



CAPITOLO

3

Obiettivi istituzionali e strategie aziendali

La centralità dei cittadini

►► GLI SPORTELLI DI ACCESSO

Il progetto di sportello sociale promosso dalla Regione Emilia Romagna nel territorio del Comune di Ferrara, si è concretizzato nel Punto Unitario di Accesso (PUA) "T'Informo", realizzato in collaborazione fra Comune di Ferrara, Azienda USL distretto Centro - Nord, Centro Servizi alla Persona, Centro H.

Il "PUA" prevede diverse modalità di contatto da parte dell'utenza: diretto, diretto dedicato e telefonico.

Il personale è qualificato per dare le risposte di primo livello che indirizzano l'utenza agli specialisti in grado di rispondere al bisogno rilevato.

Si rivolge a tutti i cittadini e, in particolare, a disabili, anziani, immigrati che verranno indirizzati a chi li prenderà in carico, sia a livello sanitario che sociale. Le figure professionali specialistiche potranno partire dai dati già raccolti sulla scheda di rilevazione e approfondire secondo le specifiche competenze.

Le sedi individuate sono sei:

- Via Bologna (Circoscrizione).
- Pontelagoscuro (Circoscrizione).
- URP USL.
- Sportello telefonico - call center CUP 2000.
- URP Informacittà (Comune di Ferrara).
- Centro H.

Tutte le sedi sono collegate alla rete informatica e sono accessibili senza barriere architettoniche.

Tutto il personale coinvolto a vario titolo (circa 15 persone) è stato interessato da un processo formativo specifico.

Dati al 10 aprile 2009

MESE	N° Accessi
Novembre - Dicembre 2006	66
Gennaio - Giugno 2007	160
Luglio - Dicembre 2007	856
Gennaio - Giugno 2008	1.204
Luglio - Dicembre 2008	1.416
Gennaio - 10 aprile 2009	350
Totale	4.052

Dati al 10 aprile 2009

Tipologia	N° Episodi
N.D.	118
Anziano	2.217
Anziano Disabile	1.254
Disabile	463
Totale	4.052

Apertura dei nuovi sportelli - 16 aprile 2009

La valutazione della prima fase, svolta durante il 2007, ha evidenziato la necessità di proseguire la sperimentazione attraverso l'apertura di nuove sedi in Circoscrizioni più decentrate. A seguito di confronto col Servizio Decentramento e coi Presidenti delle Circoscrizioni sono state individuate le sedi di Codrea e Porotto.

Nel corso del 2008, la Regione Emilia Romagna ha individuato l'Azienda USL di Ferrara - Distretto Centro - Nord - come sede di sperimentazione della maggiore integrazione fra sociale e sanitario attraverso la possibilità di effettuare, presso gli sportelli informativi, prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali, stanziando risorse apposite finalizzate all'avvio della sperimentazione stessa.

►► **FAR CONOSCERE ALL'UTENZA L'UFFICIO RELAZIONI
CON IL PUBBLICO**

È sempre stata data estrema rilevanza alla qualità percepita dall'utenza, anche per ciò che riguarda l'utilizzo dell'Ufficio relazioni con il pubblico.

Dall'analisi dei risultati emersi dall'indagine sulla qualità percepita degli URP eseguita nell'estate 2006, si è ritenuto opportuno, tra l'anno 2007/2008, promuovere la conoscenza dell'URP ai cittadini. Il ruolo dell'URP è anche di informare, attraverso strumenti e metodi di comunicazione integrata, dei servizi erogati e, in particolare, chi e dove (l'AUSL e le sue articolazioni) che cosa (prestazioni fornite) come e quando (condizioni di accesso, di fruizione, ma anche aspetti qualitativi).

I canali utilizzati per alimentare il coinvolgimento dei cittadini sono stati:

- L'offerta di maggiori possibilità di accesso agli URP territoriali, attraverso l'ampliamento della fascia oraria di apertura degli URP di Lagosanto (Ospedale del Delta) e di Ferrara con ulteriori aperture pomeridiane; attraverso l'apertura per 2 giorni alla settimana di un punto di ascolto all'Ospedale di Comacchio e presso la Struttura di Portomaggiore;
- La diffusione di cartoline informative sui nuovi orari e sulle sedi degli URP territoriali in tutti i punti di accesso dell'Azienda USL, in tutte le strutture sanitarie e territoriali, in tutti i Reparti e Unità Operative;

- L'offerta di maggiore visibilità utilizzando il sito web aziendale, per offrire notizie utili, approfondimenti tematici, accesso ai documenti aziendali, informazioni su percorsi, attività, servizi erogati, ecc.
- L'offerta di maggior visibilità coinvolgendo i medici di medicina generale, fornendo loro materiale informativo sulle attività erogate dall'URP e realizzando incontri con i professionisti nell'ambito del territorio per fornire informazioni utili.

La collaborazione, nell'ambito della rete civica degli URP dei Comuni del territorio ferrarese, attraverso il progetto di marketing territoriale "GUADAGNARE SALUTE: cittadini e operatori sanitari insieme sulla strada della prevenzione. Un caso di outreach all'AUSL di Ferrara".

Nel mese di settembre l'Azienda USL di Ferrara partecipa alle fiere di Argenta, Codigoro, Copparo e nel mese di novembre al COMPA (COMunicazione Pubblica Amministrazione) di Bologna con i propri URP, allo scopo di offrire un'opportunità ai cittadini di dialogo e confronto con l'Azienda sanitaria territoriale sui temi legati alle politiche sanitarie di prevenzione e riguardo gli aspetti di informazione, partecipazione, ascolto e tutela.

La partecipazione dell'Azienda USL alle sagre provinciali è un'esperienza che si è consolidata in questi ultimi anni, allo scopo di incontrare cittadini e utenti anche fuori dei tradizionali ambienti di cura. Il tema ricorrente è la presentazione e la distribuzione della Guida Pratica del Cittadino-Speciale Dipartimento di Sanità Pubblica (distribuita anche in tutte le case dei cittadini della provincia di Ferrara, in allegato all'elenco del telefono per un totale di 132.000 famiglie), i cui contenuti sono centrati sull'importanza di aderire ai programmi dei tre screening regionali (colon-retto, mammella, utero) e sulla promozione del consumo dei prodotti del territorio ferrarese come corretta dieta per mantenersi in salute; a questo scopo negli stand erano a disposizione dei cittadini depliant e brochure informative sugli stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, rispetto dell'ambiente). A tutti i visitatori degli stand viene proposto un breve questionario con domande riguardanti la loro conoscenza dell'URP e il loro eventuale utilizzo dei servizi che eroga. In totale (nell'anno 2007) sono stati raccolti ed analizzati 416 questionari.

»» LA RICERCA PER LA PIANIFICAZIONE AZIENDALE

PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia è un sistema di sorveglianza che misura la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute legati ai comportamenti individuali e la diffusione delle misure di prevenzione. È basato su interviste telefoniche, fatte da personale dell'AUSL, ad un campione casuale stratificato per età e sesso di residenti con età compresa tra 18 e 69 anni.

Il campione è numericamente limitato: il sistema è partito nell'aprile 2007 con la realizzazione di 330 interviste all'anno, attualmente è cresciuto a 385.

In linea con la salute, 2008, nasce dall'esigenza di conoscere le diverse componenti della realtà territoriale, per avviare programmi più efficaci.

È un'indagine campionaria telefonica, basata su un campione casuale stratificato per età, sesso e residenza (distinguendo i 3 distretti sanitari e il comune

capoluogo), composto da 1801 persone con età compresa tra 18 e 79 anni, residenti nella provincia di Ferrara. È stato utilizzato uno strumento d'indagine basato sul questionario PASSI, modificato per approfondire la conoscenza del mondo dei fumatori ed ex-fumatori. Le interviste sono state eseguite da personale, addestrato e specificamente formato, di una ditta esterna specializzata (Mediatel srl). L'indagine è stata svolta nel primo bimestre 2008.

I dati sul fumo sono stati pubblicati nel primo dei "Quaderni ferraresi sulla salute", con oggetto *L'abitudine al fumo: fatti e cifre*, dic. 2008.

La partecipazione degli Enti Locali alla programmazione

►► I PIANI DISTRETTUALI

Il coordinamento dei servizi Socio Sanitari ha predisposto il piano delle azioni distrettuali, in conformità con quanto disposto dalla DGR 1206/2007: "Indirizzi attuativi per il Fondo Regionale per la non autosufficienza".

I piani distrettuali sono stati approvati dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e dai Comitati di Distretto. Oltre alla pianificazione delle attività territoriali si è provveduto ad aggiornare il regolamento per l'erogazione degli assegni di cura e si è definito il percorso per i ricoveri di sollievo, entrambi finalizzati al mantenimento dell'anziano al domicilio.

Il coordinamento per i Servizi Socio-Sanitari ha predisposto un testo di convenzione unica per tutta l'Azienda con le strutture non gestite direttamente nel quale vengono recepite tutte le innovazioni previste dalla circolare regionale. Nelle convenzioni con le strutture protette è stato inserito l'obbligo di invio mensile dei dati anagrafici degli utenti finalizzati alla verifica e alla mappatura degli ausili protesici erogati agli anziani non autosufficienti inseriti in struttura.

L'Azienda USL intende favorire la partecipazione degli Enti Locali alla definizione ed attuazione dei protocolli condivisi socio-sanitari per l'attivazione di risorse complesse a livello territoriale e per rendere appropriata in termini qualitativi

la dimissione, evitando l'allungamento dei tempi e dando certezza ai percorsi per i familiari (percorsi di adattamento domestico previsti dalla Del. GR 1206/2007, fornitura di ausili particolari, ecc...); per far ciò si prevede un percorso formativo congiunto con le Assistenti Sanitarie degli EE.LL. nell'ottica di una maggiore integrazione ed omogeneità dei percorsi.

►► **LA PROGRAMMAZIONE DELL'UTILIZZO DEL FRNA
(Fondo Regionale per la Non Autosufficienza)**

L'assegnazione delle risorse regionali relative al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza - Anno 2008 è stata la seguente:

Ammontare del F.R.N.A.	Anno 2008
Quota assegnata sulla % di popolazione >75enne	26.959.918
Quota assegno di cura gravissime disabilità acquisite Quota F.R.N.A. (45%) Assistenza residenziale gravissime disabilità acquisite	1.056.515
Totale F.R.N.A.	28.016.433

La Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria, in data 31.03.2008, ha fornito gli indirizzi strategici circa gli obiettivi da perseguire: riequilibrio territoriale-equità d'accesso, gravissime disabilità acquisite, consolidamento della "rete storica", continuità di cura-domiciliarità, prendersi cura di chi si prende cura, sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili, interventi di adattamento dell'ambiente domestico ed ha ripartito il totale delle risorse tra i Distretti, superando le criticità dell'anno 2007 in cui una quota consistente delle stesse era legata a progetti sovradistrettuali (15,6% contro una media del 2%).

Quota F.R.N.A.	Anno 2007	Anno 2008	Fondo Nazionale "Assistenza familiare"		Fondo Nazionale "Non-autosufficienze"	
Quota assegnata sulla percentuale della popolazione >75 anni	26.959.918	26.959.918	Distretto Ovest	15.113	Distretto Ovest	139.441
Quota - assegno di cura gravissime disabilità acquisite	545.675	1.056.515	Distretto Centro-Nord	49.563	Distretto Centro-Nord	388.48
Quota - assistenza residenziale gravissime disabilità acquisite	578.880		Distretto Sud-Est	19.623	Distretto Sud-Est	207.384
Totale	28.037.637	28.016.433		84.299		735.173

F.R.N.A. Azioni	Azienda USL 2008	Distr. Ovest 2008	Distr. Centro-Nord 2008	Distr. Sud-Est 2008
Gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04)				
Assistenza residenziale	510.840	85.140	302.702	122.980
Assegno di cura	545.675	83.950	226.665	235.060
	1.056.515	169.090	529.385	358.040
Accoglienza in struttura residenziale e semiresidenziale				
ANZIANI				
Casa protetta	14.664.215,10	2.423.888	8.302.248,10	4.229.337
RSA	2.045.631,50	240.000	992.788,50	812.843
Centro Diurno	708.457,40	70.000	448.857,40	189.600
Centro Notturno	41.299,44		41.299,44	
Totale	17.459.603,44	2.733.888	9.493.935,44	5.231.780
DISABILI				
CSR residenziali	1.518.713	360.000	870.610	288.103
CSR semiresidenziali	383.600	58.000		325.600
Totale	1.902.313	418.000	870.610	613.703
Totale Spese	19.361.916,44	3.151.888	10.364.545,44	5.845.483
Quota distrettuale	7.598.001,56	1.443.620,30	4.026.940,83	2.127.440,44
Totale Quota distrettuale	28.016.443	4.764.598,30	14.920.871,27	8.330.963,44

Di cui:

26.959.918 Risorse ripartite in base alla popolazione >75 anni

1.056.515 Quota per assegno di cura gravissime disabilità acquisite

Come detto, le risorse assegnate ai Distretti, hanno dato vita ad una programmazione locale i cui obiettivi fanno riferimento ai bisogni ed alle specificità territoriali nel quadro delle indicazioni della C.T.S.S (Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria), oltre che della DGR 1206/2007.

Le risorse del F.R.N.A. 2008 per la provincia di Ferrara impegnate per il mantenimento della rete storica di accoglienza in strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili, rappresentano il 69% dell'intero Fondo. Alle gravissime disabilità acquisite viene destinato il 4% del F.R.N.A. 2008 a copertura sia dell'assegno di cura che dell'assistenza residenziale. Oltre a ciò vengono previsti interventi:

- per il mantenimento al domicilio comprensivi dell'accoglienza temporanea di sollievo che impegnano il 23% circa del F.R.N.A. 2008 (vedi allegato 2 della suddetta DGR 1206/2007);
- per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura alle assistenti familiari che impegnano per l'1% il F.R.N.A. 2008 (vedi allegato 3 della suddetta DGR 1206/2007);
- per promuovere programmi di sostegno delle reti sociali e di prevenzione per i soggetti fragili cui vengono destinati il 2% dell'assegnazione complessiva del F.R.N.A. (vedi allegato 4 della suddetta DGR 1206/2007);

- di finanziamento dei lavori di adattamento dell'ambiente domestico, che impegnano l'1% del F.R.N.A. 2008 (vedi allegato 5 della suddetta DGR 1206/2007).

La programmazione dei tre distretti è stata caratterizzata dalla diversità di realizzazione della rete di strutture e presidi socio-sanitari. Infatti, nel distretto centro Nord si è in presenza di una rete storica consolidata mentre nel distretto Ovest e ancor più nel distretto Sud-Est, la realizzazione della rete è in corso e quindi i livelli di programmazione tengono conto della ricaduta di spese negli anni a venire, graduando perciò l'utilizzo delle risorse in tal senso.

**Consuntivo degli utilizzi del Fondo Regionale per la Non-Autosufficienza
Anno 2008**

	Centro-Nord	Sud-Est	Ovest	TOTALE
Contributi da Fondo Sanitario Regionale	14.920.871	8.330.963	4.764.598	28.016.433
Altri contributi	721.524	775.972	718.882	2.216.378
Risconti da anni precedenti	490.083,03	748.335,86	421.572,45	1.659.991
Totale ricavi	16.132.478,42	9.855.271,29	5.905.052,75	31.892.802,46
Totale costi	15.635.851	8.297.843	4.881.745	28.815.440
Quota del F.R.N.A. da reinviare nei prossimi esercizi	496.627	1.557.428	1.023.307	3.077.363
% di utilizzo del F.R.N.A.	97%	84%	83%	90%

La universalità e l'equità di accesso

▶▶ AMPLIAMENTO DELLE FASCE ORARIE DI ATTIVITÀ DEI MMG

La situazione di fine 2008 vede il già realizzato passaggio a 7 ore di continuità assistenziale presso le medicine di gruppo e le reti di MMG.

L'orientamento della Direzione aziendale è incrementare ulteriormente la fascia oraria solo nei Nuclei Cure Primarie con sede unica di riferimento per i cittadini. L'estensione della fascia oraria nelle reti con più sedi di riferimento non ha portato a una reale fruizione di questa opportunità da parte degli assistiti (sembra funzionare unicamente laddove le chiamate vengono fatte direttamente al medico di turno e non a una segreteria telefonica).

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

Le sedi di Nucleo Cure Primarie e Casa della Salute devono diventare un punto di riferimento certo e visibile per i cittadini equivalente a quello che oggi è il simbolo H.

▶▶ ATTIVAZIONE UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA TERRITORIALE (U.V.G.T.)

Nell'Azienda USL di Ferrara i soggetti destinati, anche in via provvisoria, al ricovero nelle strutture residenziali sono valutati dall'U.V.G.T che, in maniera appropriata, gestisce le risorse della rete residenziale.

Il dato nuovo è rappresentato dal lavoro di valutazione all'interno della rete ospedaliera che permette di attivare l'U.V.G.T solo nei casi in cui il bisogno è stato più opportunamente valutato nel corso della degenza. Questo riduce la istituzionalizzazione inappropriata nonché il ricorso all'U.V.G.T nei casi in cui si possono prendere strade diverse da quelle del ricovero in struttura.

» ACCERTAMENTO INVALIDITÀ

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

In particolare sono stati diffusamente distribuiti in tutte le sedi aziendali:

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

» LA GESTIONE INFORMATIZZATA DEI TEMPI DI ATTESA

La lista di attesa informatizzata **per il regime di degenza** (SIGLA - Sistema integrato di gestione delle liste d'attesa) **per interventi chirurgici di elezione** è attiva nei reparti di seguito elencati.

- UU.OO. Ortopedia, Ospedali di Cento, Argenta e Lagosanto;
- UU.OO. Urologia, Ospedali di Cento e Lagosanto;
- UU.OO. Chirurgia, Ospedali di Cento e Lagosanto;
- U.O. Chirurgia, Ospedale di Argenta;
- UU.OO Ginecologia, Ospedali di Cento e Lagosanto.

Software per la prenotazione delle prestazioni specialistiche

Il software in uso presso l'Azienda USL di Ferrara, per le prenotazioni specialistiche, permette la gestione separata delle prime visite dai controlli e permette anche di mettere in atto meccanismi automatici di riconversione di posti dalle prime visite ai controlli e, viceversa, in caso di posti rimasti vuoti. In alcune agende tali meccanismi sono già stati attivati.

Tutte le prestazioni erogate confluiscono nel sistema CUP, ad eccezione del laboratorio analisi, della radiologia, dei convenzionati esterni (Salus, Quisisana, CM Vitalis, Ferrara Day Surgery e screening pap-test e colonscopia).

Il sistema CUP prevede messaggi di allerta in sede di prenotazione che avvisano l'operatore se l'utente ha usufruito di una prestazione di prima visita nei 6 mesi precedenti.

È stato previsto, inoltre, un automatismo dei sistemi CUP che, in base alla prestazione richiesta (di base o non di base) e alla residenza dell'utente, consente l'individuazione del suo bacino di riferimento (zonale/distrettuale/aziendale) al fine della prenotazione, coerentemente con quanto previsto dal piano aziendale.

►► L'ORGANIZZAZIONE DEI NUCLEI DELLE CURE PRIMARIE (NCP)

Nel territorio dell'Azienda USL sono stati formalmente individuati 18 Nuclei di Cure primarie. Dieci di questi hanno sede presso Medicine di Gruppo, cinque hanno sede presso strutture sanitarie dell'Azienda Usl e tre sono in attesa di individuare la propria sede.

Sono stati definiti i contenuti assistenziali dei NCP e alcuni aspetti organizzativi, propedeutici alla realizzazione delle sedi:

1) Area accesso ai servizi /accoglienza

- Accoglienza, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi.
- PUA (accesso ai servizi sociali e sociosanitari).
- Cup e funzioni dello sportello unico per l'accesso ai servizi sanitari.
- Accesso alle cure domiciliari.
- Accesso per la valutazione multidimensionale anziani e disabili.

2) Funzioni proprie delle cure primarie

- Assistenza di medicina generale e pediatrica.
- Assistenza infermieristica ambulatoriale (nursing di base, gestione stomie, protesi e ausili, esecuzione terapie, medicazioni, educazione sanitaria, consulenza infermieristica).
- Assistenza ostetrica (counselling, attività consultoriali ad accesso diretto).
- Continuità assistenziale per problemi ambulatoriali urgenti per 12 ore diurne, tutti i giorni della settimana, in integrazione coi medici di continuità assistenziale.
- Punto di guardia medica dove la popolazione è sufficientemente ampia (possibilità di integrazione con la medicina generale sull'assistenza domiciliare per garantirne la continuità).
- Assistenza farmaceutica sulla base di linee guida condivise, erogazione diretta dei farmaci azioni di sostegno alla compliance nella assunzione delle terapie croniche.
- Assistenza specialistica programmata (cardiologia, psichiatria...).
- Gestione coordinata delle patologie croniche.
- Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare.
- Educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani.

3) Aspetti organizzativi e logistici

- Area accesso ai servizi con area d'attesa.
- Area accoglienza con area d'attesa.
- Area ambulatori mmg e pls con area d'attesa.
- Area ambulatori infermieristici con area d'attesa.
- Area ambulatori specialistici di supporto per la gestione integrata delle patologie croniche con area d'attesa.
- Assistenza farmaceutica con area d'attesa.
- Sala riunioni /biblioteca.

Nel 2009 si avvierà il progetto di ristrutturazione della **Casa della Salute di Portomaggiore**.

Dal punto di vista della riorganizzazione dei percorsi assistenziali (integrazione mmg-specialistica) saranno attivati i seguenti percorsi:

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

La Casa della Salute del Nucleo Cure Primarie di Pontelagoscuro si svilupperà nell'ambito dell'integrazione dei servizi di cure primarie erogati dalla medicina generale, con quelli erogati dal consultorio familiare, dalla salute mentale e dai servizi sociali.

I progetti in parte attivati e in via di attivazione sono:

- prevenzione della depressione nel puerperio;
- consulenza psichiatrica programmata sui casi ad elevata complessità di presa in carico integrata;
- case management dei pazienti in assistenza domiciliare a elevata complessità;
- punto unitario di accesso ai servizi sociosanitari.

Per il 2009 è prevista la riorganizzazione dell'assistenza infermieristica domiciliare con assegnazione diretta delle risorse ai Nuclei Cure Primarie, con l'obiettivo di realizzare un progressivo allineamento alla media regionale delle risorse dedicate.

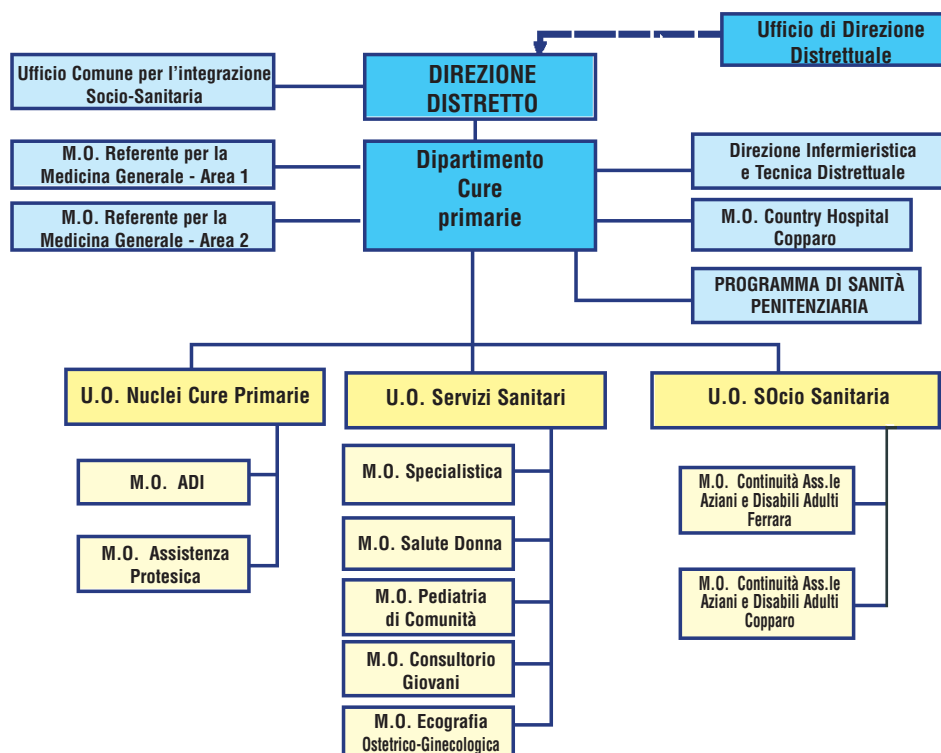
►► ACCORDI REGIONE - MINISTERO DI GIUSTIZIA (DGR 746/07)

Il Programma Sanità Penitenziaria è istituito in staff al Dipartimento Cure Primarie Centro Nord, così come recita l'estratto dell'Atto Aziendale di seguito riportato **"Programma di Sanità Penitenziaria"**: in applicazione al D.P.C.M. 1/4/08 concernente il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie e dei rapporti di lavoro in materia di sanità penitenziaria, si è ritenuto di costituire un gruppo multiprofessionale di Programma, in staff al Dipartimento Cure primarie Centro Nord competente per territorio.

Tale scelta è in linea con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità; essa trova i presupposti in un modello organizzativo aziendale rispetto alla salute carceraria, già attivo prima del D.P.C.M. 1/4/08.

Il gruppo di programma ha il compito di governare le fasi del trasferimento, di riorganizzazione delle funzioni sanitarie all'interno dell'Istituto Penitenziario di Ferrara e di stabilizzazione delle stesse all'interno del Dipartimento di Cure Primarie.

DISTRETTO CENTRO-NORD



»» LA RETE ODONTOIATRICA

Con Delibera n. 2678 del 20 Dicembre 2004 "Approvazione del programma assistenza odontoiatrica nella Regione Emilia Romagna. Programma regionale per l'attuazione dei LEA e definizione dei livelli aggiuntivi", si definirono le condizioni di vulnerabilità sia sociale che sanitaria per le quali è garantito l'accesso alle cure odontoiatriche, esplicitando altresì le modalità di partecipazione alla spesa, il costo delle prestazioni e degli eventuali manufatti protesici, e la definizione dei tempi di attesa.

Il programma prevedeva anche un apposito progetto integrato socio-sanitario per l'assistenza protesica a favore di soggetti appartenenti alla prima fascia di reddito.

Sono stati finanziati fondi a destinazione vincolata, finalizzati all'adeguamento tecnologico ed impiantistico-funzionale per un totale di euro 125.000, spesi interamente nel corso del biennio di sperimentazione (2005/2007) per il completamento e il rinnovo dell'attrezzatura degli ambulatori odontoiatrici presenti sul territorio Aziendale.

Il monitoraggio delle attività, in questo primo periodo, evidenzia i seguenti risultati:

	Totale vulnerabili attesi	Vulnerabili sanitari trattati	Vulnerabili sociali trattati	Totale vulnerabili trattati
AUSL Ferrara	28.623	168	3.178	3.346 (12%)
R.E.R.	331.617	9.997	47.596	57.593 (17%)

Come si evince dai dati sopra riportati, il totale dei vulnerabili trattati nella provincia di Ferrara è inferiore alla media regionale.

Dal 2008 con l'applicazione dei parametri indicati dalla Regione, nella DGR n. 374/08, il numero di cittadini che si trovano nelle condizioni di vulnerabilità previste, e che pertanto possono ricorrere alle cure, passa da 28.623 a 39.812.

Più precisamente:

1 ^a fascia (fino a 8.000)	n. 5.250
2 ^a fascia (fino a 12.500)	n. 9.625
3 ^a fascia (fino a 15.000)	n. 6.125
4 ^a fascia (fino a 20.000)	n. 14.000
5 ^a fascia (fino a 22.000)	n. 4.812

Si presume che nel biennio 2008-2009, valutando il fatto che sia stato attivato il servizio di protesi fissa e che siano stati estesi i criteri per gli aventi diritto, i cittadini che potrebbero utilizzare i servizi di odontoiatria aziendali, siano al di sotto del 15% dei vulnerabili stimati, per un totale di 5.970 unità.

Le Strutture Sanitarie in cui vengono erogate prestazioni di odontoiatria sono attualmente 10 e distribuite su tutto il territorio aziendale; nel corso del biennio di sperimentazione non hanno subito particolari modifiche nella loro articolazione. L'attività che viene esplicata comprende tutti gli aspetti del settore, ovvero conservativa, protesica e ortodontica.

AUSL Ferrara	Numero presidi	Numero riuniti	Tipologia di attività	Ore di attività settimanali
Distretto Centro-Nord	3	10 4 (Az. Ospedaliere)	Conservativa Protesica Ortodonzia	190 ore settimanali
Distretto Ovest	2	5	Conservativa Protesica Ortodonzia	185 ore settimanali
Distretto Sud-Est	5	5	Conservativa Protesica	74,5 ore settimanali

Assistenza odontoiatrica: grado di copertura dei cittadini in fascia ISEE1 - 2° semestre 2008

	Cittadini in fascia ISEE1 2° semestre 2008 (*)	Numero pazienti ISEE1 attesi stime 2° trim. 2008	Grado di copertura dei cittadini in fascia ISEE1	Valore dello standard
Piacenza	559	1.453	38,5%	50%
Parma	1.437	2.187	65,7%	75%
Reggio Emilia	2.681	2.681	100,0%	90%
Modena	1.579	3.497	45,2%	75%
Bologna	3.927	4.357	90,1%	90%
Imola	594	659	90,1%	75%
Ferrara	1.295	1.864	69,5%	75%
Ravenna	1.013	1.935	52,4%	75%
Forlì	613	940	65,2%	75%
Cesena	709	1.026	69,1%	75%
Rimini	62	1.519	4,1%	90%
R.E.R.	14.367	22.000	65,3%	

(*) Il conteggio dei pazienti a livello regionale non è lo stesso del livello aziendale (dato che alcuni pazienti possono essersi rivolti ad Aziende sanitarie diverse per questa tipologia di cure) pertanto il totale regionale non corrisponde alla somma delle AUSL.

Qualità ed efficacia

►► AVVIO DI TUTTE LE INNOVAZIONI E ATTIVITÀ INDIVIDUATE NELLA DGR 1206/2007 PER LO SVILUPPO DEL SOSTEGNO AL MANTENIMENTO A DOMICILIO DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Fin dal 2005, in concomitanza con l'attivazione delle equipe multiprofessionali per l'erogazione dell'assegno di cura per le gravissime disabilità acquisite, sono stati attivati progetti assistenziali domiciliari integrati con i servizi sociali per casi particolarmente complessi con elevato impegno assistenziale sgravando il care giver non solo con il supporto psicologico ma con incrementali ore di assistenza diretta da parte degli operatori.

Sono inoltre stati attivati:

- ricovero di sollievo;
- incremento consistente degli assegni di cura e super assegni per assistenti familiari;
- centro notturno per alzheimer;
- erogazione comunicatori con apposita commissione;
- aumento SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare) e rimborso pasti e trasporti ai comuni;
- dimissioni protette;
- teleassistenza.

Fin dall'ottobre del 2007 è stata istituita la figura del "Case Manager" per facilitare il percorso della dimissione protetta, soprattutto quando questa debba prevedere un'attivazione dell'ADI da parte del servizio territoriale.

La figura del "Case Manager" è rappresentata da un infermiere dell'assistenza infermieristica territoriale che quotidianamente si reca all'interno delle strutture ospedaliere collaborando attivamente alla facilitazione dei percorsi di dimissione, di collegamento con i ROAD (responsabile organizzativo assistenza domiciliare) e con il medico di Medicina Generale.

La sperimentazione su tutti i presidi ospedalieri dell'Azienda U.S.L. in reparti selezionati (LPA- LungoDegenza post Acuzie, Medicina, Chirurgia) di uno specifico strumento valutativo permette, fin dalle prime fasi del ricovero, di selezionare i pazienti in tre categorie: la prima comprende soggetti che con buona probabilità non hanno problemi di rientro al domicilio al momento della dimissione; la seconda raccoglie soggetti in cui il rientro al domicilio è possibile solo con l'attivazione di servizi specifici: sono quelli destinati all'ADI (vedi punto precedente); la terza comprende soggetti in cui il rientro al domicilio è estremamente problematico. A questi soggetti viene attivato il percorso di dimissione difficile gestito dalle U.V.G.T.

Per ciò che attiene la permanenza a domicilio di pazienti affetti da grave disabilità acquisita di particolare complessità, si dà corso all'applicazione della

D.G.R. n. 2068/04 "Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta" e della D.G.R. 1206/07 "Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi".

In entrambi questi atti deliberativi viene ribadito che: obiettivo strategico della Regione Emilia-Romagna è garantire alle persone con disabilità un percorso assistenziale integrato sanitario e socio-assistenziale, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e specializzazione della rete socio-sanitaria, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie, privilegiando come sede di elezione il domicilio.

L'Azienda USL ha in corso l'attivazione di tre tipologie di azioni di seguito riportate.

Predisposizione ed attuazione di Piani Personalizzati di Assistenza che prevedano la partecipazione integrata di operatori territoriali sanitari e sociali e di operatori ospedalieri, con possibilità di inserimento di attività domiciliari di particolare impegno, e condivisione con il care-giver e i familiari di riferimento del paziente

Tali azioni sono finalizzate ai seguenti obiettivi:

- facilitare il mantenimento della persona con gravi disabilità nel proprio ambiente familiare;
- ottenere la partecipazione attiva della famiglia e la sua condivisione del programma;
- sostenere il lavoro di cura svolto dai famigliari nei confronti della persona con disabilità;
- migliorare la qualità della relazione tra i servizi e la famiglia;
- sensibilizzare gli operatori sanitari e sociali ad un rapporto di ascolto e sostegno del caregiver;

Percorso integrato per l'erogazione di ausili per la comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie.

Il progetto – Facilitazione della comunicazione nei pazienti con gravi patologie neuromotorie – ha come obiettivo la presa in carico domiciliare di quei pazienti, affetti da malattie degenerative come ad esempio la SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) che, pur mantenendo inalterate le capacità cognitive, perdono progressivamente la facoltà di comunicazione e di relazione: per essi comunicare con familiari, dialogare con il proprio medico, prendere parte alla vita sociale, rappresenta un bisogno primario che caratterizza la qualità della vita e che deve essere soddisfatto nel quadro di una presa in carico globale ed integrata da parte delle strutture sanitarie e sociali.

Anche se dal punto di vista epidemiologico non si tratta di fenomeni rilevanti, la complessità assistenziale di questi pochi pazienti si traduce in una crescente pressione sui servizi socio-sanitari, a cui viene chiesto di predisporre percorsi strutturati su più fronti, al fine di migliorare la qualità assistenziale e il supporto alla famiglia.

Il progetto prevede:

- 1) istituzione di un Gruppo Tecnico multiprofessionale, con competenze in ambito provinciale, deputato alla valutazione delle richieste di ausili tecnologici per la comunicazione, in particolare con compiti di:
 - definizione dei criteri di inclusione dei pazienti;
 - predisposizione di un percorso che individui gli steps necessari, dalla prescrizione all'erogazione dell'ausilio e alla sua gestione;

2) organizzazione di un corso di formazione sugli ausili della comunicazione rivolto ad operatori sanitari e sociali del Distretto Centro-Nord.

Tali azioni sono finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- assicurare l'appropriatezza nella prescrizione e nell'erogazione degli ausili tecnologici per la comunicazione, attualmente non sempre compresi nel Nomenclatore Tariffario;
- facilitare l'accesso agli ausili nei casi appropriati, garantendo omogeneità a livello aziendale;
- aumentare le conoscenze delle tipologie e dell'utilizzo dei sistemi tecnologici per la comunicazione tra gli operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare a pazienti affetti da gravi patologie neuromotorie con compromissione delle capacità di comunicazione e relazione;
- migliorare la presa in carico complessiva di questi pazienti e dei loro familiari, per i quali la copertura dei bisogni relazionali rappresenta un aspetto essenziale.

Consulenze specialistiche a domicilio per pazienti in assistenza domiciliare.

Per i pazienti in Assistenza domiciliare è stato attivato un progetto che prevede la possibilità di inviare alcuni medici specialisti per la consulenza a domicilio, evitando l'utilizzo dell'ambulanza ove questo si sarebbe reso necessario.

►► ACCREDITAMENTO

Nel corso del 2008, l'ufficio qualità aziendale ha supportato i Dipartimenti e le relative Unità Operative nel mantenimento e nell'implementazione dei livelli di conformità ai requisiti previsti dal modello regionale di accreditamento.

Gli incontri e le verifiche periodiche interne hanno avuto la finalità di verificare le iniziative attivate per la realizzazione di obiettivi specifici aziendali, in particolare quelli che traducono indicazioni regionali in tema di percorsi clinico-assistenziali e di gestione del rischio.

L'obiettivo complessivo delle sopramenzionate attività è stato quello di creare le condizioni per il rinnovo dell'accREDITAMENTO dell'Ospedale del Delta di Lajosanto, il completamento dell'accREDITAMENTO del dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica, e del Dipartimento Materno-Infantile, effettuate nel mese di maggio 2009.

►► DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE

L'Azienda USL di Ferrara, nell'ambito dell'Atto Aziendale predisposto e sottoposto al confronto con le Istituzioni Locali, in via di approvazione definitiva, ha recepito le indicazioni della delibera regionale n. 2011 del 20/12/2007 definendo due strutture organizzative all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (SerT indirizzo clinico terapeutico e SERT indirizzo clinico riabilitativo).

Il DSM comprende, già da alcuni anni, al proprio interno il programma di psicologia clinica che viene riconfermato nel nuovo atto aziendale.

Il DSM e la Clinica Psichiatrica Universitaria hanno dal 1999 una convenzione di collaborazione gestionale, che stanno rivedendo alla luce delle indicazioni regionali, e che è stato recepito nella nuova organizzazione del DSM come previsto dall'atto Aziendale.

Il Programma Dipendenze Patologiche

Con l'accreditamento istituzionale dei SerT e delle comunità terapeutiche avvenuto nel 2007 sono stati regolamentati i rapporti con gli enti ausiliari del territorio. In particolare, nel "Manuale della qualità del Programma dipendenze patologiche" viene istituito il Comitato di Programma dipendenze Patologiche, che è un organo collegiale di coordinamento, d'integrazione e di valutazione dell'attività dei SerT e delle strutture degli enti ausiliari del territorio. La pianificazione delle attività si esprime attraverso un processo articolato che trova piena applicazione d'integrazione socio-sanitaria nei piani di zona territoriale. Il Programma dipendenze Patologiche, attraverso gli organismi e gli strumenti previsti nel sistema di gestione della qualità, salvaguarda le specificità tecniche degli interventi sulle dipendenze patologiche, garantendo a livello locale il rispetto dei principi d'equità e di continuità degli interventi, dell'accessibilità ai servizi dell'appropriatezza e dell'efficacia terapeutica.

In particolare, con l'accordo economico 2008 approvato con delibera del D.G. n. 157 del 28.04.2008 si è provveduto a:

- individuare percorsi terapeutici che garantiscano meglio l'appropriatezza e la continuità terapeutica dei trattamenti, con l'approvazione in via sperimentale per l'anno in corso, di un protocollo integrativo alle convenzioni in essere;
- istituire la commissione locale di monitoraggio, individuata nel comitato di programma dipendenze patologiche, che monitorizza trimestralmente lo stato di attuazione dell'accordo economico e del protocollo integrativo.

Con Delibera n 352/2008 l'Azienda USL di Ferrara ha istituito formalmente e sostanzialmente il programma assistenziale per la salute negli istituti penitenziari, individuando incarichi e responsabilità.

È stata individuata la figura del Responsabile del Programma, del medico referente per la salute penitenziaria e del referente assistenziale per l'area infermieristica.

Il modello organizzativo utilizzato è quello di un coordinamento fra le professionalità chiamate ad attuare gli specifici interventi di salute, riuniti in uno specifico Programma Assistenziale collocato in posizione di Staff con il Dipartimento delle cure primarie del Distretto Centro Nord, nel quale confluiscono anche le figure professionali trasferite dall'istituto penitenziario.

Debito Informativo per la Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale sta modificando i propri sistemi informativi per aderire alle richieste regionali con maggiore precisione e tempismo.

Nell'ambito del settore delle Dipendenze Patologiche il M.O. Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche ha diretto l'implementazione del nuovo sistema informativo SistER aggiornato alla versione 2.

In particolare dopo l'installazione del software presso il server aziendale in data 3 giugno 2008 sono stati raggiunti i seguenti obiettivi:

- formazione di base all'uso di Sister2 diretta a tutti gli operatori SerT (corso DP13/08 diretto a 36 operatori);
- formazione specifica per gli operatori referenti di sistema informativo di sede, finalizzata alla verifica della qualità del dato (corso DP13a/08 diretto a 10 operatori);

- conduzione di 4 gruppi di miglioramento trasversali ai SerT (corso DP14/08 formazione sul campo) per la realizzazione di istruzioni operative per l'utilizzo del sistema informativo;
- installazione in tutte le sedi SerT (Ferrara Via Mortara, Ferrara Via Kennedy, Ferrara Via F. del Cossa, Cento, Copparo, Portomaggiore, Codigoro) del software;
- supporto a tutte le équipes in fase di implementazione del nuovo sistema con consulenze ad hoc;
- avvio di un forum aziendale in intranet diretto a tutti gli operatori dei SerT provinciali avente lo scopo di creare un luogo di confronto delle modalità di inserimento e verifica della qualità del dato in SistER2.

►► RIORGANIZZAZIONE SERVIZIO 118

Il sistema di emergenza/urgenza, composto dalla rete dei Pronto Soccorso e dall'emergenza sanitaria territoriale, realizzato agli inizi degli anni 90, necessita di una riforma e di un progressivo sviluppo in relazione ai cambiamenti intervenuti in questi anni.

I principi ai quali si attiene questo sviluppo sono:

- il miglioramento del governo clinico del sistema, inteso come capacità di associare miglioramento della qualità assistenziale, appropriatezza nell'utilizzo delle risorse e contenimento dei costi;
- il miglioramento delle potenzialità operative di tutte le professionalità che lavorano nel sistema;
- il consolidamento della leadership dei Medici di Emergenza/Urgenza;
- la garanzia di un adeguato livello di sicurezza che i cittadini richiedono nelle situazioni di emergenza sanitaria;
- la risposta a situazioni di maxiemergenza.

Gli strumenti operativi sono:

- introduzione del medico di Centrale Operativa con funzione di guida "on line" degli interventi sul territorio e di comando nelle maxiemergenze;
- l'introduzione dell'automedica anche nelle aree extraurbane, come già avvenuto in ambito cittadino;
- la partenza dei mezzi di soccorso medicalizzati dalle sedi ospedaliere principali, come avviene in tutte le altre province della Regione;
- l'adozione di protocolli infermieristici.

Il progetto produrrà organizzativamente le seguenti principali ricadute:

- l'introduzione di tre automediche consentendo di ridurre la presenza del medico a bordo in numerosi punti di partenza ambulanze;
- la trasformazione del punto di primo intervento di Bondeno in ambulatorio gestito dai Medici in Convenzione su modello di quello di Portomaggiore;
- l'adeguamento del parco automezzi sostituendo quelli obsoleti con nuove ambulanze in convenzione.

Le implicazioni economiche derivanti dalle azioni proposte saranno presumibilmente riconducibili al mantenimento degli attuali livelli di costo trasferendo le risorse risparmiate nell'utilizzo del personale medico in un ampliamento delle convenzioni per il trasporto in ambulanza, favorendo così la tempestività degli interventi.

►► PERCORSO NASCITA

L'Azienda USL per l'anno 2009 concluderà la fase di elaborazione dei Piani provinciali e ne curerà lo sviluppo ed il monitoraggio, inoltre procederà allo sviluppo di Azioni con l'obiettivo di riqualificare l'offerta consultoriale sulla base delle indicazioni del Percorso Nascita e in applicazione delle linee guida della legge 194/1978; garantirà, inoltre, la propria partecipazione alla rilevazione informatizzata dei dati di attività delle strutture consultoriali.

All'interno della programmazione dei Piani per la Salute, già dall'anno 2007, si è posta attenzione ai disturbi emozionali della donna con particolare riguardo all'epoca della gravidanza e del puerperio garantendo iniziative informative in tutti i distretti in collaborazione con i Comuni e le Associazioni femminili. Presso i Consultori sono stati definiti protocolli di presa in carico integrata con il DSM, delle gravide e puerpere soggette a disturbi emozionali. Nell'anno 2008 sono stati avviati, in via sperimentale, punti di accoglienza-ascolto a bassa soglia nei 3 distretti rivolti alle puerpere in situazioni di disagio e in difficoltà durante il primo anno di vita del bambino; le iniziative sono frutto dell'integrazione fra Dipartimento Cure Primarie, Dipartimento Salute Mentale, Psicologia Clinica e, per il Distretto Centro-Nord, Centri per le famiglie del Comune di Ferrara. Per l'anno 2009 dopo una verifica della fase sperimentale del progetto si prevede un'estensione delle iniziative in ambito distrettuale.

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

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

Gli operatori dei servizi consultoriali e ospedalieri hanno partecipato al gruppo regionale sulla qualità percepita, hanno effettuato focus group fra operatori e con le utenti. In base alle criticità rilevate, sono stati omogeneizzati in tutti i distretti le modalità di esecuzione dei corsi di accompagnamento alla nascita; sperimentalmente è stato attivato in 2 comuni della provincia il puerperio domiciliare sviluppando la rete tra ostetriche territoriali, punti nascita e pediatri di libera scelta.

In tutti i distretti e in più sedi consultoriali vengono erogati corsi di accompagnamento alla nascita. I contenuti dei corsi sono omogenei a livello aziendale; prevedono la presenza di operatori dei consultori e della pediatria di comunità. Sono strutturati in 10 incontri prima del parto di cui uno presso il punto nascita di riferimento e un incontro successivo al parto con il bambino (baby party).

In tema di aumento delle conoscenze e dell'attenzione dei professionisti e delle donne al tema del "dolore nel parto", anche attraverso sperimentazioni controllate di metodiche farmacologiche e non farmacologiche, l'Azienda USL prevede l'organizzazione, nei corsi di accompagnamento alla nascita effettuati nei Consultori, della formazione alle gravide su tecniche non farmacologiche di provata efficacia: supporto emotivo strutturato, idroterapia, movimento in travaglio,

posizioni alternative e tecniche di stimolazione di punti. Il percorso assistenziale, che termina con l'erogazione della prestazione analgesica ed è governato da documenti prodotti e condivisi dalle Unità Operative di Anestesia e Rianimazione dell' Azienda USL di Ferrara, prevede almeno un colloquio preliminare con la gestante, l'illustrazione e la consegna di materiale informativo, la valutazione anestesiológica e la raccolta di un consenso scritto alla procedura. L'inserimento del parto in analgesia fra le pratiche sanitarie erogate, con carattere di gratuità, sulle 24 ore per tutti i giorni dell'anno, da punti nascita le cui dimensioni economico/organizzative non prevedono l'esistenza o l'istituzione di team anestesiológicos dedicati, renderà necessario il reperimento di nuove risorse economiche da destinare al supporto e all'incentivazione dell'attività assistenziale e formativa delle equipe multidisciplinari coinvolte nel processo. In tutti i consultori familiari sono attivi percorsi di presa in carico e sostegno per l'applicazione corretta della legge 194.

Per l'anno 2009 sono previsti ulteriori obiettivi di qualificazione.

- Considerando la riorganizzazione provinciale della Medicina di Laboratorio e mantenendo la diffusione provinciale delle sedi di prelievo, verrà istituito un percorso Hub e Spoke per la lettura del Bistest, utilizzando le strutture consultoriali e divisionali per il reclutamento delle gravide che ne fanno richiesta. A completamento dell'obiettivo, verranno istituiti corsi formativi utilizzando come docenti Ecografisti ginecologi in grado di effettuare oltre all'ecografia del primo trimestre la translucenza nucale all'11a settimana, al fine di avere una maggiore disponibilità nei diversi distretti rispetto a questa tecnica.
- Il primo livello ecografico alla 11^a-14^a settimana e alla 19a-20a settimana è garantito in tutti gli ambiti distrettuali sia dalle U.O. ospedaliere che territoriali. Il secondo livello diagnostico è garantito in tutti e tre i punti nascita della provincia e nel servizio consultoriale di via Boschetto. L'obiettivo è in parte già attivato e da sviluppare nel corso del primo semestre 2009 implementando per il 2° livello la possibilità della fruizione (equilibrata) dei percorsi anche da parte di utenti di altri distretti. Si prevede la possibilità di attivare consulenze di 3° livello da parte della Diagnostica prenatale dell'ospedale S. Orsola.
- Si sancisce il principio che nel rispetto della presa in carico multi professionale della gravidanza, le gravidanze fisiologiche possano essere seguite dall'ostetrica e che le gravidanze patologiche devono essere seguite dal medico. Per la realizzazione di questo obiettivo si pensa di attivare in ogni distretto in via sperimentale, nella sede del consultorio, un ambulatorio della gravidanza fisiologica gestito da personale ostetrico che mantiene stretti rapporti di integrazione con il ginecologo di riferimento. La proposta è quella di attivare:
 - un ambulatorio presso il consultorio di Portomaggiore per il distretto sud-est,
 - un ambulatorio presso il consultorio di via Boschetto per il distretto Centro-Nord,
 - un ambulatorio presso il consultorio di Cento per il distretto Ovest,
 - un ambulatorio nelle sedi dei Punti Nascita per la presa in carico della gravidanza a termine fisiologica da parte del personale ostetrico,
 - la promozione della maggiore integrazione fra U.O.territoriali e U.O.ospedaliere al fine di definire idonei percorsi assistenziali con tutti i professionisti coinvolti nell'evento nascita.

- È previsto di formare il personale ostetrico ospedaliero al fine di ridurre l'utilizzo della cardiocografia nelle gravidanze fisiologiche a termine e nel travaglio di parto, sostituendola con l'auscultazione del battito cardiaco fetale effettuato dall'ostetrica e registrato nella cartella clinica.

L'appropriatezza

►► PIANO DI OFFERTA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

È stato definito il piano di offerta di prestazioni specialistiche che prevede di individuare i volumi di offerta settimanale per distretto e per tipologia di struttura erogante (ospedaliera, poliambulatorio, privato accreditato); la stipula di accordi di fornitura con il privato accreditato o con l'Azienda ospedaliera di riferimento.

Rispetto ai produttori interni, verranno siglate intese che prevedono:

- incrementi della produzione per far fronte a situazioni di criticità anche temporanea definendo i volumi complessivi preventivati per ciascuna tipologia di accordo;
- modalità organizzative per rispondere tempestivamente a criticità riguardanti i tempi massimi di attesa e per ridurre a livelli fisiologici la numerosità di pazienti in lista.

In caso di discipline critiche potranno essere richieste ulteriori prestazioni aggiuntive ai fornitori esterni (AOSP e Privato accreditato). Attualmente sono attivi progetti in libera professione per conto dell'Azienda in campo radiologico: diagnostica pesante ed ecografie; in campo internistico: urologico, ortopedico, ginecologico. In caso di necessità questi progetti possono essere implementati. La programmazione delle attività ambulatoriali 2009 si sviluppa sulla base delle priorità individuate dalla committenza distrettuale.

Con riferimento alla produzione interna:

- sono stati valutati i tempi di attesa e le criticità emerse sulla base dei dati del 2008;
- sono stati valutati i costi complessivi dell'assistenza specialistica erogata nel 2007 a tutti i residenti;
- sono stati esaminati gli impegni orari dedicati all'attività ambulatoriale specialistica per i singoli stabilimenti ospedalieri.

Per definire volumi di prestazioni adeguati alle esigenze derivanti dai tempi di attesa e dalla numerosità delle persone in attesa, si possono perseguire 3 aree di intervento:

- 1) migliorare l'efficienza confrontando unità operative omogenee, utilizzando il rapporto prenotato /erogato;

- 2) migliorare l'appropriatezza riducendo il numero di prestazioni derivanti dalla prima visita anche attraverso audit interni;
 - in entrambi i casi si può ottenere un incremento dell'offerta a CUP di prime visite in isorisorse;
- 3) intervenire sui pazienti in lista di attesa oltre le 8 settimane per le visite, esauendo gli stock eccedenti periodicamente e ricorrendo all'utilizzo della ALP (Attività Libero Professionale) aggiuntiva istituzionale;
- 4) in particolari casi dove è sottodimensionata l'offerta a CUP si prevede anche un incremento stabile di prestazioni con risorse aggiuntive;

Le criticità maggiori sono:

allergologia, neurologia, ginecologia, urologia, oculistica, cardiologia, endocrinologia, geriatria, ecocolordoppler vascolare.

Per tutte le sopra citate specialità il tempo di attesa è valutato a livello distrettuale ad eccezione della allergologia per la quale si valuta il tempo di attesa sovradistrettuale.

Appropriatezza “Linee guida nazionali per la diagnostica per immagini

È stata presa visione e successivamente sono state adottate a livello di Dipartimento Diagnostico le “Linee guida nazionali per la diagnostica per immagini” individuate dalla conferenza Stato-Regioni con accordo del 28/10/2004 e delle “Linee guida per la qualità in Tomografia computerizzata” promosse da Regione Emilia-Romagna - Assessorato Politiche per la Salute di Gennaio 2006.

Si è provveduto in merito a:

- effettuare audit periodici sull'argomento negli ultimi 4 anni con Medici Ospedalieri (tutti gli Stabilimenti) e con MMG;
- rendere disponibile online sul sito aziendale il documento “Linee guida nazionali per la diagnostica per immagini” individuate dalla conferenza Stato-Regioni con accordo del 28/10/2004;
- eliminazione dalla normale filiera di prenotazione di quelle indagini inappropriate per Evidence Based Radiology o per aggravio dosimetrico alla popolazione (presenza di alternativa diagnostica non irradiante o meno irradiante);
- costruzione di un sistema informatico basato sulle “Linee guida nazionali per la diagnostica per immagini” individuate dalla conferenza Stato-Regioni con accordo del 28/10/2004, capace di valutare il grado di appropriatezza di numerose indagini radiologiche tra cui quelle che prevedono l'utilizzo di alta tecnologia (RMN, TAC);
- costruzione di un data base di appropriatezza con capacità di analisi differenziata fino al singolo prescrittore e con possibilità di comparazione periodica;
- definizione di indicatori non basati sul consumo di prestazioni, ma sull'effettiva appropriatezza prescrittiva;
- verifica semestrale con comparazione dei dati versus anni precedente.

►► RAPPORTO CON AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI FERRARA

Le Aziende provinciali hanno siglato nell'anno 2008 un accordo triennale che presenta una rivisitazione complessiva dell'offerta locale di prestazioni di ricovero e specialistiche basate su criteri di appropriatezza organizzativa e clinica, l'accordo tiene conto della possibile committenza nei confronti dell'Ospedale di Cona la cui apertura è prevista per l'anno 2010.

Sostanzialmente risulta programmata una riduzione provinciale di ricoveri pari a 7.000 in tre anni, con una quota a carico dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria pari a 3.500 (2.300 ricoveri di day hospital e 1.200 da PS) e una rivisitazione della committenza di specialistica che prevede la visibilità a CUP di tutte le prestazioni critiche di ciascuna disciplina, per quanto concerne l'analisi dei tempi di attesa.

Il rapporto tra le Aziende Sanitarie pubbliche provinciali si completa inoltre attraverso specifici ulteriori accordi tra le Aziende, non ricompresi nella regolamentazione istituzionale della mobilità sanitaria, elaborati al fine di perfezionare l'offerta provinciale di prestazioni sanitarie e le interfacce organizzative delle stesse, realizzati al fine di garantire la migliore integrazione possibile tra le Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara.

L'accordo di fornitura triennale 2008-2010 prevede:

- nel settore dei ricoveri la riduzione triennale di 3.500 dimissioni, basata sulla prevalente rivisitazione dei day hospital a favore di OBI (Osservazione Breve Intensiva) e day service e sulla richiesta di un maggior filtro sui ricoveri da PS; l'azione decrementale viene demandata all'Azienda Ospedaliera attraverso proprie revisioni organizzative (come ad es. la piena attivazione dell'OBI, ancora parziale) garantite in termini di committenza dalla "blindatura" economica dell'accordo; eventuali ricoveri potenzialmente inappropriati al di sopra delle soglie stabilite non verranno infatti riconosciuti;
- nel settore specialistico è stata definita una committenza "puntuale" per ciascuna disciplina mediante identificazione del numero di visite richieste a CUP e delle prestazioni di presa in carico del paziente; anche in questo settore il numero di prestazioni commissionate e i relativi importi risultano "blindati"; pertanto, tutte le eventuali prestazioni erogate al di sopra della soglia economica condivisa non saranno riconosciute. Sono escluse dalle considerazioni suddette le prestazioni riguardanti le discipline di Pronto Soccorso e di Medicina di Laboratorio.

►► RAPPORTO CON LE CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE

Per l'anno 2008 risulta ancora in atto l'accordo provinciale triennale che prevede, previa attivazione di "progetti speciali", il riconoscimento alle strutture private accreditate di risorse aggiuntive aziendali che esulano da quelle previste dall'Accordo AIOP-RER (Associazione Italiana Ospedalità Privata - Regione Emilia Romagna) 2007-2009. I "progetti speciali" riconoscono la loro base storica a partire dal 2002 e consistono sostanzialmente in progetti di recupero di mobilità passiva nelle discipline di Chirurgia Vascolare e di Otorino-laringoiatria e nella sperimentazione di nuove modalità clinico-assistenziali in pazienti in

stato vegetativo persistente o necessitanti di un percorso riattivativo alternativo al ricovero in reparto riabilitativo conseguente ad un intervento chirurgico (ortogeriatra). Tali progetti hanno evidenziato la loro efficacia nel tempo e risultano peraltro già consolidati dalla Regione all'interno delle risorse previste per la provincia di Ferrara per gli anni 2007-2009, nell'ambito dell'accordo AIOP-Regione sancito dalla DGR 1654/2007. Inoltre, gli stessi risultano in fase di ulteriore consolidamento nell'ambito del futuro accordo di fornitura provinciale 2009-2011. I ricoveri medici programmati all'interno delle Case di Cura risultano praticamente azzerati, essendo ormai esclusiva la modalità di trasferimento del paziente dai reparti per acuti o dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria di Ferrara.

Le strutture accreditate risultano inoltre particolarmente impegnate nella gestione dei pazienti in stato vegetativo persistente, nel progetto "ortogeriatra" nonché in azioni di recupero della mobilità passiva per prestazioni di chirurgia generale di bassa complessità.

E' stato predisposto e sottoscritto per il triennio 2009-11 il nuovo accordo locale con le Case di Cura Provinciali, tenuto conto degli elementi innovativi introdotti con l'Accordo AIOP-RER 2007-2009.

►► I CONTROLLI SANITARI

L'attività di controllo sanitario interno ed esterno per l'anno 2008 si è svolta in riferimento alle disposizioni vigenti in merito di controlli sanitari, tenuto presente che l'art. 79, comma 1-septies del D.L. n. 112/2008 convertito con la L.n. 133/2008 e dalla DGR 1863/2008 ha previsto dal 1 luglio 2008 l'incremento dal 2% al 10 % della soglia di cartelle oggetto di controllo.

CONTROLLI INTERNI

PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO DELL'AZIENDA USL DI FERRARA:

1. AUDIT INTERNO APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI

CAMPIONE RIFERITO AL PERIODO GENNAIO- LUGLIO 2008 (soglia 2%)

Stabilimento di dimissione	Campione AUDIT	Ricoveri Totali	%
Ospedale di Comacchio	92	1.302	7,1%
Ospedale del Delta (Lagosanto)	356	7.064	5,0%
Ospedale di Argenta	171	3.287	5,2%
Ospedale di Cento e Bondeno	291	5.995	4,9%
Ospedale di Copparo	98	1.856	5,3%
TOTALE	1.008	19.504	5,2%

CAMPIONE RIFERITO AL PERIODO GENNAIO- LUGLIO 2008 (soglia 2%)

Stabilimento di dimissione	Campione AUDIT	Ricoveri Totali	%
Ospedale di Comacchio	60	470	12,8%
Ospedale del Delta (Lagosanto)	275	2.457	11,2%
Ospedale di Argenta	131	1.089	12,0%
Ospedale di Cento e Bondeno	230	2.004	11,5%
Ospedale di Copparo	80	601	13,3%
TOTALE	776	6.621	11,7%

Criteria di selezione per la verifica su cartelle per gli Audit clinici interni

Ricoveri Regime Ordinario

1. Allegato 7 Del RER 2642/2004 (criteri principali e Modalità di controllo).
2. Allegato 6 Del RER 2126/2005 (lista 60 DRG Potenzialmente Inappropriati).
3. DRG Medici 1 giorno di degenza (Ricoveri Diagnostici).
4. Ricoveri con DRG complicato e durata degenza < 6 (effettiva presa in carico della complicazione).
5. Ricoveri con prestazioni eseguibili in Day Surgery (Del. 559/2000).
6. Ricoveri con prestazioni riportate nel Nomenclatore Tariffario Specialistica Ambulatoriale RER

Ricoveri in Regime di Day Hospital

1. DRG Medici <4 accessi (Ricoveri Diagnostici)
2. Ricoveri con DRG CC (veridicità della Complicazione)
3. Ricoveri con prestazioni riportate nel Nomenclatore Tariffario Specialistica Ambulatoriale RER

2. CONTROLLI DA RITORNO INFORMATIVO DELLA BANCA DATI SDO REGIONALE

STABILIMENTO DI DIMISSIONE	Ricoveri ripetuti 0/1 gg	DRG Maldefiniti	Errori Codifica 2° Livello	TOTALE
Ospedale di Comacchio	8	6	3	17
Ospedale del Delta (Lagosanto)	84	39	24	147
Ospedale di Argenta	26	9	7	42
Ospedale di Cento e Bondeno	66	46	65	177
Ospedale di Copparo	16	2	12	30
Totale	200	102	111	413

CONTROLLI ESTERNI

1. AZIENDA OSPEDALIERO/UNIVERSITARIA DI FERRARA (ARCISPEDALE S. ANNA)

I controlli sanitari sono stati effettuati secondo i medesimi criteri indicati per il Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda USL di Ferrara, nell'ambito di quanto previsto nell'accordo di fornitura triennale in atto tra le Aziende pubbliche provinciali e attraverso l'attività di personale coordinato da una commissione interaziendale nominata ad hoc di cui si descrive l'attività relativa all'anno 2008.

**n° controlli "clinici"
effettuati: 7.532
su 36.285 pazienti dimessi
(pari al 20,76%)**

2. CASE di CURA PRIVATE

Periodo ANNO 2208	080235 Quisisana		080238 Salus		080414 Ferrara D.S.	
	Ricoveri	% Cntr Eseg.	Ricoveri	% Cntr Eseg.	Ricoveri	% Cntr Eseg.
1° Trimestre	480 % Contr.	30 6,3%	896 % Contr.	30 3,3%	647 % Contr.	20 3,1%
2° Trimestre	437 % Contr.	30 6,9%	812 % Contr.	30 3,7%	587 % Contr.	22 3,7%
3° Trimestre	398 % Contr.	60 15,1%	520 % Contr.	101 19,4%	178 % Contr.	18 10,1%
4° Trimestre	415 % Contr.	60 14,5%	652 % Contr.	80 12,3%	266 % Contr.	28 11,0%

►► INDIVIDUAZIONE DI OBIETTIVI CORRELATI AL SALARIO DI RISULTATO CHE CONSENTANO UN EFFICACE GOVERNO SULL'USO DEI FARMACI

Per ciascuna Unità operativa sono stati definiti specifici obiettivi rivolti a favorire l'uso del farmaco generico, l'omogeneizzazione dei protocolli, l'erogazione diretta.

In particolare i Nuclei di cure primarie hanno visto l'assegnazione di obiettivi di Informazione/formazione sull'uso corretto dei farmaci rivolto a specialisti e MMG.

►► APPROPRIATEZZA D'USO NELLA PRESCRIZIONE DI FARMACI SPECIALISTICI DA PARTE DI CENTRI AUTORIZZATI E MONITORAGGIO ECONOMICO

Sono stati armonizzati i protocolli per la prescrizione dei farmaci da parte dei centri designati mediante le seguenti azioni:

- Diffusione protocolli terapeutici adottati dall'Azienda e già diffusi ai MMG.
- Informazione normativa vigente relativa alle prescrizioni farmaceutiche.
- Appropriately prescrittiva in riferimento alle Linee Guida, ai Protocolli Terapeutici e ai principi di farmacoeconomia.
- Omogeneità prescrittiva riferita agli stessi centri specialistici dell'Azienda.
- Continuità terapeutica Ospedale - Territorio, Territorio - Ospedale.

Per la realizzazione del presente obiettivo sono stati coinvolti i medici specialisti dei presidi ospedalieri dell'Azienda in particolare gastroenterologi e cardiologi al fine di dare ampia diffusione alla corretta prescrizione dei PPI (Proton Pump Inhibitors) e Statine.

Dopo alcuni incontri sono state stabilite le modalità operative finalizzate alla attuazione dell'obiettivo.

Presso gli ospedali aziendali di Cento sono stati effettuati audit, con i medici ospedalieri interessati alla corretta prescrizione dei PPI, tenuto da un gastroenterologo dello stesso ospedale, un farmacista del Dipartimento Farmaceutico e da un medico del DCP nel corso del quale sono state date precise indicazioni relative alla appropriatezza prescrittiva, ai protocolli attivati, alla normativa vigente, al costo-efficacia, all'omogeneità prescrittiva dei farmaci in oggetto.

►► FORUM WEB TEMATICI DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Nel 2008 sono stati attivati forum web tematici dell'appropriatezza con l'obiettivo di approfondire tematiche relative alla prescrizione di significative categorie di Farmaci oltre a temi della appropriatezza prescrittiva di Diagnostica e applicazione di protocolli per la Gestione integrata Diabete da parte dei MMG e degli specialisti. In tale forum vengono condivise le corrette interpretazioni delle specifiche note AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) si forniscono informazioni sulla bioequivalenza delle diverse molecole disponibili sul mercato e la relativa comparazione farmacoeconomica nonché l'utilità nella prevenzione primaria e secondaria degli eventi cardiovascolari.

Gli argomenti oggetto di discussione sono:

- Statine.
- Antipertensivi.
- Inibitori di Pompa Protonica.
- Anticoagulanti.

Per il 2009 è necessario promuovere un sistematico utilizzo di tale strumento comunicativo da parte di tutti i prescrittori Ospedalieri e Territoriali.

►► PRESCRIZIONE DI FARMACI CON BREVETTO SCADUTO NELL'AMBITO DELLA FARMACEUTICA

In merito alla prescrizione di farmaci con brevetto scaduto è stata attivata:

- la diffusione mensile commentata delle liste dei farmaci generici;
- l'inserimento di tabelle costo-terapia sui siti internet aziendali;
- l'assegnazione di obiettivi ai MMG favorenti l'utilizzo del farmaco generico con indicatore: Costo DDD Inibit.pompa protonica e Ipotensivanti.

Le azioni intraprese in tale ambito:

- Tempestiva diffusione a tutti i MMG ed Ospedalieri delle scadenze brevettuali dei farmaci.
- Elaborazione ed inserimento nei siti aziendali di tabelle "Costi-terapia" dei farmaci a più elevato impatto prescrittivo.

- Revisione del Prontuario Terapeutico Provinciale in seguito alla scadenza brevettale delle molecole di maggior impatto.
- Revisione dell'aggiudicazione di gara per le classi in equivalenza terapeutica, al momento in cui entra in commercio un farmaco generico.

Monitoraggio e diffusione tramite audit agli NCP della % di prescrizione di farmaci generici relativamente ai gruppi terapeutici a > impatto prescrittivo.

Monitoraggio ed incentivazione Medici ospedalieri per prescrizione di generici significativi.

▶▶ VERIFICA DELL'IMPIEGO APPROPRIATO DEI FARMACI INNOVATIVI DI ALTO COSTO

I farmaci innovativi di fascia H e di elevato costo costituiscono una voce emergente del bilancio aziendale e sono in costante aumento, come del resto si realizza a livello regionale.

Per ottenere un rigoroso governo dell'utilizzo di tali farmaci, nel 2008 è stato attivato un Gruppo Interaziendale coordinato da esperti di EBM (Evidence Based Medicine) e health technology assessment esterno ad entrambe le Aziende Sanitarie della Provincia.

Tale gruppo, dopo condivisione con i clinici dei criteri di utilizzo delle molecole oggetto dei maggiori incrementi 2006-2007 sulla base delle migliori evidenze scientifiche, delle indicazioni previste dal "monitoraggio AIFA" e secondo le linee guida edite dalla migliore letteratura scientifica internazionale, ha proceduto ad effettuare audit specifici su un campione significativo dei trattamenti effettuati.

▶▶ ASSISTENZA PROTESICA

Le azioni attivate già dal 2007 per il contenimento della spesa nell'assistenza protesica si sono dimostrate efficaci, pertanto l'attività della commissione sull'appropriatezza prescrittiva in ambito protesico proseguirà la propria attività estendendo gli audit anche ai prescrittori che nel 2007 e nel 2008 sono stati coinvolti solo parzialmente.

Anche nel 2009, utilizzando report sull'andamento delle prescrizioni degli specialisti, verranno organizzati audit di confronto con i maggiori prescrittori. Per garantire il coinvolgimento degli specialisti si prosegue l'invio trimestrale dei report sui consumi individuali.

Nel corso del 2008 si sono registrati circoscritti incrementi in alcune aree prescrittive specificatamente da parte dei medici dell'Azienda ospedaliera S. Anna (ausili per la comunicazione e ausili per la mobilità) e in alcune aree soggette a prescrizione anche da parte dei medici dell' Azienda USL (ortesi e protesi).

Ad aumentare l'efficacia di tale azione interviene l'informatizzazione del magazzino protesico e il collegamento in rete dei prescrittori e dei medici autorizzatori, migliorando così l'utilizzo degli ausili da gara. Per il 2009 è prevista la semplificazione operativa delle procedure richieste dal software, consentendo così, maggiore facilità d'uso da parte degli utilizzatori.

Con le Case Protette convenzionate, si darà seguito (in continuità rispetto al

2008) ad un progetto finalizzato a conoscere l'entità della dotazione di ausili ivi presenti al fine di determinare livelli ottimali di dotazione da inserire nelle convenzioni 2009. Tale progetto intende offrire una serie di informazioni per mezzo della somministrazione di una Dichiarazione Sostitutiva di Atto di Notorietà (DSAN) agli Enti Gestori delle Case Protette in convenzione allo scopo di consentire una razionalizzazione della spesa dell'assistenza protesica e per consentire il miglioramento della distribuzione degli stessi ausili.

►► OSSIGENO E VENTILOTERAPIA

Nel 2007 è stato avviato un gruppo tecnico, coordinato dai Dipartimenti di Cure Primarie, con il compito di individuare e superare le inapproprietezze che emergevano nella gestione dei pazienti in ossigeno e ventiloterapia. La spesa negli anni vedeva un incremento costante. La sfida proposta dalla Direzione Aziendale era quella di mantenere uno standard ottimale di cura, superando le criticità che portavano ad un mancato controllo della spesa.

Per la prima volta, senza ridurre il numero di pazienti in cui la terapia era appropriata, non si è avuto un incremento della spesa assoluta 2007 sul 2006.

Nel 2007 si è avuta una riduzione netta della spesa di ossigeno liquido, che è riuscita ad ammortizzare completamente il costo aumentato di affitto dei ventilatori e dei concentratori.

Nel corso del 2008 si è raggiunto un risparmio del 5% rispetto all'anno precedente, pur evidenziando comportamenti differenziati secondo gli ambiti territoriali, infatti i Distretti Centro-Nord e Sud-Est hanno ridotto la spesa in linea con gli ambiziosi obiettivi ipotizzati, mentre il Distretto Ovest, e il territorio del Copparese (incluso nel Distretto Centro-Nord) pur migliorando lievemente la performance, non raggiunge gli standard degli altri due Distretti (7 pazienti trattati ogni 1000 abitanti per Ovest e 4,5 pazienti ogni 1000 abitanti per il Copparese contro una media al di sotto dei 4 pazienti ogni 1000 abitanti per il resto della Provincia).

Il Coordinamento interaziendale propone per il 2009 la revisione di tutti i casi trattati implementando le seguenti azioni:

- rafforzamento del coordinamento di Pneumologi riguardo l'orientamento all'appropriatezza prescrittiva ed al monitoraggio puntuale, in tema di ossigeno/ventilo terapia domiciliare;
- documenti prescrittivi per l'ossigeno terapia e ventilo terapia domiciliare, controllati in tutti gli aspetti che avviano l'iter di presa in carico del paziente, coinvolgendo lo specialista ed il medico autorizzatore;
- l'applicazione puntuale dei criteri prescrittivi secondo le linee-guida e il controllo preciso e rigoroso dei fenomeni di criticità. Conseguente verifica di tutti i pazienti in carico con ossigeno e ventiloterapia del Distretto Ovest e dell'area di Copparo, al fine di controllarne l'appropriatezza prescrittiva, attraverso il governo clinico esercitato dagli specialisti coinvolti;
- necessità di ricevere dai Primari segnalazioni sulle eventuali criticità delle rispettive U.O., pur ribadendo che il monitoraggio e la verifica di appropriatezza da attuare sui pazienti costituiscono ambito da presidiare con priorità elevata;

- adottare un modello locale che guidi le prescrizioni secondo comportamenti omogenei; proporre incontri con i professionisti per illustrare e diffondere le conoscenze più recenti in materia, derivanti dai lavori delle società scientifiche.

►► **PROGRAMMA DI ATTIVITÀ MOTORIA PER LA PREVENZIONE CURA E LA RIABILITAZIONE DELLE PATOLOGIE SENSIBILI ALL'ESERCIZIO FISICO**

Il programma interaziendale di attività motoria è stato di recente costituito per promuovere sul territorio provinciale tutte le strategie necessarie per la prevenzione e la cura di alcune patologie attraverso la promozione dell'attività motoria. Per il corrente anno si prefigge l'obiettivo di avviare azioni mirate rispettivamente alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione attraverso la promozione dell'attività motoria su specifiche fasce di popolazione.

Prevenzione primaria

1. Divulgazione di messaggi orientati allo sviluppo delle attività motoria rivolto a qualsiasi cittadino presente nel territorio.
2. Induzione all'attività motoria per un "target" di popolazione sedentaria.

Prevenzione secondaria

3. Attività motoria finalizzata a ridurre gli effetti causati da patologie croniche: diabete, ipertensione, obesità, ecc.

Prevenzione anziani fragili

4. Prevenzione primaria: attività motoria finalizzata ad anziani fragili (ultra 75 anni).
4. bis Prevenzione secondaria: attività motoria finalizzata ad anziani fragili affetti da patologia.

Materiali e metodi adottati per la prevenzione primaria sono:

- Divulgazione di messaggi orientati allo sviluppo delle attività motoria.
- Incontri dibattiti pubblicazioni.
- Induzione all'attività motoria per un "target" di popolazione sedentaria.
- Kit operativo con scheda informatizzata, libretto di istruzioni ai MMG.
- Podometro ai sedentari presi in carico.
- Verifica semestrale dei parametri di confronto.

Per la prevenzione secondaria si prevedono le seguenti azioni:

- Attività motoria finalizzata a ridurre gli effetti causati da patologie croniche: diabete, ipertensione, obesità, ecc.
- Elaborazione di un programma personalizzato di attività motoria.
- Verifica semestrale dei parametri di confronto.

Sono previsti parametri specifici per l'individuazione degli anziani fragili e delle patologie correlate.

Efficacia, qualità ed efficienza gestionale

►► LE POLITICHE AMBIENTALI - LA GESTIONE DEI RIFIUTI

L'Azienda USL di Ferrara è da tempo sensibile alla questione rifiuti, tema di stringente attualità, con il quale anche le Aziende Sanitarie devono misurarsi. I programmi di raccolta differenziata sono iniziati, nelle strutture aziendali, da diverso tempo e realizzati in concerto con le società che si occupano del trattamento rifiuti nei diversi comuni della provincia.

Una delle prime esperienze si è avuta con l'Ospedale del Delta, dove già in fase di progetto è stata pensata la realizzazione di un'isola ecologica installata in collaborazione con Area S.p.A.

Nel 2003 ha preso avvio un percorso formativo sulla "gestione rifiuti" dedicato ai dipendenti dell'AUSL. Tale percorso, nel 2007, ha visto il coinvolgimento anche delle aziende "Soelia" ad Argenta, "Area" a Lagosanto e "CMV" a Cento. Il primo obiettivo del percorso formativo è stato quello di fare aumentare la differenziazione e separazione dei rifiuti urbani dai rifiuti speciali ospedalieri.

In questo ambito i risultati raggiunti sono stati ottimi: l'Azienda USL di Ferrara ha avuto, infatti, un riconoscimento da parte della Regione per aver registrato una delle migliori performance nella riduzione della produzione di rifiuti infettivi.

Il secondo step del percorso formativo ha avuto come obiettivo primario la promozione della raccolta differenziata dei rifiuti urbani.

A tal proposito nel corso del 2008 l'Azienda USL di Ferrara ha stipulato due accordi per la gestione della raccolta differenziata: il primo con Soelia S.p.a per l'Ospedale di Argenta ed il secondo con AREA S.p.a, per gli ospedali di Comacchio, Copparo e Lagosanto.

Ad inizio 2009 è stato siglato un nuovo accordo con il gruppo HERA Ferrara S.r.l. e ATO6 (Agenzia d'Ambito per i servizi pubblici di Ferrara) con l'obiettivo di migliorare la gestione dei rifiuti all'interno delle strutture sanitarie che si trovano nella città di Ferrara, promuovendo la raccolta differenziata così da migliorare la qualità della vita dei servizi offerti.

Il piano di intervento per la raccolta differenziata coinvolge le sedi dell'AUSL di Ferrara di Via A. Cassoli 30 - sede AUSL, Via Arginone 179 - Servizio di Prevenzione e Protezione, Via Beretta 7 - Dipartimento di Sanità Pubblica, Via Boschetto 29 - Salute Donna, Via Chiesa 249 - Centro Socio Riabilitativo, Via Comacchio 296 - Polo Formativo, Via S. Bartolo 119 - Centro Salute Mentale,

La realizzazione del progetto è stata resa possibile grazie alla collaborazione dei "referenti per la raccolta differenziata", ossia di quei dipendenti che si sono resi disponibili a sensibilizzare ed aiutare i propri colleghi e gli utenti nell'utilizzo dei contenitori per la raccolta differenziata collocati nei vari piani e nelle varie sedi dell'Azienda, svolgendo un'opera di educazione e persuasione che si ritiene che nel tempo produrrà importanti effetti. Per questo è stato anche realizza-

to un brevissimo vademecum destinato a tutti gli operatori per l'utilizzo corretto dei contenitori per la raccolta differenziata.

Il personale Copma ha il compito di conferire le frazioni merceologiche raccolte all'interno delle varie sedi nei cassonetti posizionati all'esterno, coordinando le proprie tempistiche con la cadenza di raccolta di HERA e delle altre aziende deputate alla raccolta differenziata.

All'Agenzia d'Ambito (ATO6), verranno forniti dati, ottenuti dal monitoraggio della raccolta differenziata, relativi ai risultati da questa ottenuti, sia in termini qualitativi che quantitativi. In questo modo ATO6 avrà elementi conoscitivi per la definizione dei parametri più appropriati per la definizione della TIA – Tariffa di Igiene Ambientale –.

»» LA PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI

Già dal 2006 si è realizzato un primo passo verso l'integrazione funzionale degli approvvigionamenti nelle Aziende sanitarie della Provincia di Ferrara in linea con la programmazione dell'Area vasta Emilia centro (AVEC), poiché si è realizzato il Programma interaziendale funzionale degli Approvvigionamenti con un'unica Direzione.

In questo primo passaggio sono state sviluppate le funzioni di programmazione degli acquisti nonché di omogeneizzazione e armonizzazione dei corretti processi amministrativi.

Le funzioni gestionali sono rimaste ancora separate e per questo nel 2009 l'obiettivo è quello di sviluppare una ulteriore fase di integrazione che consentirebbe di trasformare il Programma interaziendale funzionale in Dipartimento interaziendale gestionale.

Il momento di compiere un ulteriore passo nella direzione della integrazione interaziendale in questa area amministrativa trova motivazione nell'esigenza di ridurre i costi generali di amministrazione, ma anche e soprattutto, in un diverso assetto organizzativo più consono ai principi di integrazione ed ottimizzazione delle risorse dedicate a questa funzione.

Politiche d'acquisto di beni e servizi, interventi di area vasta e tramite Intercent-ER

Il programma delle gare da espletare da parte di INTERCENTER nell'ambito della programmazione di Area Vasta è stato definito ed approvato nel primo semestre dell'anno 2008; lo studio e la progettazione delle gare, nonché l'espletamento delle stesse è stato oggetto dell'attività del secondo semestre. Il raggiungimento del parametro del 20% della spesa sanitaria per beni e servizi da parte dell'AVEC è limitato al 17% a causa dell'esclusione di alcune gare da parte di Intercent-er (stimolatori midollari e neurostimolatori, colle chirurgiche emogasanalizzatori, service nutrizione enterale, servizi integrati pulizie e lavano).

Nel corso dell'esercizio 2008, sono stati attivati contratti di fornitura a seguito di gare **AVEC** per i seguenti prodotti:

BENI E MATERIALI SANITARI

1. detergenti e disinfettanti
2. mezzi di sintesi per ortopedia
3. prodotti chimici
4. materiale per sterilizzatrici Steris
5. suturatrici meccaniche e laparoscopia
6. dispositivi medici per endoscopia digestiva
7. farmaci
8. protesi vascolari
9. preparati e materie prime galeniche
10. calze per la prevenzione della trombosi venosa profonda
11. dispositivi medici per ginecologia e senologia
12. set per somministrazioni antitumorali
13. suturatrici circolari curve

BENI ECONOMICI E SERVIZI

1. frigoriferi sanitari
2. pile
3. assicurazioni
4. gestione spazi pubblicitari

Nel corso dell'esercizio 2008, sono stati attivati contratti di fornitura in adesione a convenzioni **Intercent-ER** per i seguenti prodotti:

BENI SANITARI

1. farmaci (gara telematica in cui Intercent ER ha svolto la funzione di stazione appaltante per i fabbisogni dell'AVEC)
2. vetreria di laboratorio
3. guanti per uso sanitario
4. vaccini
5. vaccino antinfluenzale
6. vaccino HPV
7. medicazione classica
8. somatropina
9. tnt non sterile

BENI ECONOMICI

- n. 5 Autoveicoli
- n. 1 Ambulanza
- n. 12 Autoveicoli a noleggio
- PC desktop
- PC notebook

►► RAZIONALIZZAZIONE NEL RICORSO A TRASPORTI IN AMBULANZA

Nel 2008 si è dato avvio al progetto di razionalizzazione nel ricorso a trasporti in ambulanza dei pazienti ricoverati per l'effettuazione di consulenze o altro tipo di indagini diagnostiche presso altre strutture.

Il progetto prevede:

- l'individuazione aree specifiche di trasporti (consulenze, dialisi, visite, prestazioni sanitarie, ecc...);
- la definizione di protocolli Dipartimentali e procedure per ogni area;
- l'applicazione dei protocolli definiti;
- Il monitoraggio del ricorso ai trasporti da parte delle Direzioni Sanitarie.

Sono state individuate quattro aree di intervento:

1. Fonti di pagamento.
2. Addebito spese sostenute per trasporti presso Azienda Ospedaliera.
3. Appropriatelyzza di Utilizzo - Area clinica.
4. Razionalizzazione fasce orarie di utilizzo.

►► PROGETTO RECUPERO CREDITI DERIVANTI DA TICKET NON PAGATI

Il progetto prevede l'attivazione sperimentale di un procedimento per il recupero dei crediti (anni 2006 e seguenti) attraverso Postel (servizio di Poste Italiane). Per ottenere questo risultato, dalla banca dati aziendale, viene estratto un file delle prestazioni erogate e non pagate relativo ad un determinato periodo. Previo controllo e correzione da parte degli operatori aziendali degli importi "anomali", viene elaborato un file contenente solo tre nominativi che viene poi inviato a Postel. Quest'ultima elabora il file definitivo completo di tutti i nominativi che viene utilizzato per l'invio delle lettere di sollecito.

I bollettini pagati vengono visualizzati sul sito delle Poste Italiane da cui è possibile effettuare il download degli stessi per procedere poi con la chiusura nella banca dati aziendale delle posizioni sanate.

Obiettivo:

Azzeramento entro la fine del 2009 dei crediti pregressi.

- Periodi 2004-2005: recupero tramite procedura tradizionale manuale da operatore AUSL.
- Periodi 2006 e seguenti: recupero tramite Postel.

►► RISPARMIO ENERGETICO

Allo stato attuale il progetto di **risparmio energetico** dell'Azienda USL di Ferrara è suddiviso in distinte parti che procedono parallelamente, in particolare si tratta di:

1. Interventi in centrali termiche che prevedono sostituzioni di bruciatori con altri ad alto rendimento, sostituzione di caldaie, inserimento di caldaie estive, ecc. il tutto finalizzato ad un miglioramento della combustione, con minori emissioni di CO₂ e NO_x

2. Impianto di cogenerazione che prevede il recupero di calore di dispersione e la produzione di energia elettrica.
3. Automazione degli impianti di illuminazione.
4. Sostituzione impianti di illuminazione.
5. Realizzazione di impianti fotovoltaici destinati alla produzione di energia elettrica attraverso fonti rinnovabili ad emissioni zero.
6. Telelettura e telecontrollo delle utenze.
7. Formazione, sensibilizzazione degli operatori.
8. Razionalizzazione climatizzatori mobili.

Il piano triennale degli investimenti connessi alla realizzazione del programma di risparmio energetico è stato approvato con atto deliberativo n° 409 del 3 dicembre 2007.

Le fasi di cui al punto 1, 2, 3 e 4 hanno visto nel corso del 2008 la redazione del progetto esecutivo, l'ordine di lavoro alla ditta incaricata ed entro fine 2009 l'entrata in funzione delle prime apparecchiature previste con la successiva fase di collaudo.

Gli impianti fotovoltaici ed i sistemi di telelettura e controllo utenze con la tecnologia ad "onde convogliate" sono stati progettati nel corso del 2008 e i lavori sono stati aggiudicati entro la fine dello stesso anno; nel corso del 2009 è prevista la loro entrata in funzione.

Oltre agli interventi strutturali, l'Azienda ha adottato un progetto obiettivo specifico volto ad incidere più direttamente sul comportamento degli operatori. Il progetto ha come obiettivo quello di realizzare un governo del sistema energetico aziendale, con la finalità di ottimizzare l'utilizzo dei consumi di luce ed acqua attraverso strumenti di analisi e verifica della situazione attuale e il coinvolgimento degli operatori per diffondere la cultura del risparmio con comportamenti orientati. Il progetto ha una valenza aziendale e coinvolge tutte le articolazioni e i relativi responsabili, tenuti ad osservare ed applicare le linee guida che si verranno a formare sull'argomento.

►► RAZIONALIZZAZIONE DEGLI AUTOVEICOLI

Nel corso dell'anno 2008 si è proceduto ad avviare il progetto di **razionalizzazione degli autoveicoli aziendali** che ha portato ad oggi alla dismissione di n. 26 auto, con la prospettiva di ulteriori dismissioni, sul complessivo aziendale di 327 automezzi.

Anche nel corso dell'anno 2009 si effettuerà una riduzione in base ai criteri previsti dal nuovo regolamento aziendale (abbassamento della vita dell'autoveicolo da 15 a 10 anni, redistribuzione dei mezzi sul territorio per un utilizzo condiviso tra più Dipartimenti, eliminazione di quelli con una percorrenza Kilometrica annua inferiore a 10.000 Km.

Il progetto prevede per il 2009 l'individuazione dei responsabili assegnatari dei veicoli finalizzata all'applicazione della condivisione dei mezzi. Nella fase successiva verrà effettuato il monitoraggio delle percorrenze chilometriche finalizzato all'individuazione di un'ulteriore contrazione del numero complessivo dei veicoli.

**►► INTEGRAZIONE INTERAZIENDALE DEI SERVIZI GENERALI
AMMINISTRATIVI E TECNICI DELL' AZIENDA USL E DELL'AZIENDA
OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "S. ANNA" DI FERRARA**

La deliberazione della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 86/2006 avente a oggetto "Direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale", indica nei programmi e nei dipartimenti interaziendali la forma organizzativa attraverso la quale le aziende sanitarie pubbliche possono attuare modelli di integrazione con riferimento ai momenti della programmazione e/o della gestione, da cui possono scaturire rispettivamente programmi o dipartimenti interaziendali. Le aziende sanitarie pubbliche della Provincia di Ferrara, territoriale e ospedaliera hanno avviato da tempo la realizzazione di un programma che prevede forme di integrazione fra i servizi sanitari ed i servizi generali amministrativi e tecnici. Nell'area tecnico amministrativa, l'integrazione possibile riguarda le funzioni:

- degli Approvvigionamenti e della logistica (magazzini, trasporti);
- l'I.C.T. (gestione/elaborazione dati; reti per la trasmissione dei dati, immagini e voce);
- le Risorse umane;
- i Servizi tecnici;
- l'Ingegneria clinica.

L'obiettivo della integrazione interaziendale s'impone principalmente per due ragioni:

- si devono ricercare tutte le possibili economie di gestione e un impiego efficiente dei fattori produttivi dei servizi generali per liberare risorse da destinare al soddisfacimento del bisogno di salute
- l'imminente trasferimento delle funzioni ospedaliere svolte dall'azienda "S. Anna" nella nuova sede di Cona rappresenta una occasione favorevole ed un valido motivo per studiare e definire l'organizzazione e la dimensione ottimale dei servizi generali dell'una e dell'altra azienda, in modo da soddisfare le esigenze di entrambe le amministrazioni, evitando comunque la duplicazione delle funzioni, degli spazi e dei conseguenti investimenti per costruire la sede dei servizi generali, amministrativi e tecnici: centrali termiche, servizio di ristorazione e mensa, uffici, ecc.

Nel corso del 2008 è stato proposto un progetto per la costituzione del Dipartimento interaziendale della Medicina di Laboratorio; la previsione organizzativa mira ad ottenere un unico Hub presso l'Azienda Ospedaliera di Ferrara ove verranno eseguiti gli esami per l'utenza esterna dell'intera provincia, negli ospedali della rete provinciale verrà mantenuta la titolarità degli esami routine/urgenze per pazienti ricoverati.

Più in dettaglio il progetto prevede:

- l'esecuzione degli esami di laboratorio per "Esterni" provenienti da tutti gli ambulatori e Punti Prelievo provinciali presso il Laboratorio Hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;
- esecuzione delle determinazioni di "specialistica di laboratorio" (allergologia, autoimmunità, endocrinologia speciale, microbiologia) per i pazienti ricoverati degenti negli stabilimenti del Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda USL, presso il Laboratorio Hub dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Per il trasporto dei materiali biologici si fa riferimento ai documenti delle società scientifiche e ai modelli consolidati;

- esecuzione delle determinazioni di laboratorio di Routine/Urgenze giornaliere per ematologia, coagulazione, urine, chimica clinica-immunochimica per degenti degli Ospedali di Argenta, Cento-Bondeno e Delta-Copparo-Comacchio nei Laboratori degli stabilimenti del Presidio Unico Ospedaliero dell'Azienda USL.

La riorganizzazione dei punti di Front office e di Back office che si integreranno con lo Sportello Unico Aziendale.

L'utilizzo del già esistente sistema di trasporti interni per le provette e coampioni biologici.

I Punti prelievo verranno mantenuti nelle attuali sedi per consentire, agli utenti di accedere comodamente alla rete.

» LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Il programma di Gestione del Rischio Clinico anche nel 2008, come nel 2007, ha trovato riscontro negli obiettivi di risultato per le Unità Operative di degenza dell'Azienda. In particolare, sono state programmate l'attivazione dei sistemi di segnalazione degli eventi avversi e degli eventi sentinella, un audit sulle cartelle cliniche, procedure di prevenzione delle infezioni ospedaliere, nonché procedure dedicate per le varie aree dipartimentali (es. l'identificazione del paziente per l'area chirurgica ecc...).

Per una migliore implementazione delle procedure di gestione del rischio clinico e di controllo delle infezioni ospedaliere, è stata allestita una rete di referenti per ogni Unità Operativa (rappresentate da un medico e un infermiere, o tecnico, od ostetrica), che è attiva già dal marzo 2007.

Successivamente, dall'agosto 2008, per consentire un migliore flusso informativo, è stato creato il **NORC** (Nucleo Operativo Rischio Clinico), costituito da:

- il Coordinatore del Programma di Gestione del Rischio Clinico;
- il Referente aziendale della Direzione Infermieristica e Tecnica;
- i Referenti dipartimentali (anche in tal caso un dirigente e un rappresentante del comparto).

**RETE DI REFERENTI
PER LA GESTIONE
DEL RISCHIO CLINICO
FLUSSI INFORMATIVI
AZIENDA USL DI FERRARA**



Una delle prime procedure di Gestione del Rischio Clinico adottate dall'Azienda USL di Ferrara è il sistema di segnalazione degli eventi indesiderati e poi degli eventi sentinella. Già dal 2004 infatti l'Azienda ha aderito alle sperimentazione regionale con le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione (eventi indesiderati verificatisi nelle sale operatorie), estesa nel 2005 alle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia (eventi indesiderati verificatisi in sala parto).

Nel 2008 è stata completata la formazione per tutte le Unità Operative delle sedi ospedaliere (26 seminari di implementazione delle principali procedure di Gestione del Rischio Clinico, per i Dipartimenti dell'Emergenza, di Medicina, di Chirurgia, Materno-Infantile e di Diagnostica per Immagini, per un totale di 728 professionisti formati, 182 per l'area della dirigenza e 546 per l'area del comparto; mentre DSM / DP e Diagnostica di Laboratorio sono stati inseriti nel programma 2009); dopo solo meno di un semestre – il risultato è oltremodo soddisfacente, poiché sono state già inserite 620 segnalazioni.

E' inoltre da sottolineare che, dal momento in cui è stato sottoscritto l'accordo tra Regione Emilia Romagna e Ministero della Salute per il monitoraggio degli eventi sentinella (3 ottobre 2006: verbale trasmesso alle Aziende Sanitarie della Regione il 6 dicembre 2006), nell'Azienda USL di Ferrara, ovvero nel corso dell'anno 2007, si sono verificati quattro "eventi sentinella".

Per quanto attiene la procedure di informazione e consenso, si rileva che – dopo l'inserimento delle medesime nel 2006 come obiettivo di risultato per tutte le UU.OO. di degenza, monitorato da un gruppo di lavoro multidisciplinare (audit su un campione di pazienti a cui è stato sottoposto un questionario) – è stata emanata una procedura aziendale.

La procedura descrive le modalità con cui il medico, responsabile dell'effettuazione della prestazione, deve informare il cittadino-utente, e raccogliere il consenso alle procedure diagnostiche e terapeutiche.

I principali obiettivi della procedura in tema di informazione e consenso da una parte garantisce, attraverso atti formali, il rispetto del diritto all'informazione da parte del paziente su specifici atti sanitari, in modo da rendere quanto più possibile trasparenti i rapporti fra utenti, professionisti ed Azienda, dall'altra fornisce la più completa garanzia sotto un profilo medico-legale ai professionisti dell'Azienda in caso di contenzioso.

La procedura viene attualmente applicata a tutti gli accertamenti diagnostici o trattamenti terapeutici, farmacologici, chirurgici o riabilitativi gravati da rischi specifici.

In considerazione della rilevanza del tema, nel contesto delle attività svolte nel corso del 2005 dall'Azienda USL di Ferrara, si è ritenuto opportuno eseguire una verifica delle cartelle cliniche, utilizzando una procedura diversa dalla metodologia abitualmente eseguita per valutare la congruità delle SDO, ai fini della valutazione dell'appropriatezza della compilazione, ovvero una metodologia più adeguata alle procedure di gestione del rischio.

In particolare, sono state utilizzate schede di valutazione, basate su 10 item, che rispondono ai requisiti richiesti (vedi. tabella).

Valutazione delle cartelle cliniche (procedure di Risk Management, Azienda USL di Ferrara)

N°	Item	Score (1 > 5)
1.	Leggibilità	
2.	Chiarezza	
3.	Abbreviazioni improprie	
4.	Completezza dei dati	
5.	Dati anamnestico / obiettivi	
6.	Annotazioni improprie	
7.	Correzioni improprie	
8.	Sequenza cronologica	
9.	Time - gap	
10.	Scheda di informazione e consenso	

Per definire lo "score" è stata utilizzata una scala pentenaria (rispettivamente: insufficiente, mediocre, sufficiente, buono, ottimo), in coerenza alle abituali modalità di valutazione.

Infine, è stata attribuita una valutazione in relazione alla percentuale di cartelle cliniche che rispondono ai requisiti richiesti (v. tabella).

Valutazione delle cartelle cliniche (procedure di Risk Management, Azienda USL di Ferrara)

Punteggio	Attribuzione qualitativa	% cartelle
1	Insufficiente	≤ 50%
2	Mediocre	> 50% ≤ 65%
3	Sufficiente	> 65% ≤ 80%
4	Buono	> 80% ≤ 90%
5	Ottimo	> 90%

Nel 2006/2007 sono state invece elaborate cartelle cliniche dipartimentali integrate, in corso di introduzione nelle UU.OO. di degenza.

Infine, è stata allestita una procedura aziendale che descrive in maniera sistematica le attività relative alla gestione delle cartelle cliniche nelle Unità Operative e Servizi.

Obiettivo della procedura è disciplinare tutte le fasi della gestione delle cartelle cliniche in modo conforme alle norme vigenti in materia e alle esigenze organizzative e funzionali proprie dell'Azienda.

Segnatamente, la procedura fornisce a medici e infermieri regole chiare di comportamento, comprese le specifiche responsabilità in merito alla gestione della documentazione.

In sostanza, tutte le attività sono finalizzate soprattutto a garantire la completezza della cartella clinica, fornirne i criteri per una corretta gestione, definire le figure coinvolte e i livelli di responsabilità.

In realtà, le procedure in tema di informazione e consenso e sulla gestione della documentazione sanitaria sono due importanti esempi di attuazione nel contesto di un utilizzo sempre più intenso di linee-guida e protocolli organizzativi, in parte già esistenti (seppure come iniziative individuali), antecedentemente alle procedure di gestione del rischio, poi implementate sulla base di tre esigenze:

- criticità emerse dallo studio di eventi avversi;
- esperienze di Root Cause Analysis;
- indicazioni regionali e ministeriali.

In tale contesto, sono state avviate le procedure di identificazione del paziente, di gestione del sangue, di gestione dei farmaci, sulla contenzione di pazienti a rischio, sulle cadute accidentali, sulle modalità di risposta agli *eventi clinici maggiori* ecc. Quest'ultima procedura descrive in modo sistematico le attività relative alla Gestione degli Eventi Clinici Maggiori per quanto riguarda:

- gli aspetti di Gestione del Rischio Clinico e della Responsabilità Professionale;
- la comunicazione con gli utenti, con le articolazioni aziendali, con le istituzioni e con i mezzi di informazione.

Descrive le modalità per:

- la corretta classificazione e identificazione degli eventi clinici maggiori;
- la puntuale ed esaustiva segnalazione dell'evento all'interno dell'organizzazione;
- la corretta gestione della comunicazione verso gli utenti e i loro famigliari;
- attivare il percorso di gestione del Rischio Clinico;
- la corretta gestione della comunicazione verso gli organi di stampa e informazione;

Si pone come obiettivi:

- garantire l'identificazione degli eventi clinici maggiori e la loro registrazione mediante l'elaborazione di report annuale quali quantitativo;
- garantire il rispetto dei tempi di segnalazione degli eventi all'interno dell'organizzazione (flusso informativo interno);
- garantire la completezza delle informazioni mediante la redazione di una relazione informativa;
- favorire l'attività di analisi delle cause mediante l'utilizzo dello strumento Root Cause Analysis (RCA).

La procedura si applica a tutte le macro e micro strutture sanitarie dell'Azienda USL di Ferrara.

Per quanto attiene il controllo delle infezioni ospedaliere, sono state realizzate dal NOIS, in sintonia col mandato del Comitato Infezioni Ospedaliere aziendale, le seguenti attività:

1. Progetto SICHER (*sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico*).

Tale progetto prevede una raccolta di dati continua passando dalle schede cartacee ad un software ad hoc in grado di interfacciarsi con i sistemi aziendali già esistenti. La sperimentazione sul campo prevede il coinvolgimento di due UU.OO. per arruolare successivamente le altre UU.OO. specificate per tipologia e tempi. E' stata conclusa nel 2008 la fase formativa e coinvolti circa 100 operatori, medici ed infermieri. L'1 luglio 2008 è iniziato ufficialmente il progetto.

2. Progetto di applicazione della procedura di sterilizzazione

Per la realizzazione di tale progetto sono stati effettuati incontri anche formativi sull'elaborazione della procedura (tra cui seminari per 32 ore, in cui sono stati coinvolti 220 operatori). Sono anche stati effettuati sopralluoghi nei punti di sterilizzazione, a cui hanno fatto seguito audit col personale interessato.

3. Progetto di applicazione della procedura di reprocessing degli endoscopi

Anche per tale procedura sono stati organizzati incontri anche formativi, somministrazione di check-list e sopralluoghi nei punti di sterilizzazione.

4. Progetto LASER (lotta alla sepsi)

Anche questo progetto ha in previsione l'utilizzo di strumenti nuovi da condividere con gli operatori, ancora attraverso momenti di incontri e di formazione. Segnatamente, si è ottenuta l'integrazione fra il gruppo "team sepsi" aziendale e il NOIS.

5. Progetto Alert Organism

Tale progetto prevede il perfezionamento del sistema di segnalazione rapida e ed una successiva fase di ricaduta sulle UU.OO. coinvolte.

Al momento le azioni intraprese sono le seguenti:

- a) predisposizione di un osservatorio epidemiologico;
- b) prime indagini epidemiologiche su alcuni cluster epidemici.

6. Progetto lavaggio mani

Tale progetto è stato differito nel 2009.

La **Root Cause Analysis**, utilizzata per studiare "adverse events", "no harm events" e "near misses", si focalizza non tanto sulla performance dei dipendenti, quanto invece – prioritariamente – sul sistema e sui processi; nell'Azienda USL di Ferrara è eseguita da un gruppo di lavoro coordinato dal Risk Manager e costituito dal referente aziendale della Gestione del Rischio della Direzione Infermieristica e Tecnica, dal Responsabile dell'Ufficio Qualità, dal Direttore e dal Coordinatore dell'Unità Operativa dove si è verificato l'evento, dai referenti del NORC del Dipartimento dove si è verificato l'evento e da esperti della materia. L'esperienza della Root Cause Analysis è stata certamente tra le più produttive, con una partecipazione professionale notevole dei dirigenti che hanno contribuito all'analisi dei casi esaminati.

Nel secondo semestre del 2007, pertanto in anticipo rispetto al Programma di Gestione del Rischio, sono state eseguite le prime procedure di RCA. A tutt'oggi ne sono state completate 12, in parte riconducibili a eventi sentinella, altre a eventi avversi comunque di una certa gravità, alcune oggetto anche di indagini della Magistratura. Dalle RCA eseguite sono puntualmente derivati gruppi di lavoro di miglioramento di alcune procedure come ad esempio l'identificazione del paziente, il buon uso del sangue ecc.

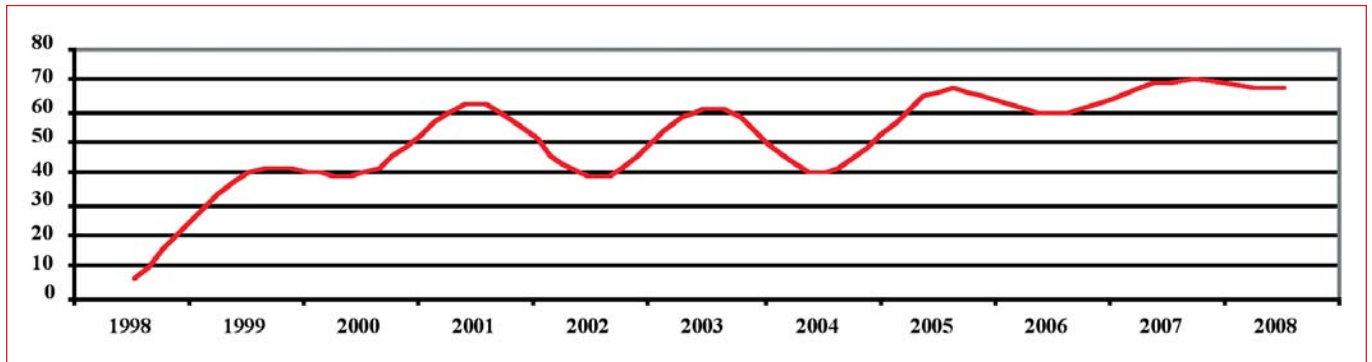
Per quanto attiene la Gestione del Contenzioso, alcuni grafici possono rappresentare meglio una situazione che, ancorché in continuo divenire, rappresenta l'esperienza conseguita, segnatamente – ma non solo – in ordine al Management della franchigia assicurativa.

In primo luogo, rileva (v. grafico che segue) che il numero di accertamenti richiesti all'Unità Operativa di Medicina Legale per ipotesi di colpa professionale ha subito un aumento molto contenuto (il dato nazionale indica nel 2004 un aumento di sinistri due e volte e mezzo rispetto al 1994).

L'esperienza di gestione del contenzioso è comunque confortante. Il grafico che segue rappresenta i costi assicurativi, suddivisi in costi totali, in riserva, il liquidato e la franchigia.

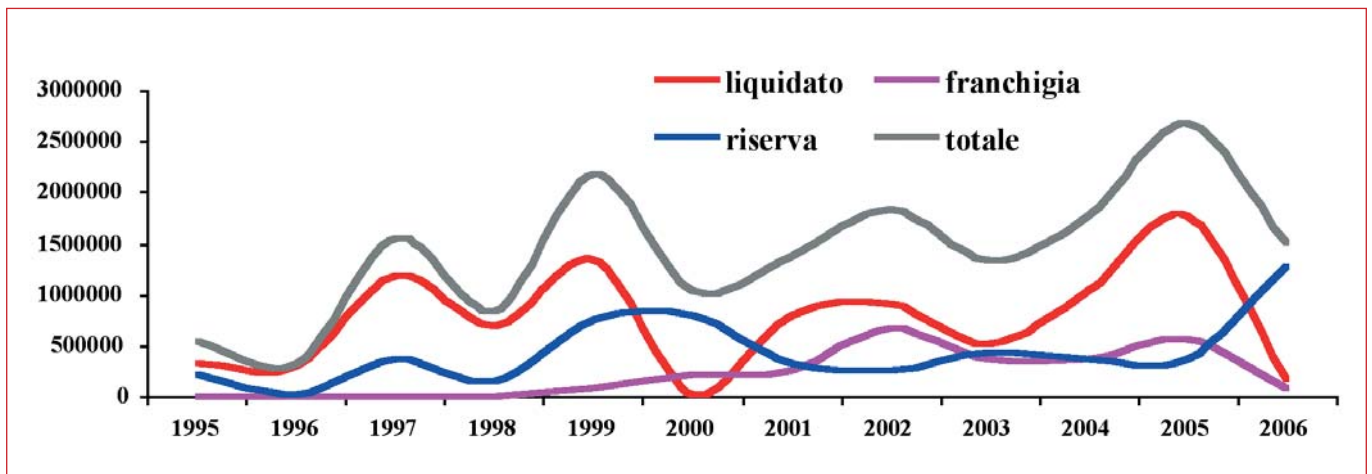
I picchi che si osservano in corrispondenza degli anni 1999 e 2005 non sono legati tanto a un aumento degli eventi avversi, quanto a occasionali eventi catastrofali (uno verificatosi nel 2005 da solo costituisce – con un costo di euro 1.000.040,00 – circa il 60% del totale liquidato!).

**ACCERTAMENTI ESEGUITI
DALL'U.O. DI MEDICINA LEGALE
PER IPOTESI DI COLPA
PROFESSIONALE**

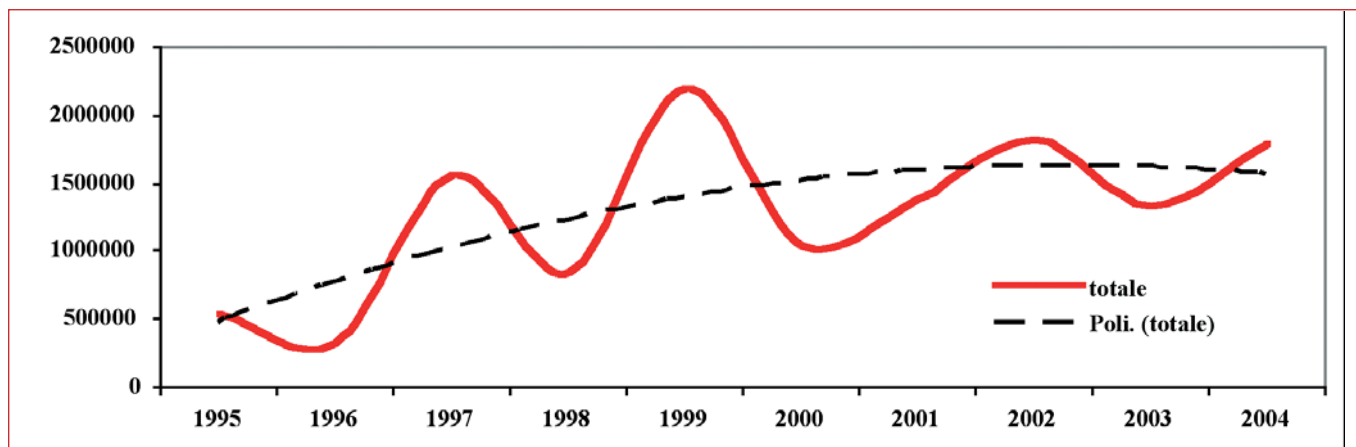


Inoltre, è interessante confrontare l'andamento dei costi registrato nella nostra Azienda, con i dati nazionali forniti dall'ANIA (grafici che seguono): l'interesse deriva dal fatto che il trend aziendale è notevolmente più attenuato rispetto al dato nazionale (basti confrontare le relative linee polinomiali, quella inerente l'Azienda USL di Ferrara a concavità rivolta in basso, quella inerente il dato nazionale a concavità verso l'alto).

**AZIENDA USL DI FERRARA:
COSTI ASSICURATIVI
PER ANNO DI ESERCIZIO
(IN EURO)**



**AZIENDA USL DI FERRARA:
COSTI ASSICURATIVI
TOTALI (IN EURO)**



**DATI NAZIONALI ANIA:
COSTI ASSICURATIVI ANNUALI
(IN EUROx1.000)**

