



Capitolo 3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

A cura di: Paola Bardasi, Sabina Barison, Antonella Beccati, Renato Cardelli, Stefano Carlini, Marcello Cellini, Marika Colombi, Fabio Ferraresi, Beatrice Govoni, Maurizio Guglielmini, Mauro Marabini, Silvano Nola, Micaela Pandini, Cristiano Pelati, Eriminio Righini, Franco Romagnoni, Giovanni Sessa
Integrazioni di: Michele Franchi, Isabella Masina e Gabriella Antolini

3. Gli obiettivi istituzionali e strategie aziendali

3.1 Gli obiettivi e le strategie dell'Azienda

L'indirizzo dell'attività dell'Azienda, in continuità con gli anni precedenti, è quello rivolto alla produzione, all'acquisizione ed all'erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria per il mantenimento, la promozione ed il recupero della salute psico-fisica dei cittadini, in conformità ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dai Piani Sanitari Nazionale e Regionale.

L'Azienda persegue la propria missione nella consapevolezza di concorrere a realizzare la responsabilità pubblica della tutela della salute garantendo l'equità di accesso ai servizi per tutte le persone assistite dal Servizio Sanitario Regionale anche in un contesto di Medicina di genere, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la globalità dell'intervento assistenziale, in base alle necessità individuali e collettive, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. del 29.11.2001).

Per adeguare la risposta ai bisogni socio-sanitari presenti nel territorio di riferimento, viene mantenuto un rapporto privilegiato con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara con la quale, attraverso gli Accordi di Fornitura, si definiscono i livelli quali-quantitativi delle prestazioni da erogare ai cittadini ed i livelli organizzativi correlati. Ci si avvale inoltre, delle strutture sanitarie e sociali, di diritto privato, accreditate, presenti sul territorio di riferimento, inoltre l'Azienda concorre alla formazione dei Piani per la Salute e provvede alla realizzazione degli obiettivi ivi indicati; favorisce la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

L'Azienda gestisce le risorse del FRNA assegnate come indicato dalla DGR 1206/2007 allegato 1. L'assegnazione del FRNA sui tre distretti dell'Azienda viene realizzata, tenendo conto della popolazione ultra 75enne per la quota anziani e della popolazione 15 – 64 anni per la quota disabili e delle indicazioni regionali.

La programmazione 2015 dell'Azienda Usl ha tenuto in considerazione prioritariamente le indicazioni di livello nazionale e regionale contenute nella Delibera regionale N.901/2015 "Linee di programmazione e di finanziamento delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale per l'anno 2015", della Delibera regionale N. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie", degli obiettivi di mandato assegnati all'Azienda con DGR N. 168/2015 e dei contenuti del "Progetto di integrazione strutturale delle due Aziende" elaborato congiuntamente dalle due Aziende Sanitarie della provincia, approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale in data 27/1/2016.

Nell'ambito del **Progetto di integrazione con l'Azienda Ospedaliera di Ferrara**, viene ribadito il concetto che la Programmazione della Sanità orientata ai bisogni del cittadino si attua attraverso il **pieno sviluppo delle reti cliniche assistenziali, del modello HUB e spoke e delle funzioni amministrative attraverso Dipartimenti, Servizi, Programmi e Strutture comuni**. Ad esempio, **l'attivazione delle Reti Cliniche (es. Stroke, Politrauma e STEMI)**, ha permesso la **centralizzazione delle patologie più gravi**.

Nell'ambito del percorso di introduzione, a livello regionale delle nuove modalità organizzative, le Aziende Ferraresi hanno rivestito il ruolo di anticipatrici delle politiche regionali che hanno mostrato grande attenzione a questi percorsi.

Nel 2015 sono proseguite le azioni volte alla realizzazione di un modello innovativo per le funzioni amministrative territoriali ed ospedaliere coerenti con le nuove forme di assistenza e di accesso e la costruzione di sistema integrato di supporto al sistema decisionale di Direzione, e con le **nuove indicazioni di OIV sul sistema di valutazione del personale**.

Gli obiettivi prioritari del 2015, hanno ripreso quelli di mandato assegnati all'Azienda, quelli regionali sui quali è stata richiesta la corresponsabilizzazione dei Dirigenti e quelli aziendali che si sono sviluppati sulle strategie aziendali nonché sulla programmazione provinciale, fondati sui alcuni principi fondamentali:

- **sicurezza ed appropriatezza;**
- **riorganizzazione ospedaliera sul modello HUB e Spoke**

- **integrazione Ospedale Territorio, da realizzare anche con le Case della salute e gli Ospedali di Comunità;**
- **integrazione con AOSP per Servizi e Dipartimenti Comuni**
- **integrazione e progettualità di Area Vasta Emilia Centro**
- **sostenibilità professionale, economico-finanziaria.**

Nel corso dell'anno 2015, inoltre, sono state implementate azioni per **migliorare i percorsi di presa in carico territoriali, sia domiciliari che dell'area anziani**. Sono state adottate strategie per il coinvolgimento precoce dei servizi sociali per una definizione dei percorsi più rapida ed un più precoce coinvolgimento dei care giver. Sono migliorati l'appropriatezza dei ricoveri da parte dei Pronto Soccorsi ed i percorsi di presa in carico dei pazienti da parte del territorio.

Le strategie sul territorio

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;
- ottimizzazione delle sinergie a livello provinciale e di area vasta;
- presa in carico dei pazienti cronici.

Il tema delle **liste di attesa** delle prestazioni specialistiche e diagnostiche nella provincia di Ferrara ha rappresentato negli ultimi anni una particolare criticità. **Per approfondimenti si veda il capitolo 7 specificatamente dedicato al tema.**

L'assegnazione del FRNA 2015 sui tre distretti dell'Azienda è stata realizzata, secondo la prassi consolidata. Infatti il piano di riparto del FRNA fra i distretti Centro Nord, Sud Est e Ovest ha tenuto conto:

- della popolazione ultra 75enne per la quota anziani e della popolazione 15 – 64 anni per la quota disabili
- delle indicazioni regionali.

Le risorse del FRNA per l'anno 2015 sono state ripartite fra i distretti dalla CTSS nella seduta del 27 luglio 2015 come è rappresentato nel Bilancio preventivo approvato con delibera n. 184 del 14/07/2015. La ripartizione è stata recepita con apposito provvedimento deliberativo n. 207 del 28/08/2015.

I Distretti, attraverso gli Uffici di Piano e i Comitati di Distretto hanno successivamente programmato l'utilizzo delle risorse con riferimento alle singole aree – **domiciliarità e residenzialità** – e alla tipologia di utenti – **anziani e disabili**. Sono altresì state programmate anche alcune azioni trasversali.

La gestione delle risorse assegnate è avvenuta nell'ambito della contabilità separata FRNA come indicato dalla DGR 1206/2007 allegato 1. In particolare le quote FNA sono state utilizzate per azioni a rilievo sociale e socio sanitario di sostegno alla domiciliarità e in favore (per la specifica quota) di utenti gravemente non autosufficienti. Le indicazioni regionali sono state recepite dai Comitati di Distretto in fase di approvazione della programmazione distrettuale, in particolare per quanto concerne il potenziamento dell'accesso e il sostegno della domiciliarità.

L'Ausl di Ferrara ha proseguito nei 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**.

La realtà demografica ferrarese presenta un quadro di popolazione caratterizzato da una forte percentuale di anziani ed un costante decremento demografico mentre dal punto di vista epidemiologico condizione peculiare è una maggiore incidenza delle cronicità (diabete, malattie del sistema circolatorio, malattie dell'apparato respiratorio) rispetto alla media regionale.

L'offerta assistenziale deve pertanto orientarsi verso **risposte sempre più adeguate alla cronicità**, valorizzando il sistema delle cure primarie, organizzando in modo sinergico la degenza sul complessivo sistema ospedaliero provinciale, prestando attenzione al fabbisogno riabilitativo e nelle situazioni di post – acuzie.



Bilancio in pillole ...

VERSO UNA SEMPRE MAGGIORE INTEGRAZIONE CON L'AZIENDA OSPEDALIERA

**Prosegue il pieno sviluppo di reti cliniche
assistenziali e di funzioni amministrative
attraverso Dipartimenti, Servizi, Programmi e
Strutture comuni.**

Una prima risposta a questa realtà è costituita dalle **Case della Salute**, nel 2015 attive a Copparo, Portomaggiore, Pontelagoscuro, Ferrara - Cittadella San Rocco e Comacchio, **nelle quali si stanno sviluppando percorsi sulla cronicità: diabete, scompenso cardiaco, BPCO; orientamento all'attività motoria per pazienti con rischio cardiovascolare, e, nella casa della salute di Codigoro, inaugurata a novembre 2015, il progetto di sviluppo della rete di cure palliative.**

La casa della salute costituisce una modalità innovativa di assistenza, che vede la centralità del paziente e la gestione dei percorsi dei pazienti affidata all'infermiere.

Sono attivi in tutte le case della salute **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.

Nella casa della salute Copparo è presente un gruppo di lavoro integrato (mmg, infermieri di ncp, assistente sociale asp, geriatra uvg) per la presa in carico del paziente fragile anziano con l'utilizzo di strumenti di case management e di valutazione multidisciplinare.

Per la gestione integrata dei disturbi cognitivi dell'anziano sono attivi all'interno delle case della salute di Copparo, Portomaggiore e Bondeno i Centri per i disturbi cognitivi.

La collaborazione fra Dipartimento Cure primarie e Dipartimento Sanità pubblica nelle Case della Salute ha favorito lo sviluppo dei Gruppi di cammino destinati a pazienti cronici e a pazienti sani che devono migliorare lo stile di vita.

Inoltre, in collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, si è attivata la presa in carico integrata della patologia psichiatrica lieve e casi sociosanitari complessi (Copparo) e delle dipendenze da sostanze (alcol, fumo a Copparo e Portomaggiore), degli esordi psicotici a Ferrara Cittadella San Rocco.

Lo sviluppo degli **Ospedali di Comunità (OsCo)** costituisce un'altra risposta sanitaria che si vuole fornire alla popolazione e rappresenta un **nuovo setting assistenziale** che possiede caratteristiche intermedie tra il ricovero ospedaliero e le altre risposte assistenziali (ADI) o residenziali (CRA), alle quali non si pone in alternativa ma piuttosto in un rapporto di forte integrazione e collaborazione, rappresentando uno snodo fondamentale della rete assistenziale territoriale.

Frutto della riconversione dei posti letto di lungodegenza nelle sedi di Copparo e Comacchio in posti letto di cure intermedie (20 posti letto a Comacchio e 20 posti letto a Copparo), gli OsCo si sono sviluppati all'interno delle Case della Salute a partire dall' 1 Giugno 2014 e la loro realizzazione si è resa possibile grazie all'attivazione da parte del Dipartimento di Cure Primarie di un gruppo di lavoro multi professionale, che ha costruito il progetto secondo le indicazioni regionali (DGR 199/2013) e ha messo le basi per un accordo sindacale con i Medici di famiglia, che seguono dal punto di vista clinico i pazienti in OSCO.

Tale modello riconferma il **sempre maggiore coinvolgimento dei Medici di medicina Generale** attraverso lo sviluppo dell' **Associazionismo medico**, per il conseguimento degli obiettivi aziendali nell' organizzazione delle cure primarie, volti ad assicurare l' erogazione dell' assistenza primaria, diventando strumento privilegiato per la piena realizzazione della rete clinica distrettuale dei nuclei di cure primarie e punto di forza per l'integrazione multiprofessionale con i Servizi intra ed extradistrettuali e per la valorizzazione dei singoli territori.

La gestione dei due Ospedali di Comunità è affidata al Dipartimento Cure Primarie, con responsabilità clinica dei Medici di medicina generale e responsabilità organizzativo-assistenziale del personale infermieristico. Per quanto attiene la **Rete delle Cure Palliative**, dal Novembre 2015 è stata avviata formalmente nel Distretto Sud Est ed è in fase di attivazione negli altri due Distretti.

Relativamente allo 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).
- Percorso endocrinologico

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.

Altre azioni di Programmazione Aziendale, volte a mettere il paziente al centro del percorso assistenziale ed articolate nelle diverse determinanti, hanno avuto come obiettivo:

- 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;
 - sviluppo di nuovi modelli assistenziali all'interno delle Case della Salute con forte integrazione socio-sanitaria.
- migliorare l'appropriatezza nella assistenza farmaceutica e protesica.

E' stato conseguito 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);
- governo dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche.

La riorganizzazione ed i risultati del DAISMDP

Con Delibera 173 del 26/07/2013, è stato completato **il primo processo di riorganizzazione del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAISMDP)** 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 territoriale e distrettuale.
- 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.

Il Dipartimento, con la nomina del nuovo Direttore a fine 2015, sta definendo un nuovo disegno organizzativo e nuove modalità di presa in carico dei pazienti, in un percorso di integrazione con le realtà associative locali e l'Università.

Inoltre lo sviluppo integrato dell'attività della Salute Mentale (DAISMDP) ha previsto a Copparo una gestione dell'**ambulatorio dell'ansia** in modo integrato fra Medici di Medicina Generale e DAISMDP (27 pazienti), inoltre 18 casi complessi a valenza socio sanitaria sono stati gestiti dal gruppo integrato mmg/medico psichiatra e assistente sociale, con un percorso di accoglienza e presa in carico.

Presso al Casa della Salute "Cittadella San Rocco" a Ferrara, **è inoltre attivo l'ambulatorio degli esordi psicotici.**

In collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale, si è attivata la presa in carico integrata della patologia psichiatrica lieve e casi sociosanitari complessi (Copparo) e delle dipendenze da sostanze (alcol, fumo a Copparo e Portomaggiore).

I risultati raggiunti nel 2015, confrontati con i dati regionali, evidenziano **margin di miglioramento rispetto al 2014**, che l'Azienda sta già percorrendo con azioni volte ad un allineamento dei costi pro-capite aziendali per livello di assistenza alla media regionale, una ulteriore semplificazione dei percorsi di presa in carico, una piena integrazione dell'area ospedaliera ed il proseguimento nell'integrazione dei servizi territoriali nelle Case della salute.

Sono stati coinvolti assistiti con disturbo psichiatrico grave e persistente e con periodi di ricovero di lungo periodo in strutture psichiatriche residenziali. Si è sviluppata una buona collaborazione con il privato sociale del territorio che ha messo a disposizione degli assistiti appartamenti, e supporto assistenziale ed educativo sia domiciliare che sul territorio. I risultati conseguiti sono ritenuti importanti in quanto per **nessuno degli assistiti inseriti nelle unità abitative è stato più necessario un ricovero in ambiente psichiatrico se non occasionalmente per periodi molto brevi.**

Permane tuttavia una certa difficoltà nel coinvolgimento degli enti locali soprattutto per quanto attiene alla compartecipazione alla spesa. Si auspica che l'approvazione della DGR 1554/2015 "Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con metodologia budget di salute, possa migliorare la collaborazione fra Azienda, Enti Locali e ASP.

Al fine della promozione azioni di formazione congiunta sono state messe in atto iniziative formative congiunte Enti locali, DAISMDP, UO. Disabilità adulti e UO. Anziani.

L'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)** composta da –Servizio Psichiatrico adulti e dai Servizi sociali, UO Disabili e UO Anziani è di seguito esplicitata:

- n. 10 UVM presso SPDC per valutazione casi complessi,
- n. 13 UVM per progetti terapeutici riabilitativi congiunti,
- n. 17 UVM per presa in carico di pazienti assistiti dal DAISMDP da parte di Servizi Sociali e UO Anziani/disabili.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica

Il Dipartimento di Sanità Pubblica, garantisce la tutela della salute collettiva attraverso l'assistenza dopo l'insorgere di eventi morbosi ma, soprattutto, promuovendo la salute ed il miglioramento della qualità della vita. Le attività sono rivolte a tutte le componenti della popolazione e si compiono attraverso interventi di assistenza, sostegno, controllo, vigilanza, formazione ed informazione, educando la collettività a stili e comportamenti di vita corretti.

L'obiettivo della promozione della salute viene perseguito anche attraverso funzioni di vigilanza e prevenzione, assicurando la profilassi delle malattie infettive, la tutela della collettività dai rischi sanitari ed infortunistici, compresi gli aspetti di igiene del lavoro, la sanità pubblica veterinaria, la tutela degli alimenti e la tutela della salute nelle attività sportive.

Il quadro dell'offerta ambulatoriale attuale in Provincia è coerente con quanto richiesto dalla normativa; anche se per ragioni logistico-organizzative si è concentrata la maggior parte delle attività nel distretto centro nord e ciò spiega la non omogenea distribuzione del personale nelle varie sedi territoriali. L'**attività ambulatoriale vaccinale** della popolazione in età pediatrica e degli adulti è stata unificata in un Modulo Dipartimentale coordinato dal DSP che vede l'integrazione tra personale medico ed infermieristico del Dipartimento Cure Primarie e del Dipartimento Sanità Pubblica. L'attività ambulatoriale vaccinale, a Copparo e Portomaggiore, è svolta nelle Case della Salute. Anche l'**attività ambulatoriale di medicina dello sport** prevede nel distretto sud-est e ovest una collaborazione/integrazione col Dipartimento Cure primarie riguardante lo staff infermieristico e l'attività di formazione svolta dai medici dei gruppi di cammino delle case della salute.

La diminuzione dell'attività del Dipartimento Sanità Pubblica, in alcuni comparti, è dovuta, principalmente, al perdurare della situazione di crisi economica delle aziende a livello locale, regionale e nazionale. Ciò, infatti, ha provocato, nel nostro territorio, ulteriormente provato dal terremoto 2012, numerose chiusure di attività industriali, artigianali e commerciali, con la conseguente e proporzionale riduzione di richieste di prestazioni, numero di ispezioni, controlli, pareri etc.

In relazione all'attività vaccinale si segnala il problema derivante **dall'aumento dei casi di rifiuto alle vaccinazioni della prima infanzia.**

L'**estensione degli screening** (popolazione invitata/popolazione da invitare) è in linea con gli standard indicati dall'Osservatorio Nazionale Screening e raggiunge la quasi totalità della popolazione interessata (collo dell'utero 106%; colon retto 98%; mammella 96%). Il numero di inviti nel corso del 2015 è stato funzionale al raggiungimento di questo obiettivo ed è stato reso possibile dagli sforzi organizzativi del sistema a rete degli screening, che ha sostenuto le maggiori performance richieste (adesione agli screening: collo dell'utero 59%; colon retto 51%; mammella 74%).

Relativamente alle **Attività Veterinarie** si registra una diminuzione dei controlli ufficiali in materia di sanità animale, rispetto al 2014, anno che risente delle code di attività dell'emergenza aviaria 2013, con controlli anche all'inizio del 2014, nonché dell'emergenza aviaria in Veneto nel dicembre 2014. Inoltre, nel febbraio

2015, sono cambiate le misure di sorveglianza per influenza aviaria, con riduzione sensibile della frequenza del campionamento presso gli avicoli. Per ciò che riguarda gli altri controlli ufficiali presso gli allevamenti e i controlli presso le attività di produzione di alimenti di origine animale, dal 2015 si è modificata la modalità di calcolo dei due indicatori (numero di verifiche e non più di ispezioni) per garantire maggiore omogeneità tra le tre aree specialistiche.

La **medicina dello sport**, nel 2015, vede complessivamente un aumento significativo dei dati di attività rispetto agli ultimi anni. In particolare il dato riguarda il numero delle visite di idoneità agonistica dei minori e disabili (prestazioni nei LEA), l'attività di fisioterapia e gli accessi in palestra dei soggetti dismetabolici e cardiopatici che aderiscono al programma EFA, che è obiettivo del PRP regionale. La Medicina dello sport ha iniziato inoltre un'attività didattico-formativa nelle scuole già programmata anche per il 2016.

Il **Piano Regionale della Prevenzione (PRP)** impegna tutte le articolazioni delle Aziende sanitarie ferraresi. La Regione ha posticipato la realizzazione al 2016/2018. Per l'anno corrente, così come richiesto dalla Regione, sono stati nominati i referenti aziendali che coordinano il Piano locale attuativo e i Responsabili di setting previsti dal PRP. Il gruppo di lavoro è stato presentato, nel mese di dicembre, al Collegio di Direzione. Sono stati attivati diversi incontri con i responsabili di setting aziendali e regionali per la stesura del Piano locale attuativo che è stato inviato in Regione nel gennaio 2016.

La valutazione del personale

A fine 2015 **l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), unico per l'intera regione Emilia-Romagna, coadiuvato da Organismi Aziendali di Supporto (O.A.S.)**, ha prodotto alcuni documenti di indirizzo per l'attività delle Aziende (Del. N. 1/2014 e Del. N. 2/2015) anche sulla normativa vigente in materia di valutazione del personale dirigente.

Proseguendo il percorso di valutazione del Personale e della stessa Azienda, attraverso una serie di incontri di confronto e di formazione con le OO.SS e con i Dirigenti, percorso che ha comportato la rivisitazione dell'intero processo di budget, dall'individuazione degli obiettivi, alla loro condivisione, all'individuazione di indicatori possibilmente quantitativi e di outcome, al loro monitoraggio in progress ed ai possibili aggiustamenti, fino alla valutazione basata su evidenze, l'Azienda dall'anno 2014 ha assunto la valutazione della performance individuale annuale per tutto il Personale dirigente, pur senza ricadute economiche per i Dirigenti professional. Con meccanismo "a cascata", ciascun Dirigente ha provveduto alla valutazione dei Dirigenti afferenti alla propria UO secondo gli item presenti nella scheda che poi, firmata dal valutatore e dal valutato, contribuisce con un peso pari al 30% del totale, al riconoscimento anche economico della quota dello stipendio di risultato. Lo stesso Dirigente valutatore a sua volta è stato valutato dal suo diretto superiore gerarchico. L'esito della valutazione conseguito annualmente da ciascun Dirigente viene riportato nel proprio fascicolo personale. Le valutazioni relative all'anno 2015 non sono ancora ultimate, ma hanno seguito lo stesso modello metodologico.

Il personale dell'area comparto, durante il 2015, è stato coinvolto in uno specifico percorso di formazione, in previsione di ulteriori indirizzi, anche regionali.

Nel corso dell'anno 2015 l'Azienda Usl di Ferrara ha ottenuto una positiva certificazione da parte dell'OAS aziendale in relazione alle attestazioni di cui alla Delibera CIVIT ora ANAC N. 77 del 2013 ed in particolare alla coerenza del modello di programmazione e di valutazione. Di conseguenza l'Azienda Usl di Ferrara ha provveduto alla pubblicazione dell'attestazione, di cui trattasi, nell'apposita sezione "Attestazioni O.I.V. o struttura analoga" presente nel portale dell'Amministrazione Trasparente.

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, è una occasione per il miglioramento degli standard di qualità tecnica e relazionale, con conseguente migliore risposta ai bisogni dei cittadini.

Secondo quanto indicato nella delibera n. 2/2015 dell'OIV Regionale, che riprende anche concetti fondamentali contenuti nella delibera OIV n. 1/2014, il *Sistema aziendale di valutazione integrata del personale* si articola in due ambiti da presidiare in modo specifico:

- performance realizzata (obiettivi raggiunti, risultati, prestazioni, rendimento, impegno, comportamenti); e
- competenze possedute (tecnico-professionali, manageriali, trasversali).

In particolare, l'Azienda ritiene che "attivare un efficace percorso di comunicazione degli obiettivi strategici, unitamente al rispetto delle scadenze e della tempistica legata alle richieste di rendicontazioni aziendali, debba essere considerato come uno degli elementi di valutazione dei Dirigenti responsabili di Struttura".

In sostanza il sistema di valutazione:

- Serve per orientare 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, ecc..) 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, ha strutturato il proprio sistema di valutazione del personale.**

Ha operato dapprima 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.

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 "Preso 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) e successiva Del. 249 del 26/10/2015 di adeguamento della composizione dell'organismo aziendale di supporto (OAS) sulla base delle riorganizzazione intervenute in Azienda.

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.

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 scheda di valutazione della performance individuale annuale è stata sperimentata nell'anno 2013, condivisa con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria, adottata formalmente a partire dall'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.

Il **procedimento di valutazione** è stato strutturato e descritto ampiamente nelle "Istruzioni Operative sul sistema di valutazione aziendale" aggiornamento al 2015, e inviato, unitamente al modello di scheda di valutazione (13 e 16 items) a tutti i Direttori di Dipartimento e i Distretto con Nota a firma del Direttore Generale in data 26/01/2015.

Per il 2016 le modalità di applicazione delle indicazioni normative a livello aziendale, dovranno essere specificate nella "Guida alla valutazione aziendale del personale" quando sarà adottata, previo confronto con l'OIV regionale.

In attesa dell'adozione di tale Guida, esse verranno formalizzate nell'atto di ridefinizione dell'OAS e relativo Regolamento.

A partire dal 2015 ad ogni obiettivo è stato attribuito un peso, in rapporto alle indicazioni della DGR 901/2015 e successiva DGR 1056/2015 ed alle priorità negoziate e stabilite dalla Direzione Aziendale.

Dall'anno 2015 gli obiettivi economici sono stati identificati nella scheda di budget con chiara denominazione.

Anche i progetti individuali, che si confermano per il 2016, verranno sottoposti comunque a valutazione da parte dell'O.A.S.

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

Per quanto attiene alle **Valutazioni di 2° istanza** i contratti nazionali di lavoro della sanità pubblica demandano al Nucleo di Valutazione la gestione (obbligatoria) delle valutazioni annuali negative e spesso quelle contestate ancorché positive.

Nel sistema delineato dalla DGR 334/2014, tale competenza risulta assegnata agli OAS e può essere esercitata in uno dei seguenti modi:

- direttamente dall'OAS,
- attraverso un collegio specifico presieduto da un membro dell'OAS e da altri soggetti individuati dalla Direzione aziendale che possano garantire un adeguato livello di competenza ed indipendenza professionale.

La valutazione di 2° istanza su una valutazione annuale è attivabile dall'OAS:

- d'ufficio in caso di valutazione negativa;
- su eventuale richiesta del valutato, previa verifica che le posizioni del valutato e del valutatore si discostino in modo significativo (a giudizio dell'OAS stesso) e previo tentativo di composizione a cura della Direzione o di altra funzione aziendale individuata.

Gli esiti della valutazione di seconda istanza andranno comunicati tempestivamente all'OIV-SSR per un monitoraggio complessivo del funzionamento del sistema.

L'integrazione tra le Aziende Ferraresi

Le linee di indirizzo 2013 della Regione Emilia-Romagna, approvate con deliberazione n. 199/2013, specificano che le Aziende sanitarie sono tenute a "migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo".

L'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), nel dare attuazione alle indicazioni regionali, ha approvato - nella seduta del 4 Settembre 2013 del Comitato dei Direttori Generali di AVEC - il documento "Progetto per l'integrazione delle funzioni tecnico-amministrative", trasmesso alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna.

Tra gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali nel nuovo mandato, all'atto della loro nomina a marzo 2015, figura lo "sviluppo dei processi di integrazione strutturale dei servizi sanitari e di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende", come tra l'altro ribadito nella DGR 901/2015, in cui, nell'assegnare alle Aziende Sanitarie gli obiettivi per l'anno 2015, è previsto che le Aziende procedano a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico logistico.

In adempimento a quanto espressamente indicato nell'ambito degli obiettivi di mandato di cui al punto precedente, le Aziende hanno prodotto e trasmesso alla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione della Regione Emilia Romagna, in data 14/09/2015, il "Piano di integrazione strutturale delle funzioni tecnico-amministrative e di supporto delle Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara", che si inserisce nel più ampio "Progetto per le integrazioni strutturali dei servizi sanitari ed amministrativi" presentato ed approvato in Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale il 27 Luglio 2015.

Sulla base di quanto sopra è stato definito e deliberato un **Accordo Quadro quinquennale per lo svolgimento delle funzioni provinciali unificate dei servizi sanitari, amministrativi, tecnici e professionali, in collaborazione tra le due Aziende ferraresi**, al fine di definire le finalità strategiche, i principi generali sullo svolgimento delle attività oggetto di cooperazione istituzionale e le regole necessarie ad orientare l'implementazione dei processi di integrazione organizzativa.

In particolare con l'Accordo Quadro si definiscono formalmente i principi e le regole generali per l'esercizio associato delle suddette funzioni attraverso **Servizi e Dipartimenti Comuni**, secondo il sistema delle deleghe di funzioni.

Con successive Delibere n. 10/2016 delle due Aziende sono state attivate le procedure di selezione dei posti da Direttore dei Servizi Comuni Tecnico Amministrativi, espletate nel Marzo 2016, e l'attribuzione dell'incarico dall'1/4/2016 ha determinato l'immediata cessazione dei Dipartimenti, con il conseguente venir meno delle connesse indennità economiche e la derubricazione di 9 strutture complesse precedentemente incardinate nelle organizzazioni dipartimentali.

Con successive Delibere n. 58/2016 dell’Azienda Ospedaliera e dell’Azienda USL sono state formalmente delegate le funzioni Amministrative dei Servizi Comuni all’Azienda USL di Ferrara quale ente capofila. I rappresentanti degli EE LL. hanno espresso formalmente un giudizio positivo con il parere del 27/1/2016 nell’ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nel quale è stata espressa soddisfazione per lo stato di avanzamento del processo di integrazione da parte delle Aziende Sanitarie in coerenza con gli impegni assunti, come risulta dalla nota trasmessa del presidente il 4/2/2016 P.G. n. 8355/2016.

Altre azioni di programmazione

Tempi d’attesa delle prestazioni specialistiche (v. Capitolo 7 dedicato nello specifico al tema dei tempi d’attesa)

Assistenza Ospedaliera

Durante l’anno 2015, le azioni legate alla riorganizzazione ospedaliera di maggior rilievo, sono state:

Ospedale di Argenta:

- Consolidamento dei nuovi strumenti del modello organizzativo dell’intensità di cura (briefing, handover visual management ecc.) e potenziamento della funzione riabilitativa e della progettazione dei percorsi “di genere”;
- Consolidamento del progetto di Telerefertazione; definizione del progetto di collocamento della diagnostica RMN;
- Completamento del percorso del POCT per tutte le esigenze urgenti, centralizzazione della routine presso il laboratorio Hub e superamento del Laboratorio Analisi a livello di stabilimento.

Ospedale del Delta:

- Rimodulazione dell’area medica mediante incremento di 8 posti letto all’interno della funzione Cardiologica per pazienti con MDC 5;
- Completamento della piastra chirurgica mediante accorpamento alle funzioni di Chirurgia Generale, Urologia ed Ortopedia la funzione di Ginecologia;
- Proseguimento del percorso per intensità di cure.

Ospedale di Cento:

- Avvio del progetto “Urologia provinciale” mediante iniziale centralizzazione delle urgenze urologiche all’ Hub di Cona;
- Proseguimento del percorso di superamento della guardia dipartimentale chirurgica ed attivazione dei medici del PS per la copertura delle valutazioni urgenti;
- Prosecuzione del modello organizzativo per intensità di cure;
- inizio del percorso di integrazione Lungodegenza – Riabilitazione.

Trasparenza, prevenzione, corruzione, misurazione della performance e codici di comportamento

L'Azienda prosegue anche nel 2015 **l'impegno sugli adempimenti in materia di trasparenza, prevenzione corruzione, misurazione della performance e codici di comportamento** secondo quanto previsto dalla normativa statale vigente e dalle indicazioni regionali.

Con nota acquisita agli atti del PG con n. 25714 del 22/04/2016, l'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e delle Aziende del SSR ha trasmesso un documento relativo all'analisi quantitativa delle attestazioni effettuate secondo quanto indicato dalla delibera ANAC n. 43/2016 che si pone l'obiettivo di *"fotografare" i risultati rappresentati nelle «griglie» predisposte, articolate per Azienda e per tipologia di obbligo, allo scopo di offrire elementi di confronto e di valutazione per un ulteriore e progressivo miglioramento dei risultati stessi.*

I dati sono stati calcolati sulla base dei punteggi riportati nelle griglie delle singole aziende per ogni voce prevista, utilizzando esclusivamente le valutazioni relative alle seguenti dimensioni:

- Completezza del contenuto (0-3);
- Completezza rispetto agli uffici (0-3);
- Aggiornamento (0-3).

Si ricorda preliminarmente che:

- la griglia oggetto di indagine emanata con delibera n. 43/2016 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione fu trasmessa alle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna in una forma pre compilata dallo stesso OIV regionale in quanto per le sezioni non di competenza delle aziende sanitarie furono valorizzati i campi con il valore n/a (non applicabile) in modo da garantire una interpretazione omogenea da parte di tutti gli Enti;
- il giorno 1 febbraio 2016 è stato garantito un backup dell'intera sezione di I livello denominata "Amministrazione Trasparente" per poter effettuare la rilevazione con i dati e le informazioni presenti a tale data come peraltro suggerito dall'OIV regionale con nota PG 2016/57316 del 2/2/2016 ad oggetto "Indicazioni delibera ANAC n. 43 del 20 gennaio 2016";
- le sezioni oggetto di attestazione sono:
 - Sezione "Organizzazione",
 - Sezione "Consulenti e collaboratori",
 - Sezione "Enti Controllati",
 - Sezione "Bandi di gara e Contratti",
 - Sezione "Interventi straordinari e di emergenza".

L'OIV regionale a tal proposito, ha evidenziato in particolare che:

1) **la sezione di I livello "Organizzazione" si attesta al valore del 93,33%** non raggiungendo in tal modo il valore pieno del 100%.

Il motivo è da ricercare nel fatto che la sezione di II livello "Telefono e posta elettronica" dell'Azienda UsI di Ferrara alla data del 1/02/2016 non presentava, secondo il modello ed il report proposto, tutti i dati e le informazioni richiesti; in particolare talvolta non risulta disponibile un accesso diretto ai numeri telefonici ed agli indirizzi mail dei singoli dipendenti, rinviando ad esempio di fatto alla carta dei servizi. In alcuni casi è indicato solamente il numero del centralino o dell'URP dell'Azienda, ovvero i numeri di alcune segreterie".

Per questo motivo il valore attribuito alla sezione dell'Azienda UsI di Ferrara non è al massimo ma è stato determinato con un valore pari al 66,67% in coerenza con quanto proposto dall'OAS. Si tratta di una carenza formale, già emendata dall'Azienda con specifica comunicazione all'OIV; ma ciò nonostante è corretto un rispetto puntuale delle norme in materia.

2) **la sezione di I livello "Consulenti e collaboratori" si attesta al valore del 94,4%** non raggiungendo in tal modo il valore pieno del 100%.

Il motivo è da ricercare nel fatto che la sezione di II livello "Tabelle elenco consulenti" dell'Azienda UsI di Ferrara alla data del 1/02/2016 non presentava in maniera conforme al report, tutti i dati e le informazioni richiesti: nella diapositiva viene rilevato infatti che "alcune Aziende non hanno inserito tali dati specifici (invii semestrali alla Funzione pubblica), ma rinviano alle tabelle con le quali si pubblicano i dati di consulenti/collaboratori".

Per questo motivo il valore attribuito alla sezione dell'Azienda UsI di Ferrara non è al massimo ma è stato determinato con un valore del 66,67% in coerenza con quanto proposto dall'OAS. Si tratta di una carenza

formale, già emendata dall'Azienda con specifica comunicazione all'OIV; ma ciò nonostante è corretto un rispetto puntuale delle norme in materia.

Le restanti sezioni di I e II livello dell'Azienda Usl di Ferrara oggetto di attestazione di cui alla delibera n. 43/2016 dell'ANAC hanno invece **riportato i valori massimi del 100%** poiché ritenute esaustive e rispondenti pienamente al dettato legislativo.

Oscar di Bilancio della pubblica Amministrazione anno 2015

L'Azienda **ha partecipato all'Oscar di Bilancio della Pubblica Amministrazione** negli anni 2013-2014 e 2015, conseguendo premi nel settore della Sanità Pubblica legati alle rendicontazioni e alla trasparenza.

Per l'edizione 2014 l'Azienda **si è classificata seconda** tra i tre finalisti e nell'anno 2015 ha ricevuto una "Menzione di Merito".

3.2 La sicurezza delle cure

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.

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.

Un team multidisciplinare per la gestione del rischio clinico

Per far fronte a questo prioritario tema e per rispondere alle linee d'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**.

Il Direttore Sanitario dell'Azienda, in quanto titolare del governo clinico, presiede l'attività di un team multi professionale e multidisciplinare denominato **NORC (Nucleo Operativo Rischio Clinico)**;

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 e rappresenta l'organismo tecnico delegato dal Collegio di Direzione aziendale deputato a svolgere tale funzione.

Il NORC è coordinato dal un risk manager di area medica e da un risk manager delle professioni sanitarie; i rappresentanti dipartimentali coordinano i referenti del rischio clinico di unità operative (generalmente un medico e un professionista della sanità, in funzione della disciplina).

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, che è anche componente del NORC-

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.

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, l'Ausl di Ferrara ha elaborato il **Piano Programma aziendale per la Sicurezza e la Gestione del Rischio 2014-2015**, differenziando strumenti, metodologia e ambiti d'intervento.

La programmazione aziendale 2015 è stata sviluppata tenendo conto dei risultati del Piano Programma 2014 e recependo gli obiettivi afferenti alla sicurezza delle cure contenuti nelle linee strategiche di programmazione regionale (DGR n. 217/2014 e n. 901/2015).

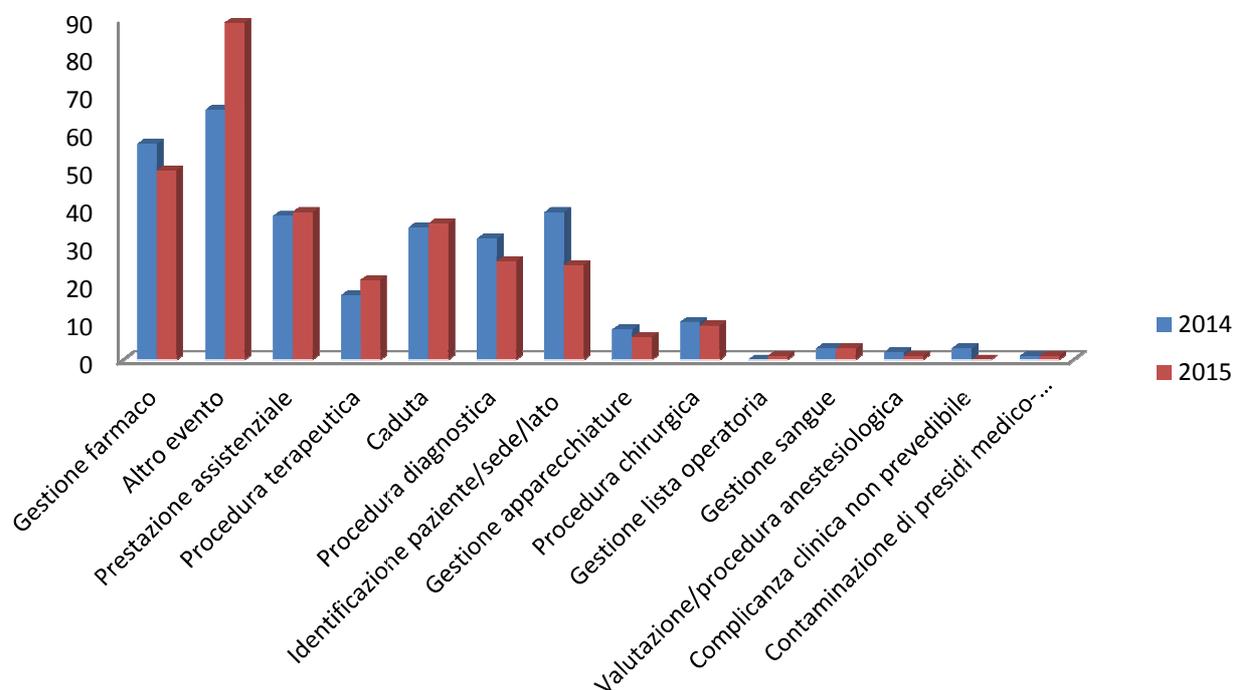
I Sistemi di segnalazione degli eventi indesiderati: l'Incident Reporting

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 (Incident Reporting)** rappresenta il principale strumento.

L'Azienda USL di Ferrara ne ha portato a sistema l'utilizzo 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 concernenti il biennio 2014-2015 estratti dal data base regionale:

Aree di segnalazione Incident Reporting, dal database regionale



Dall'analisi dei dati riportati in tabella emerge un **trend di segnalazione sostanzialmente invariato** (311 segnalazioni nel 2014 – 307 segnalazioni nel corso del 2015); contestualmente anche le **aree critiche prioritarie 2015 non mostrano significativi scostamenti rispetto al 2014**.

Gli eventi clinici avversi

Dei 23 eventi avversi del 2015, 11 si sono verificati nei servizi dell'ospedale del Delta, 7 nelle strutture dell'Ospedale di Cento, 2 all'Ospedale di Argenta, 1 presso l'Ospedale di Comunità e 2 presso strutture di ricovero afferenti al Dipartimento di Salute Mentale.

Oltre il **50% delle segnalazioni hanno riguardato cadute di pazienti**, dato in linea con la reportistica AGENAS che segnala la caduta come l'evento più frequente in sanità.

Gli eventi sentinella

Delle 23 segnalazioni di eventi clinici avversi pervenute all'Area Risk Management, **tre** sono state considerate possedere le caratteristiche di **Evento Sentinella** e pertanto sono state **segnalate al Ministero della Salute** attraverso l'applicativo SIMES, per il tramite della Regione.

Per l'analisi degli eventi sentinella, in due casi si è utilizzata la metodica SEA (Significant Event Audit) e in un caso la metodica RCA (Root Cause Analysis).

Il Progetto regionale VISITARE e i Giri per la sicurezza (SWAR)

Sul modello dei Giri per la Sicurezza del paziente (Safety Walkarounds), tecnica di risk assessment nata negli Stati Uniti, la RER ha promosso il **progetto VISITARE**. Questo metodo d'identificazione del rischio consiste in visite ed interviste che i referenti della sicurezza, con mandato della direzione, effettuano nelle unità operative al fine di identificare, con il personale delle strutture, i problemi legati alla sicurezza. Il valore aggiunto di questa metodologia, deriva dal fatto che le informazioni raccolte in questo processo, spesso, hanno già la soluzione nella descrizione dell'evento e quindi possono portare, talvolta, all'introduzione di un'immediata modifica che migliora, da subito, i processi assistenziale e la sicurezza.

Il progetto ha l'obiettivo generale di sperimentare, in alcune aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna, lo strumento delle Visite per la Sicurezza, la Trasparenza e l'Affidabilità con un focus specifico anche sul livello d'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure, degli operatori ed evidenziare le problematiche correlate alla loro applicazione.

L'adesione dell'Ausl di Ferrara è stata garantita dalla realizzazione di tre **visite presso di cui due in PS aziendali ed una presso il Servizio di Diagnosi e Cura del DSM**; dopo sei mesi dalla prima visita sono state realizzati le seconde viste finalizzate alla verifica del livello di realizzazione delle **azioni di miglioramento** concordate con la struttura in occasione della prima visita.

Complessivamente sono state programmate **14 azioni di miglioramento di cui 10 realizzate**.

Implementazione delle procedure di Risk Management nell'Azienda USL di Ferrara: lo stato dell'arte

PROGRAMMA		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Identificazione dei rischi (monitoraggio e sorveglianza)	Incident reporting									
	Eventi sentinella									
	SICHER									
	Controlli documentazione sanitaria.									
	Controllo infezioni correlate all'assistenza									
	Linee guida / protocolli									
Gestione eventi clinici avversi	Applicazione Procedure									
	Report ECA									

	Root Cause Analysis/ SEA									
Analisi dei rischi	Mappe aree critiche									
	FMEA / FMECA									
	Risk Adjustment SWAR Istituti di pena									
Prevenzione del rischio/Sicurezza delle cure	Implementazione Raccomandazioni Ministeriali									
	Adozione buone pratiche									
	Giri per la sicurezza SWR									

Legenda

	procedure in collaborazione con l'Agencia Sanitaria Regionale
	procedure sperimentali o limitate ad alcune strutture
	implementazione
	standard operativo

Interventi di formazione/informazione: moltissimi operatori coinvolti negli ultimi anni

Nella tabella sotto indicata si possono desumere i numeri degli operatori che hanno partecipato agli eventi formativi per anno organizzati dalla funzione di Risk Management.

Personale che ha partecipato ai seminari di formazione	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° dirigenti	182	153	151	124	103	118	123	116
N° personale comparto	546	411	401	382	300	392	431	418
TOTALE	728	564	552	506	403	510	554	534

Uso appropriato e sicuro dei farmaci

Nell'ambito dell'Azienda UsI è stata redatta e diffusa la revisione 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 2015 è stata introdotta la procedura "Gestione clinica del farmaco" nelle strutture residenziali per anziani coinvolgendo i MMG e gli enti gestori delle strutture provvisoriamente accreditate.

Corretta tenuta della documentazione sanitaria

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

L'azienda ha effettuato diversi momenti formativi di natura multiprofessionale sulla correttezza documentale e 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 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 informazioni analizzate (anagrafiche, cliniche, farmacologiche, di procedura realizzata, di consenso informato e di leggibilità).

Nel corso del 2015 in tema di valutazione della qualità di compilazione delle cartelle cliniche sono state effettuate **1.135 valutazioni** su un totale di 22.261 ricoveri effettuati (nido escluso e comprese le case di cura private accreditate) pari a circa il 5,10% 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 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.

La sicurezza in laboratorio: particolare attenzione ai POCT

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 del campione** non corretto;
- mantenimento del **sistema di monitoraggio delle condizioni di trasporto** dei campioni esterni al fine di garantire l'integrità dei campioni stessi;

Nell'ambito della **diagnostica decentrata POCT (Point of care test)**, il Laboratorio è garante delle verifiche del buon funzionamento dell'intero processo.

Negli ultimi anni la Medicina di Laboratorio ha consolidato la tendenza a creare un grande Laboratorio a carattere provinciale (Laboratorio Hub a Cona), integrato con Laboratori spoke sul territorio (Argenta, Cento e Delta), affiancati dall'utilizzo di sistemi di analisi POCT (in PS ad Argenta e a Cento) quale supporto diagnostico per l'emergenza clinica e per il governo di situazioni logistiche nelle quali la tempestività della risposta analitica o semplicemente una diversa esigenza organizzativa impongono l'uso di questi dispositivi. Anche se il progresso tecnologico rende oggi l'utilizzo dei dispositivi sempre più affidabile rispetto al passato, va ribadito il concetto che occorre una **governance attenta di tutti gli aspetti del processo analitico**, per ridurre i rischi a carico degli operatori e dei pazienti. La sola dimensione tecnologica non basta ad assicurare un sistema complessivo di assicurazione della qualità. Deve inoltre essere implementata una **connettività** che garantisca non solo la puntuale registrazione dei risultati, compresi gli allarmi strumentali e la completa tracciabilità, ma anche la comprensione dell'informazione analitica (contenuta nel referto) da parte del curante

Nell'ottica di aumentare la sicurezza del paziente e sulle tracce della linea guida *EP 23-A Laboratory Quality Control Based on Risk Management*, prodotta dal *Clinical and Laboratory Standards Institute*, si è individuata una **nuova tipologia di CQ basato sulla gestione del rischio** che prende in esame tutte le fasi del processo al fine di prevenire l'emissione di risultati errati.

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 sono e saranno deputati all'utilizzo della strumentazione, nonché a monitorare il mantenimento delle competenze acquisite.

Sicurezza nell'Area Materno Infantile: interventi per migliorare l'appropriatezza dei Tagli Cesarei

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 Linea 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 2015 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:

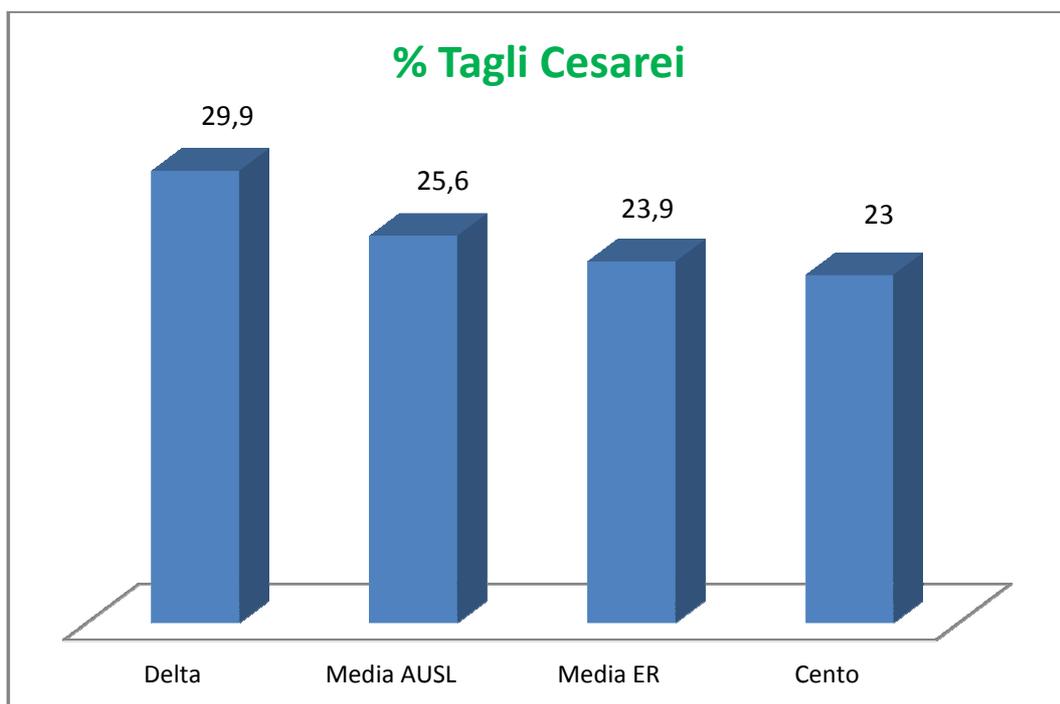
- **Punto nascita H. Delta: parti totali 264 di cui 76 cesarei (29,9%)**

- **Punto nascita H. Cento: parti totali 448 di cui 115 cesarei (23%)**

Media aziendale 25,6

La media Regionale 2015 dei parti cesarei per strutture con meno di 800 parti/anno risulta pari a **23,6%** a fronte di una media 25,6 % (Fonte CedAP).

E' stato, inoltre, garantita la partecipazione al gruppo interaziendale per la redazione della Procedura interaziendale "*Trasporto neonatale*" necessaria per dare evidenza al recepimento della Raccomandazione n. 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita".



La sicurezza per l'assistenza sanitaria negli istituti di pena

Le tecniche informatiche supportano il processo di cambiamento delineato nel DPCM del 01/04/08 con l'utilizzo della cartella informatizzata e la sperimentazione nel prossimo futuro della registrazione dell'erogazione della terapia con il tablet.

La sicurezza in sala operatoria: checklist estesa a tutte le unità operative chirurgiche

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'utilizzo di un *database* dedicato.

Nel corso del 2015 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 le UO Chirurgiche**.

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

Il rischio infettivo

Gli operatori del Nucleo Operativo Infezioni Sanitarie hanno mantenuto stretti rapporti con la "Rete Regionale di Comitati per le infezioni sanitarie" partecipando regolarmente agli incontri regionali. Inoltre il responsabile e il coordinatore ICI (infermiere addetto al controllo infezioni) hanno partecipato al Corso di

formazione regionale Rete G.I.A.N.O. (Governo del rischio di Infezioni e Antibioticoresistenza – Nuclei operativi in rete).

Nell'anno 2015 gli argomenti trattati dal Nucleo su obiettivi condivisi dalla Rete CIO regionale sono stati:

-Progetto Sicher (sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico): sono stati validati i dati presenti nel data base in previsione dell'invio in Regione e, a seguito della formazione di un operatore del Nucleo, l'Azienda è autonoma nell'invio degli stessi.

-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**. Il Gruppo aziendale per la sorveglianza e controllo della legionellosi ha terminato ed inviato all'Ufficio Qualità il documento di valutazione del rischio. 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**.

-Progetto igiene delle mani: il progetto prevede un **evento formativo** rivolto agli operatori sanitari di tutta l'Azienda, la formazione è stata suddivisa in 3 anni e precisamente dal 2013 al 2015. La media di adesione all'evento formativo è stata del 64%. Inoltre sono stati eseguiti dei momenti osservazionali pre e post formazione. **L'adesione degli operatori sanitari alla procedura del lavaggio mani non supera il 30%.**

Nel progetto di formazione e momenti osservazionali sono state incluse le strutture territoriali di Ospedalità Privata.

Si sono inviati i dati di consumo della soluzione alcolica alle UU.OO/Servizi.

-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.

-Formazione: sono stati individuati e proposti i temi per la formazione dell'anno 2015. I temi sono: Progetto SICHER : il miglioramento continuo, L'igiene delle mani e la prevenzione del rischio infettivo, Il processo di sterilizzazione: punti critici e certezze.

-Uso responsabile degli antibiotici: è stata realizzata una collaborazione per effettuare un **audit sulla profilassi perioperatoria degli interventi su colon e retto** della chirurgia di Cento e Delta. I dati sono stati presentati agli operatori in aprile e si è organizzata la seconda fase di audit. E' iniziata la collaborazione con la DIT aziendale e la RAD del Dipartimento chirurgico per organizzare un progetto formativo sulla **preparazione del paziente operando**.

-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.

-Consulenze: è stata richiesta la consulenza degli operatori del Nucleo a seguito di cluster epidemici si a livello territoriale che Aziendale.

Altre attività

E' stata realizzata una 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**.

L'Azienda ha partecipato al coordinamento regionale dei referenti del rischio clinico e alle attività proposte dal coordinamento regionale.