



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

LINEE GUIDA AL BUDGET 2013

LINEE GUIDA AL BUDGET 2013

1. INNOVAZIONE E CRESCITA.....	3
1.1. Produzione	4
1.2. Riorganizzazioni nei Dipartimenti	6
1.3. Ricerca e Innovazione.....	7
2. RETI INTEGRATE E PROCESSI INTERNI	8
2.1. Governo clinico	8
2.2. Reti integrate	17
3. CITTADINI-UTENTI	20
3.1. Equità.....	20
3.2. Accessibilità	21
3.3. Accoglienza e umanizzazione	21
3.4 Qualità - Relazione	23
4. RISORSE UMANE, POLITICHE D'ACQUISTO E DI AREA VASTA, INVESTIMENTI	24
4.1. Risorse Umane e Formazione.....	24
4.2. Contenimento dei costi	27
4.3. Uso razionale dell'energia.....	29
4.4. Investimenti	30

1. INNOVAZIONE E CRESCITA

Premessa

L'attuale fase congiunturale, caratterizzata dalle difficoltà dovute alla crisi economica sia nazionale che internazionale si sintetizza in una grave contrazione delle risorse a disposizione per il sistema sanitario. I tagli del fondo Sanitario Nazionale, determinati dalle ultime manovre economiche, compresa la Legge di stabilità 2013 (Legge n. 228/2012), sono pari ad oltre 30 miliardi nel triennio 2013-2015.

Per l'anno 2013, il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è stato complessivamente rideterminato in 106.824 milioni di €, contro i 107.880 milioni di € del 2012, con un calo di circa 1.056 milioni di €, pari a -0,98%. A fronte della riduzione del livello di finanziamento, il Sistema Sanitario Nazionale ha beneficiato della stabilizzazione e/o riduzione di alcune importanti voci di costo, quali la farmaceutica ed il personale. Ma al contempo ha dovuto e dovrà farsi carico dei maggiori oneri derivanti da alcuni fenomeni, quali l'aumento di un punto dell'aliquota dell'IVA, la nuova modalità di verifica dell'equilibrio e della stabilità di gestione, che comporterà la necessità di finanziare gli ammortamenti non sterilizzati e di garantire una situazione di pareggio civilistico di bilancio, ecc.

Per quanto riguarda il livello regionale, il finanziamento atteso per l'anno 2013 è stimato in 7.700 milioni, con una riduzione di circa 81 milioni rispetto all'anno 2012 rideterminato alla luce della Legge n. 135/2012, che sale a circa -149 milioni se confrontati con la programmazione 2012. Pur tenendo conto di tale contrazione delle risorse a disposizione del sistema, le Aziende sanitarie sono impegnate comunque nell'assicurare il pareggio di bilancio. Di conseguenza, il perseguimento di tale obiettivo nell'anno 2013 richiede necessariamente l'adozione di misure in grado di produrre nell'esercizio economie tali da contrastare sia la riduzione del F.S.R. come sopra rappresentata, sia il tendenziale aumento dei costi di produzione a parità di condizioni.

La grave contrazione delle risorse a disposizione a livello nazionale, regionale e di conseguenza anche aziendale, assume rilevanza assoluta a tutti i livelli e in tutte le strutture aziendali. A tutti i Professionisti è richiesto il consolidamento di sistematiche attività di monitoraggio e ottimizzazione, atte a migliorare l'efficacia e l'efficienza dei processi gestiti, contribuendo ad assicurare in tale modo la sostenibilità complessiva del sistema aziendale nella sua capacità di dare risposta ai bisogni di salute degli utenti.

Ogni Professionista è dunque chiamato a riesaminare le attività svolte per ricercare e promuovere la razionalizzazione e l'efficienza dei processi posti in essere a parità di efficacia. La sfida, dunque, che ci attende è quella che a fronte delle forti riduzioni di costi di gestione indotte dall'adozione di vari provvedimenti legislativi, vi è la necessità, la volontà e la responsabilità di cercare di mantenere gli standard qualitativi costantemente allineati alle migliori performances nazionali ed internazionali, facendo quindi tutto il possibile per minimizzare le ripercussioni

della riduzione dei finanziamenti sui servizi alla persona e assicurare al sistema la migliore sostenibilità nel tempo.

In tale ottica diviene essenziale sviluppare processi di riorganizzazione e di integrazione professionale all'interno di tutte le articolazioni organizzative, nella rete ospedaliera e tra ospedale e territorio, per rispondere in maniera sempre più "sostenibile" ai bisogni degli utenti, promuovere attività strutturate di miglioramento dei risultati clinici e organizzativi e garantire percorsi di riorganizzazione che siano funzionali ad assicurare il miglior uso possibile delle risorse messe a disposizione.

1.1. Produzione

Alla luce di quanto più sopra premesso, l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma (AOU PR) nel corso del 2013 sarà impegnata ad orientare e perfezionare le proprie scelte organizzative nel rispetto dei contenuti della programmazione regionale e locale, con particolare attenzione alla sostenibilità e quindi alla ricerca delle necessarie economie per compensare il calo delle risorse a disposizione. Questo allo scopo di preservare il livello quali-quantitativo della capacità di risposta da parte della nostra Azienda al bisogno assistenziale. Pertanto il piano delle azioni 2013 sarà caratterizzato dall'attenzione alle seguenti tematiche:

- Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse con conseguente riduzione dei costi di gestione a parità quali-quantitativa del livello di produzione;
- Appropriately clinico-organizzativa;
- Qualità dell'assistenza;
- Sviluppo di nuovi modelli organizzativi;
- Integrazione intra e inter ospedaliera;
- Continuità Assistenziale e centralizzazione del paziente nel percorso di cura.

L'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse, a parità di casistica trattata e di qualità delle prestazioni, si svilupperà mediante la ricerca sistematica delle azioni di miglioramento e razionalizzazione dei processi produttivi, che le varie strutture organizzative dovranno esplicitare in sede di budget e perseguire nei vari setting assistenziali. In particolare, dovrà essere prestata grande attenzione non solo al consumo di beni e servizi, ma anche al consumo di prestazioni intermedie, realizzando inoltre un periodico riesame delle attività svolte e dei risultati conseguiti.

La ricerca dell'appropriatezza delle modalità di erogazione delle prestazioni, così come previsto dalla normativa, si svilupperà progressivamente attraverso:

- il completo trasferimento in regime ambulatoriale dei DH diagnostici medici;
- la riduzione dei DH Terapeutici medici;
- il graduale adeguamento dei DH chirurgici a quanto previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 e in generale dall'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica;

- lo spostamento della casistica inappropriata erogata in degenza ordinaria verso altro setting organizzativo.

La promozione dell'integrazione attraverso lo sviluppo delle reti cliniche, il governo delle connessioni, i percorsi clinico assistenziali condivisi tra Territorio ed Ospedale e più in generale la clinical governance costituiranno anche per il 2013 le fondamenta per il consolidamento di un approccio multidisciplinare e pluriprofessionale incentrato sul confronto, sulla verifica e sul miglioramento dei processi assistenziali. Questo anche attraverso la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi.

Ambiti prioritari delle logiche di rete e di integrazione Ospedale-Territorio saranno rappresentati da:

- rimodulazione delle reti interne al sistema ospedaliero finalizzate al più appropriato utilizzo dei posti letto e allineamento della degenza a quella attesa, soprattutto di area internistica e in sintonia con la domanda afferente al Pronto Soccorso;
- qualificazione specialistica di aree dipartimentali (Dipartimenti Chirurgici) in termini di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento alla disponibilità di sedute operatorie;
- sviluppo della digitalizzazione e della costruzione delle reti informatiche funzionali all'ammodernamento delle strutture e alla promozione dell'integrazione con i professionisti interni ed esterni all'Azienda;
- esplicitazione e condivisione delle azioni progettuali inerenti le innovazioni strutturali, con particolare attenzione alla realizzazione della Piastra IV lotto;
- integrazione con le nascenti Case della Salute.

In conclusione, richiamando sia i risultati osservati nel corso del 2012 che quanto sopra argomentato, si sintetizzano per l'anno 2013 i seguenti principali macro-obiettivi:

Produzione: Principali obiettivi	
1	Mantenimento/consolidamento quali-quantitativo della produzione e della capacità di attrazione
2	Ricerca dell'appropriatezza dei setting clinici e organizzativi
3	Ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse
4	Monitoraggio sistematico delle attività e delle risorse assorbite

1.2. Riorganizzazioni nei Dipartimenti

L'inscindibilità delle funzioni di didattica, di ricerca e di assistenza devono trovare attuazione in un rapporto cooperativo fra le varie componenti finalizzato alla qualificazione delle attività stesse e alla realizzazione dei fini istituzionali.

L'assetto istituzionale, a seguito del protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università, richiede la piena complementarietà della programmazione delle attività di rispettiva competenza finalizzandola al miglioramento complessivo del servizio pubblico di didattica, di ricerca e di tutela della salute.

Gli impegni che l'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma si assume sono la promozione di un contesto favorevole allo sviluppo di un ruolo di leadership per la ricerca in medicina, per l'innovazione assistenziale e organizzativa e la definizione di un assetto di regole e strumenti per la garanzia di trasparenza.

Nel corso del 2012 si è consolidata l'esperienza dei DAI, sia per quanto riguarda il funzionamento dei loro organi e l'attività interna, sia per quanto concerne il concretizzarsi del ruolo ad essi attribuito nell'organizzazione aziendale.

In corso d'anno, vista la nuova organizzazione dei Dipartimenti universitari, si procederà alle valutazioni di riorganizzazione dei DAI aziendali con l'obiettivo principale di raggiungere una maggiore efficienza nella condivisione delle risorse, una maggiore integrazione interdisciplinare e interprofessionale, sviluppare la capacità di produrre ricerca e innovazione, anche mediante l'integrazione degli strumenti di supporto già esistenti e l'attivazione di nuovi e di definire un sistema integrato di valutazione e valorizzazione dell'attività di ricerca, formazione e assistenza svolte dal personale universitario ed ospedaliero.

Verrà effettuato inoltre uno studio su nuovi modelli organizzativi maggiormente rispondenti alle nuove esigenze dei pazienti e alle conseguenti necessità di definizione dei setting assistenziali a questi rivolti con la finalità di migliorare l'efficienza, integrare maggiormente i professionisti in un'ottica multidisciplinare, migliorare l'integrazione tra ricerca e assistenza e favorire le collaborazioni nelle reti interaziendali.

A questo proposito, in Azienda si stanno sperimentando nuovi modelli organizzativi dell'assistenza ispirati all'intensità di cura.

A tale scopo nel 2013, si rende necessario avviare in alcuni reparti sperimentatori l'adozione di strumenti finalizzati a migliorare la programmazione, la gestione ed il controllo delle piattaforme a supporto di un governo complessivo dei vari flussi che caratterizzano la produzione sanitaria.

1.3. Ricerca e Innovazione

Il Servizio sanitario regionale (SSR) considera la ricerca quale funzione istituzionale fondamentale delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e degli IRCCS [DGR 199_2013]. Per tale motivo, Il finanziamento del sistema integrato Servizio Sanitario Regionale - Università nel 2013 assicura alle suddette aziende un sostegno finanziario complessivo pari a 47,250 milioni, a titolo di integrazione tariffaria per l'impatto che ricerca e didattica hanno sui costi di produzione aziendale.

La AOU di Parma utilizzerà tali finanziamenti per perseguire la promozione, incentivazione e valorizzazione della ricerca, attenendosi alle indicazioni presenti nella D.G.R. 1066 del 29 luglio 2009 ("La Ricerca come attività istituzionale del SSR. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende Sanitarie, in attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010") e la successiva D.G.R 1495 del 11/10/2010, in particolare tramite le seguenti attività principali:

- Realizzazione del Centro Comune di Ricerca (CCR), uno spazio interprofessionale e interdisciplinare dedicato allo sviluppo e alla attuazione di studi, che assicurino un reale impatto sulla salute e benefici economico-sociali. Il modello organizzativo mira a garantire l'accoglienza e la tutela dei diritti dei soggetti candidati a partecipare alle sperimentazioni, che verranno informati, educati e trattati in ambulatori dedicati, e al miglioramento dell'assistenza di pazienti non in studio, grazie al trasferimento tempestivo dei risultati degli studi nella pratica corrente. La presenza nel CCR di laboratori con strumentazioni d'avanguardia e personale altamente qualificato e di un'area dedicata alla formazione sulla ricerca favorirà inoltre la crescita professionale dei giovani medici e la loro capacità di applicare ai pazienti quanto appreso in sede sperimentale. Infine, la disponibilità di questa area consentirà ai ricercatori di condividere e sfruttare al massimo le risorse esistenti, di accrescere le conoscenze scientifiche e di seguire procedure operative standard (SOP basate sulle linee guida internazionali ICH_GCP) per assicurare ricerca di buona qualità.
- Redazione del nuovo Piano Aziendale della Ricerca, relativo al biennio 2013-2014, mantenendo le sei principali linee di ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, tra cui la "Medicina Personalizzata" individuata dal Collegio di Direzione quale area di ricerca prioritaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Anche questa edizione del Piano sarà definita in base alle proposte dei Dipartimenti, discussa dal Board per la Ricerca e Innovazione, sottoposta al Comitato di Indirizzo Aziendale per l'analisi della coerenza con la programmazione didattica e scientifica dell'Università, e approvata dal Collegio di Direzione.

2. RETI INTEGRATE E PROCESSI INTERNI

2.1. Governo clinico

Governo Clinico

Il Governo Clinico rappresenta una strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale e richiede una innovazione dell'approccio ai bisogni dei pazienti da parte del corpo professionale che deve essere orientato a soddisfare le aspettative degli utenti, sia tenendo conto del sistema organizzativo in cui sono inseriti che delle caratteristiche del processo assistenziale offerto. Il governo clinico ha come principali obiettivi l'efficacia, l'efficienza e il miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del miglior equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili.

Il tema della governo clinico e della qualità dell'assistenza non possono quindi essere disgiunti dalla capacità di misurare e valutare i risultati conseguiti dall'Azienda, sia in termini qualitativi sia dell'efficienza nell'uso delle risorse a disposizione.

Nel corso del 2013 le attività sul tema del governo clinico seguiranno 4 direttrici:

- **Appropriatezza delle cure:** Il Ministero della Salute ha elaborato gli indicatori di esito (Programma Nazionale Esiti) per le principali attività di alcune discipline, su questi indicatori si basa quindi il confronto tra le Regioni e all'interno di queste tra le Aziende. La Regione Emilia Romagna, tramite i data base regionali, elabora e trasmette alle aziende gli indicatori di governo clinico. I professionisti sono quindi chiamati, tramite dati oggettivi e rilevati con metodologie standardizzate, a confrontarsi sugli esiti delle principali prestazioni.
- **Responsabilizzazione dei Professionisti:** La cultura della valutazione, da parte dei professionisti, diventa uno snodo centrale. Particolare attenzione va posta quindi alla sorveglianza e al monitoraggio della qualità professionale attraverso lo sviluppo di misure (indicatori) capaci di dare sia una visione d'insieme sulla qualità dell'assistenza erogata nei diversi settori di pertinenza, che elementi utili per migliorare l'efficienza organizzativa.
- **Percorsi diagnostico terapeutici:** A partire dalle Linee Guida, i professionisti devono costruire Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, aziendali e interaziendali, al fine di definire il miglior iter del paziente affetto da specifiche patologie, nella complessa della rete di relazioni e di competenze multiprofessionali e multidisciplinari messe in campo dalle Aziende per rispondere ai bisogni dei pazienti e dei loro familiari.
- **Clinical Competence:** Le competenze professionali diventano fondamentali in un sistema orientato al governo clinico. Pertanto, i professionisti sono chiamati a confrontarsi con i parametri definiti nei requisiti specifici

dell'Accreditamento e a definire un modello organizzativo che mantenga la clinical competence, la misuri e ne dia evidenza.

Nel corso del 2013, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Referenti Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, verranno promossi dalla SSD Governo Clinico i seguenti principali obiettivi:

Governo Clinico: Principali obiettivi	
1	Perfezionamento della Rete Dipartimentale Governo Clinico (definizione ruoli e funzioni)
2	Allineamento Indicatori di Governo Clinico (Programma Nazionale Esiti, Indicatori Percorsi Assistenziali, Data Base clinici) agli standard nazionali e regionali (in particolare focus su i tempi di intervento sulle fratture e trattamento assistenziale dei pazienti diabetici)
3	Partecipazione ad AUDIT Regionali e Nazionali (organizzativi e clinici)
4	Prosecuzione dell'aggiornamento/avvio Percorsi Diagnostico Terapeutici aziendali e interaziendali (melanoma, stato di male, parkinson e parkinsonismi, sclerosi multipla, dolore toracico, labiopalatoschisi, trombo embolia polmonare, protesi dell'anca, ecc.)
5	Appropriatezza delle richieste esami radiologici ed esami di laboratorio e delle prestazioni intermedie
6	Supporto alla verifica delle Clinical Competence (in linea con le indicazioni presenti nei requisiti specifici dell'Accreditamento)
7	Valorizzazione delle competenze professionali con progetti che prevedano la figura assistenziale quale riferimento per la risposta ai bisogni espressi dall'utenza (Es: Case manager, Bed Manager, Consulenze infermieristiche, Ambulatori a gestione infermieristica o ostetrica)
8	Diffusione di tutti i percorsi attivati attraverso eventi formativi e la rete Intranet Aziendale

Gestione del rischio

Il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna pone una particolare attenzione al tema della sicurezza, intesa come sicurezza delle strutture, delle attrezzature, dei processi clinici assistenziali e dei professionisti, che rappresenta la condizione essenziale per l'erogazione di servizi sanitari di qualità. In questo quadro la garanzia della sicurezza alle persone che condividono lo spazio di vita e di lavoro in cui vengono erogate le cure e l'assistenza è da considerare come responsabilità primaria delle Aziende sanitarie.

La gestione dei rischi di diversa natura, cui i diversi ambiti assistenziali possono esporre le persone, è funzionale alla realizzazione di condizioni di sicurezza e si esplicita nelle attività cliniche, gestionali e amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre il rischio di eventi avversi e di danni per i pazienti, gli operatori ed i visitatori, nonché per individuare e contenere il rischio di una perdita di fiducia e di un danno economico per l'organizzazione sanitaria.

L'Azienda intende dare piena attuazione alle linee di indirizzo regionali alle aziende sanitarie in tema di gestione del rischio per la prevenzione degli errori clinici, organizzativi e gestionali e, di conseguenza, degli eventi avversi, con particolare riferimento alla predisposizione/aggiornamento del Piano Programma aziendale di gestione del rischio, garantendo un approccio multidimensionale e rendendo operativa l'adozione della mappatura delle prevalenti criticità aziendali.

Nel corso del 2013 le attività sul tema gestione del rischio seguiranno 4 direttrici:

- Identificazione dei pericoli: Valutazione integrata delle segnalazioni (segnalazioni di eventi e quasi-eventi, analisi di processo, eventi critici, segnalazioni degli utenti, studio delle Non Conformità, dei guasti, dei disservizi, eventi mediatici) finalizzata alla gestione dei casi e all'alimentazione dei data base per la mappatura dei pericoli.
- Sviluppo della cultura professionale orientata alla sicurezza delle cure: programmi sull'apprendimento organizzativo per la prevenzione degli incidenti e di coinvolgimento dei professionisti, dei pazienti, dei loro familiari nei processi assistenziali, con la finalità di migliorare la sicurezza nell'organizzazione dei servizi.
- Buone pratiche di provata efficacia: costante manutenzione e verifica dell'applicazione a livello organizzativo, clinico e amministrativo inerente l'ampio ventaglio delle Raccomandazioni Regionali e Ministeriali in tema di sicurezza.
- Gestione Eventi Critici: condivisione e diffusione degli indirizzi gestionali per affrontare, superare gli eventi critici che conseguono ad un evento grave, evento mediatico, evento sentinella verificatosi nella nostra o in altra Azienda. Tali eventi, per la loro drammaticità, per l'impatto psicologico sugli operatori e le conseguenze, possono mettere a rischio l'insieme delle relazioni interne e con la cittadinanza.

Nel corso del 2013, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Referenti Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, verranno promossi dalla SSD Governo Clinico i seguenti principali obiettivi:

Principali obiettivi per Tutti i Dipartimenti	
1	Condivisione in Collegio di Direzione del Piano Programma delle attività aziendali sulla Gestione del rischio (basato su tutte le fonti informative aziendali)
2	Perfezionamento del Modello Organizzativo Dipartimentale Gestione del Rischio (definizione ruoli e funzioni)
3	Individuazione criticità, segnalazione e gestione degli eventi e quasi-eventi per Dipartimento (Incident Reporting) N°segnalazioni IR attese = N°sinistri 2011*10
4	Identificazione delle Azioni di Miglioramento a seguito di segnalazione, mediante l'utilizzo del Format Aziendale "Azioni di Miglioramento"
5	Mantenimento del monitoraggio del Fenomeno Cadute (Scheda Cadute - Incident Reporting)
6	Partecipazione a eventi formativi mirati alla diffusione aziendale degli strumenti per la gestione del rischio (Incident Reporting, Azioni di miglioramento, Significant Event Audit, RCA, ADR, Safety Walkaround, Gestione della crisi ecc.)
7	Autovalutazione e partecipazione agli AUDIT Linee guida per la corretta tenuta della documentazione sanitaria

8	Utilizzo degli strumenti per la sicurezza della gestione Clinica del Farmaco (ricognizione, riconciliazione farmacologia, Foglio Unico Terapia, Farmaci LASA)
9	Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e della RER (Cadute, identificazione del paziente, sicurezza delle sale operatorie, ecc.)
10	Realizzazione almeno di un progetto di miglioramento della sicurezza attraverso azioni di partnership con i cittadini/familiari di pazienti/associazioni di utenti

Principali obiettivi per alcuni Dipartimenti/ Strutture

1	Mantenimento Progetto SOS.net Sicurezza nelle Sale Operatorie (Chirurgie Generali e Specialistiche) % SSCL redatte / N° Interventi Programmati
2	Sviluppo SOS.net nelle attività invasive al di fuori delle sale operatorie (broncoscopie, endoscopie, interventistica, emodinamica, elettrofisiologia ecc.)
3	Sviluppo della Sicurezza della Dimissione: estensione della CL validata di dimissione del paziente fragile (Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo)
4	Valutazione dell'impatto della CL Dimissione Paziente Fragile (Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo)
5	Prevenzione del rischio suicidio: attivazione del confronto (focus groups) con i Dipartimenti Medico-Polispecialistico e sviluppo della Buona Pratica
6	Prevenzione del rischio cadute: attivazione del confronto (focus groups) con i Dipartimenti che presentano le maggiori incidenze del fenomeno e con esiti medio-maggiore (Cardionefropolmonare, Chirurgico, Emergenza-Urgenza, Geriatrico-Riabilitativo)
7	Rilevazione e diffusione delle NON Conformità Sistema richieste radiologiche (Diagnostica per Immagini e Neuroscienze)
8	Rilevazione e diffusione delle NON Conformità campioni biologici

Principali obiettivi per la SSD Governo Clinico e Gestione del rischio

1	Definizione e diffusione dell'Osservatorio Aziendale delle Azioni di Miglioramento per la sicurezza
2	Implementazione dell'Osservatorio delle Buone Pratiche AGENAS
3	Valutazione dell'impatto di nuovi strumenti di gestione del rischio
4	Consolidamento data base Incident Reporting, Cadute, SOS.net ecc. e diffusione Sistema Aziendale di Segnalazione
5	Supporto per la gestione dei casi (Incident Reporting, Azioni di Miglioramento, Eventi Critici)
6	Diffusione procedura per eventi critici (sentinella, eventi gravi, eventi mediatici)
7	Realizzazione degli eventi formativi mirati alla diffusione aziendale degli strumenti specifici per la gestione del Rischio Clinico (Incident Reporting, SEA, RCA, ADR, Safety Walkaround ecc.) e formazione neoassunti
8	Partecipazione ad iniziative interaziendali sul tema gestione del rischio (Regionali e AVEN)
9	Diffusione di tutti i percorsi attivati per la sicurezza delle prestazioni attraverso la rete Intranet Aziendale
10	Analisi dei costi per la sicurezza delle prestazioni

Gestione dei sinistri

L'Azienda, attraverso il Settore Medico Legale, prosegue la partecipazione al sottoprogetto regionale "Malpractice claims dataset and policy" finalizzato alla implementazione del database regionale inerente i sinistri sanitari e alla creazione di un "Minimum data set" per informazioni inerenti la sinistrosità sanitaria regionale, da inviare al Ministero della Salute. Tali dati consentono anche di mappare meglio la sinistrosità aziendale in termini di frequenza, gravità e luogo di occorrenza. L'implementazione informativa è attivata quando arriva una specifica richiesta risarcitoria e costantemente aggiornata in rapporto all'iter istruttorio - risarcitorio, sino alla conclusione della specifica vicenda.

Nel corso del 2013, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Referenti Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, verranno promossi dalla Settore Medico-Legale i seguenti principali obiettivi:

Principali obiettivi del Settore Medico Legale	
1	Supporto alle UO per la gestione dei sinistri e alimentazione del data base sinistri
2	Supporto alla redazione della procedura per eventi critici (eventi sentinella, eventi gravi, eventi mediatici)
3	Realizzazione degli eventi formativi mirati alla diffusione aziendale delle Linee guida per la corretta tenuta della documentazione sanitaria e all'Autovalutazione da parte delle Strutture
4	Definizione e partecipazione agli AUDIT Linee guida per la corretta tenuta della documentazione sanitaria
5	Supporto alla formazione di eventi formativi inerenti la gestione del rischio

Gestione del rischio Infettivo

Il Rischio Infettivo rappresenta un'area di particolare attenzione per la rilevanza e la connotazione che spazia da aspetti di sanità pubblica, alle modalità organizzative e al funzionamento delle organizzazioni sanitarie. Il tema si estrinseca quindi in vari ambiti: prevenzione, sorveglianza, interventi sulle organizzazioni sanitarie, interventi sui comportamenti professionali. In questo sistema si inseriscono nuovi determinanti quali: infezioni e agenti eziologici nuovi; nuovi gruppi di popolazioni a rischio; nuove cronicità; interventi inappropriati o non efficaci che hanno effetti sulla salute della collettività.

Nel corso del 2013, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Referenti Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, verranno promossi dal Servizio di Igiene Ospedaliera, medicina preventiva e sicurezza i seguenti principali obiettivi:

Gestione del rischio Infettivo: Principali obiettivi	
1	Consolidare e sviluppare le funzioni aziendali di gestione del Rischio Infettivo
2	Aggiornamento periodico Piano gestione del rischio infettivo
3	Elaborazione di Report sui problemi evidenziati, le iniziative avviate e i risultati raggiunti
4	Sorveglianza delle ICA (sistema di sorveglianza delle epidemie e degli eventi sentinella, sorveglianza in terapia intensiva-SITIER)
5	Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi
6	Sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico - SICHER - Formazione ed implementazione del sistema di sorveglianza a livello di UU.OO. Dipartimentale
7	Sviluppo di progetti aziendali mirati a promuovere la sicurezza in aree prioritarie: Igiene delle mani, Precauzioni isolamento, Gestione dei pazienti esposti alle procedure invasive più frequenti (catetere urinario e cateteri intravascolari)
8	Conduzione di programmi di formazione sul rischio infettivo che coinvolgano capillarmente i neo assunti
9	Implementazione delle linee guida in tema di Antibiotico profilassi in chirurgia ed uso corretto degli antibiotici
10	Applicazione dei principali progetti aziendali di riferimento (monitoraggio igienico-ambientale delle aree ad alto rischio, individuazione percorsi ospedalieri, misure d'isolamento, gestione dei dispositivi e delle attrezzature sanitarie, gestione dell'antisepsi e della disinfezione ecc.)
11	Formazione, Informazione ed Addestramento sulla prevenzione e gestione del rischio infettivo: Implementazione dei programmi relativi al rischio infettivo, all'igiene degli ambienti sanitari e del sistema gestione ambientale, ecc.)
12	Diffusione di tutti i percorsi attivati per la gestione del rischio infettivo attraverso la rete Intranet Aziendale
13	Promozione di Corretti Stili di Vita: Applicazione delle linee-guida Regionali ed Aziendali (es. alimentazione, fumo, movimentazione, ecc.)
14	Supporto alla formazione di eventi formativi inerenti la gestione del rischio

Accreditamento

L'Accreditamento, strumento per assicurare ai cittadini sicurezza, standard di qualità e omogeneità delle cure, è teso a garantire che le attività erogate producano risultati congruenti con le finalità dell'organizzazione sanitaria e compatibili con la programmazione aziendale. Il processo di Accreditamento è volto anche a facilitare l'adozione di politiche di miglioramento della qualità delle strutture organizzative aziendali, promuovendo un processo di condivisione di obiettivi, metodi, standard e sistemi di monitoraggio dei risultati ottenuti, funzionale alla promozione di una crescente integrazione multiprofessionale e tra le diverse articolazioni organizzative aziendali.

L'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'Accreditamento" del 20.12.2012, individua i criteri e i relativi requisiti che dovranno essere contenuti nella normativa regionale per l'Accreditamento istituzionale a garanzia della qualità delle prestazioni erogate, per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza e perseguire gli obiettivi di tutela della salute dei cittadini.

L'Agenzia Sanitaria e Sociale con Delibera n. 53 del 21.01.13 ha definito le "indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di Accreditamento". In particolare il documento disciplina tempi, modalità e la nuova modulistica da utilizzare per i rinnovi e per le nuove domande di accreditamento.

Particolare risalto è dato alla segnalazione delle "variazioni delle attività" intervenute dopo il primo accreditamento e alla "verifica della permanenza dei requisiti" posseduti. Infine, le Aziende sono chiamate ad effettuare visite di verifica intermedie ogni 2 anni, ovvero nel periodo di vigenza del decreto di Accreditamento istituzionale.

Nel corso del 2013, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Referenti Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, verranno promossi dalla SSD Governo Clinico i seguenti principali obiettivi:

Accreditamento: Principali obiettivi	
1	Condivisione in Collegio di Direzione del Piano Programma delle attività aziendali sull'Accreditamento (pianificazione pluriennale delle Visite Esterne e delle Visite Intermedie)
2	Definizione e condivisione con il Collegio di Direzione del Manuale Organizzativo del Dipartimento e dei format degli allegati (organigramma, funzionigramma, catalogo dei prodotti, piano degli indicatori, interfacce, elenco procedure/istruzioni operative/linee guida, protocolli/PDTA ecc.)
3	Coinvolgimento della Rete Aziendale dei Valutatori regionali nella realizzazione del Piano Programma Accreditamento
4	Accreditamento dei Dipartimenti: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cardionefropolmonare ▪ Patologia e Medicina di laboratorio

5	Realizzazione Audit sul sistema qualità per i Dipartimenti <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medico Polispecialistico ▪ Diagnostica per Immagini ▪ Testa Collo ▪ Oncematologico Internistico ▪ Patologia e Medicina di laboratorio ▪ Materno-Infantile
6	Ricognizione delle procedure dipartimentali e di struttura con la finalità di valorizzare in azienda il lavoro svolto e semplificare il sistema documentale
7	Partecipazione attiva alla redazione dei propri documenti da allegare al Manuale Organizzativo di Dipartimento e della relazione ex-post
8	Diffusione in Intranet dei Documenti per l'Accreditamento

Politica del farmaco

Si conferma per il 2013 l'obiettivo generale di politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica ospedaliera che si concretizza nell'adesione ai progetti di gestione delle gare in unione d'acquisto di Area Vasta Emilia Nord (AVEN) e regionali (INTERCENT-ER), di centralizzazione logistica, di monitoraggio ed appropriatezza dei trattamenti, di monitoraggio dei consumi e di consolidamento/aumento dell'erogazione diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero e da visita ambulatoriale.

Secondo le linee programmatiche regionali e in considerazione dei limiti economici imposti dal finanziamento del SSR al fine di garantire un uso appropriato delle risorse persiste il vincolo per le Aziende di adeguamento alle linee guida definite in ambito regionale , alle Raccomandazioni e monitoraggi a essi correlati.

Le categorie di farmaci principalmente interessate sono : antibiotici, antineoplastici, immunomodulatori, antivirali, biologici, nuovi farmaci cardiologici e della coagulazione , nuovi farmaci per il diabete.

Permane l'obiettivo di coerenza con il Prontuario Terapeutico Regionale e con il Prontuario del Farmaco di Area Vasta riducendo al massimo le richieste di farmaci extra prontuario e le richieste di usi off label in tutti gli ambiti prescrittivi specialistici allo scopo di conseguire la prescrizione quanto più vantaggiosa per il SSR.

Si mantiene l'indicazione alla manutenzione e allo sviluppo del sistema di governo dell'impiego dei dispositivi medici coerente con le disposizioni nazionali e regionali che prevede l'attività della Commissione Aziendale sui Dispositivi Medici in collegamento con la Commissione RER e la formulazione dei Repertori

Per i Servizi coinvolti si mantiene l'impegno alla prosecuzione dei processi di integrazione strutturale relativi alla centralizzazione dei magazzini farmaceutici e economici.

Ai fini della riduzione dei costi e degli scarti di produzione nell'ambito della realizzazione dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche del progetto di rete regionale vengono avviate le attività finalizzate alla centralizzazione sovra-aziendale.

Nello specifico l'Azienda intende realizzare quanto segue:

- attuare la politica del farmaco attraverso l'adozione e la diffusione degli strumenti di governo clinico e l'applicazione strutturata della MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ, divulgata già nella precedente negoziazione di budget, nelle diverse azioni che compongono il processo per la gestione delle risorse per l'assistenza farmaceutica;
- strutturare gruppi multidisciplinari per la realizzazione di audit clinici sul monitoraggio dell'uso appropriato dei farmaci, con particolare riguardo ai farmaci innovativi ad alto costo, oggetto di linee guida terapeutiche regionali e di area vasta;
- monitorare l'uso delle categorie di farmaci che assorbono una consistente quota di risorse (antineoplastici, immunomodulatori, antiretrovirali, ematologici, biologici derivanti da anticorpi monoclonali), nonché di quelle ad elevato rischio di inappropriata prescrizione (antibatterici ed antimicotici sistemici). Il monitoraggio deve essere assicurato in particolare nel campo dell'utilizzo dei farmaci biologici nell'artrite reumatoide, nella psoriasi moderata severa in linea ai documenti RER già divulgati e presenti sul sito regionale. Per quanto concerne gli antibiotici e gli antimicotici sistemici, l'appropriatezza prescrittiva deve essere garantita in linea alla richiesta strutturata motivata personalizzata in coerenza alle linee guida adottate in azienda; tale attività potrà estrinsecarsi in realizzazione di audit clinici su argomenti significativi;
- promuovere l'attività di farmacovigilanza proseguendo nella realizzazione di specifici progetti di farmacovigilanza attiva e consolidare le procedure per una corretta gestione del rischio clinico legato all'uso dei farmaci.

Politica del Farmaco: Principali obiettivi	
1	Miglioramento dell'integrazione tra le due Aziende Sanitarie provinciali finalizzata al perseguimento della continuità assistenziale Ospedale/Territorio (HT)
2	Sviluppo di progetti di farmacovigilanza attiva in riferimento alle indicazioni regionali soprattutto nel campo delle ADR in Pronto Soccorso e delle ADR nell'ambito oncoematologico.
3	Attuazione di azioni per il governo clinico dei farmaci e dei DM nel complesso delle attività scientifiche di cura e delle attività gestionali riferite alla applicazione dei sistemi di sovrapposibilità clinica e di conduzione delle gare
4	Sviluppo azioni per la sicurezza nella somministrazione farmaci
5	Monitoraggio appropriatezza d'uso farmaci specialistici da parte dei centri autorizzati: <ul style="list-style-type: none"> ▪ onco-ematologia ▪ reumatologia (artrite reumatoide) ▪ oculistica (trattamento della DMLE) ▪ dermatologia (psoriasi a placche) ▪ epatologia (antivirali nella epatite B e C) ▪ neurologia (sclerosi multipla)

2.2. Reti integrate

In attesa della definizione dei nuovi obiettivi del PAL 2012-2014, si ritiene di riproporre per il 2012, oltre al consolidamento e/o completamento degli obiettivi sopra richiamati, le seguenti tematiche:

Continuità Assistenziale

DIABETE

- Implementazione del registro di patologia
- Consolidamento del progetto di gestione integrata, con l'applicazione delle nuove modalità di follow-up previste negli indirizzi regionali
- Sperimentazione dell'applicazione del progetto SOLE alla cartella diabetologica Eurotouch
- Perfezionamento del collegamento delle reti informatiche tra le due aziende sanitarie
- Piena applicazione dei protocolli condivisi per la fornitura del materiale di autocontrollo della glicemia e gestione della terapia e progressiva informatizzazione della procedura di distribuzione dei presidi
- Valorizzazione delle professioni sanitarie nel nursing del paziente diabetico
- Costruzione della rete fra le strutture diabetologiche provinciali, ambulatoriali e ospedaliere, e rapporti con i medici di medicina generale

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

- Follow up, monitoraggio e procedure condivise
- Monitoraggio dell'applicazione delle linee guida

NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE

- Valorizzazione delle professioni sanitarie nel percorso di cura del paziente in nutrizione artificiale domiciliare, con valutazione di congruità dei bisogni emergenti
- Ridefinizione delle Linee Guida interaziendali su indicazioni e monitoraggio dell'attività della nutrizione artificiale, con riferimento ai criteri di eleggibilità, etica degli interventi ed appropriatezza clinica
- Gestione Informatizzata dei pazienti trattati con Nutrizione Artificiale
- Nuove indicazioni alla Nutrizione Artificiale, anche per l'ambito pediatrico

RETE CARDIOLOGICA

- Ridefinizione della strategia terapeutica della rete IMA (infarto miocardico acuto)
- Costituzione di una rete per la gestione dello scompenso cardiaco cronico
- Miglioramento e innovazione delle attività ambulatoriali
- Consolidare la continuità assistenziale
- Rafforzare i progetti di prevenzione delle malattie cardiovascolari

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE

- Potenziare e migliorare l'integrazione fra Centri di Sorveglianza e Medici di Medicina Generale in particolari situazioni

- Completare il sistema informativo nei principali punti prelievi territoriali ed il loro collegamento in rete via web con i Centri di Sorveglianza di riferimento

LUNGODEGENZA, RIABILITAZIONE, GRAVI CEREBROLESIONI (GRACER), GRAVI DEFICIENZE ACQUISITE (GRADA)

LUNGODEGENZA

- Completamento e razionalizzazione della dotazione provinciale di posti letto di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (LD PARE)
- Miglioramento dell'integrazione funzionale e della messa in rete delle diverse strutture di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (LD PARE)
- Approfondimento della conoscenza delle diverse tipologie di pazienti che utilizzano i letti di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva (LD PARE)

RIABILITAZIONE

- Sviluppo di collegamenti strutturati fra le due Aziende Sanitarie e le strutture a codice 56 (riabilitazione intensiva), 60 (riabilitazione estensiva) e 75 (neuroriabilitazione ad alta specializzazione) per la definizione della continuità clinica
- Definizione protocollo per la gestione del paziente affetto da gravissima disabilità acquisita
- Ridefinizione delle competenze tecniche in relazione alle esigenze di integrazione socio-sanitaria
- Attuazione sistematizzata del concetto di performance ed autonomia della persona diversamente abile (secondo la classificazione ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health – O.M.S. 2001)

DEMENZE

- Sviluppare i rapporti tra le strutture ospedaliere del territorio provinciale

OSSERVATORIO LESIONE DA DECUBITO

- · Appropriatelyzza nella gestione dei presidi attraverso la piattaforma "ONWEB" per la gestione dei pazienti con rischio o con lesioni da decubito

Accessibilità

PERCORSI E SPORTELLI

- Realizzazione dell'integrazione tra rete degli sportelli unici sanitari e rete degli sportelli sociali
- Consolidamento e ampliamento delle modalità di accesso ai servizi sanitari
- Consolidamento delle modalità di consultazione dei referti via Web tramite la rete di SOLE
- Semplificazione delle modalità di pagamento del ticket attraverso l'ampliamento dei canali di riscossione
- Gestione informatizzata della sicurezza e della riservatezza dei dati personali nei percorsi di accesso ai servizi sanitari.
- Migliorare il processo di trasporto sanitario nell'ottica dell'ottimizzazione dei percorsi interni allo scopo di migliorare la qualità del percorso di cura dell'utente ed ottimizzare le risorse impiegate.

Integrazione ed altri temi prioritari

DIALISI

- Consolidare l'attività di prevenzione delle patologie renali croniche
- Integrazione professionale tra personale infermieristico operante nei Centri Assistenza Limitata della Azienda USL e personale infermieristico dell'Ospedale di Parma

LE RETI CLINICHE TERRITORIALI DELLE CURE PRIMARIE

- Strutturazione funzioni dei nuclei delle cure primarie, per:
 - Integrazione con i medici di continuità assistenziale e con gli specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri;
 - Miglioramento dei percorsi di integrazione ospedale-territorio per favorire ed ulteriormente sviluppare le dimissioni protette
- Sviluppo del "chronic care model" nella presa in cura di pazienti affetti da patologie croniche
- Sviluppo dell'utilizzo delle pratiche e degli strumenti del governo clinico e clinico -assistenziale al fine di promuovere un utilizzo appropriato dei servizi e di qualificare l'erogazione di prodotti effettivamente orientati ai bisogni
- Piena realizzazione del progetto SOLE

PROMOZIONE STILI DI VITA SANI E RISCHIO INFETTIVO

- Monitorare e promuovere corretti stili di vita sull'alimentazione
- Promuovere formazione, informazione e monitoraggio sul rischio infettivo

SICUREZZA SUL LAVORO

- Concorrere alla promozione di stili di vita sani attraverso iniziative integrate sul binomio dipendenze e lavoro
- Monitoraggio delle malattie professionali

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

- Omogeneizzazione dei criteri di valutazione integrata della disabilità e della non autosufficienza
- Qualificazione dei processi assistenziali integrati a partire dalle situazioni più gravi e multiproblematiche

3. CITTADINI-UTENTI

3.1. Equità

L'equità rappresenta il consolidamento di un diritto per la comunità rispetto alle opportunità di cura disponibili. L'equità viene intesa come capacità dei servizi aziendali esistenti (spesso in integrazione con quelli dell'Azienda territoriale) di saper rispondere, con rinnovate competenze, alla presa in carico delle persone in difficoltà senza alcuna differenziazione.

Nell'ambito delle iniziative in tema di equità, l'Azienda ha attivato a fine 2011 un servizio di Mediazione Linguistico-Culturale telefonica, avente la finalità di facilitare l'accesso e la fruibilità ai servizi aziendali da parte dei cittadini stranieri. L'impiego della mediazione culturale all'interno di una struttura ospedaliera intende agevolare la pratica clinica e, di conseguenza, il lavoro e la sua organizzazione; essa permette di aiutare ammalati e familiari, da una parte, e operatori sanitari dall'altra, riguardo la necessità di comunicare reciprocamente, e contribuisce all'avvicinamento e alla comprensione reciproca di culture diverse. La costruzione di una partnership tra cittadini e servizi è una delle leve fondamentali per migliorare la salute e per offrire un'assistenza sociale e sanitaria di tipo universalistico, fedele ai principi di equità, accessibilità ed efficacia.

Per dare coerenza e sistematicità allo sviluppo di progettualità volte ad azioni di contrasto delle iniquità e per favorire l'utilizzo di strumenti di assessment, l'Azienda già nel corso del 2012 ha definito un Piano dell'equità e un modello di governo dell'equità condiviso con il Collegio di Direzione. Verrà quindi definito un programma annuale per il 2013 con proiezione triennale in tema di equità che terrà conto e darà continuità ai progetti già in essere:

- Implementazione, in ambito aziendale, della scheda per l'auto-valutazione riguardo l'equità, proposta dalla ASSR;
- Sperimentazione degli strumenti di equality assessment elaborati in ambito regionale;
- Servizio di mediazione linguistico-culturale in Azienda Ospedaliero-Universitaria: anche nel corso del 2013, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Responsabili Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, la Direzione del Servizio Assistenziale promuoverà e monitorerà il corretto utilizzo dello sportello di mediazione linguistico - culturale telefonica al fine di risolvere le criticità di interazione tra paziente straniero e professionisti sanitari in modo tempestivo ed efficace per contenere i tempi delle prestazioni erogate garantendo la comprensibilità dei linguaggi e delle istanze.
- Infine, l'applicazione della metodologia regionale di indagine sulla qualità percepita nelle degenze consentirà la prosecuzione delle indagini anche con cittadini stranieri grazie all'utilizzo di un questionario con versioni tradotte nelle lingue oggi più parlate dall'utenza straniera (inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese, albanese e rumeno).

3.2. Accessibilità

Tempi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero

Per l'anno 2013 ed in continuità con quanto realizzato e perseguito nel 2012, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si ripropone il presidio sistematico del governo delle liste d'attesa per pazienti ricoverati, attraverso il consolidamento e l'ottimizzazione dell'esperienza, degli strumenti e dei processi agiti nel 2012.

Tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

L'AOU PR per il 2013 fissa come obiettivi di maggiore rilevanza:

- Il mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard regionali di 30 giorni per le visite specialistiche e 60 giorni per le indagini strumentali;
- La definizione ed attivazione di nuovi percorsi di Day Service Ambulatoriale (DSA 1 e DSA 2);
- La semplificazione degli accessi: corretto utilizzo da parte degli specialisti ospedalieri del PERCORSO DEBURO (prescrizione su ricettario SSN di prestazioni successive alla prima visita);
- L'organizzazione delle attività ambulatoriali recentemente poste in essere dalla D.G.R. 1108/2011
- L'organizzazione di percorsi ambulatoriali in specifiche aree: Day Surgery, Ambulatori pediatrici, area ambulatoriale padiglione Cattani.

3.3. Accoglienza e umanizzazione

La comunicazione per l'accesso ai servizi

Gli obiettivi per l'anno 2013 correlati allo sviluppo dell'area dell'accesso ai servizi sono:

- Miglioramento dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali. Al fine di agevolare l'accesso alle prestazioni e garantire la continuità diagnostico-terapeutica per gli utenti si deve mantenere il percorso già in essere della deburocratizzazione che prevede la prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali successive alla prima visita sul ricettario SSN.
- Progetto Sole. Nel 2013, il Progetto SOLE continuerà a costituire elemento portante di riferimento nel percorso di integrazione tra Specialisti Ospedalieri e Medici di Medicina Generale. Secondo quanto previsto dal progetto, si continuerà nello sviluppo della digitalizzazione ed informatizzazione delle reti di integrazione tra Professionisti. In particolare, per le prestazioni prescritte dai MMG e/o PLS sulla piattaforma SOLE si provvederà alla spedizione

attraverso il portale SOLE dei referti di Radiologia, Laboratorio, Pronto Soccorso, referti delle visite specialistiche e lettera di dimissione, in occasione di ricovero ospedaliero.

- Numero Verde Regionale. L'Azienda garantisce un costante aggiornamento di tutte le informazioni contenute nella banca dati regionale per soddisfare bisogni informativi specifici, soprattutto in tema di accesso ai servizi.

La comunicazione per la gestione individuale dell'assistenza

I Principali interventi per l'anno 2013 riguardano:

- Schede di Accoglienza. Elaborazione e distribuzione delle schede di accoglienza per ciascuna Unità Operativa descrittive le principali caratteristiche dell'articolazione organizzativa da consegnare a ciascun utente ricoverato e/o ambulatoriale.
- Guida ad una migliore permanenza in Ospedale. Elaborazione e distribuzione di un opuscolo rivolto agli utenti ricoverati e destinato ad informare il paziente e i suoi familiari circa le modalità organizzative che caratterizzano la degenza ospedaliera.
- Scheda prevenzione delle cadute. Elaborazione e distribuzione delle schede di "Prevenzione delle cadute in ambiente ospedaliero" rivolti agli utenti ricoverati e loro caregiver e predisposizione/diffusione in tutte le degenze dei poster informativi sul medesimo tema e presso il Comitato Consultivo Misto e Tribunale per i Diritti del Malato.
- La mediazione dei conflitti per la prevenzione/riduzione del contenzioso. Nel corso del 2013 sarà mantenuta la funzione di mediazione dei conflitti nelle strutture sanitarie. Tale funzione è uno strumento per prevenire e limitare il contenzioso, ponendosi come obiettivo quello di ristabilire la relazione tra gli utenti e gli operatori sanitari coinvolti nel conflitto per ricostituire un rapporto di fiducia tra utente e struttura sanitaria.

Empowerment del cittadino e/o caregiver sui temi della sicurezza delle cure

Nel corso del 2013 si intende promuovere l'empowerment del cittadino/utente e dei caregiver rispetto ai temi della sicurezza dei processi clinico - assistenziali ospedalieri, in modo da facilitare la diffusione di educazione sanitaria sui temi di buona gestione del rischio.

3.4 Qualità - Relazione

Nel 2012 è stato completato il Programma triennale aziendale, condiviso con l'ASSR, sul tema dell'ascolto e del coinvolgimento dei pazienti e dei professionisti, che utilizza strumenti regionali anche al fine di favorire il benchmarking tra le aziende sanitarie regionali attraverso le reti dei referenti aziendali. Nel corso del 2013 l'AOU di Parma è chiamata a partecipare ai Gruppi di Lavoro Regionali orientati verso le seguenti aree:

- Indicatori per valutare le performance delle aziende dal punto di vista dei cittadini
- Elaborazione di strumenti di ascolto per l'utenza minorenni
- Elaborazione di strumenti di ascolto su specifici percorsi assistenziali.

A partire dal lavoro regionale l'Azienda potrà definire un Piano delle azioni per l'ascolto e il coinvolgimento del cittadini e dei professionisti e partecipare alla progettazione di iniziative di empowerment di comunità, per favorire la partecipazione attiva dei professionisti alle scelte programmatiche e al miglioramento dei servizi.

Grazie al contributo attivo dei Direttori, dei Coordinatori e in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff, nel corso del 2013 verranno promossi dalla SSD Governo Clinico con il Servizio di Psicologia Ospedaliera, i seguenti principali obiettivi:

Qualità - Relazione: Principali obiettivi	
1	Condivisione con il Collegio di Direzione del Programma aziendale annuale Qualità a partire dalle indicazioni operative per la QP Degenza 2013 - 2015, basato sui gruppi di lavoro Regionali (valutazione qualità e individuazione delle priorità, coinvolgimento CCM, restituzione esiti delle indagini, progettazione azioni di miglioramento)
2	Aggiornamento Carta dei Servizi Aziendale con l'Ufficio Comunicazione e Ufficio Relazioni con il Pubblico
3	Sviluppo di indagini con metodi ed interventi qualitativi e quantitativi (focus group)
4	Supporto Formativo ai Professionisti sui temi della Relazione con i Pazienti e della sicurezza
5	Partecipazione ad iniziative interaziendali sul tema della qualità (Percorso Nascita, ecc.) ed ai Gruppi di Lavoro Regionali del biennio 2013 - 2015
6	Avvio della mappatura degli strumenti informativi redatti dalle Strutture per i Cittadini (Buone Pratiche di comunicazione - <i>Call Aziendale</i> 2013)

4. RISORSE UMANE, POLITICHE D'ACQUISTO E DI AREA VASTA, INVESTIMENTI

4.1. Risorse Umane e Formazione

Risorse Umane

Nell'anno 2013, la gestione delle risorse umane deve tenere conto dell'attuale contesto economico finanziario e quindi dell'insieme delle disposizioni rivolte alle pubbliche amministrazioni contenute nelle ultime manovre, che non si collocano più (o solamente) in una logica di tagli ma supportano un processo di revisione strutturale della spesa. In tale contesto di finanza pubblica prima di procedere a nuove assunzioni e a nuovi bandi, occorrerà innanzi tutto realizzare una seria e aggiornata analisi dei fabbisogni del personale e procedere ad una ineludibile redistribuzione e riqualificazione del personale.

In coerenza con quanto previsto le Aziende sono tenute:

1. Attenersi ad una gestione rigorosa ed oculata degli organici volta a garantire il contenimento del turn over e a limitare nuove assunzioni fino a concorrere alla media regionale del 25% dei posti resisi vacanti o disponibili, con l'adozione di misure idonee a ridurre gli incrementi delle proprie consistenze organiche e a limitare nuove assunzioni.
2. Diminuire tendenzialmente del 20% le spese di "sostituzione temporanea del personale" fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata al fine di garantire i servizi essenziali previsti.
3. Garantire - per il 2013 - invarianza della spesa iscritta nel bilancio preconsuntivo 2012, relativa all'attivazione di contratti di lavoro flessibile (lavoro interinale e collaborazioni sanitarie e non sanitarie) fatta esclusione per le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda.
4. Garantire invarianza della spesa per quanto riguarda assunzioni a tempo determinato fatte salve le situazioni di lunga assenza, straordinarie o emergenza. Le assunzioni a tempo determinato dovranno essere obbligatoriamente effettuate nel limite numerico dei contingenti che verranno autorizzati a tempo indeterminato nei Piani di Assunzione e per il periodo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali.
5. Migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali umane e finanziarie.

Formazione

Il 2013 è anno di consolidamento dei cambiamenti all'interno del sistema ECM: Sarà quindi di fondamentale importanza implementare gli strumenti che favoriscono la governance della formazione:

- Il Piano aziendale formativo,
- Il dossier formativo,
- La relazione annuale sulla formazione.

L'analisi di fabbisogno formativo effettuata a fine 2012 ha evidenziato le seguenti linee di tendenza per il triennio 2013-2015:

- L'attenzione allo sviluppo delle competenze dei professionisti
- Orientare la Formazione all'Organizzazione
- La formazione intesa come processo
- La formazione del gruppo interprofessionale e dell'èquipe
- Formazione dei professionisti e bisogni dei cittadini

In sintesi, i bisogni formativi evidenziati dai professionisti, su cui intervenire con la formazione, trasversalmente all'Azienda, in ordine di priorità, sono stati:

1. Area comunicativo-relazionale

- benessere organizzativo
- gestione delle persone e il lavoro di èquipe,
- comunicazione organizzativa e la comunicazione con paziente e care giver.
- educazione sanitaria/terapeutica
- equità e rispetto delle differenze

2. Area tecnico-professionale e della responsabilità

- bisogno di prevenzione e di sicurezza
- formazione in attività cliniche specialistiche e su prestazione tecnico-assistenziali,
- gestione dei processi diagnostico-terapeutici
- diritti e doveri dei professionisti
- responsabilità professionale e medico/legale,
- gestione del rischio e area giuridica

3. Area gestionale-organizzativa

- gestione della documentazione sanitaria,
- gestione del governo clinico,
- gestione delle risorse economiche
- integrazione socio-sanitaria

4. Area della ricerca/formazione

- formazione dei tutor dei tirocini
- formazione dei formatori
- formazione alla ricerca psicosociale
- formazione alla ricerca evidence based.

L'analisi di fabbisogno effettuata poi a livello dei singoli Dipartimenti ad Attività Integrata ha messo in evidenza 4 linee guida fondamentali per i processi formativi:

- qualità della comunicazione nella relazione di cura
- consolidare i processi di terapia del dolore
- sicurezza dei processi di cura
- prevenzione e controllo del rischio infettivo

Su queste aree sarà opportuno che insista la formazione proposta dai DAI.

Obiettivi della formazione aziendale per il 2013, con tendenza al triennio 2013-2015

Area comunicativo relazionale

Il tema del benessere organizzativo sarà approfondito per programmare poi interventi specifici

Anche il tema della gestione delle persone e del lavoro di equipe, che si collega agli aspetti già introdotti delle relazioni interprofessionali, degli stili di leadership, della gestione dei conflitti, merita una trattazione triennale, con interventi mirati alle singole UO.

In relazione alla comunicazione con utenti e care giver sono da implementare in azienda i percorsi formativi relativi al progetto regionale di health literacy.

Proseguono, nel 2013, progetti già attivi, quali:

- progetto relazioni interprofessionali
- progetti di educazione terapeutica con colloqui narrativi ai pazienti (cardiopatici, oncologici, onco-ematologici, geriatri e lungodegenti, care giver dei pazienti pediatrici...)
- progetto equità e rispetto delle differenze
- master in management delle comunicazioni e delle relazioni. La ricaduta organizzativa di questo master intenderebbe essere la creazione della rete degli esperti di comunicazione.
- progetto counseling organizzativo già attivo in nefrologia e laboratori di microbiologia e virologia
- laboratori della comunicazione per studenti dei corsi di laurea e per professionisti

Area tecnico-professionale e della responsabilità e giuridica

E' questa l'area che sostiene lo sviluppo delle competenze clinico-professionali, area di norma ben rappresentata nella programmazione formativa anche del triennio precedente.

Da quest'anno, in questa area, incidono percorsi formativi universitari:

- i due master su dolore e cure palliative per medici,
- il master sul dolore e cure palliative per professioni sanitarie
- il master in competenze infermieristiche avanzate in pediatria

Relativamente al lavorare in sicurezza si prosegue con formazione generale e specifica allargata a tutti i professionisti e con utilizzo di pacchetti di formazione di base in FAD.

Proseguono i percorsi formativi su tematiche legate a:

- privacy

- la tenuta della documentazione sanitaria
- rischio clinico
- la responsabilità professionale

In quest'area ricade anche tutta la formazione allo sviluppo di competenze avanzate di primo soccorso, di intervento in emergenza in ospedale e sul territorio. E' già stato portato all'attenzione del Collegio di Direzione un progetto per l'attivazione della formazione CRM ad alta fedeltà, che sarà attuata dal 2013, mentre già tutta la formazione BLS-D è rivolta non più solo al singolo, ma all'equipe di cura.

Area gestionale-organizzativa

I temi indicati: la gestione della documentazione sanitaria, la gestione del governo clinico, la gestione delle risorse economiche e l'integrazione socio-sanitaria rivestono particolare importanza e saranno essere oggetto di approfondimenti formativi nel triennio. In quest'area si colloca l'importante percorso di alta formazione relativo alla formazione manageriale per Dirigenti di Struttura complessa, che la Regione indica come obiettivo per le aziende da quest'anno. Il corso ha già un'ipotesi di progetto formativo, condiviso tra le aziende sanitarie di AVEN e sarà attivato entro l'autunno del 2013.

Nel triennio riprenderà forma anche l'educazione continua dei coordinatori, sulle diverse tematiche della managerialità.

E' attiva la collaborazione con l'Università di Parma per il master in case/care management per la professione infermieristica, per sviluppare la capacità di prendersi cura dell'utente e della famiglia lungo il percorso di cura, come da indicazioni della delibera regionale su citata.

Area della ricerca/formazione

Prosegue il corso di formazione per tutor clinici delle professioni sanitarie. E' attiva, dal 2012, una ricerca regionale, in cui la nostra azienda è capofila, sul tutor clinico, con la finalità di delinearne le funzioni e di proporre un percorso formativo comune, interprofessionale e di Area Vasta.

Anche la formazione alla ricerca psicosociale sta proseguendo dallo scorso triennio.

Sarà implementata la ricerca evidence based.

4.2. Contenimento dei costi

La rilevante riduzione della spesa per l'acquisto di beni e servizi prevista dalle Leggi n. 135/2012 (c.d. spending review) e n. 228/2012 (c.d. legge di Stabilità) impone che sia ancora più pressante l'impegno per ottimizzare gli strumenti di aggregazione del fabbisogno.

In particolare l'Azienda ha l'obiettivo di ridurre entro il 2014 la percentuale di gare aziendali ad un massimo del 15% rispetto alle gare espletate in forma aggregata (Aven, Intercent-er, Consip), essendo in linea generale assodato che la forma aggregata offra una maggiore possibilità di risparmio.

Per il 2013, la normativa regionale prevede che per il costo dei beni sanitari (esclusi i farmaci) e beni non sanitari, si ipotizza una riduzione del 10%.

Tale riduzione dovrà avvenire attraverso:

- rinegoziazione dei prezzi, ove possibile, completando il processo avviato nel 2012 e ridefinendo le quantità contrattuali;
- riduzione dei consumi, obiettivo che l'azienda intende perseguire attraverso una maggior appropriatezza delle richieste, salvaguardando l'attività sanitaria.

Le singole UU.OO. vengono chiamate ad identificare, attraverso le schede di obiettivo quantitativo, azioni di razionalizzazione e di riduzione dei consumi rispetto ai BENI E SERVIZI (in particolare le categorie sopra citate) che possono determinare un contenimento dei costi senza ridurre l'attività sanitaria erogata.

Le stesse UU.OO, oltre a ricercare razionalizzazione sui costi diretti, concorreranno alla razionalizzazione della spesa anche attraverso una migliore appropriatezza nella richiesta di servizi intermedi.

Oltre ai beni e servizi, si invitano le UU.OO. ad avviare azioni orientate alla riduzione delle SPESE TELEFONICHE.

Si individuano le principali azioni da mettere in campo:

- le telefonate vanno limitate allo stretto indispensabile. L'utilizzo di forme alternative ove possibile (es. mail) non ha costi.
- Dai telefoni fissi è opportuno chiamare i telefoni fissi e non i cellulari (es i numeri brevi); dai telefoni cellulari è opportuno chiamare i telefoni cellulari in quanto come per le utenze domestiche telefonando dal fisso a un numero di telefonia fissa e col cellulare a numeri di telefonia mobile si riducono i costi.
- Vanno utilizzati i numeri brevi solo per le emergenze e le urgenze e non perché è più comodo e veloce.

Infine, si raccomanda a tutte le UU.OO che ne fanno uso e in linea con altre Aziende della Regione Emilia Romagna, l'eliminazione dell'utilizzo del PROTOSSIDO D'AZOTO o quantomeno di limitarlo ai soli locali dove vi siano evidenze cliniche. In questo caso avere un'idea dell'uso potrebbe suggerire che è opportuno rivedere l'attuale organizzazione con l'impianto centralizzato.

Va avviata anche una specifica analisi dell'appropriatezza dell'uso dell'OSSIGENO TERAPEUTICO con particolare attenzione ai pazienti trasportati e alla fornitura di stroller al fine di ridurre i consumi.

4.3. Uso razionale dell'energia

La crescita dei consumi energetici pone la necessità di confrontarsi con la propria sostenibilità ambientale. Un uso irrazionale delle risorse energetiche ha ricadute negative sia in termini ambientali che economici. La Regione Emilia Romagna ha approvato il Piano Energetico Regionale, fornendo un quadro di riferimento all'interno del quale, con una logica di sistema, trovano ruolo e compiti i soggetti pubblici e privati. Le esperienze fin qui condotte hanno reso evidenti i limiti di approcci settoriali esclusivamente di natura tecnica o specialistica. Occorre un approccio globale che integri le capacità tecniche con quelle di utilizzo. Ciò significa porre in campo azioni finalizzate a sensibilizzare tutti gli operatori dell'Azienda.

Pertanto, l'impegno per sviluppare le programmazioni energetiche, indirizzate in particolare al risparmio energetico ed alla produzione di energia da fonti rinnovabili, non può prescindere dal comportamento responsabile di ognuno di noi.

Sulla CLIMATIZZAZIONE ESTIVA, l'obiettivo è un contenimento dei consumi rivolto a tutte le unità operative.

Di seguito le principali azioni da mettere in campo per evitare sprechi di energia nell'uso di impianti di climatizzazione estiva:

- Evitare di aprire le finestre o le porte con impianti accesi;
- Spegnerne o ridurre il condizionamento quando si lasciano i locali vuoti (pausa pranzo, di sera, ecc.);
- impianti regolati su temperature eccessivamente basse. Anche nelle giornate più calde 26°C sono ritenuti ottimali;
- non utilizzare condizionatori portatili personali, ma segnalare al SATL e SPPA eventuali disservizi legati alla temperatura;
- utilizzo parsimonioso del condizionamento: spegnere ridurre l'impianto mezz'ora prima di abbandonarlo;

Sugli IMPIANTI DI RISCALDAMENTO, l'obiettivo è un contenimento dei consumi rivolto a tutte le unità operative.

Si segnalano le principali azioni da mettere in campo per evitare sprechi di energia nell'uso di impianti di riscaldamento:

- razionalizzare l'apertura delle finestre se il locale è riscaldato;
- non utilizzare stufe elettriche personali, ma eventuali disservizi legati alla temperatura;
- abbassare le tapparelle o chiudere le imposte prima di uscire la sera;
- non ostruire le bocchette degli impianti ad aria o i radiatori con oggetti che ne riducono il potere scaldante.

In relazione all'uso razionale dell'energia, si aggiungono alcune norme di carattere generale:

- non lasciare aperta la porta di frigoriferi, frigofarmaci, ecc.;
- non lasciare la luce accesa in pausa pranzo o quando si esce dall'ufficio, ma soprattutto non lasciare la luce accesa in bagno o in locali non presidiati come depositi, ecc.;
- chiudere bene i rubinetti dell'acqua e degli impianti gas;

- spegnere il PC quando si esce dall'ufficio o almeno la sera prima di uscire ed attivare le impostazioni di risparmio energetico.
- spegnere la fotocopiatrice prima di andare a casa;

4.4. Investimenti

In un contesto nazionale e regionale di carenza di ulteriori fonti di finanziamento rispetto a quelle già assegnate per gli investimenti in corso, le priorità sono legate a:

- Prosecuzione del piano di ammodernamento della struttura edilizia e acquisizione delle attrezzature e arredi per la loro messa in funzione.
- Sostituzioni indispensabili per obsolescenza, sicurezza o alti costi di utilizzo della tecnologia esistente.
- Prosecuzione del piano e-gov e delle azioni definite nell'agenda digitale italiana.

Il livello di finanziamento degli investimenti complessivamente programmato per il 2013 ad oggi è pari a circa 15,2 milioni di euro la cui quota prevalente è rappresentata dai lavori (69%).

	Piano investimenti in corso* (compresi interventi iniziati nel periodo precedente)							Investimenti già realizzati	Investimenti da realizzare anno 2013	Investimenti da realizzare anno 2014	Investimenti da realizzare anno 2015	
	Contributi conto capitale	Mutui	Alienazioni	Donazioni e contributi altri soggetti	Altre forme di finanziamento	Contributi conto esercizio	Totale					
Fabbricati	11.015	2.800	1.610	690	4.500	700	21.315	9.350	10.465	800	700	
Attrezzature	7.830	0	0	0	0	870	8.700	0	3.050	5.650	0	
Diversi (lavori, arredi, informatica,...)	700	0	1.500	0	0	525	2.725	0	1.725	500	500	
TOTALE	19.545	2.800	3.110	690	4.500	2.095	32.740	9.350	15.240	6.950	1.200	
Incidenza sul totale								100%	28,6%	46,5%	21,2%	3,7%

* valori/1000; Fonte Programma degli investimenti nel triennio 2013-2015

Una quota rilevante di finanziamento di tali interventi viene assicurata da contributi statali e regionali in conto capitale (nello specifico dall'art.20 della Legge 67/88 e relativa a programmi straordinari di investimenti in sanità), la restante quota è garantita da risorse a carico dell'Azienda (mutui e alienazioni).

Eventuali ulteriori finanziamenti oggi non conosciuti potranno rendersi disponibili in corso d'anno (es. finanziamenti regionali per situazioni di emergenza, donazioni e contributi da soggetti privati).

Sarà cura dell'Azienda definire le priorità e comunicarle adeguatamente.

Nell'anno 2013 si procederà, pertanto, all'acquisizione di apparecchiature poste fuori uso per impossibilità di riparazione o per inaffidabilità, esclusivamente per garantire la continuità assistenziale e le attività in sicurezza. La medesima impostazione verrà seguita per l'acquisto di arredi e strumentazioni informatiche.

Per quanto concerno il piano ICT, si ritiene opportuno delineare (per le evidenti ricadute organizzative) le linee di sviluppo che possono interessare e impattare sui Dipartimenti.

Nello specifico e nel contesto del piano e-gov e nell'ambito della diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nel 2013 i Dipartimenti ad Attività Integrata dovranno dare massima partecipazione nella redazione dei documenti sanitari tramite gli strumenti integrati alla rete SOLE. In particolare al fine di arrivare all'utilizzo del FSE come strumento di consegna dei referti on-line sarà necessario un utilizzo pervasivo degli strumenti informatici SOLE-compliant.

All'interno delle azioni dell'Agenda Digitale si affianca alla diffusione del FSE la dematerializzazione della ricetta rossa la cui sperimentazione avrà inizio nel corso del 2013 e andrà quindi a regime non prima del 2014. Il progetto, che la RER ha valutato corrispondere ad un risparmio di circa 3,5 milioni di Euro, vedrà la sperimentazione nel corso dell'anno dei DAI a cui sarà richiesto pertanto l'uso intensivo dello strumento di prescrizione informatizzata realizzato per la dematerializzazione.