

## Capitolo III – Obiettivi istituzionali e strategie aziendali<sup>1</sup>

Nel 3° capitolo “Obiettivi istituzionali e strategie aziendali” il modello regionale colloca quattro macro-argomenti: la “centralità dei cittadini”; la “partecipazione degli enti locali alla programmazione”; la “universalità e l’equità di accesso”; l’ “efficacia, qualità ed efficienza gestionale”.

Nel presente capitolo, relativo al raggiungimento degli obiettivi nell’esercizio 2007, ciascuno di tali argomenti trova riferimenti puntuali nei molteplici risultati ottenuti.

### La centralità dei cittadini

Si fa riferimento a tre progetti/azioni che hanno visto i cittadini coinvolti in modi diversi:

- attraverso le rappresentanze dell’associazionismo volontario nell’ambito delle attività svolte dai “Comitati Consultivi Misti” distrettuali. La cittadinanza si è, dunque, espressa – per il tramite del volontariato di “advocacy” – nel controllare il funzionamento dei Servizi e nel valutarne la qualità percepita;
- mediante un impegno più diretto di elaborazione, concorrendo al “miglioramento del percorso nascita”. In questo ambito i cittadini si sono resi disponibili a partecipare alla elaborazione tecnica, sviluppatasi attorno ad uno specifico tavolo di lavoro multidisciplinare, di alcuni protocolli di presa in carico da parte dei Consulenti familiari;
- ciò è avvenuto ricorrendo, ancora una volta, ai rappresentanti delle associazioni di volontariato più immediatamente coinvolte in Area Materno/Infantile;
- attraverso un vero e proprio impegno assistenziale dei familiari nell’accudimento di anziani non autosufficienti colpiti da patologie Alzheimer. Questa compartecipazione del cittadino alla esecuzione di un piano di assistenza domiciliare integrata, prende le mosse da un suo percorso formativo e di addestramento che ha visto la predisposizione dei suoi contenuti e della metodologia di apprendimento da parte della Fondazione “E. Zancan” di Padova, che ha portato ad una pubblicazione illustrativa della esperienza e ad una convegnoistica nazionale e che ha, infine, costruito il profilo operativo di circa 250 *care giver* nel corso di un triennio.

### L’attività dei Comitati Consultivi Misti

I Comitati Consultivi Misti -CCM.- (istituiti con legge n. 19/94 dalla Regione Emilia-Romagna) sono organismi di partecipazione dei cittadini per il controllo di qualità dei servizi sanitari dal lato dell’utente. I CCM dell’Azienda USL di Ferrara sono tre, uno per ogni Distretto e sono costituiti da rappresentanti di associazioni di volontariato e di tutela dei diritti in ambito socio-sanitario, rappresentanti della USL, dei sindacati dei pensionati, dei medici di famiglia e dei comuni. Si occupano di controlli di qualità dal lato della domanda, di raccolta e analisi dei segnali di disservizio e dei reclami degli utenti, della verifica del grado di coinvolgimento dell’Azienda USL nel miglioramento della qualità della comunicazione col cittadino e della rilevazione della soddisfazione dell’utenza. I componenti dei Comitati partecipano ad attività formative dell’Azienda USL e promuovono attività di verifica della qualità percepita anche attraverso il monitoraggio di criticità rilevate e segnalate dai cittadini (liste di attesa, umanizzazione e personalizzazione dei servizi, ecc.). A tali attività seguono accurate analisi rispetto ai problemi emersi, proposte di miglioramento e partecipazione alle azioni per la loro realizzazione.

I CCM dell’Azienda USL di Ferrara si sono impegnati in attività di supporto, verifica e controllo, consulenza e partecipazione, rispetto alle seguenti tematiche:

- ✚ Analisi segnali di disservizio quadrimestrali;
- ✚ Contenimento tempi d’attesa;
- ✚ Verifica azioni di miglioramento rilevate da APQ, Audit Civico, indicatori di qualità ecc. (barriere architettoniche, servizi igienici, confort ambientale, ecc.);
- ✚ Diritti e Doveri dei Cittadini;

---

<sup>1</sup> di Fosco Foglietta e Mauro Martini.

- ✚ Consenso informato;
- ✚ Dimissioni protette e continuità terapeutica.

### Partecipazione a comitati:

- Comitato etico per il buon uso del farmaco e nel Comitato Ospedale Senza Dolore;
- Commissione Mista Conciliativa delle aziende sanitarie ferraresi;
- CCRQ (Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino).

## **Il miglioramento del percorso nascita**

L'Azienda USL di Ferrara ha partecipato:

- alla rilevazione regionale sul controllo del dolore in sala parto;
- alle iniziative dedicate alla depressione materna in epoca perinatale in particolare nei corsi di preparazione al parto e nella presa in carico del Consultorio Familiare dopo la dimissione ospedaliera.

Si è dato corso al progetto “Sorveglianza e prevenzione dell'obesità” relativamente alla promozione dell'allattamento al seno istituendo un gruppo di lavoro permanente multidisciplinare (Salute Donna, Pediatria di Comunità, Volontariato). Il gruppo ha sviluppato iniziative in tutti i Distretti su un progetto triennale portando ad un significativo incremento dell'allattamento al seno materno.

E' stato avviato un processo di gestione del rischio clinico in Ostetricia - Ginecologia nell'ambito del processo di accreditamento del Dipartimento Materno Infantile e delle Unità operative ad esso afferenti.

## **La formazione dei *Care Giver***

Nel 2004 è stata avviata una sperimentazione, condivisa tra Azienda USL e Comuni e con il supporto scientifico della Fondazione “E. Zancan”, orientata alla costruzione di un modello formativo per operatori, volontari e care givers impegnati nei percorsi di cura di persone affette da demenze. La sperimentazione si è avvalsa dei lavori propedeutici di un forum tematico “Prendersi cura di chi cura” inserito nel Piano per la Salute 2004-2005.

Gli obiettivi del modello formativo erano:

- aumentare la consapevolezza della condizione e dei bisogni dei care givers e della loro competenza assistenziale;
- investire sullo scambio di saperi tra professionisti e care givers per qualificare la presa in carico di pazienti affetti da demenze e per tutelare la salute psicofisica dei familiari di riferimento;
- sostenere una nuova cultura operativa dei professionisti più incentrata sull'integrazione delle competenze e sulla collaborazione con le risorse assistenziali territoriali.

La sperimentazione, conclusasi nel 2005, ha prodotto la elaborazione di linee guida per la continuità formativa dei *care givers*, da includersi tra le attività distrettuali.

Nel 2006 e 2007 le iniziative rivolte ai *care givers* si sono articolate in diverse attività:

- iniziative di formazione distrettualizzate;
- iniziative di sostegno alle associazioni e gruppi di famiglie;
- iniziative di supporto al mutuo aiuto familiare;
- consulenze.

Nelle diverse attività sono stati principalmente e stabilmente coinvolti 11 geriatri aziendali.

### ***Corsi di formazione dei care givers realizzati e familiari coinvolti:***

Distretto Centro Nord	n.4 corsi	n. 111 <i>care givers</i> partecipanti
Distretto Ovest	n.4 corsi	n. 80 <i>care givers</i> partecipanti
Distretto Sud Est	n.4 corsi	n. 39 <i>care givers</i> partecipanti

### ***Gruppi di sostegno ai care-givers attivati***

Distretto Centro Nord	n.1	n. 15 <i>care givers</i> coinvolti
Distretto Ovest	n.4	n. 70 <i>care givers</i> coinvolti

Distretto Sud Est	n.3	n. 34 <i>care givers</i> coinvolti
<b>Gruppi di mutuo aiuto attivati</b>		
Distretto Centro Nord	n.2	n. 29 <i>care givers</i> coinvolti
Distretto Ovest	n.4	n. 44 <i>care giver</i> coinvolti
Distretto Sud Est	n.1	n. 6 <i>care givers</i> coinvolti

L'intervento formativo nel corso del 2007 ha incrociato gli obiettivi sia di sviluppo e qualificazione della assistenza domiciliare, che di attuazione dei progetti per la non autosufficienza previsti nel piano provinciale. Tra i progetti 2007 del Fondo per la non autosufficienza, una parte consistente è stata orientata al supporto alle famiglie nel lavoro di cura. Interventi di sollievo, sostegno della assistenza domiciliare attraverso operatori al domicilio integrati alla cura familiare, forme di sostegno psicologico personalizzate e di gruppo, sono alcune delle tipologie di attività implementate con il Fondo per la non autosufficienza e pienamente coerenti con l'investimento formativo diretto sui *care givers*, visti come partner assistenziali attivi e responsabili.

## La partecipazione degli Enti Locali alla programmazione

Nel corso del 2007 le forme della collaborazione fra Azienda USL e Comuni ha assunto i connotati della progettazione e della gestione integrata del F.R.N.A. In particolare:

- Le risorse incrementali, fornite dalla Regione suddividendo su base provinciale i 100 milioni di € acquisiti attraverso l'incremento della fiscalità regionale, sono state utilizzate per finanziare progetti (51, per l'esattezza) distrettuali e aziendali che hanno puntato a soddisfare una domanda di assistenza proveniente, soprattutto, dalle famiglie di anziani non autosufficienti e disabili adulti. Ciò è avvenuto in strettissima correlazione fra tecnici comunali e aziendali e ha portato alla assoluta condivisione dei contenuti programmatici da parte dei Comitati di Distretto e del Direttore di Distretto, della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e della Direzione Generale della Azienda USL.
- Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza. è stato ed è gestito, nella realtà ferrarese, sulla base di modalità anticipatrici e sperimentali. Non ci si limita, infatti, a registrare l'impiego delle risorse ricevute ma si costituisce un sistema di rilevazione informatizzato (con il supporto tecnologico di CUP 2000) che consente di censire, da un lato, tutti i non autosufficienti e, dall'altro, tutte le tipologie dei Servizi (socio sanitari e sociali) che, a qualsiasi titolo, hanno fornito loro prestazioni assistenziali. A ciò collegando il computo degli oneri (sanitari a rilievo sociale e sociali a rilievo sanitario) storicamente sostenuti dal Fondo Sanitario, oppure dagli stessi cittadini (quando non indigenti e, quindi, a carico dei Comuni).

## La programmazione dell'utilizzo del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Dopo una parziale sperimentazione nel 2006, con una destinazione di risorse (645.000 euro) esclusivamente finalizzata ad implementare i piani personalizzati per anziani non autosufficienti al domicilio e in struttura, con il 2007 il F.R.N.A. ha delineato il suo profilo di "attivatore di qualità" dell'intero sistema socio assistenziale per anziani e disabili, adulti e minori.

Il Piano provinciale di assegnazione del fondo per la non autosufficienza, nel 2007 con un importo aggiuntivo di 8.700.000 euro, oltre la spesa storica per anziani e disabili di 21.000.000 euro, approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, è l'esito di un intenso lavoro di concertazione con i Comuni, sia per la definizione degli obiettivi, che per il piano degli investimenti economici.

Gli obiettivi concertati che, si sono tradotti in 51 progetti distrettuali e sovradistrettuali, sono stati:

- identificare la tipologia degli utenti non autosufficienti e del sistema di finanziamento degli interventi, classificandoli in ordine alle caratteristiche delle prestazioni socio sanitarie, sanitarie a rilievo sociale e sociali a rilievo sanitario;
- realizzare un'equità distributiva della rete dei servizi, valutando la specificità di ogni ambito distrettuale
- migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi;
- migliorare la qualità dei servizi attraverso il rafforzamento dell'integrazione gestionale e professionale socio sanitaria;
- ridurre l'onere economico sostenuto dagli utenti e dalle loro famiglie;

- qualificare ed estendere l'assistenza domiciliare, anche attraverso forme innovative di supporto al lavoro di cura delle famiglie;
- sperimentare forme nuove di attenzione alla fragilità sociale di anziani e disabili, anche in un'ottica preventiva della non autosufficienza.

Dagli obiettivi, condivisi anche con le Organizzazioni Sindacali, i Comitati Consultivi Misti e le associazioni del Terzo Settore, la pianificazione 2007 si è articolata in macro aree di interventi:

1. continuità dei progetti attivati nel 2006 e ricomposizione di tutte le maggiori spese derivanti dall'aggiornamento tariffario degli oneri a rilievo sanitario per strutture residenziali e semiresidenziali, assegni di cura, Assistenza domiciliare integrata (ADI);
2. implementazione dei servizi di rete, con 16 nuovi posti in strutture residenziali per anziani, 18 per disabili adulti, 10 semiresidenziali per anziani e disabili, 5 nuovi posti per ricoveri notturni;
3. interventi di innovazione, principalmente a supporto della domiciliarità per anziani e disabili con piani personalizzati, dell'onere fisico e psicologico dei caregivers, per la qualificazione e la messa in rete del lavoro delle assistenti familiari, per l'introduzione delle nuove tecnologie a supporto dell'assistenza;
4. gestione del F.R.N.A. e qualità dell'integrazione socio sanitaria, con attenzione alla gestione di flussi informativi omogenei e condivisione di un modello operativo integrato propedeutico all'azione di gestione della programmazione socio- sanitaria dei nuovi uffici di Piano.

Le macro aree sono state scomposte in azioni sovra distrettuali, a gestione aziendale per il carattere di progettualità innovativa (esempio progetto Assistenti familiari e progetto *E-Care*) o per il governo dell'obiettivo di omogeneizzazione della rete dell'offerta residenziale e semiresidenziale e in azioni distrettuali. Nel 2007, le risorse aggiuntive del Fondo per la non autosufficienza sono state attribuite per il 46,8% al Distretto Centro Nord, per il 22,7% al Distretto Ovest, per il 31,9% al Distretto Sud Est, secondo due criteri: in base alla percentuale di ultra settantacinquenni e all'adeguamento della programmazione dell'offerta di posti letto per anziani e disabili.

La maggior parte dei 51 progetti è stata attivata entro il primo semestre 2007 ed è oggetto di verifica periodica, anche in conseguenza del piano di responsabilità definito per ogni progetto e condiviso tra Comuni e Azienda USL.

Nel 2007 si è registrato un significativo aumento della qualità e della quantità degli interventi al domicilio, soprattutto onerosi e complessi, anche in anticipazione degli orientamenti regionali sui disabili minori e sui disabili psichici. Esempi sono, nel solo Distretto Centro Nord, 32 nuovi casi complessi di minori seguiti al domicilio e gli interventi tutelari previsti per le nuove domiciliarità dei pazienti psichiatrici.

### **La gestione sperimentale del F.R.N.A.**

L' Ufficio Comune per l'integrazione socio sanitaria è formalmente attivo dal 15 maggio 2006. L' Ufficio Comune per la non autosufficienza e l'integrazione sociosanitaria rappresenta uno strumento in grado di dare continuità al percorso, da tempo attivato, nel Distretto Centro Nord della Azienda USL di Ferrara, di qualificazione del sistema di integrazione socio sanitaria e di condivisione (tra Azienda USL e Comuni) dello strumento principale di pianificazione locale, il Piano Sociale di Zona.

L'Ufficio Comune sta assolvendo il mandato di sperimentare modalità gestionali del Fondo per la non autosufficienza, istituito a seguito dell' approvazione della legge regionale 27/2004, art.51.

La sperimentazione, è tarata localmente anche per fornire alla Regione gli strumenti per orientare le future scelte di propria pertinenza di stabilizzazione del Fondo, quali:

- la definizione delle tipologie di prestazioni che rientrano nella non autosufficienza;
- la definizione dei criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza;
- l'indicazione dei criteri distributivi del fondo.

I temi principali affrontati nella fase di avvio della sperimentazione sono stati:

- la proposta dei criteri di accesso al fondo;
- l'individuazione delle prestazioni e dei servizi contenuti nel fondo;
- la determinazione del costo dei servizi e delle prestazioni;
- la predisposizione di un software per la gestione dei dati;
- l'organizzazione di un percorso formativo per operatori sociali e sanitari;
- l'indicazione di alcuni processi sui quali riformulare o adeguare l' integrazione socio- sanitaria;
- l'unificazione del coordinamento distrettuale delle funzioni attribuite al Servizio Assistenza Anziani;

- il percorso delle dimissioni protette;
- la domiciliarità.

Si è prodotta una prima ricostruzione della spesa storica sostenuta nel Distretto Centro Nord per assistere i non autosufficienti, anziani e disabili.

È stato elaborato un modello economico di riferimento per la determinazione dei costi delle prestazioni e dei processi correlati al Fondo per la Non Autosufficienza. La conoscenza del valore economico consentirà di seguire le dinamiche che informano l'erogazione dei servizi e la creazione di un flusso informatico che permetta di effettuare, in maniera adeguata, l'attribuzione delle risorse e l'individuazione di eventuali inefficienze o iniquità di erogazione.

È stato predisposto un censimento dei dati attualmente disponibili in ambito socio sanitario, con l'esplicitazione delle fonti dati, delle modalità di elaborazione e della periodicità di elaborazione; ciò ha consentito la realizzazione del Sistema Informativo per la gestione del Fondo per la non Autosufficienza.

## La universalità e l'equità di accesso

Il garantire ai cittadini/utenti ovunque essi risiedano sul territorio provinciale, le stesse opportunità di accesso ed uguaglianza di trattamento a parità di condizioni di bisogno, rappresenta un macro obiettivo estremamente sfidante.

Al suo interno si collocano, infatti:

- la problematica, sempre caldissima, della riduzione dei tempi di attesa. Problematica che si è affrontata non solo con una misurata crescita della "offerta" in rapporto ad alcune specialità critiche, ma anche con una serie di interventi di natura organizzativo/procedurale volti ad eliminare: chiusura inopinata delle agende; controlli gabellati per "prime visite"; rinunce non recuperate in tempo; rigidità eccessive della "offerta" attraverso l'utilizzo di contenuti budget di distretto; ecc...;
- l'ampliamento delle sedi ambulatoriali in cui si pratica – attraverso il "punto di accoglienza" – la presa in carico dell'utente e il suo accompagnamento lungo l'intero percorso poliambulatoriale fatto di più visite e accertamenti diagnostici, se necessario. Per il tramite del "punto di accoglienza" si attivano i vari Percorsi Ambulatoriali Complessi, Percorsi Ambulatoriali Facilitati, Day – Service; tutto ciò che serve, insomma per ridurre, da un lato, i tempi di attesa – bypassando la prenotazione CUP – e garantire, dall'altro, una complessità di trattamento che assicura migliori livelli di qualità;
- il consolidamento e potenziamento della "rete odontoiatrica", proprio come conseguenza di una larga informazione orientata a rendere possibile alle fasce di popolazione economicamente più deboli, la fruizione del servizio. Alla esigenza di fornire le prestazioni odontoiatriche garantendo un approccio equitativo su larga scala, si abbina la facilitazione dell'accesso attraverso una "presa in carico" capace di assicurare, agli utenti, percorsi personalizzati di trattamento anche di medio/lungo periodo;
- il rafforzamento della integrazione inter-aziendale che ha portato a conclusione l'iter costitutivo di nuovi "programmi interaziendali" fra l'Azienda USL e Azienda Ospedaliero – Universitaria (oncologia, in primis) e ha generato molteplici accordi finalizzati, essenzialmente, a mettere a fuoco comuni strategie per l'uso essenziale ed appropriato di servizi e risorse. Il tutto sotto l'egida di un "governo clinico" condiviso orientato a dare omogeneità di risposta - e quindi, equità di trattamento ed uguaglianza nelle condizioni di accesso - ai cittadini/utenti, indipendentemente dal fatto che vengano assistiti nell'una o nell'altra delle sedi erogative appartenenti alla Azienda Territoriale od Ospedaliera.

## Come garantire il rispetto dei tempi di attesa

La programmazione 2007 in tema di tempi di attesa dell'Azienda USL di Ferrara ha riguardato principalmente due tipologie di interventi:

- a) la distinzione delle prime visite e dei controlli;
- b) la Pianificazione annuale della produzione fissa e delle variazioni stagionali anche ai fini della garanzia delle prestazioni prioritarie.

### a) Distinzione delle prime visite e dei controlli

Nell'Azienda USL di Ferrara la mancata distinzione tra prime visite e controlli, portava in passato ad aumentare i tempi massimi di attesa, in quanto i controlli programmati dopo il sesto mese spesso occupavano

spazi dedicati alle prime visite. La richiesta di controlli appropriati ai professionisti e la gestione diretta dei controlli di stabilizzazione della patologia, ha portato ad aumentare la disponibilità di prime visite a CUP, questo risultato è stato ottenuto grazie anche all'abolizione delle agende autogestite di prima visita e alla ridefinizione degli spazi autogestiti per alcuni specialisti territoriali.

In particolare, tutti gli specialisti ambulatoriali ospedalieri e territoriali, coordinati dai Dipartimenti di Cure Primarie, hanno riorganizzato nei poliambulatori le agende di prenotazione specificando percentualmente le seguenti tipologie di prenotazione:

- urgenze differibili (soggette a monitoraggio del Tempo Medio di Attesa);
- prime visite;
- controlli di stabilizzazione della patologia;
- controlli per follow up, proposti dallo specialista ma condivisi e gestiti dal Medico di Medicina Generale che riprende la titolarità del caso clinico.

Le percentuali applicate sono differenti nelle specialità chirurgiche da quelle mediche per la diversa tipologia dei pazienti.

Nelle agende di prenotazione vengono diversificate le 17 specialità fornite in ambito distrettuale da quelle fornite in ambito provinciale, privilegiando il controllo delle prestazioni soggette al monitoraggio del tempo massimo di attesa.

Ogni agenda di prenotazione prevede un'apertura minima di sei mesi (alcune specialità di grande impatto, come la Diagnostica per Immagini, forniscono una programmazione annuale). Nel dicembre 2007 è stato acquistato un sistema informatizzato che permetterà, in tempo reale, la valutazione dello stato delle agende di prenotazione.

Nel corso del 2007 è stata validata la procedura "gestione degli eventi avversi", che in caso di mancanza improvvisa del professionista o guasto macchine permette la presa in carico degli utenti prenotati attraverso:

- la sostituzione del professionista;
- l'apertura di ambulatori aggiuntivi;
- l'utilizzo dell'*over booking*;
- l'invio degli utenti in altra sede erogativa.

Le ricadute di queste azioni hanno consentito di ridurre i tempi massimi di attesa in alcune importanti specialità: la Cardiologia è passata da un tempo di 65 giorni a 45 giorni, la Dermatologia da 60 a 40 giorni, l'Endocrinologia da 50 a 20 giorni, l'Oculistica da 60 a 40 giorni, l'Ortopedia da 55 a 35 giorni, l'Urologia (molto critica nella nostra provincia) da 120 giorni a 70 giorni. Non vi sono particolari criticità su TAC e RNM, anche se in alcuni territori periferici si assiste al fenomeno della mobilità passiva, a fronte di un incremento di mobilità attiva verso le nostre strutture di eccellenza. Non presentano particolare criticità sui tempi di attesa le specialità di Chirurgia Generale, Medicina Generale, Diabetologia, Oncologia, Odontoiatria, Ostetricia.

### b) Pianificazione annuale della produzione fissa e delle variazioni stagionali anche ai fini della garanzia delle prestazioni prioritarie

L'apertura continuativa della quasi totalità delle agende di prenotazione ha permesso una programmazione dell'offerta con un respiro ampio. Nel primo trimestre del 2007, i Dipartimenti Ospedalieri hanno stilato un documento annuale delle chiusure programmate degli stabilimenti; inoltre, i principali erogatori di prestazioni hanno dettagliato il programma ferie annuale permettendo la continuità della prenotazione. Una riduzione lieve dell'offerta si è avuta nei mesi di luglio ed agosto, mantenendo pressoché costante l'offerta negli stabilimenti ospedalieri del Delta e di Comacchio, a vantaggio dei turisti delle zone balneari.

I Distretti sanitari hanno utilizzato un fondo Aziendale di 150.000 euro per adottare in modo flessibile strategie di incremento dell'offerta; tale importo è stato utilizzato in modo diversificato per incrementare l'offerta di Cardiologia, Oculistica, Endocrinologia, Diagnostica per Immagini (ecografie), Pneumologia (aumento dell'appropriatezza nei pazienti con ossigeno e ventiloterapia). Nel Distretto Sud Est circa 1.600 prestazioni specialistiche dedicate alle consulenze di Pronto Soccorso e non utilizzate, sono state recuperate come prestazioni prenotabili a CUP, diversificandole tra prestazioni urgenti differibili e prime visite.

L'Azienda USL, nel corso del 2007, ha incrementato l'offerta nelle specialità di Urologia, di Oculistica, di Cardiologia, di Endocrinologia e di Diagnostica per Immagini con progetti incentivanti o, come nel caso dell'Urologia, assumendo un dirigente medico. Nel caso dell'Oculistica, dopo l'assunzione di un dirigente medico, si è attivato un centro di 2° livello per la gestione dei pazienti con glaucoma, ottimizzando gli invii e

liberando risorse territoriali per le prime visite a CUP, proponendo sperimentazioni con i Centri Antidiabetici di presa in carico diretta dei pazienti.

Nella programmazione annuale di incremento dell'offerta, specificata anche nel "Programma attuativo aziendale sul contenimento dei tempi di attesa", erano previste nel contratto di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria 18.000 prestazioni prenotabili a CUP (dettagliate nelle pagine precedenti). Tale impegno non è stato poi confermato nei fatti, creando difficoltà sulla riduzione ulteriore dei tempi massimi di attesa entro gli standard richiesti dalla Regione.

## **Punti Accoglienza e Centro Servizi ambulatoriali**

L'obiettivo principale dei Punti di Accoglienza è quello di far fronte ad esigenze organizzative interne finalizzate, tra l'altro, a sfrondare il rapporto tra Servizio Sanitario e cittadino da inutili rinvii ed appesantimenti motivati da esigenze burocratico formali.

Nella realtà della Provincia di Ferrara l'Azienda USL ha attivato i seguenti Punti di Accoglienza nelle rispettive sedi:

- Poliambulatorio Delta;
- Poliambulatorio Comacchio, Mesola, Migliarino;
- Poliambulatorio Portomaggiore, Argenta;
- Poliambulatorio Copparo, Tresigallo;
- Poliambulatorio Cento;
- Poliambulatorio Bondeno.

I compiti istituzionalmente previsti per queste strutture organizzative vengono svolti come di seguito elencato:

- 1) accettazione del paziente con registrazione dei dati anagrafici e invio agli ambulatori;
- 2) comunicazione al sistema delle prenotazioni degli eventuali appuntamenti prenotati direttamente, delle disdette ed eventuale monitoraggio degli accessi diretti;
- 3) cura della rilevazione e codifica delle prestazioni effettuate e degli altri dati richiesti quale l'esenzione dal ticket;
- 4) rilevazione delle informazioni compatibili con i debiti informativi verso il livello aziendale e regionale.

Tutte queste azioni accompagnano l'utente lungo l'intero percorso ambulatoriale, dall'accesso alla refertazione e al rinvio al curante o ad altra struttura.

## **La rete odontoiatrica**

L'obiettivo del "programma di assistenza odontoiatrica" (delibera Giunta regionale 2678/04) è stato quello di privilegiare, attraverso la definizione di condizioni di vulnerabilità, le fasce di popolazione più deboli sia sul piano sociale che sul piano più specificatamente sanitario, con garanzia di una sostanziale omogeneità di trattamento sull'intero territorio regionale.

L'Azienda Territoriale di Ferrara, ha avviato interventi attivi sulla popolazione, con produzione e distribuzione di materiale informativo, contenente informazioni relative alla tipologia dell'offerta odontoiatrica e sulle modalità di accesso ai servizi, sia attraverso il coinvolgimento degli URP, che attraverso comunicato stampa.

Con informativa scritta, sono stati coinvolti i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, le farmacie e tutti i Presidi Sanitari dell'Azienda.

Stessa tipologia di intervento ha raggiunto anche i Servizi Sociali, i servizi Ser.T, il Dipartimento Salute Mentale e la Pediatria di Comunità.

Analoga informativa scritta è stata predisposta per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Tutti i medici e gli odontoiatri hanno potuto essere informati attraverso un articolo specifico stampato sul Bollettino dell'Ordine dei Medici di Ferrara.

Incontri informativi sono stati predisposti per i Comitati Misti Consultivi, Associazione degli Anziani e dei pensionati, Centri Sociali, ecc.

Presso l'Azienda sono attivi, già da diversi anni, percorsi semplificati di accesso alle prestazioni specialistiche odontoiatriche (il paziente accede direttamente agli ambulatori, previo contatto telefonico

dell'operatore pubblico che lo ha in carico e presentazione della certificazione ISEE o della vulnerabilità Sanitaria, che è accertata direttamente dal medico del Servizio o dall'odontoiatra).

Con riferimento ai Programmi di prevenzione, l'Azienda USL di Ferrara, in collaborazione con l'Università degli Studi di Ferrara e il Comune di Ferrara ha attivato, da aprile 2006, la campagna di prevenzione e controllo della salute orale, rivolta alla popolazione anziana "Un sorriso nella terza età".

Sono stati predisposti incontri di presentazione dell'iniziativa presso i Centri Sociali dei Quartieri cittadini, durante i quali, oltre alle informazioni generali sulla salute orale sono state fornite informazioni sulla modalità di accesso ai servizi offerti dall'Azienda e sulla disponibilità di una visita odontoiatrica gratuita presso gli ambulatori aziendali, per verificare lo stato clinico e fornire le raccomandazioni di igiene orale e le eventuali indicazioni terapeutiche necessarie.

Nel corso del 2007 la campagna di prevenzione è stata rivolta alla popolazione scolastica, al progetto hanno aderito 18 scuole elementari nel Comune di Ferrara e 9 nel restante territorio provinciale. È attualmente in corso il programma di visite che prevede che in ogni classe venga effettuata una illustrazione sia delle buone norme di comportamento per la salute dei denti che delle attività offerte dalle strutture delle due Aziende Sanitarie provinciali.

Presso il Centro Odontoiatrico di via Montebello a Ferrara i bambini delle scuole sono stati invitati a sottoporsi a visita clinica completamente gratuita.

L'Azienda USL di Ferrara ha in corso un piano di acquisto di attrezzature volto al rinnovo tecnologico degli ambulatori odontoiatrici presenti sul territorio provinciale così come indicato nella delibera del Direttore Generale n. 288/2007. Tale Piano si colloca nell'ambito del più ampio programma regionale di Odontoiatria ed Innovazione Tecnologica di cui alla DGR 964/2006.

L'importo necessario a tali interventi di rinnovamento tecnologico è stato ammesso al finanziamento regionale per il 98% dell'importo complessivamente necessario, così come risulta dalla nota regionale n. 238041/07 inviata dal Dirigente del Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie.

La struttura dell'offerta provinciale vede presenti sul territorio 11 presidi sanitari, in cui si forniscono prestazioni di odontoiatria, con 19 poltrone, per un totale di 408 ore di utilizzo alla settimana.

In tre presidi si forniscono anche prestazioni di ortodonzia e in 5 di protesica.

Presso il presidio sanitario di Ferrara (Polo odontoiatrico provinciale) operano anche gli odontoiatri dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, le cui prestazioni sono principalmente rivolte ai pazienti affetti da vulnerabilità sanitaria o ai pazienti con reddito ISEE inferiore a 15.000 euro e che presentano condizioni sanitarie particolarmente critiche (scoagulati, cardiopatici, allergopatici...).

Con l'attuale organizzazione e dopo la attivazione dei limiti all'accesso, previsti dalla nuova normativa, si è notato un sufficiente rispetto dei tempi di attesa, e pertanto non si è ritenuto necessario ampliare la disponibilità dell'offerta, che pare, almeno per il momento essere sufficientemente adeguata alla richiesta.

### **L' integrazione inter – aziendale**

L'integrazione con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara è testimoniata concretamente dal continuo dialogo e il conseguente coordinamento di una pluralità di iniziative concordate fra Azienda USL territoriale e Azienda Ospedaliero - Universitaria:

- attivazione di Dipartimenti, di Programmi e Coordinamenti interaziendali (5 già attivati ed alcuni altri in fase di attivazione);
- messa a fuoco di comuni strategie per l'uso essenziale ed appropriato di servizi e risorse;
- sottoscrizione di decine di accordi;
- omogeneizzazione di procedure e sistemi informativi;
- programmazione comune dei futuri servizi da mantenere all'interno dell'Area ex S. Anna; ecc..

Per il futuro tale impegno sarà testimoniato:

- dalla ripresa dell'attivazione di aree di programma e coordinamenti interaziendali (cardiologia; diagnostica per immagini; ITC...) e della costituzione di altri dipartimenti gestionali (laboratorio);
- dall'elaborazione congiunta del prossimo piano attivativo locale;
- dall'interfacciamento dei sistemi informatici di supporto ad una pluralità di servizi sanitari, tecnici ed amministrativi;
- dalla promozione e unificazione dei principali servizi amministrativi e tecnici (personale, economato, attività tecniche...).



La griglia riferita ai programmi interaziendali realizzati e in via di realizzazione è la seguente:

CRONOGRAMMA ATTIVAZIONE DIPARTIMENTI - PROGRAMMI INTERAZIENDALI al 10/03/2008								
N.	Dipartimenti / Programmi	Costituzione Gruppo di lavoro	Elaboraz. bozza Atto Costitutivo e Linee di indirizzo da parte del Gruppo di lavoro	Consultaz. Sindacale	Deliberazione Linee di Indirizzo, Atto Costitutivo e Regolamentare e Regolamento membri elettivi	Elezioni Organi	Nomina Direttore	Approvazione Regolamento di Gestione Comitato di Dipartimento
1	Farmaceutico	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	Prevenzione e Protezione	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
3	Approvvigionamenti	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
4	Geriatría e Lungodegenza	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	Oncologia	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	Cardiologia	SI	SI	SI	SI			
7	Laboratorio Analisi	SI	entro 20/03	entro 15/04				
8	Salute Mentale	SI	entro 31/03	entro 30/04				

TIPOLOGIA
Dipartimento strutturale
Programma funzionale

FASI
Realizzato
In itinere

## La Diagnostica di Laboratorio su base unica provinciale

La rete laboratoristica in provincia di Ferrara è organizzata secondo il modello regionale *Hub & Spoke* sin dall'anno 2000: all'Azienda Ospedaliero - Universitaria tutti gli esami di III livello della provincia, mentre nelle tre sedi di Argenta, Cento e Delta restano gli esami di II livello di competenza, suddivisi per tipologia di esami: talassemie e allergologia a Cento, Radio Immuno Analisi. ad Argenta, autoimmunità al Delta.

Dal 2006 è concentrato al Delta, come Hub provinciale, lo screening del tumore del colon-retto, mentre tutta la specialistica (talassemie, droghe/farmaci/ormoni in HPLC, allergologia, Radio Immuno Analisi.) è confluita all' Azienda Ospedaliero - Universitaria. Solo la microbiologia non è stata inclusa nel consolidamento provinciale.

Nel 2007, dopo il potenziamento e la robotizzazione del Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera, si è chiusa l'attività analitica a Copparo, con l'affluenza della stessa all'Azienda Ospedaliera, come primo passo del processo che prevede, a seguire, nel 2008, la concentrazione a Ferrara anche dell'attività per esterni delle sedi di Argenta, Cento e Delta.

Nel 2007 è iniziata la realizzazione di un progetto di consolidamento, che prevede la concentrazione nel laboratorio di Ferrara, oltre che di tutta la specialistica, anche dell'intera attività per esterni della provincia. Da settembre, dopo l'estensione sul territorio della rete informatica dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, è stata assorbita tutta l'attività analitica di Copparo, dove resta un punto di Point of Care in Pronto Soccorso. Nell'arco dell'anno 2008 è già calendarizzata la confluenza all'Azienda Ospedaliero - Universitaria dell'attività per esterni di Argenta, Cento e Delta; in queste sedi, secondo il piano, vengono mantenute le attività di chimica, ematologia e coagulazione, per garantire le urgenze e gli esami di base per i ricoverati ed i servizi di Day Surgery/Day Hospital. Un servizio di H24 con medico e tecnico sarà presente solo all'Azienda Ospedaliera come supporto alle esigenze degli altri ospedali della provincia, dove è comunque attivo un servizio di pronta disponibilità.

Per l'aspetto logistico del consolidamento provinciale si utilizza l'estensione dei servizi già in essere per il servizio immuno-trasfusionale provinciale.

Per il Sistema Informatico, stante la presenza di sistemi diversi nelle due aziende si è già iniziata l'estensione alla provincia del sistema in uso nell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, propedeutico al processo di concentrazione, peraltro già avviato, di tutta l'attività per esterni. L'unificazione strutturale è prevista per fine 2008, contestualmente al rinnovo dei services di laboratorio al Delta, Argenta e Cento.

Intanto, dal punto di vista funzionale, sono già attivi dal 2007 i collegamenti per consultazione incrociata a livello provinciale delle banche dati di laboratorio delle due Aziende, mentre, con un processo speculare, sono già attivate procedure di unificazione dei sistemi attualmente in uso per la gestione telematica della Terapia Anticoagulante Orale.

Nel secondo semestre 2007 si è realizzata anche, in due dei quattro laboratori della provincia (Ferrara-Copparo e Argenta) una forte accelerazione dell'uso di SOLE per la branca di specialistica ambulatoriale di laboratorio.

### **Efficacia, qualità ed efficienza gestionale**

---

Questo macro-obiettivo richiede di essere scomposto in alcuni sotto-insiemi che meglio ne specifichino i contenuti in rapporto ad obiettivi più immediatamente correlati ad interventi di natura clinica, organizzativa, gestionale ed operativa: appropriatezza, qualità ed efficienza gestionale.

Si è proceduto, con l'identificare programmaticamente risultati capaci di garantire l'appropriatezza (sia clinica che organizzativa) intesa come la ricerca del massimo di efficacia (ovverosia, la capacità del trattamento di cambiare positivamente lo stato di salute e/o di qualità della vita del cittadino/utente) attraverso l'impegno della minore quantità possibile di risorse (efficienza).

Il perseguimento della appropriatezza si è concretizzato nel raggiungimento di alcuni obiettivi, fra cui, in particolare:

- la riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato di circa 18 punti (dal 213%° del 2005 al 195,6%° del 2007) come conseguenza del trasferimento di trattamenti di Day Surgery in ambito ambulatoriale e di pressanti controlli nei confronti delle Case di cura private;
- non diversamente si è intensificata la attenzione per ridurre i tassi di ricovero generati dal pronto soccorso fino a giungere ad un 13,4% che si colloca sotto media regionale;
- un capitolo a parte merita il nutrito insieme di interventi che hanno garantito un consumo sempre più appropriato dei farmaci;
- dalla revisione del prontuario terapeutico provinciale gli accordi con i Medici di Medicina Generale; dalla informazione/formazione tramite audit clinici, alla campagna di educazione per il corretto utilizzo del farmaco nei confronti della popolazione anziana, etc., si sono sviluppate una serie di azioni che hanno ottenuto il risultato di ridurre, da un lato, il consumo dei farmaci acquisiti dagli utenti, presso le farmacie convenzionate esterne e di sottoporre ad un giudizio preliminare di appropriatezza la erogazione di quelli ad alto costo. Nel contempo si è realizzata anche una strategia di "filtro" preliminare – sempre in una logica di prescrizione appropriata – all'impiego della ossigenoterapia a domicilio;
- l'attuazione dei contenuti degli accordi locali siglati dall'Azienda USL e dai Medici di Medicina Generale in ossequio ad un presupposto essenziale che consiste nel garantire loro riconoscimenti economici (indennità) solo al verificarsi del raggiungimento di obiettivi fissati dagli accordi stessi, ha consentito di migliorare decisamente il contrasto all'iper consumo di farmaci cardiovascolari. Il tutto è avvenuto nell'ambito di un processo di strutturazione organizzativa dei Medici di Medicina Generale all'interno della dimensione del Dipartimento delle Cure Primarie;
- la messa a punto di un progetto di sviluppo delle attività motorie intese, non solo, come generica pratica volta a favorire buone condizioni di salute ma anche come specifico coadiuvante terapeutico per ridurre gli effetti negativi di talune patologie croniche (diabete, innanzitutto). Una para-terapia, quindi, dai costi bassissimi e dalla grande efficacia;
- lo sviluppo ulteriore del modello di assistenza "ortogeriatrica" che presenta il grande pregio di ridurre i tempi di degenza ospedaliera per gli anziani operati al femore; di anticipare i tempi della assistenza domiciliare e, soprattutto, di giustificare una intensità di trattamento più modesta. Minori costi, quindi, e migliore qualità della vita;
- il perfezionamento di un vasto programma: di rilevazione degli eventi avversi (mappatura); di approntamento conseguente di standard operativi ottimali; di successiva programmazione di interventi formativi; di potenziamento delle tutele assicurative, ecc... Tutto ciò, ha consentito di sviluppare un approccio al "Risk-management" che, negli ultimi tre anni, ha permesso di conseguire un minor aumento sia del contenzioso sia delle pratiche di risarcimento danni rispetto alla media nazionale e regionale. Da un lato, quindi, meno danni all'utenza in ragione di una migliore qualità dell'assistenza; dall'altro una incidenza economica negativa assai più contenuta.

## La riduzione del tasso di ospedalizzazione

L'Azienda USL di Ferrara è storicamente impegnata nel governo del regime di erogazione dei *Diagnosis Related Groups (DRG)* ad elevato rischio di inappropriately, in particolare per quelli indicati nell'allegato 2/C del decreto Presidente Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (LEA) ma anche per i 60 DRG indicati nell'allegato 7 della DGR 2126/2005. Fin dal 2002, risulta istituzionalizzato l'obiettivo di riduzione dei suddetti DRG, all'interno dei quali sono compresi quelli a maggior rischio di inappropriately indicati nell' "Atlante dell'appropriatezza" presentato il 16 settembre 2005 (DRG 40, 42, 55, 161, 162, 182, 183, 232). Sono stati sviluppati strumenti di audit clinico strutturato interno consistenti in un questionario ad hoc, da compilarsi caso per caso, e di una reportistica periodica (trimestrale) mirata al monitoraggio continuo della produzione di tali DRG. I risultati conseguiti attraverso questo processo sono stati consistenti, nel corso dell'ultimo quinquennio si è pervenuti al dimezzamento della casistica complessiva (dal 2003) e all'azzeramento di alcuni specifici DRG. Anche per gli 8 DRG descritti nell'atlante suddetto risultano presenti ulteriori riduzioni anche se meno significative rispetto agli anni precedenti, tenuto conto della base di partenza già bassa. Le evidenze raccolte sul campo dimostrano come la casistica residua di DRG medici relativi all'apparato digerente sia da attribuire esclusivamente a ricoveri provenienti da pronto soccorso, mentre risultano praticamente eccezionali (sull'ordine di poche unità) le occorrenze di DRG chirurgici relativi a interventi di artroscopia o di otorinolaringoiatria effettuati in regime ordinario. Risultano azzerati i DRG oculistici. L'indice di vecchiaia provinciale più alto di 73 punti rispetto alla media regionale (255 vs 182 al 31 dicembre 2005, ultimo dato disponibile) giustifica qualche criticità ancora riferibile agli interventi di ernia inguinale, in un caso su 3 effettuati su pazienti con copatologie e complicazioni. Nella stesura dei contratti di fornitura con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria e Case di cura private si è tenuto conto dell'obiettivo di appropriatezza, così come testimoniato nei paragrafi di cui si riporta integralmente il testo.

### **SISTEMA DI MONITORAGGIO E CONTROLLO**

*La generica definizione di committenza, insita nel sistema dei contratti di fornitura, impone comunque che, allo scopo di verificare il raggiungimento degli obiettivi contenuti nell'accordo riguardante i volumi di produzione e appropriatezza di trattamento, venga attivata una valutazione di merito su quanto concordato, in modo da esaminare l'efficacia delle azioni attuate, nonché le azioni idonee a correggere, ove necessario, l'andamento delle attività al fine di renderle coerenti con i contenuti dell'accordo.*

*Peraltro, in tema di controlli sull'attività di ricovero, si ribadisce innanzitutto l'obbligo delle strutture eroganti di effettuare **controlli interni** sulla propria attività produttiva – sia sul versante amministrativo, sia su quello sanitario – al fine di effettuare una sorta di "certificazione" del prodotto erogato.*

*Nel caso emerga la necessità di attivare **controlli esterni**, il documento normativo di riferimento viene identificato nell'allegato 7 della deliberazione di Giunta regionale n. 2126/2005 con cui la stessa Regione Emilia-Romagna individua le priorità in tema di controlli interni ed esterni.*

*Le eventuali funzioni di controllo devono essere effettuate, di norma, attraverso le informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera. Qualora si ritenesse necessario avviare approfondimenti attraverso verifiche dirette sulle cartelle cliniche, i funzionari dei rispettivi uffici deputati ai controlli provvederanno alla selezione del campione e alla realizzazione delle opportune analisi.*

***Case di cura private accreditate:** rammentando che è in atto un accordo triennale 2006-2008 si riporta integralmente l'art. 9 dell'accordo stesso:*

### **ARTICOLO 9 - CONTROLLI**

*I controlli sanitari esterni saranno effettuati, ai sensi dell'allegato 7 della delibera di Giunta regionale n° 2642/2004, dal personale dell'Unità Operativa. Sistema Informativo e Committenza dell'Azienda USL. Tali controlli avranno periodicità trimestrale ed avverranno secondo i livelli di priorità previsti nel suddetto allegato, potendo riguardare ogni settore produttivo, ivi compresi i progetti speciali ed il settore della specialistica.*

*Nel corso dell'anno 2007 sono state controllate 300 cartelle cliniche ai fini del controllo dei criteri di appropriatezza indicati nella delibera tariffaria regionale pari a circa il 6 per cento dei ricoveri prodotti dalle strutture private accreditate.*

Nel 2007 si è ottenuta una considerevole riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato provinciale che ha raggiunto il 195,66‰ (dati provvisori) pur partendo dal 213,02‰ del 2005 e dal 203,32‰ del 2006; tale risultato si è ottenuto per mezzo di azioni congiunte delle aziende sanitarie ferraresi orientate alla riduzione dei ricoveri in regine di Day Hospital/Day Surgery privilegiando ove possibile i percorsi ambulatoriali (Percorsi ambulatoriali complessi, Percorsi ambulatoriali facilitati, Day Service), implementando le attività in regime di osservazione breve intensiva e promuovendo l'appropriatezza dei ricoveri ordinari. Questi interventi, insieme ad una diminuzione della mobilità passiva infraregionale pari a circa 150 ricoveri, hanno determinato una riduzione 2007 vs. 2006 di circa ulteriori 2.500 ricoveri.

### **Semplificazione nell'accesso alle prestazioni specialistica ambulatoriale e Day Service**

In tema di applicazione della direttiva regionale che disciplina l'applicazione del Day Service ambulatoriale è stato potenziato il processo di semplificazione dell'accesso ai percorsi di approfondimento diagnostico dell'assistenza specialistica ambulatoriale mediante la diffusione in tutti i Distretti del modello regionale richiesta/referto sia per Azienda USL che Azienda Ospedaliero-Universitaria; è stata implementata l'informatizzazione del percorso attraverso il software GESI che è stato adottato dalle principali specialità cliniche e verrà gradualmente implementato in tutti i poliambulatori dell'Azienda USL.

Sono stati ridotti del 25% le prestazioni radiologiche a CUP per dedicarle a Percorsi Facilitati e Percorsi Ambulatoriali Complessi, sono stati ridotti i Day Hospital diagnostici e contemporaneamente incrementati percorsi oncologici, cardiologici, pneumologici, diabetologici, sullo scompenso cardiaco cronico.

In tema di programmazione dei volumi di prestazioni destinati alle diverse modalità erogative sono stati incrementati i Percorsi Facilitati e Complessi con riduzione dei Day Hospital diagnostici, particolarmente in ambito oncologico, cardiologico, pneumologico, diabetologico e sullo scompenso cardiaco cronico.

### **La riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso**

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda USL ha messo in atto azioni per ridurre i tassi di accesso al Pronto Soccorso:

- 1) presso l'Ospedale di Comacchio è stato attivato l'ambulatorio Codici Bianchi, il cui regolamento prevede l'attività al suo interno da parte dei medici della continuità assistenziale, che hanno a disposizione ricettario e potranno quindi prescrivere farmaci o richiedere prestazioni le quali dovranno essere indirizzate al CUP;
- 2) il Dipartimento Materno infantile ha attivato l'Osservazione Breve Intensiva presso la Pediatria ed Ostetricia-Ginecologia dell'Ospedale del Delta ed Ostetricia-Ginecologia dell'Ospedale di Cento che effettuano attività di accettazione in regime di emergenza-urgenza. Presso l'Ospedale del Delta resta consolidata l'attività O.B.I. presso il Pronto Soccorso;
- 3) è stato attivato un gruppo di lavoro interaziendale con l'Arcispedale S. Anna con l'obiettivo di:
  - conoscere la struttura erogativa provinciale (modelli organizzativi, risorse, turistica, tecnologie e specialisti disponibili);
  - conoscere le prestazioni erogate e le modalità di rilevazione/codifica, con definizione di tabelle per la rappresentazione dell'attività erogata e di indicatori sintetici (sistema di monitoraggio);
  - definire percorsi di gestione e di continuità clinico - assistenziale su base provinciale, valorizzando il lavoro e gli accordi "di cornice" già presenti tra le due Direzioni Mediche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL di Ferrara.

Del lavoro fino a qui svolto ne è evidenza il calo negli accessi al Pronto Soccorso con Codice Bianco pari al 9% dal 2005 ad oggi.

## L'uso appropriato del farmaco e dell'ossigenoterapia

Nell'anno 2007 sono proseguite le azioni aziendali incentrate sull'appropriatezza prescrittiva e sul miglioramento dell'utilizzo delle risorse.

Tali azioni, per cui si prevede un'ulteriore sviluppo nel 2008, hanno riguardato principalmente:

- la promozione dell'uso del farmaco generico o dei principi attivi a minor costo DDD nel rispetto dell'equivalenza terapeutica, sancita dalla letteratura scientifica e dalle risultanze di specifici Tavoli Tecnici interaziendali e dalle decisioni della Commissione Terapeutica Provinciale;
- l'informazione/formazione tramite audit clinici ai prescrittori su protocolli clinici, sugli usi terapeutici, indicazioni cliniche autorizzate, costi-terapia di farmaci ad elevato impatto sociale, quali ipotensivanti, ipolipemizzanti, antiulcera;
- gli accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG), ove sono previsti tra gli altri obiettivi basati sulla "presa in carico" del paziente diabetico, sul contenimento del costo DDD dei farmaci ad azione ipotensivante, inibitori della pompa protonica. Per questi ultimi farmaci è stato previsto anche un contenimento della prescrizione in termini di DDD 1.000 abitanti pesati/die;
- l'attivazione, in collaborazione con l'Università degli Studi di Ferrara, del progetto ALARM (*Adherence to Long-term therapies: Assessment and Real practice Management*) il cui obiettivo è valutare i processi terapeutici applicati in pratica clinica per il trattamento di patologie croniche sulla base di uno standard di riferimento prefissato, relativo alle migliori evidenze scientifiche. I trattamenti farmacologici presi in esame sono gli i farmaci per l'ipertensione arteriosa, gli ipolipemizzanti e gli antiaggreganti;
- la campagna di Educazione Sanitaria sull'uso del farmaco nella popolazione anziana;
- la formazione dei Farmacisti convenzionati;
- la sperimentazione della erogazione di alimenti per celiaci tramite la grande distribuzione organizzata;
- la revisione del Prontuario Terapeutico Provinciale, sulla base del nuovo Prontuario Terapeutico adottato dalla Regione Emilia - Romagna nel corso 2007;
- Il potenziamento dell'attività di erogazione diretta.

Nell'anno 2007 è stata potenziata l'attività di erogazione diretta, prevalentemente per effetto del trascinarsi delle azioni intraprese nel 2° semestre 2006 che hanno portato all'attivazione sul territorio provinciale di nuovi punti di erogazione gestiti dalle farmacie ospedaliere dell'Azienda USL, al fine di favorire l'accesso all'utenza anche in zone disagiate, lontane dai Presidi ospedalieri. Nel corso del 2008 si prevede una modificazione della forma erogativa, sia per l'attivazione della distribuzione per conto, sia per lo sviluppo della "presa in carico" del paziente cronico.

I dati di consumo rilevati anche dai flussi di assistenza farmaceutica ospedaliera evidenziano un incremento della spesa attribuibile a terapie innovative di nuova immissione in commercio. Negli anni 2006 e 2007 la mobilità per la provincia di Ferrara determinata dalla Azienda Ospedaliero - Universitaria, ha avuto un incremento contenuto rispettivamente di circa il 12% (2006 vs 2005) e 20% (2007 vs 2006). Il dato relativo al 2007 risulta in incremento rispetto al 2006 ma è in linea con le previsioni e i limiti di spesa concordati che erano stati calcolati, anche tenendo conto dell'incremento determinato dalla nuova modalità di inserimento in compensazione di un elenco di farmaci oncoematologici ad alto costo somministrati in regime di degenza secondo la Circolare Mobilità Regione Emilia-Romagna n° 3/07. Tale modalità non era prevista nel 2006.

Nell'anno 2007, per governare l'impiego di tali farmaci è stata strutturata una attività specifica comprendente una convenzione con il GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) atta a supportare un'apposita Commissione Interaziendale per l'uso appropriato dei farmaci ad alto costo soprattutto nei settori dell'Oncologia, della Reumatologia e dell'Ematologia con l'implementazione di attività di audit clinico strutturato, mirate a verificare la congruenza delle somministrazioni rispetto a protocolli, concordati e validati dal gruppo, nel rispetto delle indicazioni AIFA, del Programma Ricerca Innovazione Emilia-Romagna e Commissione Regionale Farmaco e la pratica dell'*Evidence Based Medicine*.

Strumenti fondamentali per contribuire a garantire la promozione della appropriatezza ed efficienza dell'assistenza farmaceutica sono rappresentati dai prontuari terapeutici e dalle commissioni terapeutiche.

Nell'anno 2007, applicando i criteri regionali stabiliti per la selezione dei farmaci da utilizzare nelle strutture aziendali, la Commissione Terapeutica Provinciale ha proceduto alla revisione dei farmaci del Prontuario Terapeutico Provinciale ai fini dell'allineamento a quello regionale. La Commissione ha valutato i diversi gruppi terapeutici ed ha elaborato un elenco di principi attivi ordinati per classificazione anatomica

terapeutica clinica selezionati dal Prontuario Regionale, applicando dove possibile per categorie omogenee il criterio della equivalenza terapeutica.

La Commissione ha inoltre approvato un nuovo regolamento più dettagliato e un ampliamento e strutturazione della segreteria scientifica in relazione anche al potenziamento di attività necessarie in base alla delibera Giunta regionale 1540/06.

Le due Aziende, USL e Ospedaliero - Universitaria, hanno adottato il Prontuario Terapeutico Provinciale (PTP) vincolante, con atto formale, nel Dicembre 2007. Tale Prontuario contiene un elenco di principi attivi, presenti in quello Regionale, con informazioni su fascia di concedibilità, indicazioni rispetto ad eventuali vincoli prescrittivi (note AIFA, Piano terapeutico, schede di monitoraggio), documenti elaborati dalle sottocommissioni individuate dalla Commissione Provinciale Farmaco (CPF) e recepiti dalla stessa commissione, il regolamento della CPF e la modulistica.

Il livello di adesione al prontuario terapeutico regionale nell'anno 2007 è risultato per le due Aziende sanitarie provinciali pari a circa il 98% in termini di spesa ed al 97% in dosi prescritte.

Sono stati effettuati incontri e/o inviate informative ai clinici per la verifica di adesione al prontuario per alcuni farmaci di particolare rilevanza o soggetti a limitazioni come ad esempio epoietine, teriparatide, omalizumab, anagrelide, linezolid.

È in via di definizione un prontuario specifico per le strutture protette e sono stati avviati incontri per promuovere l'adesione al prontuario terapeutico provinciale anche nell'ambito delle assistenze domiciliari integrate dove si sono evidenziate le maggiori problematiche.

La promozione del farmaco generico è stata attuata tramite informazione ai prescrittori basata principalmente su diffusione dei costi terapia di classi omogenee ove siano inclusi generici, privilegiando le classi ad elevato impatto sulla prescrizione, diffusione degli elenchi regionali mensili con i prezzi di riferimento, revisione da parte della CTP di classi terapeutiche alla luce dell'immissione in commercio del "generico". Tale azione viene sviluppata sia tramite azioni di informazione sui prescrittori su costi-terapia relativi alle terapie ad elevato impatto sociale, ipertensione e ulcera, sia tramite gli accordi con i Medici di Medicina Generale (MMG), ove sono previsti obiettivi basati ad esempio sul costo DDD dei farmaci ad azione ipotensivante che rappresentano il 30,76% della spesa farmaceutica convenzionata e degli inibitori della pompa protonica.

Nell'ambito della promozione dell'informazione/formazione dei medici prescrittori MMG, Specialisti Medici e Ospedalieri sul corretto uso del farmaco e sul miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, sono stati sviluppati i seguenti temi:

- informazioni sui farmaci e costi terapia;
- diffusione degli aggiornamenti normativi relativi alla prescrizione farmaceutica;
- diffusione delle decisioni della Commissione Terapeutica Locale e Regionale;
- pubblicazione on-line del Prontuario Terapeutico Provinciale;
- aggiornamenti mensili, ritorni informativi commentati, formazione in tema di Farmacovigilanza ed interazioni tra farmaci;
- analisi della prescrizione farmaceutica.

Gli strumenti utilizzati sono stati prevalentemente diffusi on-line, anche tramite i siti Aziendali. In particolare nell'anno 2007 è stato fortemente utilizzato il Sito aziendale dedicato ai Medici di Medicina Generale, di recente attivazione. Sono stati effettuati audit clinici sulla prescrizione farmaceutica in Medicina Generale e sull'uso degli inibitori di pompa protonica.

Oltre all'attività di aggiornamento, basata prevalentemente su disposizioni e leggi nazionali e regionali, dall'anno 2007 è stata potenziata l'attività di informazione rendendola omogenea a quella svolta per i prescrittori, al fine di evitare comportamenti difforni tra professionisti.

La formazione per i farmacisti convenzionati, attuata sia in collaborazione con l'Ordine professionale che con iniziative specifiche del Dipartimento, ha riguardato i seguenti temi:

- "Farmacovigilanza ed interazioni tra farmaci";
- "Gestione tecnica e regolare esercizio della Farmacia".

Tali argomenti sono stati ritenuti prioritari per garantire una migliore tutela della salute del paziente, anche nell'ottica della gestione del rischio clinico.

### ***Assistenza Protesica e in Ossigenoterapia Domiciliare***

Nel corso del 2007 sono state attivate consistenti azioni volte al contenimento della spesa nell'assistenza protesica e nell'Ossigenoterapia Domiciliare, ne sono esempio l'organizzazione periodica di audit basati su

report di confronto tra i maggiori prescrittori di ausili protesici sia dell'Azienda Territoriale che di quella Ospedaliero - Universitaria.

Già a fine 2007 sono state impostate le premesse per ottenere nel 2008:

- la messa a regime del software per la gestione informatizzata del magazzino degli ausili protesici riutilizzabili, che consentirà l'accesso diretto ai prescrittori per verificare la disponibilità oltre che il miglioramento del livello di recupero degli ausili riutilizzabili in caso di decesso dell'assistito;
- la stipula di un accordo con le strutture protette volto all'inventariazione degli ausili in essa presenti, sia assegnati all'ospite che complessivamente alla struttura, allo scopo di determinarne i livelli ottimali di utilizzo da inserire nelle convenzioni.

### ***Assistenza in Ossigenoterapia Domiciliare***

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, ma non è riuscita ad ammortizzare completamente il costo aumentato di affitto dei ventilatori e dei concentratori che è stato superiore al 2006, questa penalizzazione è dipesa dal maggior costo di affitto delle attrezzature per l'applicazione del nuovo contratto.

Nel prossimo futuro si prevede un governo clinico condiviso dei pazienti in ossigeno e ventiloterapia, applicando con maggior incisività le azioni avviate nel 2007:

- sviluppare l'integrazione tra pneumologi dell'Azienda USL attraverso il coordinamento provinciale;
- implementare l'integrazione tra pneumologi dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, che hanno il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva dei pazienti in ventiloterapia.

## **Gli Accordi locali con i Medici di Medicina Generale**

Nel 2007 è stato prorogato l'accordo locale per la medicina generale siglato nell'aprile 2004, con l'inserimento di un nuovo progetto assistenziale che prevede la gestione da parte dei medici di medicina generale dei pazienti trattati con anticoagulanti (PROGETTO TAO) e di nuovi obiettivi sulla appropriata prescrizione di FANS, PPI e statine.

Nel periodo di applicazione dell'accordo integrativo locale è stato dato un forte impulso alla organizzazione dei Nuclei di Cure Primarie e al loro coinvolgimento attraverso audit e incontri periodici coi direttori dei Dipartimenti di Cure Primarie, sui principali aspetti del loro lavoro.

All'interno di un Nucleo di Cure Primarie è stato realizzato un intervento formativo specifico per favorire la presa in carico integrata dei pazienti con necessità assistenziali complesse, a tale iniziativa hanno partecipato tutti i Medici di Medicina Generale, gli infermieri e gli assistenti sociali del territorio in oggetto.

Già a partire dal 2005, sono stati individuati sei medici quali referenti per la medicina generale in staff alla direzione del Distretto e quali componenti stabili del Collegio di Direzione.

L'accordo regionale per la medicina generale siglato nel 2006 ha avuto importanti ricadute sulle strategie locali. L'aspetto più saliente delle iniziative messe in atto dalla Azienda USL di Ferrara è rappresentato dalla proposta di legare la partecipazione dei Medici di Medicina Generale alla struttura organizzativa dei Nuclei di Cure Primarie alla condivisione e al perseguimento di obiettivi di processo e di esito volti a migliorare l'appropriatezza delle cure.

Dopo un confronto aperto e costruttivo coi coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie e i medici responsabili dei moduli organizzativi, sono stati fissati obiettivi di processo e di esito volti al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva relativamente ad alcune categorie di farmaci, ad accertamenti di laboratorio e al consumo di indagini radiologiche .

È stata inoltre condivisa con le organizzazioni sindacali la scelta di individuare sedi di riferimento strutturali per i Nuclei di Cure Primarie che sono di norma identificate in una medicina di gruppo.

È stata avviata la progettazione della Casa della Salute per il Nucleo di Cure Primarie di Portomaggiore-Ostellato.

### Lo sviluppo della attività motoria

Nel corso del 2007 il dr. Orazio Buriani, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica e il prof. Fabio Conconi, Direttore del Centro Studi Biomedici dell'Università di Ferrara, hanno studiato e messo a punto un programma di interventi sanitari coordinati volti alla prevenzione e alla cura, attraverso l'attività motoria, di patologie quali malattie cardiovascolari, metaboliche o tumorali.

L'Azienda USL di Ferrara, in accordo con l'Azienda Ospedaliero - Universitaria e l'Università di Ferrara, su questo progetto ha istituito il "Programma interaziendale di attività motoria per la prevenzione e la terapia delle patologie sensibili all'esercizio fisico" con delibera n. 387 del 19/11/07.

### La ortogeriatría

Nel corso dell'anno 2007 si è proseguito nella diffusione del modello di assistenza denominato Ortogeriatría, tale modello prevede l'accoglimento del paziente anziano da sottoporre a processo riabilitativo post-intervento ortopedico, presso le lungodegenze degli ospedali aziendali. Tale percorso di assistenza comporta vantaggi qualitativi per effetto del minor rischio di istituzionalizzazione successiva del paziente, ed economici per effetto del minor ricorso a strutture riabilitative fuori provincia da parte della popolazione Ferrarese. Tale modello è già ampiamente diffuso presso l'Ospedale del Delta e se ne prevede l'ampliamento in tutto il territorio provinciale.

### Lo sviluppo del "Risk-Management"

L'Azienda USL di Ferrara da circa 10 anni ha adottato in un primo momento strategie di gestione del contenzioso e, successivamente, di gestione del rischio, ratificate da atti deliberativi (v. tabella che segue), finalizzati all'implementazione di procedure, che si sono integrate con progetti regionali.

#### Gestione del Rischio e del Contenzioso: atti deliberativi dell'Azienda USL di Ferrara

DATA E N° DELIBERA	OGGETTO	CONTENUTO / OBIETTIVI
<b>23.07.1998 (n. 1264)</b>	Attività di consulenza medico-legale per l'Azienda USL di Ferrara in tema di responsabilità professionale e di consenso informato.	Assegnazione all'U.O. di Medicina Legale delle consulenze in tema di contenzioso per responsabilità professionale del personale dipendente e convenzionato e in tema di consenso informato nelle procedure diagnostiche e terapeutiche.
<b>27.01.2003 (n. 47)</b>	Implementazione di un programma sperimentale di Risk Management.	Costituzione di un programma sperimentale aziendale di Risk Management coordinato dal direttore dell'U.O. di Medicina Legale, che dell'attività risponde al Direttore Sanitario dell'Azienda.
<b>15.04.2003 (n. 336)</b>	Flussi informativi tra Ufficio Relazioni col Pubblico e Servizio di Medicina Legale in tema di responsabilità professionale e di consenso informato.	Definizione dei flussi informativi tra URP, U.O. di Medicina Legale e Ufficio Assicurazioni in relazione alle segnalazioni in cui è reso noto un evento avverso da cui è derivato un danno alla salute del cittadino.



DATA E N° DELIBERA	OGGETTO	CONTENUTO / OBIETTIVI
<b>30.06.2004</b> <b>(n. 530)</b>	Costituzione dell'Ufficio Gestione Sinistri per ipotesi di responsabilità civile verso terzi per colpa professionale, nell'ambito delle procedure di Risk Management.	Costituzione di un Ufficio rivolto alla gestione del contenzioso, coordinato dal il Direttore dell'U.O. di Medicina Legale, con le seguenti competenze: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la valutazione della congruità del risarcimento del danno a terzi, in relazione alla franchigia prevista nel contratto di assicurazione e nei casi richiesti dalla Compagnia di Assicurazione;</li> <li>• la valutazione in ordine alla possibilità di comporre la vertenza in via stragiudiziale, ovvero di attendere la citazione in giudizio;</li> <li>• l'adozione di strategie adeguate nella gestione del contenzioso per ipotesi di colpa professionale.</li> </ul>
<b>21.07.2006</b> <b>(n. 224)</b>	Rinnovo del "Comitato per la prevenzione ed il controllo delle infezioni contratte in ambito sanitario"	Rinnovo del Comitato, affidato al coordinamento del Direttore della U.O. di Medicina Legale. Conta su un apporto pluridisciplinare: Direttore del Presidio Unico Ospedaliero (PUO), Direttore del Servizio Presidenziale e Protezione (SPP), infettivologo, microbiologo, farmacologo, epidemiologo, medico legale, esperto di Qualità e Accreditamento e personale della Direzione Tecnica Infermieristica (DTI).
<b>16.07.2007</b> <b>(n. 257)</b>	Nuovo programma e Team di Gestione del Rischio Clinico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Costituzione di un <b>Team di Gestione del Rischio Clinico</b>, costituito da: Direttore Sanitario (presidente), direttore dell'U.O. di Medicina Legale (coordinatore), responsabile del PUO, direttore dell'Ufficio Qualità, direttore del SPP, direttori dei Dipartimenti ospedalieri, direttori dei Dipartimenti medici territoriali, direttori dei Dipartimenti Cure Primarie, responsabile del M.O. Gestione del Rischio presso U.O. Medicina Legale, rappresentanti della Direzione Infermieristica.</li> <li>2. Costituzione di una <b>rete di referenti delle Unità Operative</b>, un medico e un infermiere / o ostetrica / o tecnico, nominati dai direttori delle medesime.</li> <li>3. Attuazione al <b>programma</b>, utilizzando come <b>indicatori</b> quelli suggeriti dall'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia-Romagna.</li> </ol>

I vantaggi dell'adozione delle procedure di *Risk Management* sono numerosi tra cui: una maggiore efficacia della programmazione, un'efficiente ed efficace erogazione delle prestazioni e dell'allocazione delle risorse, un elevato standard delle prestazioni orientate al cliente.

Per dare seguito ai principi ispiratori del *Risk Management*, già dal 2004 l'Azienda USL di Ferrara ha attuato procedure di implementazione, che si sono intensificate col trascorrere del tempo, in termini di iniziative formative e di attuazione di procedure.

Le attività inerenti la gestione del rischio e del contenzioso sono compendiate in programmi e uffici, tutti attualmente affidati al coordinamento dell'Unità Operativa. di Medicina Legale; segnatamente:

- a) il Programma di Gestione del Rischio Clinico (dal 2003);
- b) l'Ufficio Gestione Sinistri (dal 2004);

c) il Comitato per il controllo delle infezioni in Sanità (rinnovato nel 2006).

Inoltre, dal 2005, presso l'Unità Operativa di Medicina Legale è stato istituito un Modulo organizzativo di Gestione del Rischio Clinico.

L'attività di formazione e aggiornamento dell'Azienda USL di Ferrara sui temi richiamati negli ultimi quattro anni è stata intensa; in particolare si ricorda quanto segue:

a) nel 2007 sono stati organizzati:

- un corso di 48 ore (due sessioni di 24 ore), sulla Gestione del Rischio e del Contenzioso, dedicato ai direttori di struttura complessa e ai referenti delle Unità Operative;
- un convegno regionale in tema di infezioni ospedaliere, aperto a tutti;
- un seminario aziendale, ripetuto in tre sessioni, in tema di infezioni ospedaliere, dedicato ai direttori di struttura complessa e ai referenti delle Unità Operative.

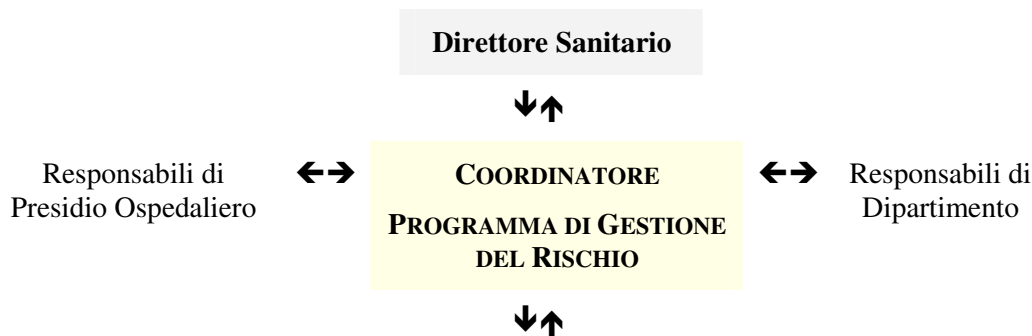
b) per il 2008 sono previsti seminari di implementazione delle principali procedure di Gestione del Rischio, col seguente calendario:

- febbraio: Dipartimento dell'Emergenza;
- marzo: Dipartimento di Chirurgia;
- aprile: Dipartimento Materno - Infantile e Diagnostica per Immagini;
- maggio: Dipartimento di Medicina e Dipartimento Salute Mentale.

Si rileva inoltre che, come nel 2007, anche nel 2008 il programma di Gestione del Rischio trova riscontro negli obiettivi di risultato per tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda. In particolare, sono 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, come già ricordato, 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.

#### RETE DI REFERENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO – FLUSSI INFORMATIVI AZIENDA USL DI FERRARA



**Referenti di tutte le Unità Operative dell'Azienda:**

*I. dirigente medico*

*II. unità area comparto (infermiere, tecnico, ostetrica)*

**Risk Control**

La prevenzione di eventi avversi prevedibili si fonda innanzitutto su un'azione formativa, che deve coinvolgere in primo luogo l'area della dirigenza e, successivamente, tutti coloro che prestano la propria attività nei servizi sanitari. Tale azione si concretizza nell'acquisizione di tutte le conoscenze circa le potenziali minacce, le aree di maggiore criticità, gli eventi indesiderati ipotizzabili. Sulla scorta dell'analisi delle informazioni raccolte da un'analisi eseguita da esperti nelle varie aree di intervento, ma anche dei sistemi di rilevazione richiamati (eventi sentinella, *incident reporting*, mappa delle aree critiche ecc.) viene definito un quadro complessivo dei rischi. Le informazioni sono poi utilizzabili per attuare procedure e strategie di prevenzione.

La formazione dei dipendenti nell'ambito dei seminari organizzati presso l'Azienda USL di Ferrara riguarda un ampio campo d'azione, che si focalizza sulla gestione del rischio e del contenzioso, attraverso tutti gli aspetti che lo definiscono:

- informazione e consenso;
- verifica delle cartelle cliniche;
- segnalazione di eventi indesiderati;
- segnalazione degli eventi sentinella;
- controllo delle infezioni ospedaliere;
- adozione di linee-guida e protocolli operativi;
- aspetti penalistici, civilistici e assicurativi del contenzioso.

In ogni caso, gli obiettivi da perseguire per un'adeguata strategia di gestione del rischio clinico sono:

- acquisire conoscenza sulla definizione di rischio;
- conoscere la classificazione degli eventi indesiderati;
- imparare la mappatura, l'interpretazione e il monitoraggio dei rischi;
- imparare a collaborare circa le modalità di segnalazione degli eventi avversi;
- imparare a identificare i correttivi organizzativi, clinici e comunicazionali;
- applicare un piano di gestione del rischio nella propria realtà operativa.

**Identificazione dei rischi**

La *Risk Identification* è il processo mediante il quale si identificano situazioni, comportamenti e procedure, che possono portare a una "Loss" (perdita in senso generico, anche economico). L'approccio si basa sul presupposto che ogni errore è la conseguenza di problemi che lo precedono e che tali problemi potrebbero rendersi manifesti ancor prima che si realizzi l'evento avverso.

Ciò significa che, per ridurre gli errori, piuttosto che agire in modo restrittivo sui dipendenti è preferibile cercare soluzioni nel sistema (classicamente inteso come insieme di soggetti, tra loro correlati, che agiscono in un contesto finalizzato a raggiungere determinati risultati) e, quindi, nel tessuto organizzativo del medesimo. Anche nei sistemi meglio organizzati si commettono errori.

L'osservazione non è affatto ridondante, poiché le procedure di gestione del rischio vanno applicate indipendentemente dalla qualità (ancorché elevata) delle prestazioni erogate.

Creare un sistema sicuro è un'esigenza pressante e indifferibile.

Come ricordato, certe evenienze possono lasciar trasparire rischi non adeguatamente controllati, che potrebbero concretizzarsi in ulteriori eventi avversi, a volte anche più gravi e/o frequenti.

### ***Eventi sentinella***

Gli eventi sentinella sono evenienze che si manifestano in modo assolutamente inatteso, ma che possono costituire momenti rivelatori di gravi criticità del sistema.

#### **Elenco degli Eventi Sentinella (Ministero della Salute)**

---

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori di terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 g. non correlata a una malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio in paziente ricoverato
11. Violenza su paziente in ospedale
12. Violenza su operatore da parte di paziente
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra - ospedaliero, extra - ospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa e/o all'interno del pronto soccorso
15. Morte o grave danno impreveduti conseguenti ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Questi eventi, esprimendo criticità di sistema di notevole rilievo, sono oggetto di specifica segnalazione, distinti dagli eventi destinati all'*Incident Reporting*.

Nondimeno, tali eventi, anche laddove non sia stata ravvisata una specifica colpa professionale, possono esprimere rilevanti criticità di alcune procedure operative.

È 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 due "eventi sentinella":

- a) il primo è costituito dalla somministrazione di emoderivati a un paziente diverso da quello a cui erano destinati (senza conseguenze);
- b) il secondo è costituito dal suicidio di un paziente in casa protetta convenzionata.

### ***Incident Reporting***

L'*Incident Reporting* è una modalità standardizzata di segnalazione di eventi indesiderati, finalizzata a rilevare criticità del sistema o di alcune procedure. La segnalazione interessa:

- gli *adverse events*: eventi avversi di qualsiasi natura e gravità, che causano la morte, una malattia, una menomazione, una disabilità, ma anche solo una sofferenza transitoria (ad esempio, una reazione anafilattica alla penicillina);
- i *no harm events*: eventi che, pur espressione di un possibile errore o criticità, non hanno arrecato danni al paziente (ad esempio, la somministrazione di una cefalosporina a un paziente con storia di anafilassi alla penicillina, senza che ne sia seguita alcuna reazione allergica);
- i *near misses*: incidenti potenziali, che non si verificano per mera casualità (ad esempio, la rilevazione di un errore di prescrizione di un farmaco, prima che sia somministrato al paziente; la preparazione, sul tavolo operatorio, dell'arto controlaterale a quello sede della patologia per la quale è stato disposto l'atto chirurgico).

L'Azienda USL di Ferrara ha aderito alla sperimentazione regionale che, dall'inizio del 2004 ha interessato le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione (eventi indesiderati verificatisi nelle sale operatorie), mentre dal 2005 è iniziata la sperimentazione nelle Unità Operative di Ostetricia (eventi indesiderati verificatisi in sala parto).

La sperimentazione regionale, a cui l'Azienda USL di Ferrara ha aderito, ha adottato il sistema di classificazione australiano, che prevede:

- a) un *indexing* specifico per attività;
- b) una classificazione in otto livelli di gravità (v. tabella).

**Incident Reporting – livelli di gravità**  
(sperimentazione con l'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia - Romagna)

LIVELLO	DEFINIZIONE	
1	<b>EVENTI POTENZIALI</b>	Situazione pericolosa/danno potenziale/evento non occorso (es: personale insufficiente / pavimento sdruciolevole coperto dove non sono avvenute cadute)
2		Situazione pericolosa/danno potenziale/evento occorso, ma intercettato (es: preparazione di un farmaco sbagliato, ma mai somministrato/farmaco prescritto per un paziente allergico allo stesso, ma non dispensato o somministrato)
3	<b>EVENTI EFFETTIVI</b>	NESSUN ESITO – evento in fase conclusiva/nessun danno occorso (es: farmaco innocuo somministrato erroneamente al paziente)
4		ESITO MINORE – osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/nessun danno occorso o danni minori che non richiedono un trattamento
5		ESITO MODERATO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche minori (es: esame del sangue o delle urine)/trattamenti minori (es: bendaggi, analgesici, impacchi freddi)
6		ESITO TRA MODERATO E SIGNIFICATIVO - osservazioni o monitoraggi extra/ulteriore visita del medico/indagini diagnostiche (es: procedure radiologiche)/necessità di trattamenti con altri farmaci/intervento chirurgico/cancellazione o posticipazione del trattamento/trasferimento ad altra U.O. che non richieda il prolungamento della degenza
7		ESITO SIGNIFICATIVO – ammissione in ospedale o prolungamento della degenza/condizioni che permangono alla dimissione
8		ESITO SEVERO – disabilità permanente/contributo al decesso

Per l'anno 2008 è stata ipotizzata l'attivazione del sistema di segnalazione in tutte le Unità Operative di degenza dell'Azienda, per l'implementazione del quale, dopo il corso di formazione teorico tenutosi nel 2007 rivolto soprattutto ai Referenti, sono in corso di organizzazione eventi formativi finalizzati alla concreta attuazione.

**Informazione e consenso**

L'informazione e consenso costituisce uno dei cardini della gestione del rischio clinico, non tanto nella consueta chiave di lettura giuridica (validità del consenso in relazione all'età, alle condizioni psicofisiche ecc.), quanto come fondamentale processo di comunicazione, nel quale il medico si gioca ampia parte della fiducia del paziente. Ciò ha notevole importanza nel prevenire azioni rivendicative, soprattutto allorquando si verifica un evento avverso.

Nel corso del 2006 le procedure di informazione e consenso sono state inserite come obiettivo di risultato per tutte le Unità Operative di degenza, monitorato da un gruppo di lavoro multidisciplinare, il quale ha emanato direttive che costituiscono attualmente una procedura aziendale.

L'attività è stata verificata sottoponendo a un campione di pazienti un questionario; i risultati dell'audit sono stati pubblicati nel report dell'anno precedente.

### ***Gestione della documentazione sanitaria***

Se il consenso costituisce uno dei punti di maggiore forza, tutta la letteratura scientifica sull'argomento è concorde che – nel contesto di una corretta procedura di *Risk Management* – l'arma più efficace resta la cartella clinica. Al di là delle consuete indicazioni medico – legali circa la gestione del documento (chiarezza, leggibilità, completezza ecc.), è necessario sottolineare che la cartella clinica rappresenta la migliore difesa a disposizione del medico, contrariamente all'opinione di coloro che ritengono che “meno si scrive, meglio è”.

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.

Nel 2006/2007 sono state elaborate cartelle cliniche dipartimentali integrate, in corso di introduzione nelle Unità Operative di degenza.

Un audit è stato nuovamente riproposto per l'anno 2008, questa volta coinvolgendo nella procedura di valutazione i Referenti delle Unità Operative di degenza.

In particolare, saranno utilizzate schede di valutazione, basate su 10 item, che rispondono ai requisiti richiesti (v. 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” sarà utilizzata una scala pentenaria (rispettivamente: insufficiente, mediocre, sufficiente, buono, ottimo), in coerenza alle abituali modalità di valutazione.

Infine, sarà 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%

**Linee Guida e protocolli**

L'utilizzo delle linee-guida, come per i protocolli operativi, costituisce una delle maggiori esigenze del Governo Clinico. La validità delle linee-guida è legata a criteri ben definiti e il loro allestimento è finalizzato alla ricerca delle correlazioni (in termini di evidenza scientifica) tra una procedura clinica e gli *outcome* a breve e lungo termine.

Oltre i protocolli operativi già esistenti, prodotti da alcuni anni direttamente nelle aree dipartimentali, mediante il Programma di Gestione del Rischio nel 2008 saranno implementate ulteriori procedure, utilizzando:

- criticità emerse dallo studio degli eventi avversi;
- esperienze di *Root Cause Analysis* (v. oltre);
- parametri di valutazione delle procedure di gestione del rischio, identificati dall'Agenzia Sanitaria Regionale e già utilizzati per una prima verifica di alcune Aziende.

**Controllo delle infezioni ospedaliere**

Dal 2005 l'Agenzia Sanitaria Regionale ha individuato, per l'area rischio infettivo, i seguenti temi:

- istituzione di un gruppo regionale CIO;
- sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico;
- nuovo sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella;
- rischio infettivo in ambiente endoscopico;
- lotta alla sepsi in Emilia-Romagna (Progetto LaSER).

Nel corso dell'anno 2007 l'Azienda USL di Ferrara ha ulteriormente rinnovato il Comitato per la prevenzione e il controllo delle infezioni contratte in ambito sanitario e il suo regolamento, ma ha anche costituito un efficiente Nucleo Operativo, con l'ausilio del quale sono state già allestite tre procedure, presentate alla Direzione Sanitaria e all'Ufficio Qualità:

- procedura per la prevenzione e la gestione delle infezioni sanitarie;
- reprocessing* degli strumenti endoscopici ed accessori;
- sterilizzazione in ambiente sanitario.

Nel 2008 saranno implementate le tre procedure già allestite, mentre verranno predisposte ulteriori procedure destinate a limitare le infezioni nosocomiali, nonché un efficace sistema di monitoraggio (epidemiologico, microbiologico e dei costi).

**La Mappa delle Criticità**

Le criticità che possono potenzialmente essere causa di contenzioso, in particolare in relazione a ipotesi di colpa professionale, possono essere identificate con varie modalità.

Si deve tuttavia premettere che l'attuale mancanza di un attendibile osservatorio epidemiologico non consente un confronto che potrebbe rivelarsi utile, in relazione a vari aspetti di un contenzioso che ormai sta assumendo proporzioni preoccupanti.

Per chiarire la questione, si osserva innanzitutto che le Unità Operative maggiormente interessate dal contenzioso non sono sempre le stesse nelle varie realtà nazionali e regionali.

I dati dell'Azienda USL di Ferrara sembrano scostarsi da alcune statistiche pubblicate in ambito nazionale; non solo in relazione alle aree di esposizione, ma anche circa la rilevanza della colpa professionale (identificata – nelle nostre strutture – solo in una percentuale limitata degli eventi indesiderati).

L'ultimo report 2007 sulle criticità, inoltrato alla Direzione dell'Azienda, è stato predisposto integrando dati provenienti dall'Unità Operativa di Medicina Legale, dall'Ufficio Gestione Sinistri, dall'Ufficio Assicurazioni e dal Modulo organizzativo Affari Giuridici.

### ***Analisi dei rischi***

I metodi, mediante i quali possono essere studiati sia i rischi identificati, sia le cause degli eventi avversi, o – in ogni caso – indesiderati, sono numerosi; tuttavia, è doveroso ricordare innanzi tutto:

- la *Root Cause Analysis*;
- le procedure *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) e *Failure Mode and Effects Criticality Analysis* (FMECA)
- la mappa delle aree critiche.

### ***Root Cause Analysis***

Una volta disponibili i dati provenienti dall'incident reporting è necessario procedere ad un'analisi delle cause. Una delle procedure attualmente in uso a tale scopo è la *Root Cause Analysis* (RCA).

La RCA, 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. L'analisi affonda la ricerca (*drilling down*) sulla base dei seguenti quesiti:

- a) cosa è accaduto?
- b) come è accaduto?
- c) perché è accaduto?

Infine, vengono proposte le necessarie azioni, finalizzate a modificare il gap del sistema o di uno o più processi, eludendo il ripetersi dell'evento, se non di eventi più gravi a quello verificatosi.

Nel 2007, segnatamente nel secondo semestre, ovvero comunque in anticipo rispetto al Programma di Gestione del Rischio predisposto, sono state eseguite tre RCA:

- somministrazione di emoderivati a paziente sbagliato;
- grave frattura di gomito nel corso di vestizione di una paziente anziana;
- perforazione rettale in corso di colon-TAC.

Dalla RCA dei tre casi ne sono derivati gruppi di lavoro di miglioramento di alcune procedure.

Nel 2008 la procedura sarà proseguita, anche per l'ottimo impatto che ha avuto sui dirigenti e sul personale che ha partecipato attivamente, e verrà attuata agli eventi avversi di maggiore rilievo.



**Procedure FMEA / FMECA**

La procedura FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) comporta l'analisi di un sistema in modo induttivo e qualitativo, partendo dalla struttura elementare, per poi procedere verso i livelli superiori, indicando le modalità di possibili errori e le conseguenze che ne derivano.

Il ruolo di FMEA e FMECA (*Failure Mode and Effects Criticality Analysis*) è quello di individuare gli eventi di base e le connessioni attraverso le quali si giunge all'evento indesiderato principale (*top event*) al quale è associata la crisi di una parte o della totalità del sistema.

Le procedure non sono ancora state attuate presso l'Azienda USL di Ferrara.

**Implementazione delle procedure di Risk Management nell'Azienda USL di Ferrara**

PROGRAMMA		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Identificazione dei rischi</b>	<b>Incident reporting</b>									
	<b>Eventi sentinella</b>									
	<b>Informaz. / consenso</b>									
	<b>Gestione documentaz.</b>									
	<b>Controllo infezioni osp.</b>									
	<b>Linee guida / protocolli</b>									
<b>Analisi dei rischi</b>	<b>Mappa aree critiche</b>									
	<b>Root Cause Analysis</b>									
	<b>FMEA / FMECA</b>									
	<b>Risk Adjustment</b>									

**Legenda**

	<i>procedure in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale</i>
	<i>procedure sperimentali o limitate ad alcune strutture</i>
	<i>implementazione</i>
	<i>perfezionamento</i>
	<i>standard operativo</i>

Un ulteriore sottoinsieme del macro-obiettivo efficacia, qualità ed efficienza gestionale è rappresentato dalla qualità considerato come quell'insieme di miglioramenti del *setting* assistenziale che derivano da interventi strutturali, organizzativi, gestionali e operativi e che riguardano sia le condizioni alberghiere, sia le modalità di accesso, sia gli esiti assistenziali (meno malattia, più salute, più qualità della vita).

Si prendono in considerazione, in questo sotto-insieme, alcuni risultati che hanno generato qualità pur non incidendo sul precedente aspetto della appropriatezza ed altri che hanno coniugato qualità ed appropriatezza .

In particolare:

- Il miglioramento della “presa in carico” integrata (sanitario e sociale) dei bambini affetti da patologie croniche e l’abbattimento delle barriere linguistiche per l’utenza extra-comunitaria dei consultori familiari.
- L’integrazione dei percorsi assistenziali destinati ad utenti in cui emergono problemi psicologico/psichiatrici e di dipendenza, attraverso la definizione di protocolli concordati fra Dipartimento Salute Mentale e Ser.T Inoltre, fra Dipartimento Salute Mentale e Clinica Psichiatrica dell’Università di Ferrara si sono stabilite forme di collaborazione che portano a gestire unitariamente il rapporto psico - oncologico in tutte le realtà ospedaliere provinciali.
- Miglioramenti decisi nell’area della segnalazione precoce delle malattie infettive; della prevenzione secondaria (screening) in cui si sono registrate ottime percentuali di pazienti “target” e, soprattutto, nella collaborazione fra ASL e Azienda Ospedaliera per quanto riguarda la definizione e applicazione di strategie volte a contrastare sia i disturbi da comportamento alimentare sia l’obesità da sedentarietà, nella popolazione infantile e adolescenziale.
- Sono stati, inoltre, attuati programmi di potenziamento della ricerca sui fattori di rischio e di promozione della salute nei luoghi di lavoro; gli uni e gli altri orientati al miglioramento della qualità della vita.
- Si è dato corso ad un potente processo di partecipazione organizzativa allo scopo di presentare, affinare, condividere con i vertici gestionali della Azienda e con le rappresentanze sindacali i contenuti del futuro Atto Aziendale. È stata colta l’occasione del ripensamento degli assetti organizzativi dell’Azienda USL per adeguarli ad esigenze di maggiore integrazione fra servizi; di sviluppo delle forme del “governo clinico”; di adeguamento della “offerta” ospedaliera alle linee del nuovo PAL; ecc., in modo tale che il funzionamento della “macchina” aziendale sia sempre più orientato a fornire prodotti assistenziali di qualità.
- Tutti i percorsi di investimento e riqualificazione del patrimonio immobiliare hanno continuato ad essere, nel corso del 2007, puntualmente presidiati. Da essi deriverà quel forte miglioramento della qualità ambientale; del confort alberghiero e della innovazione tecnologica che si rende necessario per ottenere l’accreditamento di ogni struttura.
- Alcuni degli obiettivi già considerati in relazione al sotto-insieme della appropriatezza determinano anche esiti positivi in rapporto ai temi del miglioramento qualitativo. Così per quanto concerne: lo sviluppo delle attività motorie; l’ortogeriatría; lo sviluppo del “Risk-management”.

### **Presa in carico integrata delle patologie croniche di natura pediatrica e intermediazione culturale**

In tutti i Distretti sono stati costituiti lo Spazio Giovani e il Consultorio per donne immigrate e loro bambini. Ostetriche appositamente formate ed affiancate da mediatrici culturali si incaricano di gestire la prima accoglienza al Consultorio Familiare per l’interruzione volontaria di gravidanza e per il primo accesso per gravidanza, contraccezione, problematiche relazionali e sessuali.

Sono presenti in tutti i Distretti, gruppi di lavoro multiprofessionali sui protocolli di gestione del bambino con patologia cronica, tali gruppi sono stati attivati già dal 2005 ed hanno comportato una ricaduta formativa a tutti gli operatori con condivisione delle procedure assistenziali. Tale strumento consente anche l’individuazione di piani personalizzati e di percorsi assistenziali delle figure professionali coinvolte per permettere il miglioramento della continuità assistenziale per i bambini affetti da patologie croniche e/o rare rilevanti ed accertate. L’Azienda USL ha attivato momenti di incontro-confronto tra Pediatri di Comunità e Pediatri di Libera Scelta per una condivisione delle informazioni risultanti dall’utilizzo degli strumenti adottati.

## **Percorsi assistenziali integrati fra Dipartimento di Salute Mentale, Ser.T e “Clinica Psichiatrica” dell’Università**

L’integrazione funzionale tra Dipartimento di Salute Mentale e Ser.T è stata pienamente raggiunta già da alcuni anni, in particolare nel 2007:

- il dirigente di struttura complessa del Ser.T del Distretto Centro Nord è stato integrato all’interno del Comitato Aziendale del Dipartimento di Salute Mentale;
- ogni servizio territoriale psichiatrico effettua progetti di cura per utenti con doppia diagnosi in collaborazione con i punti Ser.T territorialmente competenti;
- gli inserimenti in strutture residenziali vedono la compartecipazione alla spesa di entrambe le articolazioni.

Già dal 1999 è in atto una convenzione con l’Università di Ferrara – Clinica Psichiatrica – finalizzata alla gestione di una residenza per trattamenti intensivi (“La Luna”), all’attivazione del programma di psico-oncologia in tutte le realtà ospedaliere aziendali e alla gestione integrata delle consulenze presso l’Azienda Ospedaliera. Il Dipartimento di Salute Mentale mette a disposizione le proprie strutture e i propri operatori quali sedi di didattica per la scuola di specializzazione in psichiatria e la laurea breve in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica.

## **Sviluppo della prevenzione primaria e secondaria**

La sorveglianza delle malattie infettive è parte integrante dell’attività del Dipartimento di Sanità Pubblica - a partire dalla segnalazione dei casi e dall’inchiesta epidemiologica (ricerca della fonte di infezione, identificazione di casi e di contatti, circoscrizione dell’evento, ecc.), che aderisce a tutti i sistemi di sorveglianza speciali (tubercolosi, epatiti, legionelle, meningiti, ecc.).

Dal 2006 è stato introdotto un nuovo sistema di segnalazione regionale “Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale”. Nel 2007 si è perfezionato il percorso ed è stata posta particolare attenzione al controllo delle “comunità a rischio”- turistiche, sanitarie termali. I casi singoli ritenuti “evento sentinella” sono riferiti a: tubercolosi, meningite batterica, legionellosi e epidemie in collettività.

Nel corso del 2007 i laboratori dell’Azienda sorvegliano le resistenze e raccolgono i dati attraverso un apposito programma, che produce report che vengono inviati periodicamente ai reparti, unitamente alla segnalazione di agenti sentinella (enterococco vancomicina resistente, ecc.) e partecipano al sistema di segnalazione rapida.

Il controllo delle malattie infettive passa anche attraverso l’attività:

- dell’ambulatorio per viaggiatori (prevenzione dei rischi associati ai viaggi, compresa l’introduzione/reintroduzione di patologie infettive). L’aggiornamento dei casi è in collegamento con le informazioni date dall’Organizzazione Mondiale della Sanità;
- di controllo dei cittadini extracomunitari;
- di screening rivolta a categorie a rischio, specifiche per alcune patologie;
- dell’attività vaccinale;
- dei progetti di formazione/informazione.

L’apporto elevato di energia e la diminuzione dell’attività fisica sono cause riconosciute di sovrappeso e obesità; per capire meglio come la popolazione emiliano - romagnola si alimenta e per meglio valutare l’andamento delle malattie correlate all’alimentazione, è stato avviato un **progetto (SoNIA) di “Sorveglianza Nutrizionale”**, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, a cui aderiscono tutte le Aziende USL.

Lo studio SoNIA (sorveglianza nutrizionale infanzia e adolescenza), iniziato nel corso del 2003 su un campione di bambini nati nel 1997 che frequentavano l’ultimo anno della scuola per l’infanzia per continuare poi, nel corso del 2005, su un campione di bambini scelti fra quelli iscritti alla 3° classe della scuola elementare, è proseguito nel 2007, come da programma regionale, con il campionamento dei ragazzi di 13 anni nati nel 1994. L’indagine ha previsto: la misurazione del peso, della statura e della circonferenza vita dei ragazzi, la somministrazione di un questionario ai genitori dei ragazzi oggetto dello studio, la somministrazione di un questionario ai ragazzi oggetto dello studio. La rilevazione del peso, della statura e della circonferenza vita dei ragazzi è stata effettuata, all’interno della struttura scolastica, da personale

sanitario dell'Azienda USL, previo accordo con la scuola stessa ed avendo acquisito l'assenso dei genitori al trattamento dei dati personali (Legge 675 del 31 dicembre 1996 e successivi regolamenti applicativi). Tutti i dati sono stati mandati al Dipartimento di Statistica dell'Università di Bologna e, una volta elaborati, verranno resi noti solo in forma collettiva ed anonima. A completare il piano 2007 il gruppo regionale a cui partecipa attivamente il Servizio Igiene Alimenti Nutrizione (SIAN) di Ferrara si è riunito a Rimini a fine novembre per mettere a punto e approvare la bozza definitiva delle Linee guida per la ristorazione scolastica con la stesura dei menù scolastici.

Anche per il 2007 il SIAN ha mantenuto percorsi interservizi e interaziendali con altri servizi ed in particolare, tramite il proprio ambulatorio nutrizionale, con l'ambulatorio Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria, con il Servizio di Medicina dello Sport della nostra Azienda (bambini in soprappeso che intendono avviarsi ad un'attività sportiva) e con il Servizio aziendale Spazio Giovani (trattamento dell'obesità e sovrappeso infantile e adolescenziale).

### **Tutela della sicurezza e della salute negli ambienti di lavoro**

Nel corso del 2007 l'attività di ricerca sui fattori di rischio e di promozione della salute nei luoghi di lavoro ha riguardato alcuni temi di particolare complessità e rilevanza:

- sorveglianza sanitaria dei lavoratori ex esposti a CVM, già iniziata nel 2006; tale intervento si svilupperà anche nel 2008 e coinvolgerà su base volontaria gli oltre 300 lavoratori ex esposti a CVM, con evidenti implicazioni di tipo informativo, assistenziale e medico-legale;
- ricerca/intervento sulla promozione di stili di vita rispettosi della salute (abitudini al fumo e all'alcol) negli ambienti di lavoro. Gli interventi sono stati condotti in collaborazione con i centri per la disassuefazione al fumo e i centri alcolologici dei Ser.T aziendali e con l'équipe dei Piani per la salute; hanno riguardato alcune grandi aziende disponibili alla collaborazione su queste tematiche: Poste Italiane, Basell, Hera, VM Motori, Berco.

### **La revisione della organizzazione aziendale**

La Direzione Generale dell'Azienda USL di Ferrara ha attivato, fin dall'anno 2006, un percorso per l'elaborazione dell'atto aziendale a seguito dell'emanazione delle deliberazioni di Giunta regionale:

- n. 86/2006 ad oggetto "direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale";
- n. 2011/2007 ad oggetto "direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, comma 4, della legge regionale 29/2004: indirizzi per l'organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di salute mentale e dipendenze patologiche e di sanità pubblica".

L'elaborazione dell'atto in argomento ha comportato un laborioso e complesso confronto con le diverse articolazioni aziendali e Organizzazioni Sindacali al fine di rappresentare l'attuale organizzazione aziendale nel pieno rispetto delle suddette direttive e dei principi in esse contenute tenendo conto altresì delle innovazioni introdotte dalla legge regionale n. 29 del 23/12/2004 e dal Piano Socio Sanitario Regionale (approvato con deliberazione di Giunta regionale 1448 del 1/10/2007) ad oggetto "Piano Sociale e Sanitario 2008/2010".

Nella stesura della proposta dell'atto aziendale è stato dato particolare rilievo ai principi della partecipazione degli operatori, del governo clinico in tutte le sue componenti essenziali e della formazione secondo quanto richiesto dalle linee guida elaborate dalla Regione.

Attualmente, è stato concluso il confronto con le Organizzazioni Sindacali e sono state trasferite nel documento le richieste conformi alle linee di governo adottate dalla Direzione, formulate dal Collegio di Direzione. Il documento è in fase di perfezionamento da parte della Direzione strategica per consentirne l'inoltro dello stesso alla Regione per la verifica di conformità prevista dalla legge regionale 11/00.

### **Miglioramento degli standard strutturali**

L'Azienda USL di Ferrara prosegue il percorso di investimento e riqualificazione strutturale del patrimonio immobiliare, in particolare vengono rispettati i tempi di attuazione degli interventi previsti:

- nell'accordo di programma ex art. 20 legge 67/88, nel programma "Libera professione intramuraria" ex decreto legislativo 254/2000;
- nell'accordo di programma aggiuntivo 2004;
- nel programma regionale di investimenti in sanità delibera Giunta regionale n. 483/2003 e successive integrazioni;
- e nel programma "Hospice" ex lege n. 39/1999.

Programma di investimento		Codice Interv.	Denominazione	Totale finanziamento	Importo finanziato da RER	Importo finanziato dallo Stato	Importo finanziato dalla AUSL	Importo dei lavori eseguiti
L. 39 - 26/02/1999	Programma per la realizzazione di strutture per le cure palliative - Hospice I e II fase.	11	Codigoro (FE) - Ristrutturazione stabilimento Ospedaliero	€ 1.346.406,00	€ 603.419,14	€ -	€ 736.986,86	€ 1.290.792,99
ex art. 20 L. 67/88	Accordo di Programma settore investimenti in sanità.	48	Ferrara - Accorpamento servizi sanitari - S.Domenico	€ 2.427.373,09	€ 111.554,69	€ 2.117.473,29	€ 198.345,11	€ 2.427.373,09
ex art. 20 L. 67/88	Accordo di Programma settore investimenti in sanità.	50	Cento - Ristrutturazione Ex Villa Verde	€ 8.314.956,00	€ 129.114,22	€ 2.453.170,27	€ 5.732.671,58	€ 4.487.857,14
D.Lgs 254 28/07/2000	Programma per l'attività libero professionale intramuraria	71	Cento e Argenta - 10+10 pp.II. ospedali	€ 681.450,00	€ 21.174,73	€ 404.902,21	€ 255.373,06	€ 501.713,13
D.Lgs 254 28/07/2000	Programma per l'attività libero professionale intramuraria	72	Cento e Argenta - 10+10 ambulatori ospedali	€ 557.550,00	€ 17.559,53	€ 331.048,87	€ 208.941,60	€ 553.959,54
art.36 L.R. 38/2002 - Delib. C.R. 483/2003	Programma Reg.le investimenti in sanità ex L.R. 38/02 - Alleg. A	224	Comacchio - Ristrutturazione Ospedale	€ 9.372.000,00	€ 7.669.000,00	€ -	€ 1.703.000,00	€ 4.191.771,24
art.36 L.R. 38/2002 - Delib. C.R. 483/2003	Programma Reg.le investimenti in sanità ex L.R. 38/02 - Alleg. A	225	Argenta - Ristrutturazione Ospedale	€ 6.000.000,00	€ 133.000,00	€ 2.527.000,00	€ 3.340.000,00	€ 1.736.119,69
art.36 L.R. 38/2002 - Delib. C.R. 483/2003	Programma Reg.le investimenti in sanità ex L.R. 38/02 - Alleg. D	509	Cento - Ristrutturazione Medicina e Ortopedia Ospedale	€ 1.500.000,00	€ 1.500.000,00	€ -	€ -	€ -
				€ 30.199.735,09	€ 10.184.822,31	€ 7.833.594,64	€ 12.175.318,21	€ 15.189.586,82

L'ultimo sottoinsieme del macro-obiettivo è rappresentato dalla efficienza gestionale intesa come la capacità di ottenere gli stessi risultati utilizzando un "quantum" più contenuto di risorse.

Si prendono in considerazione, quindi, quegli obiettivi il cui raggiungimento ha inciso direttamente e immediatamente sulla riduzione dei costi di produzione:

- un piano di rientro economico per il contenimento della spesa afferente alle Risorse Umane;
- i risparmi generati dagli acquisti operati in Area Vasta.

## La razionalizzazione del ricorso a rapporti di lavoro atipici

Nel 2007 gli obiettivi strategici delle Risorse Umane sono stati formulati sulla scorta delle direttrici fissate dalla Regione correlate all'evoluzione della legislazione nazionale costituita sostanzialmente dalla normativa della Finanziaria 2007.

L'Azienda ha proceduto nella realizzazione di un piano di rientro economico per il contenimento della spesa afferente alle Risorse Umane che, al netto dei costi derivanti dai rinnovi contrattuali, ha permesso di consolidare il valore complessivo della spesa per il personale dipendente e per il personale a contratti e in convenzione nell'importo autorizzato in sede di concertazione.

Ciò è reso possibile per effetto di azioni di costante miglioramento negli assetti organizzativi interni - amministrativi e tecnici.

In tale contesto, particolare cura è stata posta nell'accompagnare il processo di revisione organizzativa con un articolato piano di sviluppo delle Risorse Umane, concordato con le Organizzazioni Sindacali, inteso sia come progressione orizzontale che come progressione verticale da realizzarsi nel triennio successivo per garantire la corrispondenza della spesa che si andrà a sostenere con il contesto generale dei costi aziendali.

Così come previsto dalla normativa e dalle direttive Regionali, nell'anno 2007 si è dato avvio alla realizzazione delle azioni di consolidamento delle piante organiche attraverso assunzioni a tempo indeterminato di posizioni lavorative occupate che personale precario assunto con rapporti di lavoro subordinato o di lavoro autonomo.

Le stabilizzazioni realizzate hanno riguardato:

3 Dirigenti Medici di Medicina D'Urgenza presso l'Unità Operativa di Pronto Soccorso;

2 Dirigenti Medici Pediatri;

1 dirigente Medico di Ostetricia - Ginecologia;  
1 Dirigente Medico Cardiologo ;  
1 dirigente Medico di Medicina Interna;  
3 Dirigenti Medici di Geriatria;  
2 Dirigenti Medici di Gastroenterologia;  
11 Operatori Professionali – Infermieri.

### **Gli effetti economici connessi agli acquisti in Area Vasta**

L'anno 2007 ha visto impegnato il Dipartimento Acquisti Contratti e Logistica nell'attivazione di nuovi contratti di fornitura a seguito di gare pubbliche attraverso procedure svolte in unione d'acquisto con le aziende sanitarie di Area Vasta, nonché contratti derivanti dall'adesione alle convenzioni obbligatorie con Intercent-ER ed alle convenzioni facoltative di Consip.

L'esito economico di tali nuovi contratti ha portato alla realizzazione di un contenimento della spesa preventivata avendo come punti di riferimento i prezzi "storici", consentendo così all'Azienda USL di non subire troppo degli effetti dell'andamento in aumento dei prezzi di mercato.

L'attività in Area Vasta Bologna - Ferrara nel 2007 ha visto il completamento delle gare iniziate nel 2006 e l'attivazione delle gare programmate nel 2007, dal quale si evince un costante contenimento della spesa derivante dalle nuove aggiudicazioni rispetto alla spesa storica.

Per consolidare gli strumenti finalizzati alla realizzazione del modello intrapreso si sono proseguite iniziative comuni di formazione per tutto il personale addetto agli acquisti, finalizzate al miglioramento delle conoscenze e alla condivisione delle esperienze, onde creare professionalità in grado di interagire sul medesimo livello "culturale".

Il sistema della centrale di acquisto regionale gestita da Intercent-ER, anche attraverso il Coordinamento di Area Vasta, ha consentito di aderire con soddisfazione alle nuove convenzioni attivate nel corso del 2007 riguardanti:

- per l'area sanitaria "Antisettici e disinfettanti", "Presidi sottovuoto per prelievo di sangue venoso", "Vaccino antinfluenzale" e "Vaccini 2";
- per l'area economale "Noleggio Fotocopiatrici", "Personal Computer Desktop e Notebook", "Arredi per ufficio", "Stampanti", "Carta in risme".

Per quanto attiene il mercato attivato da Consip il 2007 ci ha visti utilizzatori del "Market Place" per prodotti non compresi nelle convenzioni Intercent - er al fine di reperire sul mercato elettronico beni di uso corrente da acquistare in economia, nonché utilizzatori delle convenzioni attive riguardanti in particolare "Autoveicoli e Autoambulanze" e "Dispositivi di protezione individuale".