



**3. Obiettivi
istituzionali e
strategie
aziendali**

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

Programmazione strategica e centralità della persona. Riorganizzazione e governance aziendale

Sviluppo e potenziamento dei percorsi assistenziali a garanzia della continuità assistenziale, con miglioramento della qualità dei servizi e delle cure, con attenzione ai bisogni dei cittadini e all'ottimizzazione nell'uso delle risorse economiche

Dal punto di vista dell'organizzazione i servizi sociosanitari, devono dimostrarsi sempre di più, dinamici e flessibili, basati sulla collaborazione operativa anche tra professionisti e operatori sociosanitari ai vari livelli e rivolti ai differenziati bisogni del cittadino, bisogno particolarmente sentito nella Provincia di Ferrara, caratterizzata da un indice di vecchiaia tra i più alti della Regione Emilia-Romagna.

Dal punto di vista della Programmazione strategica, è stato perseguito un livello molto forte di integrazione tra l'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Anna e l'Azienda USL, con attenzione verso l'appropriatezza delle cure, i bisogni dei pazienti e ad un utilizzo razionale delle risorse.

Il percorso ha cercato di favorire il coinvolgimento dei diversi attori del sistema, puntando anche allo sviluppo delle diverse professionalità e all'utilizzo di strumenti, anche di carattere gestionale, come il *percorso Budget anche per i dipartimenti interaziendali o il ciclo annuale di programmazione e controllo direzionale*, che rappresenta il meccanismo operativo di programmazione annuale con uno strutturato sistema di monitoraggio.

Le diverse azioni di sistema, hanno anche riguardato la realizzazione di Dipartimenti interaziendali e di percorsi assistenziali con una rete di servizi a carattere provinciale, basata su una più efficace razionalizzazione delle risorse.

Seguendo le indicazioni previste dal "Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016", la programmazione aziendale per il 2014, ha previsto la realizzazione di un assetto organizzativo sostenibile, che ha teso all'allineamento con il costo pro-capite medio regionale, sempre attento ai bisogni dei cittadini ferraresi.

Privilegiata l'organizzazione basata su una rete reale che pratichi il modello di un punto centrale ad alta complessità (Hub) e di punti di prossimità (Spoke), in grado di erogare al meglio l'assistenza di primo livello.

In questa ottica, è stata prevista, tra l'altro, la realizzazione di:

- tre Ospedali di prossimità/Ospedali Distrettuali, Cento, Argenta e Delta, ciascuno caratterizzato da una organizzazione per livelli diversificati di intensità di cura;
- un servizio cittadino che sarà connotato dal ridimensionamento dell'Anello San Anna e dalla costruzione di una Casa della Salute;
- . altre Case della Salute e/o Ospedali di Comunità, nella restante parte del territorio ferrarese;
- un territorio in rete, nel quale l'integrazione con le strutture ospedaliere consente di creare percorsi completi, affidabili per il paziente, e sostenibili per il sistema anche nell'ambito della medicina Generale;
- un servizio di continuità assistenziale realmente utilizzato ed utilizzabile; che ancora deve consolidare il suo assetto;
- un servizio psichiatrico ospedaliero che vada verso un unico punto di erogazione ospedaliera, potenziando il territorio, con equità nei punti erogativi e grande attenzione allo sviluppo di servizi in sintonia con i bisogni e le esigenze specifiche;
- funzioni amministrative centrali unificate in una unica sede fisica e progressivamente trasformate da Dipartimenti in Servizi interaziendali o di Area Vasta, superando i residui di frammentazione territoriale che hanno reso i servizi amministrativi spesso incompleti o non idonei a svolgere pienamente la loro funzione di

“piattaforma di supporto alla attività sanitaria”: dagli sportelli di prenotazione, accettazione, pagamenti, alle attività propriamente amministrative erogate dai servizi centrali.

In linea con le indicazioni normative regionali, è continuata l'attività di trasformazione degli stabilimenti ospedalieri a minor complessità e realizzazione degli Ospedali di Comunità.

Basandosi su criteri di accessibilità, qualità, sicurezza, continuità delle cure, sono state realizzate particolari strutture sanitarie territoriali intermedie come le Case della Salute di Portomaggiore, Pontelagoscuro e ampliamento della Casa della Salute Anello S. Anna.

Realizzati a Copparo l'Ospedale di Comunità e la Casa della Salute mentre a Comacchio attivo l'Ospedale di Comunità ed in progettazione la Casa della Salute.

A Bondeno, è in progettazione sia la Casa della Salute che l'Ospedale di Comunità dopo i danni legati all'evento sismico.

Queste strutture, innovative dal punto di vista assistenziale, offrono, in sintesi, favorevoli opportunità sia per i pazienti che per gli operatori.

Andando incontro ai bisogni dei pazienti, le strutture che consentono:

- la gestione della cronicità, con un approccio proattivo ed il monitoraggio attivo dei pazienti, attraverso il lavoro in equipe che coinvolga Infermieri, Medici di medicina generale, medici specialisti, professionisti del sociale, associazioni e rappresentanti dei cittadini;
- l'adozione di strumenti di case management per i casi più complessi;
- l'utilizzo di care manager per il governo dei percorsi integrati di presa in carico dei pazienti cronici;
- la collaborazione tra professionisti attivando, all'interno delle Case della Salute, progetti di salute integrati per la popolazione di riferimento territoriale e progetti di promozione e prevenzione della salute;
- assistenza, negli Ospedali di Comunità, a pazienti caratterizzati da relativa stabilità clinica e da necessità assistenziali medio elevate, che richiedono un monitoraggio permanente in regime residenziale.

L'integrazione dei servizi, oltre agli aspetti organizzativi, ha rappresentato un'occasione di crescita professionale per gli operatori legata ad una più attuale “cultura professionale”, che rivolge la sua attenzione al valore dell'integrazione nella presa in carico dei pazienti e delle loro famiglie, focalizzando l'attenzione sul processo assistenziale di presa in carico dei pazienti.

Un particolare aspetto di innovazione è rappresentata dal ruolo di infermiere Care Manager nella gestione della patologia cronica, nel rispetto delle competenze specifiche di ciascuno degli attori coinvolti nel processo di cura. L'obiettivo è quello di promuovere l'autocura dei pazienti, ridurre la frammentazione delle cure, fornire continuità alle cure ed attraverso la continuità, migliorare la qualità di vita della persona.

Altro strumento di intervento assistenziale integrato è legato allo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie, che tendono sempre di più a favorire un di confronto (audit), ed una integrazione reale, sia tra professionisti delle cure primarie (Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri, Specialisti ambulatoriali, ecc.) che con i professionisti che operano in ospedale. Questo approccio sarà vincente nell'affrontare e risolvere la questione annosa dei lunghi tempi di attesa per le prestazioni specialistiche e di ricovero.

L'obiettivo, seguendo anche le indicazioni Regionali in questo particolare ambito, è proprio quello di rafforzare la presa in carico della multimorbilità e dei soggetti fragili anche attraverso:

- l'attivazione, all'interno degli ambulatori infermieristici di Nucleo, della gestione della cronicità mediante strumenti innovativi come i registri di patologia e modelli predittivi di fragilità;

-la diffusione dei Profili di Cura come strumenti di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza primaria, realizzando di incontri di audit clinico a livello di NCP su tematiche condivise (per esempio appropriatezza prescrittiva, profili di NCP, percorsi assistenziali);

- la partecipazione allo sviluppo ed alla diffusione dei profili di Cura dell'Unità Pediatrica di Cure Primarie, con organizzazione di incontri di presentazione a livello distrettuale.

Le azioni di cambiamento organizzativo prevedono il supporto di specifiche attività di Formazione multiprofessionale e interdisciplinare, necessarie sia per approfondire e/o consolidare le conoscenze mutualmente utili che per promuovere lo scambio di conoscenze, puntando ad attività tese all'acquisizione di competenze che prevedono :

- lo sviluppo partnership nel lavoro di gruppo/team;
- una visione integrata multi-professionale degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento;
- sicurezza, qualità e continuità nelle azioni professionali.

Con l'attivazione di specifici percorsi per la presa in carico territoriale degli utenti affetti da patologie croniche e di servizi di supporto alla domiciliarità, tarati sulle condizioni del paziente, sul contesto familiare e sul tipo di risposte e risorse disponibili, sulla base delle segnalazioni ricevute (Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta, famiglie, Servizi Sociali, strutture di ricovero, altri servizi), si tende anche ad offrire maggiore sostegno assistenziale alle persone affette da patologie croniche.

I percorsi hanno riguardato diffuse patologie, come il Diabete mellito in età adulta, Diabete di tipo 1 nell'infanzia e adolescenza, somministrazione farmaci in età pediatrica, scompenso cardiaco, azioni di promozione della salute anche in ambito cardiovascolare, Prevenzione secondaria delle recidive cardiovascolari post IMA/SCA, senza tralasciare il miglioramento dei processi di accesso, trattamento e dimissione delle persone con bisogno di assistenza in fase post-acuta e riabilitativa.

Le azioni previste dal "Piano Strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della Sanità Ferrarese per il triennio 2013 – 2016", hanno portato alla realizzazione a fine 2014 delle seguenti Reti:

- ✓ RETE ONCOLOGICA – U.O.C. PROVINCIALE DI ONCOLOGIA MEDICA
- ✓ RETE NEFROLOGIA – DIALISI U.O.C. PROVINCIALE DI NEFROLOGIA E DIALISI
- ✓ RETE T.A.O. – N.A.O.
- ✓ RETE INTEGRATA PER IL PAZIENTE DIABETICO – U.O.C. PROVINCIALE DIABETOLOGIA
- ✓ RETE PER L'ASSISTENZA ALL'ICTUS CEREBRALE ACUTO PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE E NEURO TRAUMA PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ RETE DELL'EMERGENZA
- ✓ RETE DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- ✓ RETE ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA CARDIOLOGICA E L'ELEZIONE CARDIOLOGICA PROGRAMMA INTERAZIENDALE
- ✓ RETE PEDIATRICA E PERCORSO NASCITA – U.O.C. NEONATOLOGIA
- ✓ LABORATORIO UNICO PROVINCIALE

Generalità sulla struttura e sull'organizzazione dei servizi

Assistenza Ospedaliera

A) STATO DELL'ARTE

L'azienda opera mediante n. **1** Struttura Pubblica a Gestione diretta formata, a sua volta, da n. **3** Ospedali e da n. **2** stabilimenti ospedalieri che vanno a costituire il Presidio Unico Ospedaliero ovvero la Direzione Assistenza ospedaliera, secondo le denominazioni dei flussi ministeriali HSP. Essi sono:

- Ospedale "Mazzolani Vandini" di Argenta,
- Ospedale del Delta di Lagosanto,

- Ospedale “Ss. Annunziata” di Cento

Nel 2014 è avvenuta, inoltre, la trasformazione definitiva di Bondeno, Comacchio e Copparo, da ospedali a strutture sanitarie Case della Salute e, nelle due sedi di Copparo e Comacchio di 2 Ospedali di Comunità (per un totale di 40 posti letto).

- **OSCO:** Ospedale di Comunità “San Camillo” di Comacchio;
- **OSCO:** Ospedale di Comunità “San Giuseppe” di Copparo.

Sul territorio della provincia di Ferrara operano, inoltre, n. 2 Strutture Private Accreditate. Esse sono:

- Casa di Cura Accreditata “**Quisisana S.r.l.**”
- Casa di Cura Accreditata “**Salus S.r.l.**”

Il “Piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il 2013-2016”, presentato in CTSS il 26 Giugno 2013 e condiviso con l’Azienda Ospedaliera Universitaria, vuole rappresentare uno strumento indispensabile per sviluppare alcuni principi che di seguito si sintetizzano:

1. Garantire l’appropriatezza delle prestazioni sanitarie.
2. Garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori.
3. Garantire quindi la sostenibilità economica, professionale e tecnica dell’intero sistema
4. Sviluppare e mantenere l’efficienza delle sale operatorie.
5. Creare le Reti Cliniche integrate provinciali con ottimizzazione dell’Ospedale HUB e dei Centri Spoke.
6. Ripensare all’ospedale ed al territorio in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti.

L’azienda USL, già dal giugno 2013 ha adottato il piano attuativo locale relativo al riordino del sistema ospedaliero provinciale. Tale documento è stato approvato nel mese di Giugno 2013 dalla CTSS.

Con riferimento al percorso di programmazione aziendale e agli obiettivi 2014 contenuti anche nel “Piano di sostenibilità provinciale 2013-2016” - elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 26/06/2013 e Deliberato dall’Azienda USL di Ferrara con atto n. 180 del 5/8/2013, viene fornita una sintesi delle attività di rilievo aziendale realizzate nell’anno 2014.

Le azioni legate all’organizzazione ospedaliera sono riferite al proseguimento nello sviluppo del modello HUB e Spoke e dall’attivazione delle reti cliniche provinciali, in sinergia con l’AOSP.

Dal 7 Gennaio 2014 con Delibera Aziendale N.335 del 24/12/2013 è stata effettuata una ridefinizione dei Posti Letto degli ospedali Aziendali passando da 721 posti letto presenti al 31/12/2012 a 600 al 31/12/2013 e 516 al 31/12/2014; anche con Delibera Aziendale N. 152 del 26/05/2014 “Cessazione attività di ricovero in degenza ordinaria e day hospital presso gli stabilimenti ospedalieri di Bondeno, Copparo e Comacchio - riconversione degli stabilimenti in strutture sanitarie territoriali - Ospedali di Comunità”, si dispone la cessazione dell’attività di ricovero in degenza ordinaria e day hospital presso i posti letto degli Stabilimenti Ospedalieri di Bondeno, Copparo e Comacchio che cessano così di essere parte del Presidio Ospedaliero dell’Azienda Usi; si dispone altresì la riconversione degli Stabilimenti Ospedalieri di Bondeno, Comacchio e Copparo in Strutture Sanitarie Territoriali – Ospedali di Comunità, con l’ottenimento da parte della regione Emilia Romagna di rilascio del codice autorizzativo di funzionamento delle strutture. L’attivazione della Struttura Sanitaria Territoriale di Bondeno avverrà al termine dei lavori di ricostruzione in atto.

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 profonda revisione dell’assetto organizzativo dell’offerta di servizi ospedalieri per la salute. L’anno 2014, è stato caratterizzato dalla attivazione, del piano strategico di riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità della sanità ferrarese per il triennio 2013 2016.

In particolare sono stati attivati percorsi progettuali ed operativi sulle seguenti Aree:

Le azioni di maggior rilievo nel corso dell’anno 2014, sono state:

Ospedale di Argenta:

- Definizione di gruppi di lavoro ed introduzione di nuovi strumenti (briefing handover visual management ecc.) per l'attuazione del percorso dell'organizzazione per intensità di cura con attivazione e potenziamento della funzione riabilitativa;
- Consolidamento del progetto di Telerefertazione;
- Attivazione del POCT durante le ore notturne e festive a superamento del Laboratorio Analisi;
- Completamento della ristrutturazione della struttura ed attivazione del centro servizi multi professionale.

Ospedale del Delta:

- Ristrutturazione delle aree di Rianimazione ed UTIC e realizzazione di una area intensiva ed una semi intensiva. Avvio dell'organizzazione per intensità di cura;
- Attivazione della piastra chirurgica mediante accorpamento delle funzioni di Chirurgia Generale, Urologia ed Ortopedia. Avvio dell'organizzazione per intensità di cura;

Ospedale di Cento:

- Avvio del progetto intensità di cure nell'area intensiva mediante l'accorpamento delle funzioni di Rianimazione ed UTIC e dell'area medica mediante "avvicinamento" delle funzioni di Medicina e Cardiologia;
- Inizio del percorso di superamento della guardia dipartimentale chirurgica ed attivazione dei medici del PS per la copertura delle valutazioni urgenti di questi reparti;
- Avvio del modello organizzativo per intensità di cure, da consolidare nel 2015;
- Consolidamento del progetto di Telerefertazione.

Gli Ospedali di Copparo e Comacchio, sono stati rimodulati a Strutture Sanitarie Territoriali e istituite Case della Salute.

All'interno di tali strutture, sono stati attivati 20 p.l. in ciascuna struttura, di Ospedale di Comunità.

Assistenza Territoriale

OBIETTIVI DELL'ESERCIZIO RELATIVI ALLA STRUTTURA E ALL'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

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

- potenziamento del sistema delle cure primarie
- controllo dei tempi di attesa prestazioni specialistiche, tema delle cure primarie;
- ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta;
- presa in carico dei pazienti cronici.

Per l'anno 2014 l'Ausl di Ferrara prosegue i percorsi di riorganizzazione, rafforzamento e potenziamento delle cure primarie finalizzati a garantire la medicina di iniziativa, il case management e la presa in carico globale del paziente affetto da patologie croniche e del paziente fragile.

Occorre 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 regionale; il decremento demografico è una condizione peculiare della realtà ferrarese; emerge inoltre 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.

Nelle **Case della Salute** storiche (Copparo, Portomaggiore, Pontelagoscuro) e in quelle programmate (Sant'Anna, Comacchio e Bondeno) si stanno sviluppando percorsi sulla cronicità: diabete, scompenso cardiaco, BPCO, orientamento all'attività motoria per pazienti con rischio cardiovascolare.

Sono attivi in queste sedi ambulatori infermieristici dedicati allo svolgimento di attività programmate, con l'utilizzo di modalità di gestione proprie della medicina di iniziativa (chiamata attiva) e realizzazione di interventi di supporto all'autocura/educazione terapeutica.

Si sviluppa nelle case della salute la collaborazione con il DSM per la presa in carico integrata della patologia psichiatrica lieve (Copparo, ambulatorio dedicato ai disturbi dell'ansia, N. 35 pazienti in gestione integrata) e delle dipendenze da sostanze (alcol, fumo a Copparo e Portomaggiore).

Nella Casa della Salute di Portomaggiore, dal febbraio 2011 al 31 dicembre 2014 sono entrati nel progetto "Scompenso Cardiaco" complessivamente 234 pazienti.

Al 31 dicembre 2014 i nuovi soggetti inseriti nel progetto sono 131, di cui 78 maschi (60%) e 53 femmine (40%).

La stadiazione clinica dei soggetti evidenzia che il 64% dei pazienti sono classificati nello stadio C e il 34% nello stadio B.

Dall'inizio del progetto i dati di attività dell'ambulatorio a gestione integrata cardiologo-infermiere sono: 234 prime visite e 833 visite di controllo a cui si aggiungono 1.666 follow up telefonici effettuati dall'infermiere care-manager.

La tendenza alla riduzione dei ricoveri per scompenso cardiaco nei pazienti seguiti nel progetto è confermata dai dati del flusso regionale SDO relativi ai ricoveri di residenti nei Comuni di Portomaggiore e Ostellato per DRG 127; dal 2010 al 2014 si è passati da 113 a 95 ricoveri annui.

Per quanto riguarda il "Progetto Diabete", nel corso del 2014 sono entrati nel percorso di gestione infermieristica e percorsi facilitati 71 pazienti inviati dai MMG del NCP di Portomaggiore.

Per quanto attiene lo sviluppo dei **Nuclei di Cure Primarie**, si è favorito il confronto fra i professionisti che operano sul territorio (mmg, specialisti ambulatoriali, infermieri, ostetriche) e i professionisti ospedalieri (radiologi, ortopedici, cardiologi, ginecologi) attraverso l'organizzazione di audit ed eventi formativi sull'appropriatezza prescrittiva dei farmaci, sull'uso della diagnostica radiologica (RMN articolare) sui PDTA della neoplasia polmonare e della neoplasia della mammella, sul percorso nascita, sui percorsi per i pazienti cronici nelle Case della Salute (radiologia e PICC nella Casa della Salute "Cittadella San Rocco").

I percorsi facilitati di accesso attivi alla Cittadella San Rocco attraverso il PDA sono:

- il percorso per la Radiologia che coinvolge lo specialista ortopedico e lo specialista reumatologo;
- il percorso Ecodoppler Cardiaco per gli specialisti cardiologi e per i MMG del Nucleo di Cure Primarie;
- il percorso Elettromiografia che coinvolge gli specialisti ortopedici, reumatologi e neurologi;
- il percorso per problemi ginecologici urgenti (riserva di posti prenotabili alla Cittadella San Rocco e fruibili presso la sede del consultorio di Via Boschetto);
- percorso PICC (pazienti che necessitano di inserimento di PICC provenienti dal domicilio possono ricevere la prestazione presso un ambulatorio dedicato all'interno della struttura).

I percorsi facilitati di accesso attivi alla Casa della Salute di Copparo attraverso il PDA sono:

- il percorso BPCO;
- il percorso Diabete;
- il percorso per Insufficienza renale cronica;
- il percorso per la disassuefazione al fumo di sigaretta;
- la carta del rischio cardiovascolare;
- il percorso vaccinazioni nell'ambulatorio di Nucleo;
- il percorso per la piccola traumatologia;
- il percorso per i disturbi di ansia;
- il percorso per il paziente anziano complesso.

Inoltre, per quanto riguarda la **Programmazione Aziendale**, sono state realizzate azioni, che mettono al centro il paziente, articolate nelle diverse determinanti, in particolare:

- Migliorare l'integrazione Ospedale/Territorio attraverso la costruzione di reti cliniche (ictus cerebrale acuto) e la formalizzazione di un programma interaziendale di geriatria;
- 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;
 - Sviluppare nuovi modelli assistenziali all'interno delle Case della Salute con forte integrazione socio-sanitaria.
- Migliorare l'appropriatezza nella assistenza farmaceutica e protesica.

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 nell'utilizzo delle risorse (Professionale e Tecnologica).

I risultati ottenuti devono essere potenziati e meglio qualificati in termini quantitativi e di indicatori di confronto regionale, in sinergia con l'Azienda ospedaliero-universitaria. Questo è l'obiettivo prioritario per il 2015.

Le azioni realizzate nell'area del Distretto **Centro – Nord** sono le seguenti:

Ferrara

Casa della Salute Cittadella San Rocco:

- Trasferimento del Poliambulatorio con 15 branche specialistiche e attivazione di diagnostica radiologica di base (Rx torace e piccole articolazioni), ecografia e senologia e attivazione del PDA per i percorsi di presa in carico;
- Trasferimento-attivazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, servizio assistenza anziani (UVG) ambulatorio stomizzati magazzino distribuzione ausili per incontinenza;
- Attivazione di 2 punti di accoglienza gestito dall'urp all'ingresso della Casa della Salute San Rocco 15 e Corso Giovecca 203.

Casa della Salute Pontelagoscuro:

Sviluppo della attività cardiologica per il nucleo di cure primarie Ferrara nord, trasferimento dell'UVM disabili nella casa della salute con una forte integrazione con ASP.

Copparo

Per la "Casa della Salute": si è realizzato il consolidamento dell'Ambulatorio Medico e Infermieristico H12, presa in carico della cronicità, realizzazione di percorsi diagnostici terapeutici completi e potenziamento specialistica ambulatoriale con 17 specialità. Si è implementato il percorso di integrazione con la Sanità Pubblica sulle vaccinazioni sviluppando l'autonomia vaccinale degli infermieri di nucleo sia rispetto alle vaccinazioni dell'adulto che alle vaccinazioni pediatriche, interventi di promozione della salute (gruppi di cammino). Si è implementata l'integrazione con il DSM attivando un ambulatorio per i pazienti con disturbi psichiatrici minori a gestione mmg e psichiatra.

E' stato avviato un progetto di collaborazione con l'università di Bologna e l'Agenzia Sanitaria regionale sui percorsi di integrazione sociosanitaria e presa in carico dei pazienti fragili ("progetto Brasile").
Disattivazione della struttura ospedaliera di Copparo e riconversione di 20 posti letto di lungodegenza in 20 posti letto di ospedale di comunità a gestione infermieristica e con la responsabilità clinica del medico di medicina generale

Nell'area del Distretto **Ovest**; il progetto di realizzazione della Casa della salute di Bondeno e riconversione della struttura Borselli è stato autorizzato dalla Regione. Sono quasi ultimate le procedure per i finanziamenti complessivi sia della quota art.20 sia per la quota a carico dei Fondi terremoto e assicurativi. Nel corso del primo semestre si è riavviata a Bondeno l'attività del Poliambulatorio che dopo il sisma era stata trasferita a Cento e Vigarano. La medicina di gruppo è stata trasferita nell'ex Casa delle suore, nell'area cortiliva adiacente la struttura.

Nell'ex Borselli è stato collocato anche il Cup e il consultorio che nel dopo sisma era stato ospitato in un struttura del comune.

Sono stati sviluppati percorsi di maggiore integrazione ospedale-territorio nell'area dell'attività cardiologica ambulatoriale (tele refertazione ecg, percorsi riservati per la medicina generale) e ortopedica (percorsi riservati per la medicina generale)

Forte integrazione anche nell'area materno infantile fra i consultori e l'UO di ostetricia e ginecologia sul percorso nascita e sulle IVG

Sul progetto vaccinazioni sono state realizzate attività rivolte all'integrazione interdipartimentale.

Le azioni specifiche che riguardano l'Area **Sud – Est** sono le seguenti:

All'interno della struttura "San Camillo" è stata costituita una Medicina di Gruppo in previsione di realizzare la Casa della Salute. Dal primo giugno 2014 è stato attivato un Ospedale di Comunità con n. 20 posti letto dopo disattivazione dei posti letto di Lungodegenza.

Anche qui il modello prevede la gestione dell'assistenza in capo agli infermieri e la responsabilità clinica in capo ai medici di medicina generale.

Nel periodo giugno-settembre è stato attivato il punto di primo intervento destinato ai turisti, come da programmazione approvata dalla CTSS.

Dal mese di ottobre 2014 è stato attivato l'ambulatorio di nucleo H12 dei Medici di medicina generale.

Rimane da completare l'attivazione della Pediatria di gruppo e il trasferimento del Dipartimento di sanità pubblica.

Per quanto riguarda la "Casa della Salute" di Portomaggiore: i lavori di ristrutturazione sono stati completati nel mese di novembre.

Vi è stato un rafforzamento delle attività ambulatoriali urgenti di medicina generale nell' H12 gestito dal NCP, del Punto Prelievi; sviluppo del PDA infermieristico con implementazione dei percorsi di presa in carico, condivisi tra MMG e Specialisti, sviluppo dell'infermiere care manager per la presa in carico dei pazienti con scompenso cardiaco cronico e diabete.

Gli interventi nell'Area di Argenta sono stati:

- ristrutturazione dell'area dell'accesso con attivazione del nuovo CUP e Punto Prelievi;
- rivalutazione progettuale attività ortopedica in ottica provinciale;
- riorganizzazione complessiva attività chirurgica ginecologica;
- riorientamento attività chirurgica generale in ottica provinciale;
- potenziamento attività endoscopica e chirurgica ambulatoriale (anche dermatologica).

Anche nel Distretto sud est si è attivata l'integrazione DCP-DSP sulle vaccinazioni e lo sviluppo dell'autonomia vaccinale in capo al personale infermieristico.

Il **Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche** (DAISMDP) è la macro struttura aziendale per la Salute mentale e le Dipendenze Patologiche, come evidenziato nell' Atto Aziendale, nella Delibera 339 del 19 ottobre 2009, nel Piano Triennale Salute Mentale 2009-2011 della Regione Emilia - Romagna, nella Legge di Riforma 833/78.

Il DAI SM DP garantisce prestazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali, dei disturbi da abuso di sostanze e delle disabilità conseguenti, per un tempo che spazia dall'infanzia, all'adolescenza, all'età adulta, fino all'età avanzata; inoltre, garantisce l'integrazione con altre agenzie socio-sanitarie per contribuire a migliorare la salute mentale della popolazione in generale.

E' importante sottolineare l'ingresso nel DAI SM DP nel 2010 della componente universitaria psichiatrica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna, che ha determinato l'integrazione interaziendale tra le 2 Aziende sanitarie ferraresi nell'ambito della salute mentale.

Tutti i trattamenti erogati dal DAI SM DP seguono un approccio terapeutico di tipo bio-psico-sociale finalizzato a:

- promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale della popolazione in ogni fascia di età;
- tutelare i diritti di cittadinanza e l'inclusione delle persone adulti e minori con disturbi mentali gravi e disabilità psicofisiche, disturbi da abuso di sostanze, lavorando contro lo stigma;
- intervenire con trattamenti terapeutici appropriati, nella fase della riabilitazione e nella fase delle urgenze, assicurando l'unitarietà del progetto, la continuità terapeutica e l'integrazione degli interventi, con un uso razionale delle risorse;
- implementare la multidisciplinarietà e l'interdisciplinarietà ad ogni livello della rete, contribuendo alla realizzazione dei Piani per la Salute e il Benessere, all'interno delle modalità di politica sanitaria predisposte per l'integrazione socio-sanitaria tra Direzione Aziendale, Direzione Distrettuale, Enti Locali (Ufficio di piano, Piani di zona, ASP);
- valorizzare la partecipazione delle Associazioni dei familiari, degli utenti e del volontariato, come risorse del Dipartimento.

Tutte le prestazioni garantite dal Dipartimento sono quelle considerate nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), nei Prodotti-Indicatori-Standard indicati nell'accreditamento dell'Agenzia Sanitaria Emilia-Romagna e nei Progetti regionali di Innovazione con relativi fondi vincolati.

Con Delibera 173 del 26/07/2013, è stato completato il primo processo di riorganizzazione del Dipartimento in linea con la legislazione vigente, il Piano triennale Salute Mentale 2009-2011, secondo le seguenti linee programmate di cambiamento, che hanno condotto ai seguenti risultati, da migliorare e consolidare:

- sviluppo della semplificazione e razionalizzazione dei percorsi di accesso e di presa in carico dei pazienti, garantendo livelli di appropriatezza e qualità assistenziale e del rispetto della sicurezza anche degli operatori;
- unificazione dell'assistenza psichiatrica nell'area ospedaliera attraverso la costituzione di una Unità Operativa a direzione universitaria;
- unicità e continuità dei percorsi terapeutici riabilitativi nel territorio provinciale attraverso la costituzione di una estesa U.O. complessa che governa unitariamente nel territorio la salute mentale, superando la logica particolaristica dei distretti Centro/Nord e Sud/Est;
- organizzazione delle cure relative ai Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) come delineato dalla delibera di Giunta Regionale n. 1298 del 2009, che prevede progetti interaziendali con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara;
- integrazione intradipartimentale (tra le Unità Operative che costituiscono il Dipartimento Salute Mentale) e interdipartimentale (con altri dipartimenti aziendali, Dipartimento Sanità Pubblica - Dipartimento Cure Primarie – Case della Salute) e con l'Azienda Ospedaliera Universitaria;
- sviluppo del Programma di Psicologia Clinica e di Comunità che deve garantire una razionale valorizzazione di tutte le risorse professionali di "Psicologo" presenti in Azienda e una maggiore efficienza gestionale, ricomprendendo, a tal fine, i moduli funzionali "Affidi", "Adozioni / Abuso", nonché l'incarico di Alta Specializzazione "Disturbi Specifici dell'Apprendimento (D.S.A.)";
- razionalizzazione del numero di Strutture Complesse e Semplici per maggiore efficienza nella governance;
- superamento della logica della frammentazione distrettuale delle risorse umane amministrative riorganizzando l'U.O. "Servizi Amministrativi" del DAI SM DP.

Con Determinazione 6730 del 20/05/2014 la Giunta Regionale ha concesso il rinnovo dell'accREDITAMENTO del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche dell'Azienda Usl di Ferrara a partire dal 1° agosto 2013.

I risultati raggiunti nel 2014, confrontati con i dati regionali, evidenziano possibili margini di miglioramento, che l'Azienda sta già percorrendo, verso una ulteriore semplificazione dei percorsi di presa in carico, una migliore gestione delle risorse assegnate, utilizzate in modo trasversale (psicologi) nonché una piena integrazione dell'area ospedaliera ed una ancora maggiore integrazione dei servizi territoriali nelle Case della salute.

Inoltre nell'ambito della "Armonizzazione dei sistemi contabili" sono svolte le attività propedeutiche alla Certificazione di Bilancio (PAC) che hanno portato alla approvazione ed applicazione della Procedura "Gestione del Magazzino Farmaceutico" doc. Nr. 5025 - versione 1 del 23/12/2014. La stessa è espressione della Delibera n. 312 del 27/11/2014 dell'AUSL di Ferrara e comprende le seguenti Istruzioni Operative: - "Gestione ricevimento merci" - "Gestione scorte" - "Allestimento in regime ordinario di prodotti farmaceutici gestiti a scorta" - "Gestione inventario annuale prodotti farmaceutici".

Anche le linee di Budget sono state redatte tenendo in considerazione le "Linea Guida Regionale al Regolamento di Budget" di recente emanazione e recepite dall'Azienda con Delibera N. 310 del 27/11/2014 ad oggetto: Individuazione procedure amministrative contabili in applicazione del percorso attuativo della certificabilità ai sensi del d.m. 1 marzo 2013. regolamento di budget."

Sistema di Valutazione sulla Performance organizzativa e individuale

L'Azienda, in collegamento con il processo di Budget annuale, già dal 2011 ha provveduto ad una revisione dell'intero processo, dalla individuazione degli obiettivi riportati nel documento di direttive di budget fino alla valutazione di ogni singolo Dirigente.

Inoltre, le indicazioni pervenute dal livello nazionale e regionale relativamente all'applicazione del D.Lgs. n. 150/2009, l'istituzione a livello regionale di un Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), unico per l'intera regione Emilia-Romagna pur coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (O.A.S.) e la normativa vigente in materia di valutazione del personale dirigente, inducono alla revisione del sistema di valutazione annuale del Personale dirigente.

Analoga revisione, con i necessari adattamenti, è in corso per il sistema di valutazione del personale dell'area comparto.

Considerati gli aspetti innovativi del percorso per la realtà aziendale, esso era già stato concretamente testato negli anni 2012 – 2013, per evidenziare gli eventuali punti di debolezza; poi modificato nella maniera più appropriata ed adattato agli orientamenti ricevuti dalla Regione. In considerazione anche della presenza di Dipartimenti interaziendali tra la ASL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria della provincia, le due Aziende hanno condiviso strumenti e metodi, fino anche alla scheda di valutazione della performance individuale annuale del personale dirigente applicati poi in ciascuna realtà secondo i disegni ed i percorsi in atto.

LA VALUTAZIONE COME STRUMENTO DI GESTIONE E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

L'attività di verifica e valutazione, prevista dalla normativa legata al contratto collettivo nazionale di lavoro, sia della Dirigenza che del Comparto, dal cap. n.5 della DGR n. 1113/2006, dal D.Lgs. n. 150/09, dalle indicazioni operative delle Delibere CIVIT, dalla legge n. 135/2012 e dalle indicazioni regionali, richiede l'introduzione di più innovativi concetti di gestione e valorizzazione delle risorse umane all'interno dell'Azienda.

Le tipologie di valutazione previste dalla normativa, finalizzate ad un miglioramento dell'efficacia gestionale attraverso la valorizzazione delle risorse umane, rivolgono in particolare l'attenzione ai seguenti livelli valutativi:

- a) *performance individuale;*
- b) *performance organizzativa.*

La valutazione della performance individuale si compendia in:

- *valutazione relazionale*, inerente ai comportamenti organizzativi;
- *valutazione manageriale*, relativamente alle capacità del Dirigente di guidare la Struttura affidatagli e di perseguire gli obiettivi collegati;
- *valutazione professionale*, relativa alle skill di ogni Dirigente.

La revisione del percorso di valutazione, nel rispetto delle normative e dei regolamenti aziendali, deve contribuire al miglioramento degli standard di qualità tecnica e relazionale, al fine di offrire una migliore risposta ai bisogni del cittadino – utente.

Anche i più recenti indirizzi di programmazione ed organizzazione riguardanti le Aziende Sanitarie, sia a livello nazionale che regionale, evidenziano la necessità di sviluppare percorsi assistenziali tesi a privilegiare un tipo di organizzazione del lavoro basata sul contributo operativo di molteplici professionalità che devono interagire tra di loro.

La logica della valutazione necessita di uno stretto collegamento al processo di gestione aziendale. A questo scopo appare necessario prevedere la realizzazione di percorsi valutativi legati allo sviluppo della qualità e non ancorati esclusivamente a concetti giuridico – amministrativi, anche se questi rappresentano un consistente aspetto della valutazione del personale.

Valutazione, sviluppo professionale e progressione di carriera devono essere considerati in maniera integrata.

Il percorso e gli strumenti della valutazione devono tener conto delle diversificate capacità di risposta da parte di ciascuna persona valutata, in rapporto al proprio livello di responsabilità, alle *performance aziendali*, in un’ottica di *qualità*, rivolta non solo ad aspetti quantitativi, ma anche di tipo relazionale, con attenzione ai livelli di soddisfazione del cittadino – utente.

In particolare, devono essere tenuti nella massima considerazione i collegamenti con gli standard previsti dall’accreditamento di qualità, secondo le indicazioni delle Regione Emilia – Romagna.

La capacità di promuovere adeguati comportamenti relazionali e comunicativi appare particolarmente importante nel settore sanitario, non solo in relazione ai fabbisogni di conoscenza manifestati dai pazienti durante la loro permanenza presso la struttura sanitaria, ma anche in relazione ai fabbisogni informativi e di coinvolgimento da parte del personale dell’Unità Operativa.

Ai fini della comprensione, della accettazione e della condivisione degli obiettivi aziendali occorre che ad ogni singolo operatore siano garantite le necessarie informazioni, nel tempo e nei contenuti, congruenti con le diverse responsabilità legate alla specifica posizione.

La conoscenza degli obiettivi aziendali, la loro articolazione in obiettivi di Unità Operativa, i sistemi e le unità di misura scelti per la verifica dei contributi individuali, i tempi della valutazioni, sono tutti elementi che devono essere esplicitati correttamente per mezzo di un chiaro e trasparente processo di comunicazione aziendale e all’interno della singola unità operativa.

In particolare, la Direzione Aziendale ritiene che “attivare un efficace percorso di comunicazione degli obiettivi strategici debba essere considerato come uno degli elementi di valutazione dei Dirigenti responsabili di Struttura”.

Il processo di valutazione, in termini organizzativi, deve svilupparsi in un’ottica di sviluppo dell’ *Health system responsiveness* del sistema, (capacità del sistema di rispondere alle aspettative dei cittadini), tenendo quindi nella giusta considerazione gli aspetti e le personali caratteristiche di ciascuno, in rapporto alle capacità di integrazione, di orientamento al risultato richiesto, della capacità di partecipare e favorire il lavoro di gruppo, della capacità di negoziazione degli obiettivi assegnati, dei livelli di relazione all’interno della propria struttura lavorativa, della capacità di gestione dei conflitti, del livello di attenzione ai bisogni dell’utente/paziente.

In sostanza il sistema di valutazione:

- Serve per orientare i i comportamenti organizzativi verso le finalità aziendali e rendere esplicito il sistema delle responsabilità
- Rappresenta la base dalla quale costruire piani e percorsi per sviluppare le competenze dei singoli dipendenti
- Supporta i processi decisionali che riguardano la gestione delle persone (assegnazione rinnovo incarichi dirigenziali, posizioni organizzative, assunzioni....) producendo informazioni utili che vengono raccolte nel dossier curriculare personale di ogni Operatore
- Fornisce a tutti i “gestori di collaboratori” occasioni e strumenti efficaci per il governo delle risorse

umane affidate

- Costituisce una delle attività manageriali critiche di successo attraverso le quali chi ha responsabilità di gestione di persone può svolgere la sua funzione di guida.

Sulla base di questi principi guida, l'Ausl di Ferrara aveva rivisto e sviluppato, in una prima fase, 2011 – 2013 la metodologia ed il percorso della valutazione all'interno dell'Azienda.

Ha operato con il supporto tecnico e metodologico di un organo "esterno" (OIV aziendale), con il preciso scopo di garantire alla Dirigenza ed a tutti gli Operatori che il processo di valutazione delle performance di struttura operativa e di singolo dipendente rispettasse i criteri di trasparenza, equità ed oggettività previsti dalle norme di buon andamento dell'amministrazione pubblica e delle vigenti discipline di legge e contrattuali in materia per tutti i Dirigenti fino alle UU.OO.

Nel 2013 e 2014 la funzione di valutazione è assegnata ad un Collegio di Valutazione, composto dalla Direzione aziendale, dalla Programmazione e controllo di gestione e dal Sistema informativo, committenza e mobilità, e dall'O.V.A. (Organismo di Valutazione Aziendale), U.O. Gestione Trattamento Economico personale dipendente, a contratto e convenzionato secondo le indicazioni regionali. Tale Collegio ha mantenuto la funzione di garante metodologico dei criteri e dei metodi messi in atto nel processo di valutazione (Delibera 346 del 24/12/2013, Nota Prot. n. 53170 del 2/9/2014 "Temporanea costituzione dell'Organismo Aziendale di supporto alla funzione di valutazione delle performance individuali ed organizzative del personale dipendente e altre funzioni previste dal D. Lgs. N. 33/2013" dove si confermano al Presidente le funzioni già attribuite con delibera n.. 346 del 24/12/2012).

A seguito della L.R. 26 del 20/12/2013 e della DGR n.334 del 2014, dove si costituisce l'OIV unico regionale, l'Azienda recepisce le indicazioni regionali con la Del. 332 del 15/12/2014 "Presa d'atto funzioni dell'organismo indipendente di valutazione (OIV) per il servizio sanitario regionale e istituzione organismo aziendale di supporto all' OIV unico regionale" con la costituzione dell'O.A.S. (Organismo Aziendale di Supporto).

La valutazione dell'attività del dirigente è periodica, con le seguenti cadenze:

- 1) annuale, relativamente alla performance individuale (comprendente le competenze professionali) ed alla performance organizzativa, quest'ultima effettuata dall'O.A.S. per i Direttori di Distretto, di Dipartimento e degli Uffici di staff e, a cascata, da questi ai Dirigenti delle Strutture di afferenza;
- 2) alla scadenza dell'incarico, posta in essere dai Collegi Tecnici;
- 3) alla scadenza del periodo di prova per i nuovi inserimenti, a cura del Responsabile di riferimento.

La valutazione deve prevedere:

- obiettivi affidati (di attività e di gestione delle risorse) (per tutti i Dirigenti fino alle UOC);
- qualità e quantità della prestazione;
- comportamenti tecnici, relazionale e gestionali tenuti nel periodo esaminato.

Sono tenute in considerazione

- l'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni,
- l'orientamento all'utenza,
- i risultati riportati nel processo di autorizzazione ed accreditamento e la certificazione di qualità dei Servizi,
- le capacità comunicative relazionali,
- la gestione degli aspetti legati alle innovazioni tecnologiche e procedurali,
- l'osservanza di norme, regolamenti e scadenze
- le capacità di promuovere, diffondere, gestire ed implementare linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali,
- l'attività di ricerca e formazione, qualora richieste.

Questo nuovo sviluppo del percorso di valutazione tende a rafforzare sistemi di orientamento dei comportamenti e responsabilizzazione degli Operatori.

Per raggiungere una reale efficacia e tradurre in concreto il cambiamento, il percorso di valutazione deve possedere specifiche caratteristiche, che sono state tenute in considerazione nella sua realizzazione e, in particolare, nella costruzione degli strumenti.

Sono state predisposte adeguate misure ed interventi formativi anche sui livelli dipartimentali affinché il sistema sia conosciuto e favorevolmente accettato dal contesto lavorativo aziendale e risulti facilmente gestibile dal punto di vista operativo, senza appesantimenti dell'organizzazione. La proposta è stata presentata alla Direzione Aziendale, al Collegio di Direzione, alle Organizzazioni Sindacali, alla Dirigenza ed ai titolari di posizione organizzativa del Comparto in quattro incontri, ai Comitati di Dipartimento che hanno ritenuto di volersi confrontare nella fase sperimentale di applicazione, a singoli Dirigenti che ne hanno fatto richiesta. Ad ogni incontro hanno fatto seguito una rivalutazione, eventuali aggiustamenti e/o chiarimenti con l'UO Programmazione e controllo di gestione e con la Direzione aziendale. Per la predisposizione degli strumenti ci si è avvalsi della collaborazione di rappresentanti della Dirigenza medica ospedaliera, territoriale e della Dirigenza amministrativa. Gli incontri di confronto, aggiustamenti e spiegazioni successivi sono stati numerosi e rivolti a tutta la Dirigenza. La scheda di valutazione della performance individuale annuale è stata sperimentata nell'anno 2013, condivisa con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ed adottata formalmente per l'anno 2014 per tutto il personale dirigente, compresi i professional, per questi ultimi, senza ricadute economiche conseguenti alla erogazione della retribuzione di risultato.

La valutazione ha lo scopo di consentire il raggiungimento di risultati validi ed efficaci, nell'ottica della progettazione ed implementazione di percorsi di carriera, in grado di valorizzare le differenziate competenze e potenzialità degli operatori.

LA NORMATIVA

Il percorso di valutazione del personale dirigente è definito, in conformità a quanto previsto dall'art. 15, comma 5, del D.Lgs. n. 229/1999, dai contratti collettivi nazionali di lavoro, dal cap. n. 5 della D.G.R. n. 1113/2006, dalla legge n. 135/2012, dal capitolo 27 dell'atto aziendale, approvato con D.G.R. n. 849/2009, dal D.Lgs. n. 150/2009, dalle indicazioni operative delle Delibere CIVIT ed A.N.A.C. dalle indicazioni Regionali del 19 dicembre 2012, Reg. PG 2012 n. 298303, dal D.Lgs. n. 158/2012, dal D.Lgs.n. 190/2012, dalla L. RER n. 26/2013, dalla D.G.R. n. 636/2013, dalla D.G.r. N. 34/2014, dal D.L. n. 90/2014, dalla Delibera O.I.V. RER n.1/2014.

In base a quanto previsto dalle disposizioni normative sopra richiamate, tale percorso è diretto a valutare le prestazioni ed i comportamenti del personale dirigente, articolandosi nelle due fattispecie della valutazione annuale e della valutazione di fine incarico.

La procedura di valutazione annuale, è correlata all'attribuzione dei trattamenti incentivanti, relativi alla retribuzione di risultato costituendo altresì parte integrante degli elementi di valutazione per l'affidamento e/o la conferma degli incarichi.

In linea con quanto previsto dalla più volte citata recente normativa, l'Azienda adotta metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance organizzativa ed individuale, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Nella valutazione sono utilizzati i dati ufficiali del Sistema Informatico della U.O. Programmazione e controllo di gestione, e della contabilità analitica, dell'accreditamento e della gestione del rischio, anche al fine di consentire la valutazione comparata dei risultati raggiunti in rapporto a quanto evidenziato da altre Aziende con profilo analogo all'Azienda USL di Ferrara, per dimensioni, caratteristiche dei servizi forniti, assetto organizzativo ecc. (benchmarking).

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Il sistema di valutazione è improntato ai seguenti principi:

- trasparenza dei processi e dei criteri usati e delle valutazioni effettuate con determinazione in via preventiva dei principi e delle modalità applicative che informano i sistemi di valutazione, di cui si dà tempestiva comunicazione al personale interessato;
- oggettività delle metodologie e degli strumenti utilizzati;
- esplicitazione delle motivazioni che sono alla base delle valutazioni effettuate;
- informazioni preparatorie alla valutazione adeguate e partecipazione del valutato anche attraverso il contraddittorio, con la possibilità di farsi assistere da un consulente di fiducia, e l'autovalutazione;
- diretta conoscenza del valutato da parte del valutatore;
- espressione della valutazione finale secondo modalità che ne rendano il contenuto facilmente comprensibile, semplice e trasparente;
- periodicità annuale e continuità dei suoi processi attuativi.

Il contenuto della valutazione, documentato in un'apposita scheda, ha come oggetto:

- i comportamenti organizzativi;
- l'adeguatezza delle competenze tecnico-specialistiche individuali;
- le prestazioni fornite, in rapporto agli obiettivi di attività concordati, coerentemente con gli obiettivi definiti per la struttura di riferimento nella negoziazione di budget;
- nonché, nel caso in cui l'incarico conferito comporti anche la gestione di risorse, la valutazione dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi economici definiti.

Il procedimento di valutazione è stato strutturato e descritto ampiamente nelle "Istruzioni Operative sul sistema di valutazione aziendale" pubblicato sulla Intranet aziendale unitamente al modello di scheda di valutazione (13 e 16 items).

La valutazione degli obiettivi comportamentali (performance individuale, prima parte della scheda) è stata effettuata a cura del diretto superiore gerarchico ed eventuali contestazioni di rilievo sono state formalizzate, a garanzia del valutato e del valutatore.

La valutazione è avvenuta attraverso un confronto tra il soggetto valutatore ed il valutato e, soprattutto quando non positiva, è stata supportata da evidenze. La scheda di sintesi è stata firmata da entrambi. Indispensabili sono stati gli incontri di formazione per la Dirigenza.

Inoltre, in Azienda, viene utilizzato un modello di scheda di valutazione del Personale neo-assunto al termine del periodo di prova.

L'Azienda prosegue anche nel 2014 l'impegno sugli **adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione corruzione, misurazione della performance e codici di comportamento** secondo quanto previsto dalla normativa statale vigente, dalle indicazioni regionali.

Nel mese di gennaio 2014 l'Azienda USL Ferrara ha approvato con delibera del Direttore Generale i più importanti documenti previsti dalla legislazione in materia di prevenzione di corruzione e trasparenza rispettando appieno i termini imposti dal legislatore e dalla RER e precisamente:

- DDG 14 del 27/1/2014: "Approvazione del Codice di Comportamento dei Dipendenti e dei Collaboratori dell'Azienda USL Ferrara ai sensi dell'art. 54, comma 5, del D. Lgs n. 165/2001, del D.P.R. n. 62/2013 e della delibera ANAC n. 75/2013 e della relazione illustrativa di accompagnamento del Codice";

- DDG 16/2014: "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2013-2016 e dell'allegato Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità 2014-2016 dell'Azienda USL Ferrara".

Il RPC aziendale ha provveduto alla massima divulgazione delle informazioni per il tramite di comunicati aziendali posti sulla rete INTRANET e con comunicazioni indirizzate direttamente ai dipendenti tramite l'utilizzo del sistema utentiposta in grado di raggiungere tutti i dipendenti con dominio @ausl.fe.it

Sempre nel mese di gennaio è stata inoltre adottata la delibera n. 15 del 27/1/2014 ad oggetto "Istituzione di una Cabina di regia provinciale per l'armonizzazione delle funzioni di trasparenza e di prevenzione della corruzione delle aziende sanitarie della provincia di Ferrara" ove, per l'Azienda USL Ferrara di è provveduto alla individuazione delle "rete dei referenti" così come previsto dal Piano nazionale anticorruzione.

A tali Referenti, ai sensi del disposto normativo nazionale, è assegnato il compito di vigilare ed applicare la normativa nelle Strutture da loro dirette, per le rispettive sezioni di competenza.

Svolgono attività informativa nei confronti del RPC, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento.

Da evidenziare che nel mese di aprile, il RPC con propria nota ha inviato a tutti i dipendenti dell'Azienda USL Ferrara fac simili di modulistica per facilitare gli obblighi di comunicazione previsti dal Codice di Comportamento (nazionale e aziendale) e precisamente:

- A) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla "Adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno";
- B) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse";

- C) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa all' "Obbligo di astensione";
- D) Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà relativa alla "conclusione di accordi o negozi o della stipula di contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali il Dipendente abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'amministrazione;

Il sistema avviato nell'Ente è tale per cui tutti i dipendenti ed i collaboratori dell'Azienda USL Ferrara dovranno rendere al proprio Dirigente sovraordinato le dichiarazioni in argomento.

Si precisa che per le dichiarazioni di cui alle lett. A) e B) che devono essere comunque rese da tutti i dipendenti ed i collaboratori è stato previsto un termine per regolarizzare l'adempimento mentre le dichiarazioni di cui alle lett. C) e D) dovranno essere rese sulla singola attività o procedimento.

Nel mese di maggio, con DDG n. 138 del 12/05/2014 è stato approvato il "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Azienda USL Ferrara e le sue relative forme di tutele" così come previsto dal sopra citato Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2013-2016.

1.b) LA FORMAZIONE

Fra i compiti assegnati al RPC vi è quello di Individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

La Regione Emilia Romagna, facendo seguito alla nota PG/2013/293855 relativa al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale e il Codice di Comportamento per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale, ha organizzato giornate di formazione di primo livello in data 14 e 24 Gennaio 2014 per i Responsabili e i Preposti in materia di prevenzione della corruzione nelle Pubbliche Amministrazioni, come previsto dalla Legge 6 Novembre 2012, n.190.

L'importante attività di formazione è stata implementata anche all'interno dell'Ente con un corso di formazione interaziendale ed organizzato in data 6/03/2014: al corso di formazione sono stati invitati dirigenti, responsabili del procedimento e funzionari dell'Azienda USL Ferrara di tutte le articolazioni aziendali al fine di sensibilizzare sulle tematiche dell'etica e della legalità.

Inoltre, nell'ottica della massima divulgazione degli importanti principi e delle significative azioni poste in essere dal "Codice di Comportamento nazionale ed aziendale", il RPC aziendale ed il Presidente UPD hanno avviato dal mese di maggio 2014 corsi di formazione rivolti a tutti i Dipendenti dell'Azienda.

Al fine di raggiungere l'intera platea dei dipendenti e dei collaboratori dell'Ente, il corso di formazione in argomento è stato trasposto in piattaforma moodle.ausl.fe.it al fine di offrire ai suddetti la possibilità di svolgerlo in formazione a distanza (FAD): l'avvio effettivo del progetto è previsto per il mese di Settembre 2014.

La formazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione e codice di comportamento tramite FAD è stata oggetto di interesse e di attenzione della Regione Emilia Romagna che ha richiesto i prodotti formativi aziendali per trasportarli sulla propria piattaforma SELF (Sistema E Learnig Federato) al fine del loro utilizzo da parte delle PP.AA. interessate.

Inoltre anche il Consorzio MED3 ha espresso la volontà di poter acquisire detti prodotti formativi in quanto ritenuti efficaci ed esaustivi.

L'Azienda Usl di Ferrara ha concesso ad entrambi la possibilità di utilizzo nell'ottica della più ampia collaborazione fra Istituzioni.

1.c) LE ATTIVITA' IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DI TRASPARENZA POSTE IN ESSERE DAL RPC

Sin dal mese di febbraio 2014 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha organizzato incontri coinvolgendo i Referenti individuati come nella sopra citata deliberazione n. 15/14 ove, oltre ad una disamina delle principali azioni intraprese in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, ha illustrato il percorso che si intende implementare, avviare e concludere entro il 30/9 come disposto dall'art. 13 del PTPC approvato con DDG 16/14, relativo alla c.d. "mappatura dei processi delle aree a rischio corruzione".

Nel PTPC aziendale infatti la realizzazione dell'importante adempimento è stato programmato al 30/9/14 per dar modo alla rete dei Referenti di partecipare attivamente con propri contributi per le sezioni di competenza.

L'attività è richiesta dal P.N.A. (Piano Nazionale Anticorruzione).

L'intero processo di gestione del rischio come concepito dal Piano Nazionale Anticorruzione "richiede la più ampia partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza al fine di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera amministrazione che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione": tale individuazione è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'ente".

Il P.N.A. individua nell'all. 2) le aree c.d. "a rischio" comuni ed obbligatorie per tutte le PP.AA. individuandole in:

- a) Area: acquisizione e progressione del personale;
- b) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture;
- c) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- d) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

Con delibera del Direttore generale n. 271 del 30/09/2014 ad oggetto: "Identificazione dei processi in materia di prevenzione della corruzione finalizzato alla individuazione delle "aree a rischio" all'interno dell'Azienda Usl di Ferrara così come disposto dal Piano Nazionale Anticorruzione ed in ossequio a quanto previsto dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2016" aziendale" sono state individuate all' cinque aree aggiuntive di rischio rispetto alle quattro previste dal P.N.A. per un totale di n. 104 processi. Altro importante adempimento previsto dal PTTI aziendale approvato con DDG 16/14 ed avviato nel mese di marzo 2014 riguarda l'attività del monitoraggio delle pubblicazioni dei parametri di trasparenza: l'art. 43, co. 2, del D. Lgs 33/2013 rubricato "Responsabile per la Trasparenza" recita: "Il responsabile provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, all'interno del quale sono previste specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e ulteriori misure e iniziative di promozione della trasparenza in rapporto con il Piano anticorruzione".

Alla luce del suddetto impegno assunto dal Programma, il Responsabile della Trasparenza ha istituito una sezione ove a cadenza TRIMESTRALE saranno posti in pubblicazione i questionari somministrati e compilati (per le sezioni di competenza) dai Referenti per la trasparenza così come individuati nel Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità adottato con DDG dell'Azienda Usl di Ferrara n. 16/2014 per verificare lo stato delle pubblicazioni dei dati e delle informazioni all'interno delle singole sezioni di I livello e II livello presenti in "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

Nel mese di novembre 2014 è stato avviato il monitoraggio delle azioni e dei principi previsti dal Codice di Comportamento aziendale il cui esito è stato formalizzato alla Direzione Strategica con nota PG 11506 del 23/02/2015 a firma del RPC e dei Presidenti UUPPDD Area Comparto e Dirigenza

In particolare, la trasparenza nell'informazione sui bilanci preventivi e consultivi rappresenta lo strumento che indica chiaramente le scelte fatte, i costi sostenuti e chi ha pagato per i servizi prodotti.

Oscar di Bilancio della pubblica Amministrazione anno 2014

Dopo la vittoria nel 2013 nel settore della Sanità Pubblica, l'Azienda USL di Ferrara, anche per questa edizione si aggiudica un'ottima posizione. E' stata infatti classificata seconda tra i tre finalisti in gara.

Assegnati a Roma gli **Oscar della Pubblica Amministrazione 2014** alla presenza di Dino Piero Giarda, Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione.

L'Oscar di Bilancio, come ha dichiarato il Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio, Dino Piero Giarda, "La trasparenza nell'informazione sui bilanci preventivi e consultivi è una condizione necessaria perché il sistema degli Enti locali risponda alla ragione stessa della sua esistenza: quella di essere la forma base di rappresentanza democratica. Purtroppo le ragioni del controllo macroeconomico della finanza pubblica hanno progressivamente ridotto gli spazi di autonomia e il principio di responsabilità per il quale il cittadino è il giudice dell'uso delle risorse acquisite dagli amministratori locali. Un buon bilancio è lo strumento che

indica le scelte fatte, i costi sostenuti e chi ha pagato per i servizi prodotti. Un buon bilancio serve a chi studia e controlla la vita di un ente locale a fare proposte per il riordino dell'attività pubblica. L'Oscar di Bilancio cerca gli enti che sanno spiegare bene,, in modo semplice, cosa hanno fatto e cosa intendono fare, se spendono di più o di meno del loro vicino, se concorrono al risanamento in corso della finanza pubblica o se sono causa del suo peggioramento”

Le motivazioni che hanno determinato il secondo posto per l'Azienda USL di Ferrara sono state così riportate:

“La documentazione presentata, di ottima qualità, espone infatti con chiarezza – anche sotto il profilo grafico – tutti i principali elementi costituiti dal Bilancio d'esercizio. La Relazione sulla Gestione è ampia e articolata ed approfondisce in modo significativo diversi aspetti rilevanti della gestione economico – aziendale. Il Bilancio Sociale soddisfa le principali attese su contenuto, forma e ricadute sul territorio dell'attività svolta”.

Ottima posizione quindi per l'Azienda territoriale ferrarese che per il secondo anno consecutivo ottiene buoni risultati in un settore complesso come lo sono la rendicontazione sociale chiara e trasparente.

Come ha dichiarato Elio Borgonovi, Vice Presidente della Giuria dell'Oscar di Bilancio della P. A. “ Con un'informazione chiara, precisa e puntuale, le aziende vincitrici e quelle finaliste dell'Oscar di Bilancio dimostrano di essere aperte al cambiamento e al miglioramento stimolato da chi riceve le informazioni”

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

I Bilanci, sono uno strumento per rappresentare la gestione passata per esprimere in termini di entrate e uscite ciò che è stato fatto durante un anno e la metodologia di lavoro seguita dall'Azienda USL di Ferrara nella costruzione del documento conferma la filosofia partecipativa che già anni fa la regione Emilia-Romagna ha definito per le proprie Aziende sanitarie.

Workshop aziendale il cambiamento tra vincoli e sostenibilità

L'Azienda USL di Ferrara, per favorire un costante bilanciamento tra potenziamento, innovazione, cambiamento da una parte e vincoli di natura progettuale, tecnica, economica e sostenibilità dall'altra ha promosso un momento di riflessione e promozione del cambiamento consapevole, che coinvolge tutti i dipendenti di ruolo delle aree sanitaria, tecnica e amministrativa.

Il workshop aziendale “**Il cambiamento tra vincoli e sostenibilità**” tenutosi nel novembre 2014, ha rappresentato l'occasione per riflettere sulle principali aree di intervento a livello aziendale: le reti cliniche, gli ospedali per intensità di cura, le Case della Salute ed Ospedali di Comunità (OSCO) e le piattaforme di servizi tecnico-amministrativi.



Sicurezza delle cure

Elementi di contesto

Gli eventi avversi e gli errori nell'erogazione delle prestazioni assistenziali sono ormai ovunque riconosciuti come un importante problema di sanità pubblica. Negli ultimi anni, studi internazionali hanno cercato di quantificare e qualificare questa tipologia di accadimenti con metodi omogenei e confrontabili. Tali studi hanno fornito un contributo importante nel determinare la natura, la frequenza e le cause degli eventi avversi.

Il tema della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico sta diventando una delle priorità del S.S.N. in quanto elemento centrale nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) secondo criteri di qualità e sicurezze.

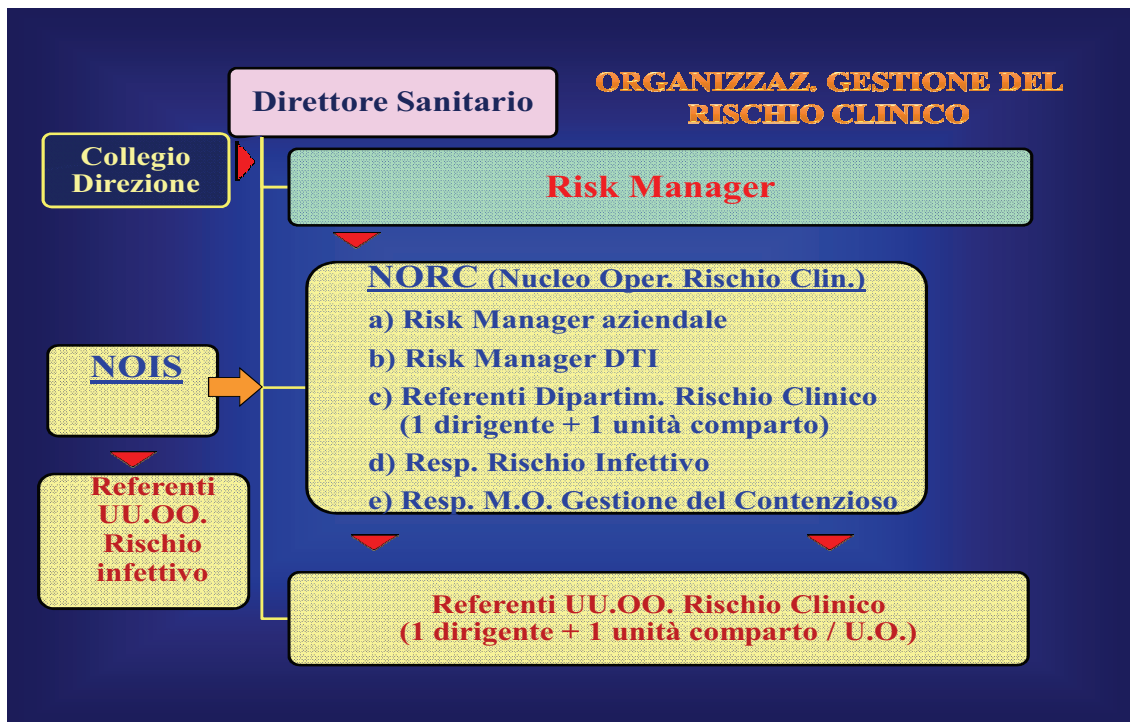
Da ciò ne è derivato un crescente impegno sia da parte del Ministero della Salute, sia da parte di molte regioni, concretizzatosi in numerose iniziative finalizzate a promuovere un approccio di tipo sistemico alla sicurezza dei pazienti.

A titolo esemplificativo si richiamano le 17 raccomandazioni ministeriali, l'attività dell'AGENAS (Sistema Informativo monitoraggio errori in sanità-SIMES, l'osservatorio buone pratiche per la sicurezza del paziente), la DGR 1706/2009 "Individuazione di aree di miglioramento della qualità nelle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio", le successive DGR di programmazione annuale comprendenti obiettivi specifici di gestione del rischio clinico.

La gestione del rischio clinico, da un punto di vista operativo, si sostanzia in un insieme di processi finalizzati a ridurre i rischi correlati all'assistenza coinvolgendo l'organizzazione a tutti i livelli.

Per far fronte a questo prioritario tema e per rispondere alle linee di indirizzo nazionali e regionali l'Ausl di Ferrara ha, nel tempo, consolidato il proprio modello di gestione del rischio basato sulla creazione di una infrastruttura aziendale così composta:

1. il Direttore Sanitario dell'Azienda, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività della infrastruttura aziendale di gestione del rischio rappresentata da un team multi professionale e multidisciplinare denominato NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico);
2. il team è composto dai rappresentanti dipartimentali (un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina dipartimentale) e svolge funzione di indirizzo, programmazione e verifica;
3. il NORC, di fatto, rappresenta l'organismo tecnico delegato dal Collegio di Direzione aziendale deputato a svolgere tale funzione;
4. il NORC è coordinato dal un risk manager di area medica e da un risk manager delle professioni sanitarie;
5. i rappresentanti dipartimentali coordinano i referenti del rischio clinico di unità operative (generalmente un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina); l'insieme di questi attori rappresentando la rete aziendale per la gestione del rischio clinico;
6. la gestione del rischio infettivo ha adottato un analogo modello organizzativo denominato NOIS (Nucleo operativo infezioni sanitarie) ed opera sotto la guida di un responsabile aziendale specificatamente individuato e formalmente deliberato;
7. il responsabile aziendale del rischio infettivo è componente del NORC;
8. al NORC partecipa anche il responsabile del M.O. Gestione del Contenzioso afferente alla U.O. di Medicina Legale e componente del Comitato Valutazione Sinistri;
9. il Collegio di Direzione avalla il piano programma presentato annualmente dal risk manager e dal responsabile del rischio infettivo (che lo elaborano nell'ambito del NORC e del NOIS), di concerto col Direttore Sanitario;



Per meglio governare il processo di pianificazione delle attività e degli obiettivi afferenti alla sicurezza delle cure, su precise indicazioni dell'Area Governo clinico e Gestione del Rischio Clinico dell'ASSR della RER, l'Ausl di Ferrara ha elaborato il **Piano Programma aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio 2013-2014**, differenziando strumenti, metodologia e ambiti di intervento.

La programmazione aziendale ha ovviamente recepito integralmente quanto contenuto nelle linee strategiche di programmazione regionale contenute nella DGR n. 199/2013 e n. 217/2014.

Risultati e attività del Piano Programma anno 2014

Sistemi di segnalazione

Incident Reporting (IR)

I sistemi di segnalazione costituiscono una modalità di raccolta strutturata degli eventi indesiderati e sono necessari per effettuare un'analisi delle criticità reali o potenziali, finalizzata a predisporre strategie e azioni di miglioramento per evitare o ridurre la possibilità che tali eventi si verifichino nuovamente; fra questi il sistema regionale IR rappresenta il principale strumento di segnalazione.

L'Azienda USL di Ferrara ha portato a sistema l'utilizzo di questo strumento di segnalazione volontaria degli eventi avversi garantendo la standardizzazione del sistema di monitoraggio da parte di tutte le Unità Operative di degenza, delle diagnostiche, dell'area dell'emergenza e del Dipartimento SM-DP; tutte le segnalazioni vengono caricate nel data-base regionale contribuendo ad alimentare la banca dati regionale dell' *Incident Reporting*.

Di seguito si riportano i dati relativi al biennio 2011-12, all'anno 2013 e 2014 estratti dal data base regionale:

Aree Critiche da Incident Reporting	2011-12		2013		2014		
	%	sul totale	%	sul totale	%	sul totale	N. segnalazioni
Gestione farmaco	19%		20%		18,3%		57
Altro evento	16%		22%		21,2%		66
Prestazione assistenziale	16%		14%		12,2%		38
Procedura terapeutica	12%		6%		5,5%		17
Caduta	11%		10%		11,3%		35
Procedura diagnostica	10%		8%		10,3%		32
Identificazione paziente/sede/lato	8%		10%		12,5%		39
Gestione apparecchiature	3%		3%		2,6%		8
Procedura chirurgica	2%		2%		3,2%		10
Gestione lista operatoria	1%		2,5%		0,0%		0
Gestione sangue	1%		1%		1,0%		3
Valutazione/procedura anestesiologicala	1%		1,5%		0,6%		2
Complicanza clinica non prevedibile					1,0%		3
Contaminazione di presidi medico-chirurgici					0.3%		1
					100%		311

Dall'analisi dei dati riportati in tabella sono emerse le seguenti aree prioritarie che saranno oggetto di interventi specifici nel corso del 2015:

- ✓ Area "Gestione del farmaco" per la quale è prevista la revisione della procedura aziendale "Gestione clinica del farmaco" alla luce anche delle Linee Guida regionali ed. ottobre 2014 e dell'emanazione della Raccomandazione Ministeriale n. 17 "Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica " ;
- ✓ Area "Identificazione paziente" per la quale è prevista l'elaborazione di una procedura specifica;

Eventi sentinella

Nel corso del 2014 non si sono verificati eventi avversi configurabili come eventi sentinella soggetti a segnalare al Ministero della Salute attraverso l'applicativo SIMES.

Analisi degli eventi

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

La Root Cause Analysis (RCA) è una tecnica di indagine sugli eventi indesiderati (solitamente su eventi sentinella o su eventi avversi di particolare entità), mediante la quale si ricercano le cause "radice", ovvero le criticità di sistema sulle quali si è innestato l'evento clinico avverso e si attivano formalmente le azioni di correttive e di miglioramento.

La RCA viene condotta dal NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico), congiuntamente ai responsabili e ai coordinatori delle strutture presso le quali si sono verificati gli eventi e a uno o più esperti della disciplina coinvolta.

L'applicazione della tecnica RCA nell'Azienda USL di Ferrara è da considerare ormai una procedura consolidata che ha consentito l'attivazione di numerose azioni di miglioramento (revisione di precedenti o implementazione di nuove procedure, percorsi formativi specifici, adozione di nuovi strumenti di prevenzione del rischio, sviluppo di competenze professionali specifiche, ecc).

Il Significant Event Audit (SEA) è invece uno strumento di analisi semplificata rispetto alla RCA e viene utilizzata per eventi importanti, che tuttavia non si configurano come eventi clinici maggiori.

Di seguito si riportano i dati relativi all'attività 2014:

STRUTTURE	2014
Dip. Chirurgia	
Dip. Medicina	1
Dip. Emergenza	2
Dip. Diagn. Imm. / Lab.	
Dip. Materno-Infantile	
Dip. Salute Mentale	3
Attiv. Territoriali	3
Totale	9

Gli Audit sugli Eventi Significativi come risultato hanno generato 11 azioni di miglioramento di tipo non trasversale essendo state realizzate nel contesto della singola U.O./U.S. ove si è verificato l'evento.

FMEA / FMECA

La FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) / FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis) è una metodologia utilizzata per individuare preventivamente le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema ampiamente utilizzata nel mondo industriale e successivamente introdotto anche nel contesto sanitario.

A differenza della RCA, la FMEA/FMECA non è applicata successivamente all'accadimento di un evento avverso, ma utilizzata come strumento previsionale e quindi preventivo.

Da anni l'Ausl di Ferrara utilizza questo metodo previsionale applicandolo in vari ambiti assistenziali.

Nel corso del 2014 lo strumento è stato applicato nei processi sanitari afferenti alla medicina penitenziaria (Casa Circondariale di Ferrara) e al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Sicurezza dei sistemi RIS PACS

A livello Interaziendale è stato costituito un gruppo di "Progetto" per la gestione dei Sistemi RIS-PACS composto secondo le indicazioni della Delibera RER 1707/2012, che individua i requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture Radiologiche, con il compito di affrontare tutte le problematiche legate alla predisposizione ed aggiornamento delle procedure previste dalla delibera Regionale 1706/2009 in materia di sicurezza dei sistemi RIS – PACS e all'adeguamento di quanto previsto, per l'utilizzo di tali Sistemi, dalla normativa sulla privacy.

Nel corso del 2014 è stata sottoposta a revisione, e pubblicata su DocWeb nel mese di Novembre, l'Istruzione Operativa Dipartimentale (I.O.D.): "Gestione delle Worklist".

Sempre nel mese di Novembre, inoltre, sono state redatte e pubblicate altre due Istruzioni Operative Dipartimentali riguardanti, la prima, la "Gestione delle Credenziali Utenti" dei Sistemi Ris-Pacs e la seconda l'"Identificazione degli Utenti Ambulatoriali e Provenienti da Day Hospital", afferenti alle Radiologie provinciali, sia in fase di accettazione che in quella di esecuzione.

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 e dal personale esecutore, in

Diagnostica, tramite lettura del codice a barre presente sulla tessera sanitaria (C.F.) o su altri moduli prodotti dalla segreteria dopo il riconoscimento tramite documento di identità.

Nel caso di Pazienti interni (ricoverati) 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 verificando le informazioni riportate sulla procedura informatica dedicata (Ris).

Per l'identificazione del paziente presso le Unità Operative di Degenza, presso i Pronto Soccorso e gli Ambulatori Aziendali, è in programma per il 2015 la stesura di una procedura aziendale che prevederà gran parte delle vigenti modalità di riconoscimento del paziente e riserverà ai ricoverati il posizionamento di un braccialetto identificativo ed il posizionamento della fotocopia del documento di identità in cartella clinica, per l'individuazione del paziente si prevederà l'aggiornamento delle procedure informatiche finalizzate alla tracciabilità delle modalità di riconoscimento riportate per l'ambito di competenza rispettivamente sulla cartella clinica, sulla scheda di triage e sul referto ambulatoriale.

Inoltre particolare impegno è stata dedicato a:

- sensibilizzare gli operatori a comunicare con tempestività l'errore anagrafico avvenuto mediante la compilazione di uno stampato da inviare e-mail alle Direzioni Sanitarie di Stabilimento;
- raccogliere la tipologia di errori anagrafici compiuti e procedere con l'analisi statistica con periodicità semestrale da parte delle Direzioni Sanitarie di Stabilimento.

Profilassi Antitromboembolica e Antibiotica in chirurgia

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

Uso appropriato e sicuro dei farmaci

Nell'ambito dell'Azienda Usl è stata redatta e diffusa la revisione 4 delle Procedura Generale "Gestione clinica del farmaco" e contestualmente introdotta il Foglio Unica di Terapia (FUT). Annualmente si svolge un iniziativa formativa dedicata al tema dell'uso appropriato e sicuro dei farmaci. Nell'ambito dei controlli della correttezza documentale viene verificata la completezza e correttezza della compilazione della FUT mediante l'uso di check-list appositamente predisposta.

Sempre nel corso del 2014 è stata introdotta la procedura "Gestione clinica del farmaco" nelle strutture residenziali per anziani coinvolgendo i MMG e gli enti gestori delle strutture provvisoriamente accreditate. Per il 2015 è prevista la revisione/aggiornamento della procedura alla luce anche della emanazione della revisione novembre 2015 della Linea Guida regionale "Gestione clinica del farmaco".

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 multiprofessionale sulla correttezza documentale. L'azienda realizza a valenza trimestrale un audit interno sulla qualità della documentazione sanitaria. Le cartelle cliniche vengono estratte in modo casuale dal database e vengono assegnate per la revisione ad auditor opportunamente formati.

Gli audit, condotti con cadenza trimestrale, vengono effettuati dalla rete aziendale multi professionale/multidisciplinare (NAC "Nucleo Aziendale Controlli") costituita da 25 auditor volontari appositamente formati e addestrati.

L'analisi viene svolta attraverso la valutazione puntiforme di 22 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 2014 in tema di valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche sono state effettuate 878 valutazioni su un totale di 18.180 ricoveri effettuati (nido escluso) pari a circa il 5% della produzione complessiva.

In aggiunta a quanto sopra riportato di particolare rilevanza risulta il reclutamento dell'azienda USL di Ferrara nel progetto regionale Cartella Clinica Integrata (CCI) in qualità di azienda sperimentatrice.

Il progetto regionale di intervento sulla Cartella Clinica Integrata (CCI) rientra tra gli obiettivi del SPO Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna nell'ambito della qualità e sicurezza delle cure sanitarie.

Il contributo dell'Ausl di Ferrara ha previsto la partecipazione di 11 professionisti ai gruppi di lavoro regionali che hanno partecipato alla elaborazione delle linee di indirizzo sulla gestione della documentazione con particolare riferimento al diario clinico integrato, al Foglio Unico di Terapia (FUT) e grafica dei parametri vitali.

Area diagnostica di laboratorio

L'Azienda garantisce la sicurezza dei processi della diagnostica di laboratorio con approcci differenziati:

- monitoraggio del materiale analitico in ingresso e registrazione sistematica delle eventuali non conformità mediante sistema informatizzato;
- individuazione di errori di identificazione del paziente e di campione non corretto;
- organizzazione ed realizzazione di corsi formativi per diffondere buone pratiche in fase pre-analitica con particolare riferimento alla fase del prelievo e dell'accettazione del campione in laboratorio;
- diffusione al personale di laboratorio di raccomandazioni per la corretta esecuzione del prelievo venoso;
- attivazione di un sistema di monitoraggio delle temperature di trasporto dei campioni esterni delle sedi di Argenta e Cento, al fine di verificare il mantenimento di condizioni necessarie a garantire l'integrità dei campioni stessi;

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

I Tecnici Sanitari del Laboratorio, si occupano di una costante verifica e attestazione del buon funzionamento delle strumentazioni dei POCT, accertando il corretto allineamento strumentale.

Oltre alla propria formazione, il personale del Laboratorio provvede anche a training e re-training degli operatori che saranno deputati all'utilizzo della strumentazione, nonché a monitorare il mantenimento delle competenze acquisite; questo fa sì che i risultati restituiti dal POCT, rispondano agli stessi requisiti qualitativi di quelli prodotti in Laboratorio, per garantire la sicurezza dell'utente e dell'operatore

Area materno infantile

Negli ambiti degli interventi di miglioramento del percorso nascita, promossi dalla Commissione Nascita regionale, l'Aziende sanitarie di Ferrara ha aderito al **programma regionale di miglioramento dell'appropriatezza del ricorso all'intervento di Taglio Cesareo** recependo le Linee Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" elaborata dal Sistema nazionale per le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità.

Dall'analisi dei dati 2014 relativi ai Tagli Cesarei dei due Punti nascita, secondo la classificazione di Robson, e secondo la percentuale di Tagli Cesarei programmati e Tagli Cesarei Urgenti/Emergenti, è emerso:

- Punto nascita H. Delta: parti totali 315 di cui 76 cesarei (24,3%)
- Punto nascita H. Cento: parti totali 503 di cui 115 cesarei (22,8%)

Su scale aziendale la media 2014 dei parti cesarei risulta quindi pari al 23,34 % con una riduzione dipartimentale di oltre 2 punti percentuali rispetto al 2013 (26%).

Nel corso del 2014 alcuni professionisti del dipartimento hanno partecipato al gruppo regionale di AVEC, attivato dalla Commissione Nascita Regionale, per l'elaborazione di una Linee Guida RER per la Gestione dei Taglio Cesareo Elettivi con lo scopo di ridurre il numero complessivo dei parti cesarei.

E' stato, inoltre, prodotta la I.O. dipartimentale "Travaglio di prova dopo taglio cesareo" che stabilisce i criteri di idoneità al travaglio di parto/parto vaginale per le gestanti precesarizzate con lo scopo di ridurre ulteriormente il numero dei cesarei.

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. Inoltre due operatori uno della dirigenza medica l'altro del comparto sono entrati a far parte del NORC. Nel corso del 2014 si è estesa la formazione in tema di gestione del Rischio a tutta la rete di Referenti del Dipartimento di Cure Primarie dando avvio al processo di segnalazione attraverso il sistema di incident reporting.

Dipartimento assistenziale integrato salute mentale dipendenze patologiche

Il 2014 ha visto il consolidamento della rete dipartimentale deputata alla gestione del rischio clinico e la costituzione di un gruppo di lavoro finalizzato all'implementazione e alla diffusione dell'utilizzo della scheda di "Incident Reporting" e alla relativa analisi di singola Unità Operativa.

E' stata inoltre adeguata la struttura del Gruppo di lavoro dipartimentale alla nuova struttura organizzativa del DAISMDP.

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

Il gruppo ha, inoltre, elaborato strumenti operativi specifici alla gestione del rischio nel contesto della psichiatria adulti di seguito elencati:

- Procedura dipartimentale sulla prevenzione e la gestione degli atti auto ed etero aggressivi nelle degenze psichiatriche;
- Applicazione della Circolare regionale n.°16 del 2009 "Disciplina delle contenzioni fisiche Presso SPDC dei DSMDP" sulle procedure ed il monitoraggio delle contenzioni in ambiente psichiatrico ed attivazione del gruppo di controllo semestrale;
- Definizione di un protocollo di intervento nella esecuzione dei Trattamenti Sanitari Obbligatori condiviso con la Prefettura e Forze dell'Ordine recepito dalle Amministrazioni Comunali della Provincia di Ferrara;
- Definizione dei criteri di inclusione dei pazienti a rischio di comportamenti eteroaggressivi afferenti al DAI SMDP che richiedono interventi di monitoraggio programmato.
- Partecipazione al gruppo di redazione aziendale della Procedura Generale "Gestione dei casi di allontanamento o di non rientro dopo permesso temporaneo di pazienti ricoverati nelle U.O. di degenza"; tale procedura è stata approvata nella sua versione definitiva nel luglio del 2013.

Nel corso del 2014 si è realizzato un audit sui suicidi avvenuti in ambito territoriale; i risultati sono stati diffusi agli operatori in occasione di un workshop sul tema suicidiario che ha visto la partecipazione di alcuni referenti (Azienda sanitaria di Verona) del Progetto Europeo in tema di prevenzione suicidi oltre a quella i referenti della Regione Emilia Romagna sul tema oggetto dell'evento.

Nell'ambito Aziendale il DAISMDP coordina il gruppo delegato alla elaborazione degli strumenti finalizzati alla riduzione del rischio di suicidio in ambiente ospedaliero. Nell'ambito del rischio suicidario, ha completato un'analisi del fenomeno valutando il rapporto con il DAI SMDP dei casi di decesso per suicidio nella provincia di Ferrara per gli anni 2011-13

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.

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

Ha partecipato alle iniziative finalizzate alla formazione degli operatori della Azienda per la gestione in sicurezza dei pazienti etero aggressivi.

Area assistenza sanitaria negli istituti di pena

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

Nel corso del 2014 la medicina penitenziaria dell'Ausl di Ferrara ha proseguito nel percorso di adeguamento gestendo e monitorati i seguenti processi organizzativi e clinici:

- Sperimentazione della nuova cartella informatizzata regionale che ha, fra l'altro, l'obiettivo di migliorare la gestione della documentazione sanitaria;
- Miglioramento della presa in carico del paziente, in particolare del cronico, con l'applicazione del documento regionale "Il Percorso clinico-assistenziale per le persone detenute";
- Monitoraggio e la gestione del rischio suicidario in applicazione delle disposizioni del Ministero della Giustizia con implementazione del percorso di osservazione e valutazione dei Nuovi Giunti;
- Gestione in sicurezza dei pazienti con problematiche infettive (TB e HIV) attraverso l'attivazione di eventi formativi rivolti al personale sanitario e di polizia penitenziaria e la predisposizione di adeguate procedure clinico-assistenziali;

Di particolare rilevanza la titolarità dell'Ausl di Ferrara del Progetto regionale "Gestione del rischio Clinico negli Istituti penitenziari (PRISK)" che vede la partecipazione delle nove aziende sanitarie regionali sul cui territorio è presente un istituto di pena.

La partecipazione attiva nel corso del 2014 al sopracitato progetto del personale aziendale addetto alla sanità penitenziaria ha consentito di accrescere la cultura della sicurezza delle cure e l'adozione di strumenti e metodologie utilizzati per la gestione del rischio clinico (introduzione del sistema di segnalazione "Incident Reporting", applicazione del SWR (Safety Walk Round), e del SEA);

Sicurezza in sala operatoria

L'azienda ha mantenuto la propria adesione al progetto nazionale/regionale SOS_Net garantendo sia la formazione dei propri professionisti all'utilizzo della check list per la sicurezza in Sala Operatoria, sia il monitoraggio della compilazione che avviene attraverso un l'utilizzo di un *database* dedicato.

L'utilizzo della check list, introdotta attraverso una integrazione informatica al registro operatorio, dopo una prima fase di pilotaggio, è entrata a pieno regime essendo applicata da tutte le discipline chirurgiche aziendali.

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

Il Ritorno informativo include reporting che si compone di:

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

Nel corso del 2014 la checklist SOS.net è stata applicata in modalità elettronica (Ormaweb) da parte di tutte le U.O./U.S. chirurgiche (Chirurgia, Ortopedia, Urologia, Ostetricia Ginecologia) dell'Ausl di Ferrara, come riportato nel ritorno informativo regionale alle aziende aderenti alla Rete Sale Operatorie Sicure.

Si è passati quindi ad un utilizzo della checklist del 74% del 2013 al 100 % in tutti i ricoveri a DRG chirurgico. TUTTE le U.O. Chirurgiche Le ultime, in termini cronologici sono state Ortopedia Urologia e Ostetricia di Cento (appunto da giugno 2014)

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. Anni 2011-2013

Tipo di stabilimento	ANNO 2011					ANNO 2012					ANNO 2013				
	INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti	
	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***
PUBBLICO	241.210	39.536	16,4	48	23	229.190	71.565	31,2	50	38	227.771	107.843	47,3	48	39
PRIV. ACCRED.	81.845	23.040	28,2	29	15	76.874	24.955	32,5	29	14	75.680	23.829	31,5	29	14
TOTALE	323.055	62.576	19,4	77	38	306.064	96.520	31,5	79	52	303.451	131.672	43,4	77	53

Azienda Sanitaria		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti		INDICATORE			Stabilimenti	
		Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***	Den.*	Num.**	Val.(%)	N. Tot.	N. Part ***
USL	Pubb.	8.071	1.615	20,0	5	2	7.098	3.665	51,6	3	2	7.126	5.590	78,4	3	3
Ferrara	Priv. Accr.	1.212	-	-	1	0	896	-	-	1	0	759	-	-	1	0

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

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

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

Note tecniche

Nota 1: questo numero è stato ottenuto dal database SOS.net (la gestione dell'archivio è affidata al Policlinico di Modena, mentre le elaborazioni dei dati sono il risultato della collaborazione tra Agenzia Sanitaria e Sociale e lo stesso Policlinico).

Sono incluse nel numeratore diverse tipologie di interventi (ricovero programmato, ricovero in emergenza, *day surgery*, chirurgia ambulatoriale) che l'attuale versione della *checklist* non consente di distinguere.

Nota 2: questo numero è stato ottenuto dall'archivio regionale delle SDO, operando una selezione dei ricoveri con dimissione da reparti appartenenti a una disciplina "chirurgica" (*Cardiochirurgia pediatrica, Cardiochirurgia; Chirurgia generale, Chirurgia maxillo facciale, Chirurgia pediatrica, Chirurgia plastica, Chirurgia toracica, Chirurgia vascolare, Neurochirurgia, Oculistica; Odontoiatria e stomatologia; Ortopedia e traumatologia; Ostetrica e ginecologia; Otorinolaringoiatria, Urologia, Grandi ustionati pediatrici, Grandi ustionati; Nefrologia; Dermatologia, Neurochirurgia pediatrica, Urologia pediatrica, Day surgery*); sono quindi esclusi dal calcolo del denominatore eventuali ricoveri con DRG chirurgico riconducibili ad altre discipline. Il criterio adottato consente di escludere i ricoveri in cui il DRG chirurgico è associato a una procedura interventistica (come ad es.: angioplastica, ...).

Questa scelta comporta tuttavia un rischio di sottostima (ad esempio nei casi in cui un paziente sottoposto a intervento chirurgico venga trasferito e dimesso da discipline mediche). Inoltre, esiste un ulteriore rischio di sottostima dovuto alla non inclusione delle procedure chirurgiche ambulatoriali (incluse invece, anche se in proporzione non nota, nel numeratore).

Area rischio infettivo

- SORVEGLIANZA ICA

Le attività svolte dagli operatori del Nucleo Operativo Infezioni Sanitarie nell'anno 2014 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. Inoltre il responsabile e il coordinatore ICI (infermiere addetto al controllo infezioni) hanno iniziato la partecipazione al Corso di formazione regionale Rete G.I.A.N.O. (Governo del rischio di Infezioni e Antibioticoresistenza – Nuclei operativi in rete).

Nell'anno 2014 gli argomenti trattati dal Nucleo su obiettivi condivisi dalla Rete CIO regionale sono:

- PROGETTO SICHER (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico): sono stati validati i dati presenti nel data base in previsione dell'invio in Regione. A tal proposito la Regione ha formato i referenti aziendali (un operatore del Nucleo e uno del ICT) sull'utilizzo del nuovo portale ASSRGAF per rendere le Aziende autonome nell'invio dei dati in Regione.

- PROGETTO ALERT ORGANISM e INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE: è attivo un sistema di notifica in tempo reale dal laboratorio di microbiologia di Cona che prevede per ogni coltura positiva (sia a livello ospedaliero che territoriale) di microrganismi appartenente alla lista Alert, la notifica al Nucleo Operativo Controllo Infezioni tramite mail/fax. Ad ogni notifica ricevuta gli operatori del Nucleo provvedono ad eseguire sopralluoghi, contattare i MMG, PLS e le strutture territoriali al fine di dare indicazioni specifiche per la prevenzione del rischio infettivo.

- LEGIONELLA: si è mantenuta costante la collaborazione con il Servizio Tecnico per il monitoraggio del microrganismo negli impianti dell'Azienda. E' stato deliberato un Gruppo aziendale per la sorveglianza e controllo della legionellosi. Nei casi previsti dalle direttive regionali e dal gruppo multidisciplinare aziendale, sono stati inviati ai reparti interessati gli alert sanitari ed effettuate le relative bonifiche impiantistiche. In fase di elaborazione il documento di valutazione del rischio.

- PROGETTO IGIENE MANI: si sono individuati i quantitativi e l'acquisto di attrezzature necessarie per l'attuazione dell'igiene mani degli operatori delle UU.OO con il frizionamento alcolico. Si inviano i dati trimestrali dei consumi delle soluzioni idroalcoliche alle UU.OO/Servizi. Partecipazione ai progetti promossi dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale.

- PULIZIE AMBIENTALI: il Nucleo operativo, continua la supervisione della nuova metodologia di pulizie ambientali che prevede l'uso di materiale probiotico monitorato da un piano di campionamento ambientale.

Un componente del Nucleo è entrato a fare parte della commissione Intercenter per l'elaborazione del capitolato di igiene ambientale relativo alla USL di Ferrara e Bologna.

- ATTIVITA' DI FORMAZIONE: sono stati individuati e proposti i temi per la formazione dell'anno 2014. I temi sono: Progetto SICHER interventi di manutenzione, l'igiene delle mani e la prevenzione del rischio infettivo.

-USO RESPONSABILE DI ANTIBIOTICI: è stato deliberato un Nucleo operativo uso responsabile di antibiotici aziendale. I componenti dei due Nuclei (controllo infezioni e uso antibiotici) collaborano per il raggiungimento degli obiettivi. Si è provveduto alla formazione dei professionisti sul tema *“Il panorama aziendale degli isolamenti e delle resistenze”* e alla programmazione di un audit per la profilassi perioperatoria degli interventi su colon e retto della chirurgia di Cento e Delta.

- EMERGENZA EBOLA: gli operatori del Nucleo hanno partecipato alla formazione aziendale e alla elaborazione di un protocollo interaziendale e aziendale.

- EMERGENZA INFLUENZA: sono stati distribuiti opuscoli e attrezzature per la prevenzione. Si è collaborato con le UU.OO interessate da casi sospetti/accertati di forme gravi e complicate.

Procedure rischio clinico

Nel corso del 2014 in ottemperanza anche alle linee guida regionali afferenti all'area della sicurezza delle cure sono state elaborate/revisionate le seguenti procedure/istruzioni operativa:

- Revisione 1 P.G. di Direzione Sanitaria *“Prevenzione, gestione e monitoraggio eventi aggressivi a danno degli operatori sanitari”* a cui è seguita formazione aziendale specifica;
- Revisione 2 I.O. di Direzione Sanitaria *“Gestione procedure di Incident reporting”* ovvero una presa d'atto delle modifiche della scheda regionale.
- Revisione 2 P.G. di Direzione Sanitaria *“Utilizzo del sangue ed emoderivati”* di cui è stata realizzata formazione specifica;

Altre attività

- Collaborazione del Risk Manager DIT con l'area Sicurezza delle Cure del Servizio Presidi Ospedalieri Regione Emilia Romagna, finalizzata alla ricognizione dello stato di implementazioni della raccomandazioni ministeriali con particolare riferimento agli *“eventi etero aggressivi”*, alle *“procedure di gestione dell'allontanamento da strutture sanitarie”*, alle *“procedure prevenzione cadute”*; nello stesso contesto è stato inoltre elaborato il progetto sperimentale *“V.I.S.I.T.A.R.E.”*

che vede anche la partecipazione dell'Ausl di Ferrara. Il progetto ha la finalità di sperimentare l'utilizzo del metodo Safety Walk Round come strumento integrato di gestione del rischio.

- Partecipazione al coordinamento regionale dei referenti del rischio clinico e alle attività proposte del coordinamento regionale;
- Segnalazione delle buone pratiche (implementazione raccomandazioni Ministeriali) all'osservatorio nazionale AGENAS;

Gestione del contenzioso

L'azienda partecipa agli incontri per la realizzazione del database regionale del contenzioso e le eventuali revisioni.

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 2014 sono stati inseriti 51 sinistri.

Capitolo realizzato da Paola Bardasi, Antonio Alfano, Gabriella Antolini

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