei titolari delle attività produttive, si registrano, inoltre, cali nelle visite fiscali, conseguenti anche agli effetti della L. 135/2012 (spending review):

Minori introiti:

Ticket specialistica	700.000
Ticket farmaceutica	100.000
Prestazioni e sanzioni del DSP	140.000
<b>TOTALE</b>	<b>940.000</b>

L'evento sismico ha comportato il verificarsi di un fenomeno consistente di fuga di pazienti provenienti dalle zone terremotate verso le strutture delle Aziende sanitarie limitrofe, in particolare Bologna, Ravenna, Imola ciò ha generato un maggior costo per mobilità passiva infraregionale da pubblico per 190 mila euro. Complessivamente il Bilancio 2012 evidenzia maggiori costi conseguenti al sisma e non coperti da una previsione di finanziamento da parte della Protezione Civile per circa **1.333.000 euro**.

Riduzione Mobilità attiva	200.000
DGR 747/2012	940.000
Aumento Mobilità Passiva da pubblico	190.000

#### Apertura Ospedale di Cona

Il periodo di transizione coincidente con l'apertura del nuovo ospedale provinciale ha sicuramente provocato una consistente riduzione della produzione dell'Azienda ospedaliera rispetto all'accordo di fornitura, valorizzabile in 15 milioni di euro, al quale si è fatto fronte con la proprie strutture e con quelle limitrofe o con le case di cura accreditate.

Inoltre, il trasloco ha determinato un incremento nel numero di pazienti ferraresi ospitati presso strutture situate in altri territori regionali in particolare per DRG appartenenti al MDC di cardiocirurgia, neonatologia, ortopedia ed in particolare, per quasi tutti i DRG di alta complessità prodotti presso l'Azienda ospedaliera provinciale di riferimento. Il fenomeno ha interessato le strutture di Bologna, Parma e Ravenna il cui effetto è pari a circa oltre 1,5 milioni di euro, in proiezione annua. In particolare, l'importo economico dell'incremento dei DRG di alta complessità consumati in mobilità passiva dai cittadini ferraresi nei primi 7 mesi 2012 rispetto all'analogo periodo 2011 è stata pari a 1 milione di euro in proiezione annua. Complessivamente i maggiori costi riferibili all'evento sismico e non coperti da rimborsi da parte di fondi messi a disposizione dalla Protezione civile, al trasloco di Cona sono quantificabili in **2 milioni di euro**.

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

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

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

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

#### Le azioni di recupero 2012

La perdita che si sarebbe attestata ad un valore superiore all'obiettivo per 9 milioni di euro è stata aggredita con manovre incisive, seguendo il percorso e le modalità operative già sperimentate nel 2011,

che si sono concretizzate in azioni volte al recupero economico, fino ad ottenere un rientro complessivo al livello di equilibrio economico, che mostra la buona performance dell'Azienda. Si è però consapevoli che si tratta di un risultato che richiede un necessario consolidamento, e necessita di una costruzione solida e su una organizzazione sinergica con l'Azienda ospedaliera; un piano di sostenibilità da affrontare su un periodo pluriennale ed insieme, per il buon governo della sanità provinciale. Questo per dare valore ad una situazione virtuosa, ma contingente., certamente aiutata anche da norme di legge particolarmente rigorose.

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

- Manovre effettuate nell'ambito della spending review per circa un milione di euro così come comunicato al Direttore Operativo Avec il 15 Novembre 2012. L'Azienda ha dato seguito a quanto disposto rinegoziando i contratti sia di Area Vasta che Aziendali nella misura di una riduzione che va dal -5% alla mancata applicazione degli indici inflattivi. In particolare ci riferisce alle:
  - manutenzioni e ai servizi di riscaldamento compresi nell'ambito di contratti di Global Service;
  - ai contratti di fornitura di servizi logistici;
  - Riduzione dei tetti di produzione delle strutture private accreditate con le quali sono stati sottoscritti accordi di fornitura;
  - blocco dell'incremento ISTAT sui contratti di locazione;
  - rinegoziazione dei Budget Aziendali, in particolare con riferimento ai volumi di consumo dei fattori produttivi.
- Revisione dei budget delle attività e delle prestazioni, da pubblico e da privato accreditato (-0,5%), nonché dei budget interni (-3,3%), nel rispetto della Spending Review; i recuperi sono ottenuti anche grazie all'applicazione degli effetti (trascinati) delle gare Intercenter e di Area Vasta e ad una ulteriore riduzione degli acquisti aziendali ed in economia, pressochè azzerati;
- Ulteriormente si è fatto ricorso ad una politica di rigore dei consumi di beni e servizi e nella gestione delle risorse umane, messa in campo nel corso dell'ultimo anno.
- Recupero sulla spesa per le risorse umane, eccedenti rispetto alle performance medie regionali, conseguenti ad un attento governo del turn over e degli incarichi a tempo determinato e professionali. Ciò ha consentito una riduzione del 2,4 % rispetto al 2011, inferiore a quanto previsto per l'Azienda nella Delibera di programmazione per il 2012 (-0,8%); L'indice di Turn over , calcolato in base alle indicazioni regionali, è stato inferiore al 20%. I posti vacanti al 31.12.2012 sono stati determinati per differenza fra le cessazioni dell'anno, numero 106 e le assunzioni dell'anno stesso o comunque riconducibili alla programmazione 2012 anche se in parte realizzatesi nel 2013 per motivi connessi alle dinamiche procedurali della assunzioni/trasferimenti, escluse quelle per effetto di stabilizzazioni o di internalizzazione di servizi per un consuntivo a saldo di n. 19 unità.
- Il governo degli accordi aziendali del personale convenzionato in particolare della medicina generale e degli specialisti convenzionati; nella prima area si è agito in modo coerente alla ridefinizione del piano presidi territoriali ed ospedalieri e alla oculata attivazione di Medicine di gruppo e al contenimento delle prestazioni di particolare impegno professionale, realizzando un primo passo per il riallineamento alla media regionale, dal quale questa Azienda dista sia rispetto ai valori di costo pro-capite (7 €) sia rispetto agli incrementi medi 201-2011 degli accordi aziendali (+ 7 Azienda / + 3% RER) nella seconda area verso un attento governo delle sostituzioni ed una riorganizzazione e centralizzazione dei punti di erogazione dei servizi; valore e percentuale
- Ulteriore miglioramento dei costi e del governo dell'assistenza protesica, che già per l'Azienda fa registrare performances migliorative rispetto ai valori medi regionali
- limitazione al ricorso delle forme di lavoro atipico fino a ridurre la spesa al di sotto del -7% rispetto al consuntivo 2011;
- minori oneri legati a servizi logistici e manutentivi conseguenti anche alla pervenuta inagibilità di alcune strutture ;
- ricontrattazione ed omogeneizzazione del livello di costi previsti per il rimborso delle personale infermieristico presso le strutture socio sanitarie
- Rinegoziazione e transazione, approvata dal livello regionale, dell'eccedenza produttiva 2010 delle strutture private accreditate provinciali;

- Completamento Laboratorio unico provinciale e trasferimento a Cona degli esami per esterni del Delta, con un recupero netto sull'Azienda di minori costi pari a 0,3 milioni di euro, più consistente ancora a livello provinciale
- Il nuovo accordo integrativo aziendale con i MMG, siglato a maggio 2013, basato su obiettivi di appropriatezza della prescrizione farmaceutica, ha contribuito alla buona performance della farmaceutica convenzionata pari al -11,35% vs. 2011 contro un -9,4% inizialmente previsto, a fronte di un valore medio regionale ancora più basso.

Il totale delle azioni conduce ad una situazione di equilibrio economico che andrà certamente consolidata in quanto è il risultato, positivo, di un percorso virtuoso avviato dalla fine dell'anno 2010, che ha dato la sua evidenza e che rappresenta forse un evento mai accaduto nell'ASL di Ferrara; questo risultato, per essere sostenibile, richiede un assestamento ed una declinazione più strutturata della rete di servizi e di prestazioni che la sottendono.

Il positivo risultato raggiunto nel 2012 non è ancora inquadrabile come strutturale, ovvero connesso a configurazioni di costo che si mantengano in modo duraturo nel tempo. Le razionalizzazioni riferibili a riduzione di produzione e nell'offerta dei servizi, che nel 2012 hanno trovato una delle ragioni anche nelle chiusure obbligate dall'effetto generato dal Sisma (inagibilità di alcune sedi di produzione), dovranno essere opportunamente e sistematicamente programmate; il livello di programmazione non potrà prescindere da una integrazione sistematica con l'azienda ospedaliera del territorio e con l'obiettivo di un avvicinamento ai valori medi regionali per tutti i parametri di costo, consumo e offerta rilevati dalla Regione Emilia Romagna,

E' necessario realizzare una struttura produttiva che in operi in condizioni di efficienza, efficace e sostenibilità, e ciò si raggiunge esclusivamente operando su un arco temporale pluriennale, operando in modo integrato con l'Azienda ospedaliera. Occorre inoltre garantire sempre in via preventiva la compatibilità con il livello di finanziamento prospettato dalla Regione. Oggi siamo ancora di fronte ad una struttura estrema nate parcellizzata e che deve definire le reti cicliche e suddividere le competenze tra sedi Spoke e centro Hub.

### **La centralità dei cittadini e la promozione del cambiamento tecnologico, clinico e organizzativo**

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

L'AUSL di Ferrara vanta un impegno decennale sulle pari opportunità. Risale infatti al 2002 il primo Comitato Pari Opportunità costituito per i contratti della Dirigenza, rinnovato poi nel 2007 con, l'aggiunta dei contratti del Comparto. A fianco di questi, successivamente è nato il Comitato sul fenomeno mobbing.

Nel marzo 2011 l'Azienda ha costituito il Comitato Unico di Garanzia CUG, composto da rappresentanti di diciassette sigle ed articolazioni sindacali ed altrettanti di nomina aziendale, per un totale di sessanta componenti.

Nell'anno 2012 il CUG ha rinnovato il Piano delle Azioni Positive, già attivo. Dall'anno 2008 l'AUSL nel proprio Piano Formativo Annuale ha inserito, come tema trasversale, le pari opportunità, cui nel 2012 ha aggiunto il tema dell'equità.

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

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

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

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

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

Il Comitato Consultivo Misto nel corso del 2012, ha esaminato vari argomenti e documenti specifici in ambito aziendale:

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

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

1. Ufficio Accoglienza e Mediazione  
Presidi Ospedalieri e/o Servizi dell'Azienda USL di Ferrara:

DISTRETTO Centro Nord

2. Ferrara - Salute Donna e Pediatria di Comunità

3. Ferrara - Dipartimento di Sanità Pubblica di Ferrara

DISTRETTO Sud-Est

4. Lajosanto - Ospedale del Delta

5. Portomaggiore - Salute Donna e Pediatria di Comunità

6. Argenta - Ospedale di Argenta

DISTRETTO Ovest

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

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

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

- Garantire la definizione e il monitoraggio di standard di qualità sulla funzione di mediazione.

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

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

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

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

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

#### Diffusione del fascicolo sanitario elettronico dell'assistito (FSE), cupweb e pagonline.

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

Nel corso del collegio di direzione di Settembre 2012 il servizio è stato presentato ai dirigenti aziendali con la finalità di valutarne l'usabilità come strumento di trasmissione al paziente dei propri documenti clinici.

#### Potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – rete SOLE

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

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

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

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

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

#### Ricetta elettronica

Il progetto aziendale prevede l'assegnazione a ciascun medico prescrittore (specialisti ambulatoriali e medici di reparto; per i medici di base è stato incaricato CUP2000) di un ricettario virtuale con 100.000 numeri di ricetta elettronica (NRE). L'assegnazione del ricettario virtuale deve essere richiesta a SOGEI. La Regione Emilia Romagna ha recentemente completato la realizzazione di una Anagrafe Regionale dei

Medici Prescrittori (ARMP), che trasmettere a SOGEI l'assegnazione del ricettario di ciascun medico, gli NRE utilizzati (prescritti) e gli NRE le cui prescrizioni sono state erogate.

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2012 sono state consolidate e ulteriormente sviluppate le attività di informatizzazione delle procedure e degli atti per lo sviluppo di una pubblica amministrazione "senza carta" che hanno coinvolto l'area dei servizi e delle funzioni amministrative e tecniche. In particolare il ciclo di produzione di tali documenti segue le logiche della dematerializzazione, dal processo di stesura sino a quello di apposizione della firma digitale. L'Azienda Usl di Ferrara inoltre è stata tra le prime aziende sanitarie emiliano romagnole a conferire a PARER gli atti determinativi, archiviati informaticamente.

## L'integrazione nella programmazione e governance aziendale

Percorsi tesi all'integrazione, come strumento di miglioramento della progettualità e della organizzazione aziendale, sono presenti nella strategia dell'Azienda USL di Ferrara che, anche in sintonia con l'organizzazione dei Servizi sanitari della Provincia, hanno riguardato in termini di programmazione degli interventi e gestione delle risorse, soprattutto l'integrazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Le attività sono state progettate in modo da favorire livelli sempre maggiori dell'appropriatezza dei servizi erogati, la realizzazione di percorsi assistenziali specifici per l'utente con attenzione alla presa in carico integrata delle persone affette da patologie croniche e disabilità anche se i mutamenti degli Obiettivi di salute, delle opportunità diagnostico-terapeutiche, degli standard di prodotto e dell'assetto organizzativo provinciale e sovra-provinciale de/le reti per i servizi sanitari e socio-sanitari, hanno reso ineludibile l'attivazione di processi di revisione dell'assetto organizzativo dell'offerta di servizi ospedalieri per la salute.

E' proseguito il percorso di valutazione e revisione dell'organigramma aziendale; ne sono esempio la costituzione di un unico dipartimento della Cure primarie, l'approvazione del nuovo assetto del dipartimento di Sanità pubblica. E' stato rinviato alla fine del 2013 il comando del personale del Sistema emergenza territoriale 118 attualmente dipendente dall'Azienda ospedaliera universitaria e questo in attesa della conclusione del percorso organizzativi regionale che vede una centralizzazione della funzione in area vasta.

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

In particolare viene mutuato il modello sanitario regionale Hub and Spoke, prevedendo la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza.

L'evento sismico di Maggio, ha reso inoltre necessaria la disattivazione temporanea del Punto di Primo Intervento presso lo Stabilimento di Bondeno, la disattivazione della degenza LPA presso l'Ospedale di Bondeno (40 posti letto) e l'attivazione della degenza di LPA (31 pi.) presso l'Ospedale di Cento.

**Nell'Area ospedaliera** sono stati attivati percorsi progettuali ed operativi sulle seguente Aree:

### 1) Dipartimento di Chirurgia

Centralizzazione dell'attività chirurgica e di Endoscopia Digestiva da 5 sedi su 3 sedi (Delta; Cento; Argenta), fusione dell'U.O. di Chirurgia di Argenta con quella analoga dell'Ospedale del Delta, riorganizzazione delle attività aziendali di Ortopedia con particolari riflessi sulle funzioni assegnate alle UU.OO;

### 2) Dipartimento di Medicina

Superamento della U. O. di Gastroenterologia Ospedale del Delta, riorganizzazione M. O. Medicina Ospedale di Comacchio, con integrazione alla U. O. di Medicina dell' Ospedale del Delta, riorganizzazione Cardiologia Territoriale, attivazione Medicina a Bassa Intensità di Cure.

### 3) Dipartimento Emergenza

Integrazione nel Dipartimento della centrale Operativa -118, sviluppo del nuovo assetto provinciale del 118 in sinergia con il livello di Area Vasta secondo la programmazione regionale, superamento del Punto di Primo Intervento di Copparo, attivazione doppia presenza medico 118 PS Argenta, con riorganizzazione della continuità assistenziale di stabilimento.

### 4) Dipartimento Materno Infantile

Riorganizzazione de/le funzioni del Dipartimento, riorganizzazione funzioni di Pediatria e superamento dell'Ambulatorio pediatrico ad accesso diretto dell' Ospedale del del Delta.

Relativamente **all'assistenza territoriale**, le attività organizzative nell'ambito e in riferimento al Dipartimento Cure Primarie (DCP) sono legate in particolare alla coerenza con il trasferimento del S. Anna all'Ospedale di Cona avvenuto nel maggio 2012 mentre l'avvio della Città della Salute nell'anello del S. Anna

è stato rinviato al 2013-2014 a causa del terremoto e del riassetto della rete di emergenza su base provinciale e di area vasta.

Le azioni realizzate nell'area del **Distretto Centro Nord** che impattano anche sull'organizzazione del personale sono riassunte come di seguito:

Copparo: Punti Prelievi, erogazione diretta dei farmaci. Superamento del Punto di Primo Intervento in ambulatorio H12, presa in carico della cronicità, realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici completi e potenziamento specialistica ambulatoriale con 17 specialità;

Tresigallo: Cup, ristrutturazione ex Boeri con riduzione dei posti letto, Punto Prelievi;

Voghiera: Cup e Punto Prelievi;

Ro: Punto Prelievi;

Berra: Punto Prelievi;

Il progetto della "Città della Salute" all'interno dell'Azienda Ospedaliera S. Anna è stato sospeso per l'evento sismico rinviandolo al 2013-2014 e si è sviluppata l'attività del Nucleo di Cure Primarie di Pontelagoscuro con l'attivazione di un ambulatorio infermieristico di nucleo e si sono sviluppati percorsi di presa in carico dei pazienti cronici (diabetici, ipertesi).

Nel **Distretto Ovest** si è effettuata la riorganizzazione dei poliambulatori e cioè concentrazione della specialistica ambulatoriale trasferita da Sant'Agostino, Poggio Renatico e su Cento, della Chirurgia ed Endoscopia Digestiva su Cento, dei consultori Salute Donna e Salute Infanzia su Cento e Bondeno e chiusura dello Sportello Unico (Cup) a Mirabello.

All'interno della Struttura Sanitaria "F.lli Borselli" a Bondeno lo sviluppo della "Casa della Salute" è slittato al 2013 – 2014 per via del terremoto.

Nell'area del **Distretto Sud-Est**: concentrazione dei Consultori Salute Donna su Codigoro, Comacchio, Mesola, Portomaggiore ed Argenta e dei Consultori Salute Infanzia su Codigoro, Mesola, Comacchio e Portomaggiore. Nella Casa della Salute di Portomaggiore oltre al potenziamento delle attività del personale convenzionato e all'implementazione di percorsi di presa in carico, si è dato impulso alla figura dell'infermiere care manager per la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico ed è stato dato avvio ai lavori di ristrutturazione del Presidio socio Sanitario.

Durante tutto il 2012 sono state avviate le procedure per una revisione dell'organizzazione interna del **Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche** che sarà portata a compimento nel corso del 2013.

E' stato realizzato nel corso del 2012 l'obiettivo di riorganizzazione del **Dipartimento di Sanità Pubblica** con la revisione della struttura organizzativa, ora articolata su strutture semplici e complesse a valenza aziendale, con superamento dei N.O.D. (Nuclei Operativi Distrettuali), che rappresentavano l'articolazione del Dipartimento in U.O. corrispondenti ai tre distretti aziendali e la suddivisione delle competenze in Aree.

**L' Area dei servizi e delle funzioni amministrative e tecniche** hanno visto nel 2012 il consolidamento e lo sviluppo di:

- Informatizzazione delle procedure, degli atti per lo sviluppo di una pubblica amministrazione "senza carta", con particolare riferimento a: progetto del fascicolo informatizzato di protocollo, il cui manuale è stato ritenuto un valido modello dalla Sovrintendenza; atti determinativi informatizzati, secondo il progetto regionale; mandato di pagamento e reversale informatizzati; cedolino e CUD on line; tra le prime aziende sanitarie emiliano romagnole, ha provveduto a conferire a PARER gli atti determinativi, archiviati informaticamente;
- Il consolidamento dei Dipartimenti interaziendali del personale, degli Acquisti, ICT, con un effettiva gestione congiunta delle risorse ed una ottimizzazione delle attività e delle posizioni organizzative. Inoltre, a fine 2012, le due aziende sanitarie della Provincia di Ferrara hanno costituito i nuovi Dipartimenti interaziendali: il Dipartimento Tecnico e Patrimoniale, il Dipartimento di Ingegneria Clinica, con l'obiettivo di sviluppare nel 2013 la loro ottimale organizzazione nel rispetto dei principi regionali.

Per il 2012 il **governo delle risorse umane** è risultato pesantemente condizionato dal quadro normativo di riferimento che ha orientato le azioni aziendali nell'ottica della contrazione dei costi.

Si fa riferimento all'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni del 03.12.2009, recepita dalla L. 191/2009 (finanziaria 2010) che, all'art.3 prevede l'impegno delle regioni a contenere ulteriormente la spesa del personale del SSN attraverso:

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

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

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

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

Pur nell'autonomia della determinazione della spesa complessiva per le risorse umane, compatibili con l'equilibrio economico complessivo, l'AUSL si è attenuta alle indicazioni fornite dalla Regione Emilia Romagna con le linee di programmazione del 2012, tese a garantire omogeneità nella gestione del personale e della relativa spesa in tema di turn-over e di lavoro flessibile, compreso il rispetto dell'equilibrio complessivo di bilancio e la verifica del suo raggiungimento.

Con riferimento agli andamenti di gestione del periodo 2007 – 2011, l'AUSL di Ferrara ha rispettato il divieto di procedere a nuove assunzioni in misura superiore alla copertura del 65% del turn-over riducendo contestualmente le spese complessive per il personale di 2 punti percentuali rispetto al bilancio consuntivo 2010.

Accanto al contenimento della spesa per il personale dipendente complessivamente inteso come sopra evidenziato, l'AUSL ha agito in maniera consistente sulla spesa per il c.d. "lavoro flessibile", limitando nell'esercizio 2012 il ricorso all'utilizzo di contratti di lavoro flessibile, con una riduzione di almeno il 7% della cifra iscritta nel bilancio preconsuntivo 2011, escludendo da tale prescrizione le collaborazioni in qualunque forma, finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne all'Azienda.

## Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale. Percorsi aziendali per la presa in carico del paziente e gestione dei tempi di attesa

L'Azienda UsI di Ferrara ha proseguito nel potenziamento delle attività legate alla continuità assistenziale, con particolare riferimento alla presa in carico e contenimento dei Tempi di attesa. Le azioni riguardano il ruolo dei MMG, PLS e Specialisti convenzionati/ospedalieri soprattutto per quanto riguarda la gestione delle patologie croniche in un'ottica di committenza distrettuale.

Le attività organizzative nell'ambito territoriale con riferimento al Dipartimento Cure Primarie (DCP) sono legate in particolare alla: coerenza con il trasferimento del S. Anna all' Ospedale di Cona avvenuto nel maggio 2012 e all'avvio della Città della Salute nell'anello del S. Anna progetto rinviato al 2013-2014 causa terremoto, nonché al riassetto della rete di emergenza su base provinciale e di area vasta.

Bisogna, tra l'altro considerare che, in base all'analisi dei dati demografici ed epidemiologici la popolazione ferrarese è sempre più anziana e cresce lentamente, molto meno della media, emerge una maggiore incidenza delle cronicità (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio). Ciò prevede la necessità di orientare l' offerta assistenziale verso risposte sempre più adeguate alla cronicità, valorizzare il sistema delle cure primarie; organizzare la degenza in regime di ricovero in sinergia con il sistema ospedaliero provinciale e prestare attenzione al fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post – acuzie.

Il risultato che si è raggiunto, come indicato già nel primo paragrafo, è stato un miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari, in termini di:

- Sicurezza ambienti e miglioramento dell'accesso
- Tecnologia aggiornata e tecnologicamente avanzata
- Minore frammentazione dei percorsi per l'Utenza
- Completezza della presa in carico
- Efficienza organizzativa delle risorse (Professionale e Tecnologica).

Inoltre sono state proposte azioni, che mettono al centro il paziente nell'ottica di migliorare l'integrazione Ospedale/Territorio; razionalizzare i punti di erogazione per un più efficiente utilizzo delle risorse sia a livello territoriale che ospedaliero; migliorare la qualità e completezza dei servizi offerti (percorsi diagnostici completi, presa in carico del paziente e messa in rete degli ospedali e delle strutture sanitarie nella logica dell'HUB and SPOKE).

### Qualità dell'assistenza ed efficienza gestionale

In tema di qualità dell'assistenza l'Azienda UsI di Ferrara ha messo in atto iniziative di intervento volte all'appropriatezza clinica ed organizzativa, allo sviluppo di percorsi multi professionali, e continuità assistenziale, nonché di gestione del rischio (per questo argomento si rimanda all'ultimo paragrafo).

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

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

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

Attiva l'offerta gratuita a tutte le donne gravide, di interventi educativi /informativi a tutela della maternità, in grado di raggiungere la popolazione svantaggiata con organizzazione e svolgimento da parte del personale medico ed infermieristico della Pediatria di Comunità di incontri a tema, inerenti le competenze del bambino, l'allattamento, il rientro a casa e la rete dei servizi territoriali dedicati alla "nuova famiglia

E' stato realizzato il completamento della rete degli ambulatori di terapia antalgica, l'erogazione della partoanalgesia presso le sedi di Cento e Delta secondo le modalità stabilite dalla DGR n.1921 del 10/12/2007.

Consolidamento dei processi di cure palliative e terapie del dolore:

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

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

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

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

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

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

#### Rete e percorsi cardiologici

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

Si è condiviso un percorso all'Ospedale di Cento di collaborazione tra Anestesiologie e Rianimazione ed Unità coronarica. Questi percorsi con confluenza di aree critiche in comune gestione verrà implementata anche nel 2013.

La diagnostica cardiologica emodinamica è condivisa con percorsi e protocolli con l'AOSPFE, con condivisione anche di personale tra le diverse strutture pur appartenenti ad Aziende diverse.

Con questa sono pertanto attivi i protocolli per la terapia coronarica attraverso angioplastica e posizionamento di stent. E' stato concluso un percorso presso l'Ospedale del Delta per impiantare i pace maker non solo in emergenza. E' già attiva ed è in fase di ampliamento la diagnostica non invasiva per screening del forame ovale pervio.

#### Programma stroke care

Si è dato completo avvio alla collaborazione con l'Azienda ospedaliera e universitaria S. Anna di Ferrara (AOSPFE) per la terapia trombolitica provinciale dell'ictus cerebrale ischemico.

Si è provveduto, durante il trasloco dell'Ospedale S. Anna a Cona, al supporto e condivisione di percorsi per evitare disagi a pazienti del territorio comunale di Ferrara colpiti da ictus cerebrale.

E' attiva una collaborazione con l'AOSPFE per i pazienti colpiti da ictus emorragico con consulto in telemedicina con la U.O. di Neurochirurgia e con la Chirurgia vascolare per gli opportuni interventi in elezione ed urgenza.

E' attivato, in tutti gli Ospedali dell'AUSL di Ferrara per i pazienti colpiti da ictus cerebrale disfagici, un apposito percorso dietetico e percorso di formazione del personale in modo capillare, tutt'ora in corso. Sono attivati i percorsi ospedalieri di riabilitazione precoce del paziente con ictus cerebri e le opportune scale di valutazione anche di esito.

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

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

In particolare, la procedura vuole:

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

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

I processi di cura psichiatrica con i MMG sono regolati dal Programma Leggieri a livello dipartimentale, specialmente per quanto riguarda il prodotto chiamato "Trattamento psichiatrico semplice".

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

A fine 2012 la quantità di Trattamenti Psichiatrici Semplici che intercorrono tra Dipartimento e MMG nell'ambito del Programma Leggieri sono 3.555, in base al sistema informativo Efeso. Nel corso del 2012, più in particolare, i MMG hanno inviato al Dipartimento 1295 richieste di prime visite psichiatriche; queste sono state attuate nei vari punti di erogazione del DAI SM DP e solo 585 pazienti sono stati presi in cura, gli altri rinviati ai MMG. E' stato prodotto un Report annuale sui cittadini trattati (cura stepped care) all'interno del programma Leggieri alla fine del II semestre.

E' stato realizzato, nei programmi di ambito distrettuale, un fattivo supporto delle forme aggregative, delle reti relazionali e sociali esistenti sul territorio per la prevenzione attiva delle conseguenze sociali legate alla condizione di solitudine, di fragilità e di non autosufficienza.

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

- teleassistenza, telecontrollo e telesorveglianza assicurare un contatto mediante telefonate programmate per verificare la situazione della persona e con la finalità di aumentare il senso di sicurezza di autonomia e di benessere della persona;
- potenziamento del punto di accesso telefonico (call contact center) attraverso il quale il cittadino può ricevere informazioni ed accedere ai servizi sociali e socio-sanitari;

- attività ed iniziative con valore preventivo e di mantenimento delle autonomie e degli equilibri personali e sociali;
- attività per gruppi omogenei di destinatari (contrasto della solitudine e dell'isolamento, ginnastica per anziani, ecc.)
- azioni per favorire il mantenimento della salute e la qualità della vita delle persone anziane che vivono sole e maggiormente esposte alla perdita di autonomia e alla possibilità di allontanamento dal loro domicilio (Progetto "Giuseppina" del Comune di Ferrara).

E' stato predisposto in base alla DGR 925/2011 il piano di produzione 2012 e le integrazioni al "programma attuativo locale della specialistica ambulatoriale" ed è stata data attuazione al Piano Regionale Tempi di Attesa, in collaborazione con il Dipartimento Cure Primarie e con lo Sportello Unico al fine di rendere operative le azioni esplicitate nel "Programma triennale" non solo in un ottica distrettuale ma anche aziendale, partecipando inoltre agli incontri della commissione AVEC sulla specialistica ambulatoriale.

La Direzione Distrettuale ha coadiuvato e stimolato le sinergie fra i Dipartimenti territoriali ed ospedalieri al fine di rendere operative e praticabili le azioni intraprese per produrre i documenti richiesti dalla Regione, per tutta l'Azienda.

## La valorizzazione degli strumenti della partecipazione organizzativa e del governo clinico

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

Le azioni specifiche riguardano la:

- valorizzazione delle professionalità, con attenzione anche agli aspetti legati al Rischio Clinico, Formazione, con il coinvolgimento del Collegio di Direzione e delle Professioni sanitarie;
- continuità assistenziale, con riferimento alla presa in carico ed al contenimento dei Tempi di attesa, (presa in carico del paziente fragile con sperimentazione di modelli assistenziali di livello domiciliare ed ambulatoriale, ruolo dei MMG, PLS e Specialisti convenzionati, Casa della Salute, continuità assistenziale, ecc.);
- integrazione interaziendale di Area Vasta anche in rapporto all' acquisto di beni e servizi, al Dipartimento del Personale e all'ICT, per l'ottenimento di economie di scala e risparmi; nonché ad uno sviluppo di una progettualità assistenziale, in una logica di Hub e Spoke; predisposizione capitolato gara in Area Vasta per Laboratorio Unico;
- attività di integrazione socio – sanitaria, con il potenziamento degli interventi di sostegno a domicilio e l'accreditamento dei servizi Socio – Sanitari. Il Dipartimento assistenziale socio sanitario, a sostegno dell'azione di accompagnamento all'accreditamento voluta dalla Regione, ha partecipato alle riunioni dei referenti per l'accreditamento degli uffici distrettuali nel corso delle quali sono state condivise le strategie per condividere il percorso con gli enti gestori. Si è inoltre formalizzato il percorso di monitoraggio dei contratti di servizio che sarà effettuato nel corso del 2013 da parte di commissioni integrate Azienda USL/comuni/enti gestori.

### Fondo Regionale per la non autosufficienza

Mel corso del mese di dicembre l'Azienda ha effettuato la verifica dell'andamento della spesa FRNA a livello di preconsuntivo 2012.

La rendicontazione è stata inserita nel sito regionale di monitoraggio FRNA. La verifica effettuate conferma una "tenuta" della programmazione distrettuale, tale da consentire accantonamenti di risorse anche per l'anno prossimo.

L'Azienda svolge costantemente un ruolo rilevante nei confronti degli uffici di Piano svolgendo le attività di verifica della spesa e rendicontando i risultati agli UDP stessi e alla RER.

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

La distribuzione del FRNA sui tre distretti dell'Azienda è stata realizzata, secondo la prassi consolidata, considerando cioè la suddivisione storica dei servizi e dei presidi socio-sanitari sul territorio. Il sistema di accreditamento ed il passaggio ad un sistema tariffario omogeneo nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani e disabili è stato funzionale ad una ripartizione assolutamente razionale. I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano e i Comitati di Distretto hanno programmato un risparmio di risorse per poter affrontare la mancanza del FNA. Oltre al risparmio programmato si è realizzato un ulteriore risparmio nelle voci che vedono un partecipazione dei bilanci sociali e negli assegni di cura.

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

L'Azienda USL di Ferrara ha continuato ad applicare le disposizioni previste dal Decreto legge n 95120.12 convertito nella Legge 07.08.12 n. 135.

Alla data del 31\12\2012 l'applicazione di tali norme ha coinvolto tutte le strutture aziendali, con la fattiva collaborazione di tutte le professionalità sanitarie, tecniche e amministrative presenti in azienda, con ricaduta sull'anno 2012. Le azioni sono state attuate a livello aziendale con la partecipazione di volte a promuovere la revisione della spesa ed attuare i meccanismi correttivi sulle diverse tematiche previste l'applicazione delle disposizioni stabilite dalla Legge 135/2012 e le successive applicazioni a livello regionale.

#### DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI E LOGISTICA ECONOMALE

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

- è stata inoltrata una disposizione indirizzata a tutte le UU 00 con la quale si comunica che si procede alla riduzione del 5% delle richieste di fornitura e delle aggiudicazioni, rinnovi e proroghe con contestuale riformulazione dei budget,

- è stata inoltrata a tutti i fornitori aziendali la lettera di richiesta di riduzione degli importi contrattuali come da nota della RER 28-8-12 e si stanno completando gli incontri di negoziazione iniziando con le Ditte più grosse per concordare riduzioni specifiche,

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

#### UO SISTEMA INFORMATIVO, COMMITTENZA E MOBILITA'

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

#### DIPARTIMENTO ATTIVITA' TECNICHE

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

#### DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Sul versante Istat, partendo da una percentuale di + 1,5%, il Dipartimento ha negoziato riduzioni e/o mancati incrementi. Sul versante materiale riabilitativo vario si è proceduto ad ogni possibile riduzione degli acquisti il cui esito è rendicontato dal Dipartimento Acquista che gestisce direttamente i contratti.

#### SPORTELLO UNICO

E' state recuperato l'Istat (+3,1% da agosto 2012) per il servizio di odontoiatria di via Montebello.

#### TECNOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE E DELL'INFORMAZIONE (ICT)

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

#### PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

Si é proceduto alla razionalizzazione delle prestazioni con la ditta esecutrice del servizio analisi laboratorio genetica medica prenatale.

Nell'ambito dell'attività della Spending Review l'azienda ha provveduto, con l'U.O. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE, ad una rassegna del budget dei costi diretti dei beni sanitari.

## Sicurezza delle cure

La gestione del rischio clinico è il modo attraverso cui l'Azienda Sanitaria nel suo complesso si rende responsabile delle conseguenze indesiderate dell'attività sanitaria integrando le funzioni di riparazione e risarcimento con quelle di studio dei fenomeni e di correzione delle condizioni che facilitano l'errore.

Da un punto di vista generale la formazione/informazione nell'ambito della gestione del rischio si articola secondo le seguenti modalità:

- strategico: relazione annuale al Collegio di Direzione su programma e risultati a livello Aziendale;
- programmatico: incontri trimestrali con il Nucleo Operativo di Gestione del Rischio che rappresenta le diverse espressioni professionali e dipartimentali in tema di progetti operativi e risultati delle attività di gestione del rischio;
- operativo - gestionale: incontri con la rete dei referenti del Rischio Clinico di singola U.O. e con i neo-assunti/inseriti per diffondere la cultura del rischio e dare evidenza annuale dei risultati raggiunti. Dalla tabella sotto indicata si possono desumere i numeri degli operatori che hanno partecipato agli eventi formativi per anno organizzati dalla funzione di Risk Management.

Personale che ha partecipato ai seminari di formazione	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011	Anno 2012	Totale
N° dirigenti	182	153	151	124	103	713
N° personale comparto	546	411	401	382	300	2040
<b>TOTALE</b>	<b>728</b>	<b>564</b>	<b>552</b>	<b>506</b>	<b>403</b>	<b>2753</b>

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

### Incident Reporting

L'Azienda USL di Ferrara ha aderito alla sperimentazione regionale di segnalazione degli eventi indesiderati (mediante apposito software regionale) che comprende la standardizzazione del sistema di segnalazione in tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda, comprese le diagnostiche, nel DSM e nel SERT ed è attualmente alimentata nel data-base. Nel corso del 2011-2012 sono state 1.144 le segnalazioni di incident reporting.

Aree Critiche da Incident Reporting 2011-2012	
Gestione farmaco	19%
Altro evento	16%
Prestazione assistenziale	16%
Procedura terapeutica	12%
Caduta	11%
Procedura diagnostica	10%
Identificazione paziente/sede/lato	8%
Gestione apparecchiature	3%
Procedura chirurgica	2%
Gestione lista operatoria	1%
Gestione sangue	1%
Valutazione/procedura anestesilogica	1%

### Eventi sentinella

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

### RCA (Root Cause Analysis) e SEA (Significant Event Audit)

La Root Cause Analysis (RCA) è una tecnica di indagine sugli eventi indesiderati (solitamente su eventi sentinella o su eventi avversi di particolare entità), mediante la quale si ricercano le cause "radice", ovvero – secondo l'approccio metodologico di Reason – le criticità di sistema, su cui si è innestato l'evento. Nondimeno, attraverso la RCA si possono ipotizzare le azioni di miglioramento. La RCA viene condotta dal NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), assieme ai responsabili della struttura dove si è realizzato l'evento e ad uno o più esperti della materia trattata.

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

STRUTTURE	2011	2012	Totale
Dip. Chirurgia	2	3	5
Dip. Medicina	13	7	20
Dip. Emergenza	3	7	10
Dip. Diagn. Imm. / Lab.	2	/	2
Dip. Materno-Infantile	1	2	3
Dip. Salute Mentale	1	1	2
Attiv. Territoriali	4	3	7
Totale	26	23	49

### FMEA / FMECA

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

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

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

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

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

### **Sicurezza dei sistemi RIS PACS**

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

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

La Delibera sugli Amministratori di Sistema è stata fatta nel 2012.

Le problematiche relative alla privacy per la condivisione delle immagini non sono state del tutto superate ma è stato deciso a livello Aziendale di "appoggiarsi" alla piattaforma "Sole" per quanto riguarda il consenso. Sono state apportate modifiche al Sistema informatico per la raccolta del consenso e firmate, da parte dei due Direttori Generali, le delibere per lo scambio di immagini.

Revisionate le istruzioni operative "Gestione Worklist" e "Gestione correzione dati su PACS" (pubblicate su Doc Web a Marzo 2013). Nel corso del 2012 lavoro di analisi per la "Conservazione Sostitutiva", presso il Polo Archivistico regionale (PARER) di Immagini e Referti Radiologici. Lavoro concluso per i Referti il cui invio è in produzione dal 15 gennaio 2013, in corso i lavori per la conservazione delle immagini.

### **Identificazione Paziente**

Il processo di identificazione del paziente è attualmente disciplinato da procedure aziendali vigenti presso i Blocchi Operatori ed i Servizi di Radiologia.

In sintesi:

- per il paziente che accede al Blocco Operatorio la modalità di identificazione è attuata dall'infermiere quando è possibile con la richiesta delle generalità (nome, cognome e data di nascita) e con quattro verifiche simultanee: la lettura del contenuto del braccialetto posizionato sul polso destro dell'operando, la presa visione della fotocopia del documento di identità e la verifica attiva della check list di trasporto del paziente - entrambi sono presenti in cartella clinica - per ultimo, l'accettazione informatica nel software dedicato;
- per il paziente che accede al Servizio di Radiologia, se è un esterno (ambulatoriale) la modalità di identificazione è eseguita dall'operatore di segreteria, all'accettazione, con la richiesta di presentazione di un documento di identità e della tessera europea assistenza malattia, se invece è un interno (ricoverato) il personale tecnico o medico procede all'atto della accettazione con la richiesta delle generalità del paziente e poi con tre verifiche contestuali: la lettura del braccialetto posizionato sul polso dx del ricoverato, l'osservazione della fotocopia del documento di identità presente in cartella clinica ed in ultima istanza le informazioni riportate sulla procedura informatica dedicata, oggetto della avvenuta prenotazione di una prestazione radiologica.

Invece, per l'identificazione del paziente presso le Unità Operative di Degenza, presso i Pronto Soccorso e gli Ambulatori Aziendali, è in corso la stesura di una procedura aziendale che nel momento del ricovero ordinario e di day hospital, al triage in Pronto Soccorso e nel contesto ambulatoriale prevederà le vigenti modalità di riconoscimento del paziente con la presentazione di un documento di identità e di TEAM - è riservato ai ricoverati il posizionamento di un braccialetto identificativo ed il posizionamento della

fotocopia del documento di identità in cartella clinica - mentre per l'individuazione del paziente prevederà l'aggiornamento delle procedure informatiche finalizzato alla tracciabilità delle modalità di riconoscimento riportate per l'ambito di competenza rispettivamente sulla cartella clinica, sulla scheda di triage e sul referto ambulatoriale.

Particolare rilievo è stata dedicato a:

- sensibilizzare gli operatori a comunicare con tempestività l'errore anagrafico avvenuto mediante la compilazione di uno stampato da inviare e-mail alle Direzioni Sanitarie di Stabilimento;
- raccogliere la tipologia di errori anagrafici compiuti ed procedere con l'analisi statistica con periodicità semestrale da parte delle Direzioni Sanitarie di Stabilimento;
- coinvolgere i Direttori dei Dipartimenti per far sì che siano partecipi nella promozione e mantenimento di un processo così importante per ridurre i casi di errore anagrafico.

### **Profilassi Antitromboembolica in chirurgia**

A livello Aziendale è presente una procedura Dipartimentale per la profilassi anti - tromboembolica in Chirurgia. Presso le UU.OO./MM.OO. afferenti al Dipartimento di Chirurgia dell'Ausl di Ferrara, il chirurgo effettua una valutazione del paziente al momento della presa in carico per ridurre al minimo il rischio di insorgenza di tromboembolia post – chirurgica e definisce, secondo procedure omogenee, il trattamento preventivo da effettuare. Nell'ambito delle valutazioni trimestrali sulla correttezza documentale viene verificata l'adesione alla procedura per tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico.

### **Profilassi Antibiotica in chirurgia**

A livello Aziendale è presente una procedura Dipartimentale che descrive in maniera sistematica le attività relative alla profilassi antibiotica in Chirurgia.

Presso le UU.OO./MM.OO. afferenti al Dipartimento di Chirurgia dell'Ausl di Ferrara, il chirurgo effettua una valutazione del paziente al momento della presa in carico per ridurre al minimo il rischio di insorgenza/trasmissione di infezione in tutte le fasi successive all'atto chirurgico; nonché l'indicazione di terapia antibiotica secondo prove di efficacia.

### **Uso appropriato e sicuro dei farmaci**

Nell'ambito dell'Azienda Usl è stata redatta e diffusa la procedura sulla Gestione clinica del farmaco e contestualmente introdotta la Scheda Unica della Terapia (SUT). Annualmente si svolge un'iniziativa formativa dedicata al tema dell'uso appropriato e sicuro dei farmaci. Nell'ambito dei controlli della correttezza documentale viene verificata la completezza e correttezza nella compilazione della SUT. Nel corso del 2012 oltre ad una iniziativa di formazione specifica sulla gestione clinica del farmaco si è riattivato il gruppo di lavoro per la revisione della procedura aziendale alla luce delle ultime indicazioni nazionali e regionali.

### **Corretta tenuta della documentazione sanitaria**

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

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

A livello aziendale è stato costituito ed è in opera da alcuni anni il cosiddetto NAC "Nucleo Aziendale Controlli", composto da una rete aziendale multi professionale/multidisciplinare di 25 auditor volontari di diverse qualifiche professionali appositamente formati e addestrati, che si è preso il carico di effettuare i controlli sanitari interni (ed esterni) istituzionalmente richiesti.

In questo ambito risulta di particolare rilievo l'audit di terza parte effettuato con cadenza trimestrale riguardante la qualità di compilazione della documentazione sanitaria. Tale analisi viene svolta attraverso la valutazione puntiforme di 25 criteri qualitativi raccolti dalle cartelle sanitarie e indicanti i diversi aspetti di completezza delle diverse informazioni analizzate (anagrafiche, cliniche, farmacologiche, di procedura

realizzata, di consenso informato e di leggibilità). Tali rilevazioni, insieme alla condivisione periodica dei risultati emersi, hanno permesso nel tempo lo sviluppo a livello aziendale di una maggiore attenzione alla corretta compilazione della documentazione sanitaria finalizzandola alla creazione di evidenze strutturali riguardanti in particolare la gestione del rischio.

Nel corso del 2012 in tema di valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche si sono state valutate 1183 su 22453 pari al 5%

Dalle valutazioni medie comparative (anni 2011/2012) nei reparti più rappresentativi per alcuni indicatori qualitativi rilevati dagli auditor componenti il NAC (scala 1-4; suff.=2,5) si è evidenziato un sostanziale miglioramento complessivo per i principali criteri rilevati.

### **Assistenza Post-Operatoria**

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

### **Area diagnostica di laboratorio**

L'Azienda garantisce la sicurezza dei processi nel Laboratorio, sfruttando tecniche reattive e proattive, con la ferma intenzione di mantenere al centro dell'attenzione le persone, professionisti e utenti.

L'impegno sull'errore pre-analitico, ha portato il Laboratorio a mettere in campo azioni per ridurre il rischio di incorrere in eventi avversi, andando a monitorare il materiale in ingresso e raccogliendo sistematicamente eventuali non conformità. E' stato messo a punto ed informatizzato un sistema di raccolta delle non conformità, inerenti ai campioni, che vengono riscontrate durante la processazione, comodo e sempre fruibile dagli utilizzatori, in modo che sia possibile segnalare le incongruenze contestualmente alla rilevazione.

In particolare si è agito per ridurre gli errori di *identificazione del paziente* e di *campione non corretto*.

Cominciando dal presidio delle dinamiche di comunicazione e formazione, sono stati organizzati corsi formativi per diffondere buone pratiche in fase pre-analitica, per evitare l'instaurarsi di eventi avversi a partire da errori, in apparenza banali, che possono intercorrere nel momento del prelievo o dell'accettazione del campione in reparto. Con lo stesso scopo sono state diffuse agli operatori addetti, raccomandazioni per la corretta esecuzione del prelievo venoso. Parallelamente è stato attivato un sistema di monitoraggio delle temperature di trasporto dei campioni esterni delle sedi di Argenta e Cento, al fine di verificare il mantenimento di condizioni necessarie a garantire l'integrità dei campioni stessi.

Nell'ambito della *diagnostica decentrata POCT*, il Laboratorio è garante delle verifiche del buon funzionamento dell'intero processo.

Il personale del Laboratorio è costantemente impegnato in attività pratiche e formative che consentono il mantenimento di competenze, permettendo agli operatori di fornire consulenze agli addetti in caso di bisogno. I Tecnici Sanitari del Laboratorio, si occupano di una costante verifica e attestazione del buon funzionamento delle strumentazioni dei POCT, accertando il corretto allineamento strumentale. Contestualmente vengono monitorati i consumi e gestiti gli ordini. Oltre alla propria formazione, il personale del Laboratorio provvede anche a training e re-training degli operatori che saranno deputati all'utilizzo della strumentazione, nonché a monitorare il mantenimento delle competenze acquisite. Questo fa sì che i risultati restituiti dal POCT, rispondano agli stessi requisiti qualitativi di quelli prodotti in Laboratorio, per garantire la sicurezza dell'utente e dell'operatore

### **Area materno infantile: Programma di implementazione delle Linee Guida sul taglio cesareo**

In attuazione della DGR 533/2008 e dell'Accordo in sede di Conferenza Unificata del 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione dei tagli cesarei", la Commissione Nascita Regionale ha avviato un programma di miglioramento incentrato sull'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo, tramite un gruppo di lavoro di professionisti a livello regionale, i quali hanno realizzato un documento in cui vengono definite le azioni efficaci al superamento dei fattori di ostacolo all'applicazione delle raccomandazioni individuate, per produrre un efficace percorso di implementazione. La proposta di programma di implementazione, "Ripensiamo i nostri cesarei", è stata presentata nel secondo semestre del 2011 in sede di Area Vasta durante un seminario a cui hanno

partecipato gli operatori dei Punti Nascita e dei consultori famigliari della nostra azienda. Per il 2012 la regione ha richiesto la nomina di un referente locale per ogni Punto Nascita (Delta e Cento) per formarli alla metodologia dell'audit clinico per analizzare la propria realtà locale, identificare i margini di miglioramento ed attuare azioni di miglioramento utili al cambiamento. Nel 2012 si è provveduto ad analizzare i dati relativi ai Tagli Cesarei dei due Punti nascita, secondo la classificazione di Robson, e secondo la percentuale di Tagli Cesarei programmati e Tagli Cesarei Urgenti/Emergenti.

La percentuale Dipartimentale di T.C. Nel 2012 è risultata pari al 26 %, inferiore di circa 3 punti dalla media regionale del 29%. Si sono inoltre revisionate le procedure per i Tagli Cesarei Programmato, Urgente ed Emergente del Punto nascita del Delta a seguito della riorganizzazione dell'assistenza pediatrica che si uniforma al modello del Punto Nascita di Cento con assistenza diurna continua ed assistenza notturna e festiva in reperibilità, in vista del primo incontro nel 2013 per la produzione di una unica procedura dipartimentale. Nel corso del 2012, a settembre, i referenti aziendali hanno partecipato in Area Vasta al gruppo di lavoro che sta elaborando una procedura sempre relativa all'appropriatezza dell'offerta di Tagli Cesarei nei Punti Nascita unica per la nostra Area Vasta Emilia Centro. Per il 2013 è prevista una formazione a cascata verso tutti i professionisti dei due Punti nascita del Delta e di Cento, nonché un audit clinico a fine anno sull'appropriatezza dei tagli cesarei effettuati.

### **Area dipartimento di cure primarie**

Sono stati individuati i referenti del rischio per ogni Servizio del Dipartimento Cure Primarie, ai quali è stato dato il mandato di organizzare all'interno del proprio Servizio la modalità di raccolta delle segnalazioni degli eventi avversi. Per quanto riguarda il Servizio di Pediatria di Comunità in seguito ad una segnalazione di evento avverso si è attivata l'RCA (Root Cause Analysis) che ha portato all'elaborazione di una procedura come azione di miglioramento. Sono stati attivati percorsi formativi per l'inserimento dei nuovi referenti del rischio. Specificatamente in merito al Servizio di Assistenza Domiciliare sono in corso eventi formativi relativi all'elaborazione di strumenti per l'applicazione del percorso di incident reporting.

### **Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche**

Sono stati individuati i referenti delle Unità Operative del DAI SMDP ed è stato costituito il gruppo di lavoro dipartimentale. La costituzione del gruppo ha permesso la implementazione e la diffusione dell'utilizzo della scheda di "Incident Reporting" e la relativa analisi di singola Unità Operativa. I referenti Dipartimentali del rischio Clinico hanno partecipato a cinque RCA (Root Cause Analysis): tre relative ad eventi sentinella verificatisi all'interno del DAI SMDP ("Suicidio in SPDC", "Aggressività eterodiretta di paziente in cura", "Aggressione di operatore in SPDC") e due relative ad tentati suicidi avvenuti in degenze ospedaliere aziendali.

L'integrazione con l'area delle Dipendenze patologiche e della Neuropsichiatria dell'Infanzia ed Adolescenza ha portato ad una lettura condivisa della cultura della gestione del rischio clinico.

Il gruppo ha elaborato strumenti operativi specifici alla gestione del rischio nel contesto clinico della psichiatria adulti. Il gruppo si è incontrato regolarmente ed ha prodotto gli strumenti di seguito descritti:

- Procedura dipartimentale sulla prevenzione e la gestione degli atti auto ed etero aggressivi nelle degenze psichiatriche;
- Applicazione della Circolare regionale n.°16 del 2009 "Disciplina delle contenzioni fisiche Presso SPDC dei DSMDP" sulle procedure ed il monitoraggio delle contenzioni in ambiente psichiatrico ed attivazione del gruppo di controllo semestrale;
- Definizione di un protocollo di intervento nella esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatorii condiviso con la Prefettura e Forze dell'Ordine recepito dalle Amministrazioni Comunali della Provincia di Ferrara;
- Definizione dei criteri di inclusione dei pazienti a rischio di comportamenti eteroaggressivi afferenti al DAI SMDP che richiedono interventi di monitoraggio programmato.

Nell'ambito Aziendale il DAISMDP coordina il gruppo delegato alla elaborazione degli strumenti finalizzati alla riduzione del rischio suicidario in ambiente ospedaliero. All'interno del Dipartimento il gruppo ha avviato il lavoro necessario per declinare nei diversi contesti psichiatrici la procedura aziendale sulla "Gestione dei casi di allontanamento" dei pazienti dai luoghi di degenza e la gestione in sicurezza dei pazienti degenti.

Nell'ambito della collaborazione con la Prefettura e le Forze dell'ordine il DAISMDP sta organizzando eventi formativi rivolti agli operatori delle Forze dell'Ordine per la gestione in sicurezza degli eventi eteroaggressivi.

### **Area assistenza sanitaria negli istituti di pena**

Il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario penitenziario in applicazione del DPCM del 01/04/2008 ha portato al progressivo adeguamento ai modelli delle cure primarie territoriali dei percorsi assistenziali rivolti alla popolazione detenuta.

In particolare sono gestiti e monitorati i seguenti momenti organizzativi – clinici:

- 1, la gestione in sicurezza degli impianti e degli elettromedicali, in particolare del riunito odontoiatrico;
- 2, “ La gestione clinica dei farmaci” con l'elaborazione di una istruzione operativa in applicazione della procedura aziendale;
- 3, la gestione della documentazione sanitaria con l'attivazione della nuova cartella informatizzata regionale;
- 4, la presa in carico del paziente, in particolare del cronico con l'applicazione del documento regionale “Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute”;
- 5, l'applicazione al sistema sanitario penitenziario del rischio clinico con la partecipazione degli operatori al Progetto di Modernizzazione PRISK attraverso momenti formativi regionali e l'utilizzo delle schede di incident reporting, con obiettivi: elaborazione della mappa del rischio specifica per ogni istituto di pena e costituzione dei referenti del rischio clinico;
- 6, il monitoraggio e la gestione del rischio suicidario in applicazione delle disposizioni del Ministero della Giustizia con implementazione del percorso di osservazione e valutazione dei Nuovi Giunti;
- 7, la gestione in sicurezza dei pazienti con problematiche infettive (TB e HIV) attraverso l'attivazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario e di polizia penitenziaria e la predisposizione di apposite procedure clinico-assistenziali;
- 8, il controllo e la vigilanza sui locali, gli impianti e le aree di detenzione in applicazione delle normative sulla sicurezza ed igiene dei luoghi di vita e di lavoro.

### **Sicurezza in sala operatoria**

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

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

La check list è stata introdotta attraverso una integrazione informatica al registro operatorio ed ha previsto in una prima fase di pilotaggio, 2011, il coinvolgimento di alcune unità operativa del Delta e di Cento, nel corso del 2012 il completamento dell'intero Stabilimento Ospedaliero del Delta e nel corso del 2013, nel primo semestre, è previsto il completamento dell'estensione al progetto SOS\_Net a tutte le U.O. Chirurgiche degli ospedali di Cento e Argenta, attraverso eventi formativi mirati e, successivamente, nel secondo semestre l'applicazione della check list integrata a tutte le discipline chirurgiche.

Trimestralmente sono inviati dal centro di coordinamento i risultati del monitoraggio della check list alle U.O. aderenti al progetto che sono oggetto di incontro/approfondimento.

Il Ritorno informativo include reporting che si compone di:

- o cruscotto di sintesi con gli indicatori critici, da analizzare in ciascun contesto, ai fini delle necessarie azioni correttive e di miglioramento,
- o report per analisi approfondite e controlli di qualità del dato: database contenente tutti i dati inviati (esclusi interventi con data non conforme), selezionabili con gli appositi filtri e analizzabili con tabelle pivot. Gli indicatori sottolineati contengono un collegamento ipertestuale al report di analisi, nella parte di interesse.

Nel corso del 2012 la checklist SOS.net è stata applicata come riportato nel Ritorno informativo alle aziende aderenti alla Rete Sale Operatorie Sicure:

**Percentuale di interventi chirurgici nei quali è stato documentato l'utilizzo della checklist SOS.net . Stabilimenti ospedalieri pubblici e privati accreditati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Anno 2012.**

Regione Emilia-Romagna	INDICATORE			Stabilimenti	
	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Partecip.***
PUBBLICO (AUSL E AOSP)	228.571	68.965	30,2	51	34
PRIVATO ACCREDITATO	76.874	24.850	32,3	29	14
TOTALE	305.445	93.815	30,7	80	48

Azienda Usl di Ferrara		INDICATORE			Stabilimenti	
		Den.*	Num.**	Val. (%)	N. Tot.	N. Partecip.***
USL Ferrara	Stab. Pubb.	7.207	3.665	50,9	4	2
	Stab. Priv. Accr.	896	-	-	1	0

\*Den.: numero totale di ricoveri con DRG chirurgico registrati nell'anno 2012

\*\*Num.: numero di interventi chirurgici per i quali è documentata la compilazione della checklist SOS.net nell'anno 2012

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

### Area rischio infettivo

#### - SORVEGLIANZA ICA

Le attività svolte dagli operatori del Nucleo Operativo Infezioni in Sanitarie nell'anno 2012 sono state le seguenti:

Gli operatori del Nucleo hanno mantenuto stretti rapporti con la "Rete Regionale di Comitati per le infezioni sanitarie" partecipando regolarmente agli incontri regionali con cadenza trimestrale. Nell'anno 2012 gli argomenti trattati dal Nucleo su obiettivi condivisi dalla Rete CIO regionale sono:

- PROGETTO SICHER (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico): è stata completata la formazione per tutta l'area chirurgica e ginecologica dell'Azienda. Anche le Unità Operative di Ortopedia e Ginecologia, hanno iniziato la raccolta dati.

- PROGETTO EUROPEO PREVALENZA: gli operatori del nucleo, dopo apposito corso di formazione predisposto dall'Agenzia Sanitaria Regionale, in collaborazione con la Direzione infermieristica, nei mesi di Ottobre e Novembre, hanno effettuato la raccolta dati per lo studio di prevalenza presso gli Stabilimenti di Cento e Delta,.

- PROGETTO ALERT ORGANISM e INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE: si è concordato con la sezione di microbiologia del Laboratorio Unico Provinciale, con sede a Cona, la lista dei microrganismi "Alert". Si è convenuto di adottare una lista unica e condivisa con l'Azienda Ospedaliera. E' stato implementato un sistema informatizzato ed automatico per la loro notifica.

Infatti ogni isolamento oggetto di "Alert" viene notificato automaticamente via mail agli operatori del Nucleo addetto alle infezioni. Ad ogni microrganismo notificato gli operatori del Nucleo attuano la relativa indagine. Le indagini si estendono non solo a livello Ospedaliero ma anche alle strutture territoriali e ai MMG dei pazienti in assistenza domiciliare.

- LEGIONELLA: si è mantenuta costante la collaborazione con il Servizio Tecnico per il monitoraggio del microrganismo negli impianti dell'Azienda. Nei casi previsti dalle direttive regionali, sono stati inviati ai reparti interessati gli alert sanitari ed effettuate le relative bonifiche impiantistiche. I Dirigenti Aziendali, hanno partecipato ai gruppi di lavoro istituiti dalla Regione per la definizione di un modello regionale per l'elaborazione del documento del rischio legionella nelle strutture sanitarie.

- PULIZIE AMBIENTALI: il Nucleo operativo, ha prestato la propria consulenza per uno studio pilota per l'introduzione di una nuova metodologia di pulizie ambientali che prevedono l'uso di materiale probiotico.

Lo studio ha dato esito positivo e nella seconda parte dell'anno, tale modalità è stata adottata in tutta l'Azienda USL.

- PROCEDURE: sono state elaborate, in ossequio alle disposizioni regionali, le procedure di "gestione" degli enterobatteri produttori di carbapenemasi", "igiene delle mani". Tali procedure sono da condividere con gli operatori con momenti formativi prima della loro implementazione e diffusione.

- ATTIVITA' DI FORMAZIONE: sono stati individuati e proposti i temi per la formazione dell'anno 2013. I temi sono: lo stato dell'arte e lo sviluppo del progetto SICHER alla luce della circolare regionale n. **293495 del 24/11/10.**, l'igiene delle mani e la prevenzione del rischio infettivo, la gestione degli enterobatteri produttori di carbapenemasi. Inoltre sono state previste iniziative di supporto alle realtà territoriali.

- RIDEFINIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE: con delibera 348 del 07/12/2012, la Direzione Aziendale ha ridefinito l'assetto operativo per la lotta alle infezioni sanitarie. Il nuovo nucleo operativo, dispone di tre unità dedicate a tempo pieno alla tematica delle infezioni sanitarie sia ospedaliere che territoriali. Tale nucleo operativo è coordinato da un medico specialista.

### Gestione del contenzioso

L'azienda partecipa attivamente agli incontri per la realizzazione del database regionale del contenzioso e le eventuali revisioni. Da circa 10 anni l'Azienda raccoglie in un data base i dati del contenzioso ed in ragione alle indicazioni regionali si è previsto tempestivamente l'allineamento.

La casistica inserita in questa banca dati viene inoltre utilizzata per assolvere al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute, mediante il flusso informativo SIMES (Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità) che rileva i sinistri su scala nazionale.

Nel data-base regionale per l'anno 2010 sono stati inseriti 46 sinistri (37 pagati e 9 respinti o senza seguito) e per il 2011 sono stati inseriti 27 sinistri (23 pagati e 4 respinti o senza seguito).

Nel triennio 2009-2011 i dati provinciali confrontati con i valori regionali sono riportati in tabella:

#### Proporzione di valori missing relativi alle variabili: danno lamentato, tipo prestazione, anno di nascita, codice ministeriale\*. Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Anni 2009-2011.

Azienda sanitaria	INDICATORE			Sinistri aperti nel triennio
	Num.**	Den.***	Val. (%)	
USL Ferrara	57	564	10,1	141
<b>TOTALE</b>	<b>1.392</b>	<b>18.220</b>	<b>7,6</b>	<b>4.555</b>

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

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

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

### Gestione del rischio nelle case residenze anziani

Nel corso del 2011 l'Azienda ha attivato un percorso di formazione informazione sul tema della Gestione del Rischio Clinico rivolto al personale sanitario delle Case Residenze per Anziani (CRA)

Tale percorso si è concretizzato nell'evento formativo "Il rischio clinico nelle CRA", rivolto ai coordinatori delle attività infermieristiche e sanitarie delle CRA, svoltosi il 21 marzo 2012 presso la sede del polo formativo aziendale, è stato seguito da una trentina di operatori. Sono state affrontate le seguenti tematiche:

- conoscere le tecniche di analisi e gestione del rischio clinico;
- conoscere i sistemi di segnalazione di eventi avversi;
- conoscere le principali raccomandazioni ministeriali in tema di gestione del rischio clinico.

Contemporaneamente è stata svolta azione di sensibilizzazione e di confronto con i MMG referenti per l'assistenza medica nelle CRA, rappresentativi di tutte le aree distrettuali della provincia. In tale sede si sono condivisi argomenti, obiettivi ed metodi finalizzati al futuro sviluppo dei progetti formativi specifici per le equipe di assistenza socio-sanitaria nelle CRA.

Già dal 2011 è stata avviata la rilevazione dello studio di Prevalenza HALT in tema di infezioni correlate all'assistenza e di microrganismi antibiotico resistenti. Si tratta del "braccio italiano" di uno studio europeo, realizzato all'interno di un progetto regionale e ministeriale più ampio volto alla definizione di sistemi di verifica della qualità dell'assistenza nelle CRA.

La nostra azienda, tra le prime in regione, ha portato a termine lo studio HALT, consentendo di testare l'adeguatezza del metodo proposto anche nelle altre Aziende.

I risultati della rilevazione sono stati oggetto di restituzione agli operatori degli enti gestori all'interno del convegno "La qualità dell'assistenza nelle strutture residenziali per anziani", realizzato in data 8 ottobre a Villa Regina. Al convegno hanno partecipato 76 operatori di diverso profilo professionale (Medici, coordinatori di struttura, coordinatori delle attività sanitarie, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali).

Oltre alle problematiche legate alla gestione/monitoraggio della patologia infettiva nelle CRA, nel corso dell'evento sono state trattate anche altre tematiche rilevanti sotto il profilo del rischio clinico:

- "La contenzione fisica nelle C.R.A."
- "La prevenzione e la gestione delle cadute"
- "Gli strumenti di analisi e gestione del rischio clinico"

Il livello di gradimento dell'iniziativa è stato molto elevato sia per i contenuti proposti, sia per la qualità della docenza. L'85% dei discenti ha ritenuto buono/ottimo il livello di raggiungimento degli obiettivi del corso.

Capitolo a cura di Paolo Saltari e Antonio Alfano.

Il paragrafo "Sicurezza delle Cure" è stato realizzato da Cristiano Pelati, Marika Colombi, Luca Boccafogli, Renato Cardelli, Fabio Ferraresi, Giovanni Sessa, Beatrice Govoni, Maurizio Guglielmini, Franco Romagnoni, Erminio Righini, Claudio Carli, Antonella Beccati, Micaela Pandini, Rossella Pescerelli, Francesca Chiarati, Marcello Cellini, Silvano Nola, Sabina Barison, Monica Cavicchioli.