



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

LINEE GUIDA AL BUDGET 2014

LINEE GUIDA BUDGET 2014

Premessa	3
1. PRODUZIONE E COSTI	4
2. PIANI DI SVILUPPO	6
3. STANDARD DI SERVIZIO	7
4. GESTIONE.....	8
5. QUALITA'	9
5.1 Modelli Organizzativi e Accredimento	9
5.2 Sistemi di Valutazione e Buone Pratiche	11
5.3 Gestione del Rischio e Sicurezza.....	12
5.4. Politica del Farmaco	14
5.5 Gestione dei sinistri.....	17
5.6 Gestione del Rischio Infettivo.....	19
5.7 Prevenzione e Protezione lavoratori	21
5.8 Ricerca e Innovazione.....	23
6. ALTRI OBIETTIVI.....	24
6.1 Equità	24
6.2 Accessibilità, tempi di attesa	26
6.3 Risorse Umane e Formazione	27
6.4 Le strategie di integrazione in Area Vasta.....	30
6.5 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale.....	33
6.6 Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione	34
6.7 Azioni in ambito ICT	36
6.8 Investimenti	37
6.9 PAC – Percorso regionale Attuativo della Certificabilità	38

Premessa

La definizione del livello di finanziamento del S.S.N. per il triennio 2014-2016 non è al momento supportata da un contesto normativo nazionale definitivo e certo.

Anche Il Patto per la Salute 2014 – 2016, strumento essenziale per dare certezza e stabilità al F.S.N. e supportare adeguatamente la fase programmatoria, non è stato completato.

In Emilia Romagna, la Legge Regionale n. 28/2013 (Legge finanziaria regionale dell'anno 2014) e la Legge Regionale n. 29/2013, (Bilancio di Previsione della Regione Emilia Romagna per l'esercizio finanziario 2014 e Bilancio pluriennale 2014-2016) hanno confermato anche per il 2014 l'impegno finanziario regionale per sostenere il sistema del Welfare.

La scelta della Regione Emilia Romagna, in attesa di una puntuale definizione del livello di finanziamento del SSN e degli obiettivi ministeriali in corso di definizione e inerenti ulteriori misure di revisione della spesa pubblica (spending review), è di avvalersi di un atteggiamento di prudenza, impostando la programmazione regionale con esclusivo riferimento al riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie certe e obiettivi di riordino già definiti e contenuti nelle Linee di Programmazione 2014 (programmazione di funzioni di area vasta, blocco turn over, riordino ospedaliero,...).

Qualora vi fossero risorse effettivamente a disposizione del S.S.R., queste verranno utilizzate per sostenere i processi di miglioramento e di innovazione per il miglioramento della qualità, della qualificazione e della sostenibilità del sistema sanitario regionale.

In questo contesto viene richiesto a tutte le articolazioni aziendali e ai diversi livelli di responsabilità (Dipartimenti, Unità Operative, Setting Assistenziali) in un contesto di riduzione delle risorse, una attenzione ai processi gestiti per migliorarne efficacia ed efficienza in modo da assicurare la sostenibilità complessiva del sistema aziendale nella sua capacità di dare risposta ai bisogni di salute degli utenti.

Per questo motivo è particolarmente importante puntare sulla soddisfazione dell'utenza, ponendo attenzione anche alla qualità percepita dai fruitori dei servizi dell'Azienda Ospedaliera, che si concretizza in quegli elementi che più di altri incidono sulle loro aspettative e valutazioni, quali:

- umanizzazione dei servizi e dei rapporti tra operatori e pazienti; a tale riguardo la relazione con il paziente deve essere caratterizzata dal rispetto, dalla cortesia e dalla disponibilità;
- informazione sulla diagnosi e sul decorso della malattia, sulle tecniche diagnostiche e sulle terapie a cui sarà sottoposto il paziente;
- conoscenza degli strumenti di tutela a disposizione dei cittadini quando si verifica un disservizio;
- rapidità con la quale il cittadino può comunicare con la struttura ed espletare le procedure che lo riguardano.

Contestualmente diventa essenziale mantenere gli standard qualitativi costantemente allineati alle migliori performances nazionali ed internazionali oltre che promuovere attività di innovazione clinica e organizzativa. Queste ultime come sopra evidenziato sono oggetto di sostegno specifico nel sistema regionale.

Le principali linee di sviluppo sono descritte sinteticamente nei cinque punti riportati di seguito. In aggiunta, le linee vengono integrate con obiettivi più consolidati e raccordati con la strategia regionale (sesto punto).

1. PRODUZIONE E COSTI

Per il 2014 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOU PR) 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 ottimizzare le risorse a disposizione. Questo allo scopo di preservare il livello quali-quantitativo della capacità di risposta da parte della nostra Azienda al bisogno di assistenza e cura.

L'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse si svilupperà mediante la ricerca sistematica delle azioni di miglioramento e di razionalizzazione dei processi produttivi e della ricerca dell'appropriato setting di erogazione delle prestazioni. In tale ottica devono proseguire le azioni di trasferimento in regime ambulatoriale dell'attività di day hospital, anche allo scopo di perseguire l'obiettivo regionale di disattivazione entro e non oltre il 30/06/2014 dei posti letto di day hospital medico nei quali non si svolgono processi assistenziali che richiedono irrinunciabilmente la condizione di ricovero (cosa che si assume per i dh oncologici e di riabilitazione).

A supporto di tali azioni, le nuove linee-guida di codifica della SDO consentiranno di sottoporre a controllo alcune nuove regole intese a migliorare le pratiche assistenziali rispetto all'appropriatezza anche attraverso la predisposizione di attività di controllo che permettano di proporre modulazioni tariffarie su alcuni fenomeni assistenziali. Applicare e verificare il Piano Annuale dei Controlli (PAC) permetterà di aderire a percorsi di trasferibilità delle prestazioni nel rispetto dell'appropriatezza sia clinica che organizzativa.

La ricerca dell'appropriatezza delle modalità di erogazione delle prestazioni, della risposta quali-quantitativa ai bisogni assistenziali, dello sviluppo e mantenimento delle attuali reti di eccellenza, prevede per macro area i seguenti obiettivi:

AREA MEDICA-EMERGENZA URGENZA E GERIATRICA

- l'appropriato utilizzo del posto letto e allineamento della degenza a quella attesa, soprattutto di area internistica e in sintonia con la domanda afferente al Pronto Soccorso;
- il completo trasferimento in regime ambulatoriale dei DH diagnostici medici;
- la riduzione dei DH Terapeutici medici;
- la riduzione della degenza media.

AREA CHIRURGICA

- il mantenimento e/o ampliamento dell'attività appropriata con particolare riguardo all'alta specialità e il contemporaneo spostamento della casistica inappropriata erogata in degenza ordinaria o day surgery verso altro setting organizzativo anche in funzione della revisione del nomenclatore tariffario;
- la qualificazione specialistica in termini di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento alla disponibilità di sedute operatorie.

AREA MATERNO-INFANTILE

- lo spostamento della casistica inappropriata erogata in degenza ordinaria verso altro setting organizzativo;
- il mantenimento/consolidamento quali-quantitativo della produzione e della capacità di attrazione.

AREA SERVIZI

- l'ottimizzazione delle performance dei Servizi diagnostici;
- il governo dell'appropriatezza delle richieste di servizi.

Per quanto concerne i fattori produttivi diretti, le indicazioni aziendali, da attuare nei singoli contesti delle diverse Unità Operativa, sono le seguenti:

- Costo dei farmaci: nel 2014 è prevedibile un'ulteriore estensione di terapie ad alto costo. E' necessario porre in essere azioni per contenere nel complesso gli incrementi che ne deriveranno in un'ottica di sostenibilità. Dovranno pertanto essere consolidate le attività rivolte alla ricerca dell'appropriatezza prescrittiva in particolare verso i farmaci specialistici dell'area oncologica ed ematologica e per il trattamento di patologie in ambito reumatologico, oculistico, dermatologico, neurologico. Si intende inoltre incrementare la consegna diretta dei farmaci ai pazienti (in special modo quelli erogati in regime ambulatoriale) tenendo conto dell'attivazione del polo di distribuzione diretta dei farmaci.
- Costo dei beni sanitari (escluso farmaci): occorre mettere in campo azioni per ridurre i costi attraverso ulteriore ricerca di appropriatezza dell'utilizzo dei Dispositivi Medici innovativi o di bassa complessità e largo consumo e attraverso il consolidamento delle modalità di acquisizione centralizzate.
- Costo del personale. rimangono in essere le disposizioni concernenti il contenimento dei costi del personale (vedi paragrafo 6.4)
- Costo dei servizi non sanitari. E' necessario, anche per il 2014, proseguire nell'utilizzo razionale di tali fattori produttivi che verrà costantemente monitorato.

L'attuale quadro socio-economico e la scarsità delle risorse disponibili impone che le stesse vengano impiegate in modo da massimizzarne l'efficienza secondo criteri di appropriatezza, mantenendo adeguati standard qualitativi di outcome. E' evidente allora, come la tempestiva disponibilità di dati aggiornati e caratterizzati da un elevato livello qualitativo costituisca al tempo stesso obiettivo e strumento per perseguire finalità di programmazione e monitoraggio delle attività e dell'utilizzo delle risorse, nonché della eventuale e tempestiva valutazione delle azioni correttive. Da ciò si evince l'importanza dell'obiettivo 2014 di mantenere e alimentare tempestivamente il patrimonio informativo Aziendale.

A questo proposito nel 2014 si dovrà migliorare ulteriormente la qualità della rilevazione a seguito alle modifiche introdotte del DM 135/2010, anche nell'ottica dei nuovi contenuti in discussione a livello nazionale. Tale flusso deve inoltre essere consentito nei tempi e modi opportuni per garantire la completa e corretta trasmissione delle informazioni relativamente all'attività svolta.

Produzione e costi: Principali obiettivi	
1	Appropriato utilizzo posti letto
2	Riduzione degenza media e allineamento con degenza media attesa
3	Completo trasferimento in regime ambulatoriale dei DH diagnostici medici e riduzione dei DH terapeutici medici per consentire il perseguimento dell'obiettivo regionale di disattivazione entro 30/06/14 dei posti letto di DH medico nei quali non si svolgono processi assistenziali che richiedono irrinunciabilmente la condizione di ricovero
4	Spostamento della casistica inappropriata chirurgica erogata in degenza ordinaria o day surgery verso altro setting organizzativo
5	Spostamento della casistica inappropriata erogata in degenza ordinaria da parte del polo materno-infantile verso altro setting organizzativo
6	Mantenimento/consolidamento quali-quantitativo della produzione e della capacità di attrazione del polo materno-infantile
7	Assicurare l'appropriatezza prestazionale e del setting erogativo nell'ambito del consolidamento quali-quantitativo della produzione e del mantenimento/ampliamento dell'attività con particolare riguardo all'alta specialità, in coerenza con la domanda territoriale ed il sistema di offerta complessivo
8	Qualificazione specialistica in termini di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, con particolare riferimento alla disponibilità di sedute operatorie
9	Ottimizzazione delle performance dei Servizi diagnostici
10	Governo dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni intermedie
11	Chiusura e validazione tempestiva delle SDO con l'obiettivo di validare il 100% delle stesse entro il 10° giorno dalla dimissione del paziente
12	Estensione della rilevazione della data di prenotazione e della classe di priorità anche ai ricoveri medici programmati, sia di degenza ordinaria che di day hospital e recupero del pregresso 2014, sulla base delle informazioni disponibili.
13	Garantire l'erogazione delle prestazioni sia in regime di ricovero che ambulatoriale nei tempi previsti dalle disposizioni in materia
14	Garantire un uso efficiente delle risorse assegnate e l'ottimizzazione nell'utilizzo e/o nelle richieste dei fattori produttivi sanitari e non sanitari
15	Consolidamento del governo e dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici

2. PIANI DI SVILUPPO

La nuova organizzazione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati e delle Macro Aree Assistenziali e conseguentemente la revisione delle funzioni delle Direzioni Centrali, saranno il fulcro dello sviluppo organizzativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

L'obiettivo principale è connesso alla definizione di strategie con al centro il paziente e i percorsi di cura, il raggiungimento di una maggiore efficienza nella condivisione delle risorse, una maggiore integrazione interdisciplinare e interprofessionale, lo sviluppo della capacità di produrre ricerca e innovazione clinica e organizzativa.

I Dipartimenti dovranno assumere un ruolo chiave in quanto chiamati a partecipare alla definizione e all'attuazione delle strategie aziendali attraverso:

- la definizione delle priorità di sviluppo delle aree cliniche del Dipartimento
- la definizione delle priorità di sviluppo delle attività di innovazione e di ricerca del Dipartimento
- l'implementazione del governo clinico ed in particolare dell'appropriatezza
- la definizione dei case mix produttivi
- la identificazione delle aree di investimento e sviluppo.

Queste linee strategiche Dipartimentali, validate all'interno del Collegio di Direzione, definite di "knowledge management", riuniscono le attività che contraddistinguono il "core business" dell'azienda e ne determineranno gli sviluppi futuri.

Le Direzioni di Struttura, oltre a supportare l'attività strategica del Direttore di Dipartimento, dovranno mantenere un ruolo chiave nell'implementazione delle strategie a livello di singola disciplina attraverso la gestione delle attività di ricerca e cura.

3. STANDARD DI SERVIZIO

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 dovranno costituire anche per il 2014 le fondamenta per il consolidamento di un approccio multidisciplinare e pluriprofessionale incentrato sul confronto, sulla verifica e sul miglioramento dei processi clinico-assistenziali.

In particolare viene richiesta a ciascuna Unità Operativa di identificare una linea di prodotto tradotta in un percorso clinico (disease management) preferibilmente a partire dalla linea maggiormente diffusa in termini numerici e/o trasversale a più unità operative e dipartimenti, in una logica di integrazione organizzativa, centralità del paziente e continuità della presa in carico. Nell'ambito di tale definizione, ove opportuno, verranno definiti anche i protocolli di ricerca comuni e trasversali finalizzati al miglioramento della qualità e all'innovazione clinica. Successiva alla definizione del percorso clinico sarà la definizione del percorso logistico al fine di individuare il modello più appropriato di presa in carico organizzativa (connessione con asset management).

Per ogni singola UO dovranno essere rispettati gli indicatori di performance definiti sia a livello ministeriale che regionale.

Inoltre, all'interno di ciascuna Unità Operativa si richiede di definire i diversi "gruppi di sapere" che rappresentano i referenti interni alla UO, in grado di favorire il coordinamento interno delle attività di cura, assistenza e ricerca per una o più linee di attività (es gruppo spalla, ginocchio, anca...). In particolare rappresentano un punto di riferimento per la formazione dei professionisti più giovani o meno formati affinché possano sviluppare le proprie competenze. Tali coordinamenti non necessariamente modificheranno l'impianto organizzativo, già consolidato sulle unità operative/dipartimenti e sulle

piattaforme operative, ma lo completano e integrano permettendo di presidiare con maggiore efficacia la dimensione del disease management e quella dell'integrazione tra assistenza e ricerca.

4. GESTIONE

Numerose spinte esogene ed endogene (modifiche demografiche della popolazione, vincoli di spesa, cambiamenti nella demografia professionale,...) stanno mettendo in discussione i modelli organizzativi tradizionali negli ospedali.

In coerenza con i mutamenti e le dinamiche ambientali, l'organizzazione ospedaliera deve rispondere a nuovi e importanti fabbisogni organizzativi, quali ad esempio:

- Migliorare l'efficienza e la produttività delle risorse, attraverso l'integrazione e l'uso flessibile delle stesse (sale operatorie, posti letto, ambulatori, tecnologie ecc.).
- Rispondere a bisogni di cura sempre più complessi e articolati costruendo dei setting assistenziali diversificati e coerenti con tali bisogni.
- Favorire l'integrazione dei professionisti in ottica multidisciplinare, ma preservando contemporaneamente la specializzazione e la trasmissione delle conoscenze a livello di Unità Operative.

Al fine di rendere ottimale il funzionamento dei processi che sottostanno alle attività di assistenza e cura, gestendo in maniera integrata le risorse fisiche e logistiche (ad esempio posti letto, tecnologie, sale operatorie, ambulatori), sono state create piattaforme produttive nelle quali si dispiega il percorso fisico e logistico del paziente nell'ospedale. Tale integrazione, avviata in alcuni Dipartimenti, dovrà essere perfezionata e troverà compimento a seguito delle riorganizzazioni delle piattaforme in Macro Aree Assistenziali e della conseguente rivisitazione di alcuni ruoli gestionali (in primis i Coordinatori).

Il modello adottato richiede quindi necessariamente che anche la linea assistenziale non si strutturi più in funzione dei reparti specialistici, bensì in relazione alle caratteristiche delle aree o suoi settori (non più coordinatori di specialità ma coordinatori di aree modulate per intensità di cura quali day-surgery, degenza breve od ordinaria o che aggregano più specialità). Ad ogni dipartimento o UO vengono pertanto riservati spazi di accesso alle piattaforme in funzione degli effettivi bisogni rilevati (es: sedute operatorie in funzione delle liste d'attesa, posti letto in funzione della lista di ricovero o dei pazienti inviati da pronto soccorso ed eleggibili per patologia).

Per la gestione coordinata degli asset (o piattaforme produttive) sono previste figure, sia a livello centrale che decentrato di una o più Macro Area.

In particolare è prevista:

- la figura del "Bed Manager" che avrà il compito di presidiare da un lato il corretto funzionamento dei flussi di pazienti in ospedale, e dall'altro, di coordinare l'attività di programmazione e allocazione dei pazienti;
- la figura dell' "Operation" di Sala Operatoria che parteciperà alla definizione dell'allocazione delle sedute operatorie alle diverse specialità, e supervisionerà tutte le attività dei blocchi per verificare il rispetto della pianificazione stabilita e dovrà monitorare l'efficienza e puntualità nell'utilizzo delle sale.
- la figura dell' "Operation" delle piattaforme tecnologiche e ambulatoriali che partecipa alla definizione dell'utilizzo delle apparecchiature aziendali condiviso da parte delle diverse specialità e allo scopo di perseguire il pieno utilizzo della capacità produttiva.

Questo nuovo assetto prevede che per l'anno 2014, i più significativi obiettivi saranno:

- la definizione di regole organizzative in ingresso e in uscita
- la formazione specifica per tutto il personale coinvolto
- l'identificazione e il monitoraggio degli indicatori di utilizzo
- una maggiore responsabilizzazione rispetto alle risorse direttamente gestite
- la predisposizione di specifica scheda per declinare gli obiettivi dei Coordinamenti e delle piattaforme.

Gestione: Principali obiettivi	
1	definizione di regole organizzative in ingresso e in uscita dalle piattaforme produttive
2	formazione specifica per tutto il personale coinvolto
3	identificazione e monitoraggio degli indicatori di utilizzo delle piattaforme produttive
4	maggior responsabilizzazione rispetto alle risorse direttamente gestite
5	predisposizione di specifica scheda per declinare gli obiettivi dei Coordinamenti e delle piattaforme
6	definizione delle aree e settori di coordinamento tecnico/assistenziale per la modulazione delle responsabilità gestionali sulle risorse assegnate

5. QUALITA'

Al fine di garantire la qualità delle cure, nel 2014 andranno proseguite tutte le attività già avviate in materia di sicurezza delle cure e risarcimento danni, così come le politiche per la prevenzione e il governo del rischio infettivo correlato all'assistenza e alla ricerca.

Nello specifico le indicazioni, per area tematica, sono le seguenti:

5.1 Modelli Organizzativi e Accreditamento

L'Accreditamento, strumento per assicurare ai cittadini sicurezza, standard di qualità e omogeneità delle cure, ha una duplice valenza:

- modello organizzativo aziendale, definito dal Manuale Organizzativo Unico per i Dipartimenti, approvato dal Collegio di Direzione nel marzo 2013;
- strumento per la verifica del Sistema Qualità da parte della Regione.

L'applicazione del modello di Accreditamento fornisce uno strumento a supporto della nuova organizzazione dei Dipartimenti Assistenziali Integrati e delle Macro Aree Assistenziali, fulcro dello sviluppo organizzativo dell'Azienda, favorendo la pianificazione, l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, l'attenzione alla centralità del paziente, lo sviluppo dei percorsi clinici, le azioni/progetti di miglioramento, la verifica dei risultati.

La SSD Governo Clinico persegue quindi la finalità di supportare i Dipartimenti e le Macro Aree Assistenziali nella definizione, applicazione e monitoraggio dei modelli organizzativi a garanzia della qualità. Le attività si attuano attraverso la sinergia con la Direzione e i Professionisti dell'Azienda, in coerenza con le indicazioni Aziendali, Regionali e gli obiettivi concordati in sede di Budget, e con le Strutture Aziendali che gestiscono i vari processi interessati (Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza Igienico sanitaria, Controllo di Gestione, Farmacia e Governo clinico del Farmaco, Servizio

Attività Tecniche, Ingegneria Clinica, Ufficio Relazioni con il Pubblico, Settore Formazione, Sviluppo Organizzativo, Ricerca e Innovazione, Ufficio Comunicazione ecc.).

Tali interventi devono avvenire in linea con la Delibera n. 53 del 21.01.13 dell'Agenzia Sanitaria e Sociale "Indicazioni operative per la gestione dei rapporti con le strutture sanitarie in materia di Accredimento" che disciplina tempi, modalità e nuova modulistica da utilizzare per i rinnovi e per le nuove domande di accreditamento.

La complessità del processo amministrativo che riguarda l'Accreditamento Istituzionale è rappresentata dalla necessità di presentare le domande di accreditamento entro il 2014 al fine di garantire la continuità per le Strutture Accreditate che vanno a comporre i nuovi Dipartimenti, nel rispetto dei differenti tempi di scadenza dei decreti, fino alle prossime visite programmate.

In tal senso, nel mese di aprile 2014, la SSD Governo Clinico ha predisposto, anche grazie al contributo dei Professionisti che hanno partecipato alla Formazione Interattiva per l'Accreditamento 2013, le seguenti domande di rinnovo dei Dipartimenti: Chirurgico, Radiologia e Diagnostica per Immagini, Neuroscienze, Emergenza-Urgenza.

Nel mese di maggio 2014, il nuovo Piano programma delle visite di accreditamento sarà ridefinito con la RER alla luce dei nuovi Dipartimenti e proposto, per l'approvazione, al Collegio di Direzione.

In continuità con quanto già realizzato, per il 2014 sono previste le seguenti ulteriori attività:

- Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo: invio domanda (aprile) e visita esterna (novembre)
- Dipartimento Materno Infantile: invio della domanda (maggio) e visita esterna (febbraio 2015)
- Dipartimento Chirurgico: invio domanda (dicembre 2014-gennaio 2015)
- Dipartimento Diagnostico: invio domanda (dicembre 2014-gennaio 2015)
- Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Medica Generale e Specialistica: invio domanda (dicembre 2014-gennaio 2015)

Al percorso di Accredimento Istituzionale dei Dipartimenti ad attività integrata si affianca l'Accreditamento della Funzione Formativa Aziendale e di Provider e la valutazione dei nuovi requisiti della Farmacia Ospedaliera.

Modelli organizzativi e accreditamento: Principali obiettivi	
1	Assicurare la rendicontazione annuale delle attività (relazione annuale delle Strutture e del Dipartimento) sui temi della produzione e della qualità (clinica, organizzativa, professionale ecc.)
2	Assicurare la pianificazione delle attività annuali in linea con quanto concertato in sede di Budget
3	Assicurare almeno 3 incontri di Giunta sui risultati raggiunti dalle Strutture del Dipartimento sui temi del Governo Clinico
4	Garantire la definizione di almeno un Progetto / Azione di Miglioramento sui temi del Governo Clinico (anche a seguito della valutazione dei risultati raggiunti)
5	Garantire la partecipazione attiva ai Programmi di Formazione Aziendali per l'Accreditamento e la condivisione/validazione in sede di giunta degli elaborati necessari per la presentazione delle domande dei nuovi Dipartimenti
6	Definizione del Modello Organizzativo dei Dipartimenti (aggiornamento degli allegati al Manuale) finalizzato all'invio delle domande di Accredimento

5.2 Sistemi di Valutazione e Buone Pratiche

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 del 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.

La SSD Governo Clinico promuove quindi il tema della responsabilizzazione/clinical competence dei professionisti sui sistemi di valutazione delle attività (elemento cardine del governo clinico) e dà evidenza delle buone pratiche e dei risultati dell'attuazione dei vari sistemi di verifica (Audit Clinici e Organizzativi, Qualità percepita dal cittadino/utente, esiti dei Programmi Nazionali di Valutazione ecc.).

Le buone pratiche attengono ai modelli organizzativi, alla formazione, alla sicurezza delle cure e al governo clinico, e concorrono alla implementazione dei sistemi di valutazione delle attività previsti sia dall'Accreditamento che dal Governo Clinico.

Nel corso del 2014 le attività sul tema del governo clinico saranno le seguenti:

- **Valutazione Esiti:** 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 ad una valutazione degli esiti per area disciplinare.
- **Qualità percepita & Umanizzazione:** in linea con le indicazioni regionali l'Azienda promuove interventi locali per la realizzazione delle attività inerenti il coinvolgimento dei cittadini e del CCM al miglioramento della qualità dei servizi erogati.
- **Percorsi Clinici-Logistici:** le Strutture dei Dipartimenti verranno supportate nella definizione del Percorso Clinico-Logistico ritenuto più rilevante, in linea con il modello di verifica previsto per l'Accreditamento e il Sistema Qualità. La formalizzazione del Percorso verrà effettuata mediante un format aziendale e verrà supportata dalla SSD Governo Clinico anche per la migliore definizione delle interfacce tra le Strutture.
- **Percorsi diagnostico terapeutici:** a partire dalle Linee Guida, i professionisti devono delineare Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, aziendali e interaziendali, al fine di definire il miglior iter del paziente affetto da specifiche patologie, nella complessità 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.
- **Buone Pratiche:** l'Azienda promuove la redazione e la diffusione di Buone Pratiche sia a livello Nazionale (AGENAS, FIASO, ONDA ecc.) che Internazionale (HPH, EipAHA, PAsQ).

Nel corso del 2014, 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, verranno promossi dalla SSD Governo Clinico i seguenti principali obiettivi:

Sistema di valutazione delle buone pratiche: Principali obiettivi	
1	Definizione di Progetti/Azioni di Miglioramento (format aziendale) volte alla sicurezza delle cure, al modello organizzativo inerente le principali discipline oggetto di valutazione nazionale (Programma Nazionale Esiti) ecc.
2	Realizzazione/partecipazione di/a AUDIT Aziendali Regionali e Nazionali (organizzativi e clinici)
3	Prosecuzione dell'aggiornamento/avvio Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali e Interaziendali (Melanoma, Stato di male, Sclerosi Multipla, Dolore toracico, Labiopalatoschisi, Trombo embolia polmonare, Frattura di femore, ecc.)
4	Adozione del questionario regionale sulla rilevazione della qualità percepita dal lato dell'utente (degenza e percorso nascita).
5	Coinvolgimento del CCM per la valutazione della check list "Umanizzazione nelle degenze" (AGENAS).
6	Diffusione dei PDTA attraverso eventi formativi e Rete Intranet Aziendale
7	Diffusione in Internet delle Buone Pratiche, PDTA e documenti di interesse per la cittadinanza

5.3 Gestione del Rischio e Sicurezza

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 2014 le attività sul tema gestione del rischio seguiranno 3 direttrici:

- 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 e migliorare il sistema di segnalazione (Incident Reporting).
- 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 2014, l'Azienda è tenuta ad aggiornare il Piano Programma per la sicurezza delle cure, che dovrà garantire i seguenti impegni:

- a) proseguire nel percorso di costruzione dell'organizzazione aziendale per la gestione diretta dei sinistri, assicurando l'utilizzo esaustivo, tempestivo ed accurato della Banca Dati Contenzioso Regionale;
- b) completare il processo di riorganizzazione aziendale in ottemperanza della DGR 318/2013, assicurando l'integrazione del governo del rischio infettivo in ambito assistenziale con le attività aziendali di gestione del rischio clinico;
- c) articolare le attività aziendali di gestione del rischio clinico secondo le priorità individuate dall'Osservatorio Regionale per la sicurezza delle cure.

Implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

L'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e della Regione Emilia – Romagna, dovrà fare particolare riferimento a:

- Indicazioni relative ad allontanamento di paziente da strutture sanitarie
- Linee di indirizzo sulla gestione clinica del farmaco, ricognizione e riconciliazione farmacologica
- Prevenzione e gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
- Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
- Prevenzione della violenza su operatore sanitario.

Nel corso del 2014, 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, verranno promossi dalla SSD Governo Clinico i seguenti principali obiettivi:

- Condivisione in Collegio di Direzione del Piano Programma delle attività aziendali sulla Gestione del rischio (basato su tutte le fonti informative aziendali)
- Perfezionamento del Modello Organizzativo Dipartimentale Gestione del Rischio (definizione ruoli e funzioni)
- Individuazione criticità, segnalazione, gestione degli eventi e quasi-eventi per Dipartimento (Incident Reporting) e attivazione delle Azioni di Miglioramento, mediante l'utilizzo del Format Aziendale "Azioni di Miglioramento"
- Partecipazione a eventi formativi mirati alla diffusione aziendale degli strumenti per la gestione del rischio (Incident Reporting, Azioni di miglioramento, Significant Event Audit, ADR, Eventi Critici ecc.)
- Partecipazione agli AUDIT Clinici e Organizzativi
- Utilizzo degli strumenti per la sicurezza della Gestione Clinica del Farmaco (ricognizione, riconciliazione farmacologica, Foglio Unico Terapia, Farmaci LASA)
- Implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e della RER (prevenzione fenomeno caduta, gestione allontanamento paziente, prevenzione errori da trasfusione, violenza contro gli operatori, identificazione del paziente, sicurezza delle sale operatorie, contrasto alla violenza di genere e contro minori e adolescenti ecc.)
- Realizzazione almeno di un progetto di miglioramento della sicurezza attraverso azioni di partnership con i cittadini/familiari di pazienti/associazioni di utenti
- Mantenimento Progetto SOS.net Sicurezza nelle Sale Operatorie (Chirurgie Generali e Specialistiche) e sviluppo nelle attività invasive al di fuori delle sale operatorie (broncoscopie, endoscopie, interventistica, emodinamica, elettrofisiologia ecc.)
- Implementazione dell'Osservatorio delle Buone Pratiche AGENAS.

5.4. Politica del Farmaco

Gli obiettivi della farmaceutica per il 2014 prevedono due ambiti di intervento:

- 1- consolidamento del governo e dell'appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici
- 2- avvio di una riorganizzazione complessiva delle attività farmaceutiche.

1- Obiettivi di governo e appropriatezza d'uso dei farmaci e dei dispositivi medici

Per il 2014 persiste l'obiettivo per le Aziende Sanitarie di adesione alle decisioni assunte dalla Commissione Regionale del Farmaco (CRF) nella propria attività di valutazione dei nuovi farmaci e di selezione nell'ambito di categorie terapeutiche omogenee, di predisposizione di linee guida e raccomandazioni delle principali categorie di farmaci sottoposte al governo dell'innovazione e dell'introduzione guidata nella pratica clinica attraverso gruppi di lavoro stabili coordinati dall'ASSR.

Per alcune classi di farmaci ad alto costo – in particolare i nuovi farmaci oncologici ed ematologici, i nuovi farmaci anticoagulanti, i farmaci biologici antinfiammatori - gli obiettivi di governo clinico del farmaco sono rappresentati dal monitoraggio dell'appropriatezza sulla base di raccomandazioni evidence-based elaborate da gruppi di lavoro regionali e recepiti dalla Commissione Regionale

Obiettivo 2014: **analisi dell'appropriatezza prescrittiva e d'uso dei farmaci**, secondo le indicazioni normative, i percorsi regionali e aziendali, le Linee Guida e le Raccomandazioni Regionali, in particolar modo verso i farmaci specialistici nelle aree di oncologia, ematologia, reumatologia (uso di biologici in artrite reumatoide e artrite psoriasica), oculistica, dermatologia (biologici in psoriasi), neurologia (sclerosi multipla), verso i nuovi farmaci della coagulazione, i farmaci esteri, i farmaci per malattie rare, i farmaci erogati ai sensi della L. 648/96, i farmaci erogati su prescrizione da parte di Centri Autorizzati e/o soggetti a specifici Piani Terapeutici.

gestione dei Registri di Monitoraggio AIFA ed in particolare delle procedure correlate al sistema di rimborso economico per i farmaci oncologici in base agli accordi negoziali AIFA-Aziende Farmaceutiche. (*share scheme*) in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff e in collaborazione i professionisti delle UU.OO. coinvolte nel processo (SIA, Oncologia, Ematologia, ecc)

Come riprovato dalle Linee d'Indirizzo RER le commissioni di Area Vasta per i farmaci e le commissioni provinciali per i dispositivi medici, devono coordinarsi sulla base di indirizzi regionali per la condivisione delle scelte su gruppi selezionati di farmaci e dispositivi medici per raggiungere, a regime, livelli di integrazione indispensabili a garantire solidità ai nuovi impianti organizzativi di centralizzazione degli acquisti e di logistica. La prescrizione e l'utilizzo dei farmaci e dei dispositivi risultanti dalle gare effettuate in ambito regionale e di Area Vasta sono da considerare prassi da perseguire in quanto vantaggiosa per il Servizio Sanitario Regionale. Per quanto riguarda i biosimilari la Regione Emilia Romagna indica come obiettivo per il 2014 l'inserimento nelle gare regionali di tutti i biosimilari disponibili e la verifica del loro progressivo utilizzo nella pratica clinica. Per il 2014 la Regione Emilia Romagna pone come obiettivo l'aumento della prescrizione di farmaci con brevetto scaduto (sia generici sia biosimilari)..

Obiettivo 2014: **collaborazione alle attività della Segreteria Scientifica della CF-AVEN e di coordinamento con la CRF** al fine di rendere omogenee le azioni e la versione del PT-AVEN con quello regionale.

adesione alle politiche degli acquisti dei farmaci e dispositivi medici coerentemente con una gestione regionale e di Area Vasta finalizzata a realizzare disponibilità di beni omogenei unitamente a migliori condizioni economiche

consolidamento dei percorsi di continuità assistenziale promuovendo l'integrazione tra i professionisti in ambito ospedaliero e territoriale, formando e informando i medici, monitorando e analizzando l'orientamento prescrittivo nell'ambito di incontri con gli specialisti

Il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna ripropone con particolare attenzione il tema della sicurezza e sottolinea come le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e dei dispositivi medici vadano proseguite dalle Aziende sanitarie per mantenere il trend favorevole delle segnalazioni riscontrato nel corso dell'anno 2013.

Obiettivo 2014: **consolidamento dei percorsi di farmacovigilanza e dispositivivigilanza** con particolare attenzione all'adozione di strumenti di informazione e aggiornamento quali newsletter e relazioni di feed-back ai segnalatori.
mantenimento dei percorsi di farmacovigilanza attiva – sostenuti da borse di studio della RER - in collaborazione con i professionisti di aree critiche di rischio quali Oncologia, Ematologia e Pronto Soccorso

Nell'ambito della riduzione del rischio clinico da farmaci, il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna sottolinea la necessità di applicare le procedure e le raccomandazioni regionali quali: la procedura regionale per la gestione clinica dei farmaci, la ricognizione, la riconciliazione e la Raccomandazione regionale sulla Gestione sicura dei farmaci antineoplastici.

Obiettivo 2014: **partecipazione agli interventi promossi dalla SSD Governo Clinico** per l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e della RER ed in particolare alle azioni per la sicurezza nella gestione dei farmaci ad alto livello d'attenzione e dei farmaci "Look Alike/Sound Alike" (LASA).
collaborazione agli interventi promossi dal Servizio di Igiene Ospedaliera nell'ambito della gestione del rischio infettivo, con particolare riferimento all'obiettivo di selezione dei farmaci antimicrobici secondo EBM e in coerenza con il Prontuario Terapeutico Regionale e con il Prontuario del Farmaco di Area Vasta, di monitoraggio dei consumi di antimicrobici e produzione di report di feed back diffusi alle UU.OO., di promozione di attività di farmacovigilanza, di selezione e monitoraggio nell'uso di antisettici e disinfettanti.

Riguardo al governo dei Dispositivi Medici (DM) i documenti regionali di indirizzo già prodotti dalla Commissione Regionale D.M., dai Gruppi tecnici ad essa afferenti e dalle Commissioni professionali coordinate dal Governo clinico dell'ASSR, dovranno essere recepiti dalle Commissioni locali ed implementati presso le strutture assistenziali del territorio di competenza

Le Aziende dovranno monitorare i consumi e la spesa dei dispositivi medici innovativi e di costo elevato, migliorarne l'appropriatezza d'uso e sviluppare la vigilanza sull'impiego; garantire completezza e qualità agli specifici flussi di rilevazione dei consumi. Per prodotti di bassa complessità tecnologica e di largo consumo, nell'ambito delle singole Commissioni aziendali si dovrà procedere alla revisione dell'utilizzo. Le categorie da monitorare per gli interventi di razionalizzazione della spesa per il 2014 sono: suturatrici meccaniche; medicazioni avanzate per il trattamento di ferite, piaghe ulcere acute e croniche, guanti non chirurgici.

Obiettivo 2014: **analisi e monitoraggio dell'impiego di DM** – ed in particolare DM innovativi o di bassa complessità e largo consumo (saturatrici, guanti non chirurgici, medicazioni) - coerentemente con le disposizioni ministeriali e regionali; in adesione alle gare regionali e interaziendali
consolidamento delle attività della Commissione Aziendale Dispositivi Medici per la valutazione - dal punto di vista del beneficio clinico, della sicurezza e dei costi - delle richieste di inserimento di nuovi dispositivi nella pratica clinica e nel repertorio aziendale
collaborazione all'implementazione del database regionale DiMe

2 - Obiettivi di revisione delle attività farmaceutiche

Recenti importanti realizzazioni in ambito regionale sono presupposto alla revisione delle attività dei Servizi farmaceutici ed in particolare: la definizione dei criteri per l'accreditamento delle farmacie ospedaliere, l'esperienza delle centralizzazioni logistiche di distribuzione dei beni farmaceutici, il consolidamento della rete dei laboratori di allestimento delle terapie antitumorali.

Accreditamento delle farmacie ospedaliere

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha elaborato i criteri per l'accreditamento delle Farmacie Ospedaliere che dovrà essere acquisito nelle singole Aziende sanitarie. Tale procedura consentirà a questi Servizi di accertare il reale possesso dei requisiti di qualità e di sicurezza necessari a garantire l'assistenza farmaceutica ospedaliera. Particolare rilievo assume l'accreditamento dei laboratori di allestimento delle terapie antitumorali quali strutture tecnologiche di recente istituzione. Per quanto riguarda il governo clinico le farmacie ospedaliere dovranno confrontarsi con i parametri di qualità previsti nel documento regionale, nelle diverse aree di attività: galenica clinica, valutazione/informazione/appropriatezza sui farmaci e sui dispositivi medici, didattica, sperimentazioni cliniche, farmaco-vigilanza, dispositivo-vigilanza, ecc... Parte integrante dell'accreditamento sono i requisiti organizzativi che il responsabile della Farmacia deve garantire costantemente in linea con l'evoluzione del contesto clinico nel quale il Servizio opera.

Obiettivo 2014: **predisposizione della documentazione per l'Accreditamento del Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco** in collaborazione con la SSD Governo Clinico e Strutture Aziendali coinvolte (Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e sicurezza Igienico sanitaria, Servizio Protezione e Prevenzione, Servizio Attività Tecniche, Ingegneria Clinica, ecc.)

Centralizzazione della distribuzione dei beni farmaceutici

La realizzazione delle Aree Vaste, la riorganizzazione delle funzioni dei servizi amministrativi, tecnici e professionali, la garanzia ed il supporto alle gare di acquisizione centralizzate favoriscono la messa in comune dei beni farmaceutici tra Aziende. La centralizzazione dei magazzini farmaceutici, favorite dalle scelte effettuate dalle Commissioni tecniche dei farmaci e dei dispositivi medici, rappresenta la coerente realizzazione delle politiche di standardizzazione e d'acquisto regionali e di Area Vasta dei presidi terapeutici e chirurgici da utilizzare nei medesimi ambiti territoriali.

Obiettivo 2014: **integrazione alle attività di Area Vasta per l'acquisizione e distribuzione dei beni sanitari e consolidamento dei processi coordinati dall'Unità Logistica Centralizzata** in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff e le Strutture Aziendali coinvolte nel processo

Rete delle farmacie oncologiche

Nelle Linee d'indirizzo RER è indicata la realizzazione del progetto di rete regionale dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche, al fine di avere la riduzione dei costi e degli scarti di produzione, di creare relazioni consolidate, efficaci e sicure di allestimento e di supporto professionale agli specialisti, di condividere protocolli di trattamento omogenei

Obiettivo 2014: **promozione degli interventi finalizzati alla centralizzazione sovraziendale del laboratorio di galenica oncologica per la Provincia di Parma** in sinergia con le Direzioni Aziendali
avvio progressivo dei percorsi d'integrazione delle procedure di allestimento delle terapie oncologiche con gli applicativi aziendali al fine di rendere correlabili i dati clinici e i dati di utilizzo dei farmaci antitumorali in sinergia con le Direzioni Aziendali, i Servizi e gli Uffici in Staff e in collaborazione i professionisti delle UU.OO. coinvolte nel processo (SIA, Oncologia, Ematologia, ecc)

Politica del farmaco: Principali obiettivi	
1	Analisi dell'appropriatezza prescrittiva e d'uso dei farmaci
2	Gestione dei Registri di Monitoraggio AIFA ed in particolare delle procedure correlate al sistema di rimborso economico per i farmaci oncologici
3	Collaborazione alle attività della Segreteria Scientifica della CF-AVEN e di coordinamento con la CRF
4	Adesione alle politiche degli acquisti dei farmaci e dispositivi medici coerentemente con una gestione regionale e di Area Vasta finalizzata a realizzare disponibilità di beni omogenei unitamente a migliori condizioni economiche
5	Consolidamento dei percorsi di continuità assistenziale promuovendo l'integrazione tra i professionisti in ambito ospedaliero e territoriale
6	Consolidamento dei percorsi di farmacovigilanza e dispositivivigilanza
7	Mantenimento dei percorsi di farmacovigilanza attiva
8	Partecipazione agli interventi promossi dalla SSD Governo Clinico per l'implementazione delle Raccomandazioni del Ministero della Salute e della RER ed in particolare alle azioni per la sicurezza nella gestione dei farmaci ad alto livello d'attenzione e dei farmaci "Look Alike/Sound Alike" (LASA)
9	Collaborazione agli interventi promossi dal Servizio di Igiene Ospedaliera nell'ambito della gestione del rischio infettivo
10	Analisi e monitoraggio dell'impiego di DM
11	Consolidamento delle attività della Commissione Aziendale Dispositivi Medici
12	Collaborazione all'implementazione del database regionale DiMe
13	Predisposizione della documentazione per l'Accreditamento del Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
14	Integrazione alle attività di Area Vasta per l'acquisizione e distribuzione dei beni sanitari e consolidamento dei processi coordinati dall'Unità Logistica Centralizzata
15	Promozione degli interventi finalizzati alla centralizzazione sovraziendale del laboratorio di galenica oncologica per la Provincia di Parma
16	Avvio progressivo dei percorsi d'integrazione delle procedure di allestimento delle terapie oncologiche con gli applicativi aziendali al fine di rendere correlabili i dati clinici e i dati di utilizzo dei farmaci antitumorali

5.5 Gestione dei sinistri

Al fine di perseguire gli obiettivi di prevenire il verificarsi di un danno (cure sicure), di prevenire il ricorso alla soluzione legale delle vertenze, e di assicurare una compensazione rapida ed equa ai danneggiati, la Regione Emilia-Romagna ha previsto l'introduzione della gestione diretta dei sinistri da parte del Servizio sanitario regionale. La D.G.R. n. 1350/2012 "Approvazione del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile nelle aziende sanitarie" e la legge regionale n. 13 del 07 novembre 2012 "Norme per la copertura dei rischi derivanti da responsabilità civile negli enti del servizio sanitario regionale", pongono direttamente in capo alle singole Aziende sanitarie ed alla Regione il compito di gestire il contenzioso e l'eventuale relativo risarcimento derivante da "eventi avversi" in sanità, oggi, per lo più, ancora affidati alle compagnie di assicurazione. La Regione ha provveduto a organizzare il servizio di gestione assicurativa dei rischi di responsabilità civile prevedendo due fasce per la liquidazione del danno:

- prima fascia: sinistri entro la soglia di 250 mila euro; nell'ambito della prima fascia, gli enti provvedono direttamente con risorse del proprio bilancio a corrispondere i risarcimenti;
- seconda fascia: sinistri oltre la soglia di 250 mila euro; nell'ambito della seconda fascia la Regione e gli enti collaborano nella gestione dei sinistri con le modalità descritte nel programma; le Aziende

sanitarie provvedono alla liquidazione dei risarcimenti mediante il fondo regionale istituito ad hoc, fatto salvo l'importo definito per la prima fascia, che resta a carico delle stesse.

L'avvio della gestione diretta del rischio assicurativo richiede l'adozione di nuove modalità organizzative e sostanziali da parte di ogni Azienda idonee a garantire la gestione diretta dei sinistri. In particolare, la Regione individua la necessità della costituzione di un Comitato di valutazione dei sinistri, quale organismo di primaria importanza nella procedura di negoziazione, così come previsto anche dalla nota del 02/08/2012 del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociale della Regione Emilia-Romagna che ha fornito le prime indicazioni operative, procedurali ed organizzative in merito.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, già dotata di un Comitato di Valutazione dei Sinistri (CVS) istituito con deliberazione n. 142 del 10/09/2007, ha provveduto a modificare (con deliberazione n. 235 del 07/09/2012) la composizione del CVS al fine di adeguarla, tra l'altro, alle indicazioni regionali per l'implementazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri. Nell'anno 2012, a seguito della Liquidazione Coatta Amministrativa della compagnia assicuratrice e della necessità di procedere alla gestione diretta delle richieste avanzate, il CVS ha trattato oltre 250 casi. L'indicazione della Regione di dotarsi di un Medico Legale interno - in quanto essendo dipendente e conoscendo i meccanismi organizzativi interni risulta in grado di gestire i casi con maggior cura rispetto ai consulenti esterni - è già attuata dalla Azienda: tutta l'istruttoria medico legale, la valutazione del danno e la produzione di relazioni medico legali calate nella realtà dell'Azienda sono seguite dai Medici del Settore Medico Legale con possibilità di collaborare con i professionisti interessati.

Nell'ambito dell'attività di gestione del rischio assicurativo aziendale e nell'ottica dello sviluppo di una cultura della sicurezza, l'Azienda ha emanato una circolare (prot. n. 25885 del 03/07/2012) che ha stabilito compiti e responsabilità nei processi di gestione del contenzioso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con particolare riferimento alle fasi di apertura del sinistro, di istruttoria documentale e valutazione medico-legale del sinistro, nonché di disamina del caso in sede di Comitato Valutazione Sinistri. La procedura si rivolge e vede attivamente impegnati, oltre al Settore Medico Legale e al Servizio Attività Giuridico Amministrativa aziendale, anche tutte le strutture aziendali che siano luogo di accadimenti di incidenti ai pazienti nonché i singoli professionisti interessati dall'evento.

In un'ottica di gestione diretta del sinistro, si è consolidato il rapporto di fattiva e reciproca collaborazione fra il Settore Medico Legale e il Servizio Attività Giuridico Amministrativa.

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 2014, con il contributo attivo dei Direttori di Dipartimento e dei Responsabili Assistenziali di Dipartimento, e in sinergia con le Direzioni Aziendali i Servizi, gli Uffici in Staff e la SSD Governo clinico e gestione del rischio, verranno promossi dal Settore Medico-Legale i seguenti principali obiettivi:

- Supporto alle UO per la gestione dei sinistri e alimentazione del data base sinistri
- Supporto alla redazione della procedura per eventi critici (eventi sentinella, eventi gravi, eventi mediatici)
- 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
- Definizione e partecipazione agli AUDIT Linee guida per la corretta tenuta della documentazione sanitaria
- Supporto alla formazione di eventi formativi inerenti la gestione del rischio

Gestione dei sinistri: Principali obiettivi	
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

5.6 Gestione del Rischio Infettivo

Il Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna pone particolare attenzione al tema della sicurezza igienica, intesa come sicurezza delle strutture, delle attrezzature, dei processi clinico assistenziali e dei professionisti e dell'utenza, condizione essenziale per l'erogazione di servizi sanitari di qualità.

In questo quadro la garanzia della sicurezza igienica delle persone che condividono spazi di vita, di ricovero e di lavoro in cui vengono erogate le cure e l'assistenza è da considerare come responsabilità primaria della Azienda.

Tra i diversi rischi associati all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, quello infettivo, cioè il rischio di contrarre un'infezione per pazienti, visitatori e operatori, occupa un posto particolare in ragione della gravità e dell'estensione del rischio, della complessità dei determinanti e del trend epidemiologico in aumento. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono infezioni acquisite nel corso dell'assistenza e tale evento può verificarsi in tutte le tipologie/piattaforme assistenziali: reparti per acuti, day-hospital/day-surgery, lungodegenze, ambulatori.

La Gestione del Rischio Infettivo rappresenta, per la Regione, un'area di particolare importanza per la rilevanza e la connotazione che coinvolge aspetti di sanità pubblica, modalità organizzative e tipologie di funzionamento delle organizzazioni sanitarie.

Il tema si sviluppa quindi in vari ambiti: prevenzione, sorveglianza, monitoraggio interventi sulle organizzazioni sanitarie e sui comportamenti professionali.

In questo sistema si inseriscono nuovi determinanti quali: patologie infettive "tradizionali (TBC, influenza ecc.), infezioni da "nuovi/emergenti" agenti eziologici; nuovi gruppi di popolazioni a rischio; nuove cronicità; interventi inappropriati o non efficaci che hanno effetti sulla salute della collettività.

Con la DGR 318/2013 "Linee di Indirizzo alle Aziende per la Gestione del Rischio Infettivo: Infezioni Correlate all'assistenza e Uso Responsabile di Antibiotici" la Regione ha indicato alle Aziende Sanitarie il modello strategico, organizzativo e gestionale a cui ispirarsi, definendo ed in particolare che:

- La gestione del rischio infettivo (prevenzione delle ICA e dell'antibioticoresistenza) è parte dell'obiettivo strategico di promozione della sicurezza in ambito regionale e della gestione del rischio aziendale.
- Gli obiettivi strategici di intervento annuale vengono inclusi tra gli obiettivi di budget per i dipartimenti interessati.

Pertanto, nel corso del 2014, dovrà essere completato il processo di riorganizzazione aziendale in ottemperanza della DGR 318/2013, assicurando l'integrazione del governo del rischio infettivo in ambito assistenziale con le attività aziendali di gestione del rischio clinico.

Particolare attenzione merita, inoltre, il tema del Governo dei Dispositivi Medici (D.M.). Al riguardo la Commissione Regionale D.M. e il Governo clinico dell'ASSR hanno elaborato e diffuso le "Linee di

Indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta" che dovranno essere implementate.

Nel corso del 2014, 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, verranno promossi dal Servizio di Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico-Sanitaria i seguenti principali obiettivi:

- Completamento del processo di riorganizzazione aziendale in ottemperanza della DGR 318/2013
- Aggiornamento del Piano di gestione del rischio infettivo
- Aggiornamento della Rete dei Referenti (DGR 318/13)
- Elaborazione di Report sui problemi evidenziati, le iniziative avviate e i risultati raggiunti
- Sorveglianza delle ICA (sistema di sorveglianza delle epidemie e degli eventi sentinella, sorveglianza in terapia intensiva-SITIER)
- Sorveglianza e controllo dei Multiresistenti e più in generale degli enterobatteri produttori di carbapenemasi
- Sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico - SICHER – (completa applicazione del sistema di sorveglianza delle UU.OO.)
- 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)
- Implementazione delle linee guida in tema di Antibiotico profilassi in chirurgia e uso corretto degli antibiotici
- 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., con una particolare attenzione ai progetti aziendali di riferimento
- Formazione, Informazione e Addestramento dei dipendenti 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.)
- Neoassunti: realizzazione di programmi di formazione sul rischio infettivo e sulle politiche ambientali (rifiuti, comportamenti che impattano sull'ambiente)
- Intranet Aziendale: implementazione del sito aziendale della UO Igiene Ospedaliera per la ottimale diffusione di tutti i percorsi attivati per la gestione del rischio infettivo
- Promozione di Corretti Stili di Vita: Applicazione delle linee-guida Regionali ed Aziendali (es. alimentazione, fumo, movimentazione, ecc.)
- Applicazione delle Linee di Indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta
- Introduzione del SISTRI (Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti)
- Ottimizzazione della gestione dei rifiuti sanitari e, in particolare, riduzione della produzione di rifiuti sanitari a rischio infettivo per giornata di degenza.

Gestione del rischio infettivo: Principali obiettivi	
1	Completamento del processo di riorganizzazione aziendale in ottemperanza della DGR 318/2013
2	Aggiornamento del Piano di gestione del rischio infettivo
3	Aggiornamento della Rete dei Referenti (DGR 318/13)
4	Elaborazione di Report sui problemi evidenziati, le iniziative avviate e i risultati raggiunti
5	Sorveglianza delle ICA (sistema di sorveglianza delle epidemie e degli eventi sentinella, sorveglianza in terapia intensiva-SITIER)
6	Sorveglianza e controllo dei Multiresistenti e più in generale degli enterobatteri produttori di carbapenemasi

7	Sorveglianza delle Infezioni del sito chirurgico - SICHER – (completa applicazione del sistema di sorveglianza delle UU.OO.)
8	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)
9	Implementazione delle linee guida in tema di Antibiotico profilassi in chirurgia e uso corretto degli antibiotici
10	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., con una particolare attenzione ai progetti aziendali di riferimento
11	Formazione, Informazione e Addestramento dei dipendenti 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	Neoassunti: realizzazione di programmi di formazione sul rischio infettivo e sulle politiche ambientali (rifiuti, comportamenti che impattano sull'ambiente)
13	Intranet Aziendale: implementazione del sito aziendale della UO Igiene Ospedaliera per la ottimale diffusione di tutti i percorsi attivati per la gestione del rischio infettivo
14	Promozione di Corretti Stili di Vita: Applicazione delle linee-guida Regionali ed Aziendali (es. alimentazione, fumo, movimentazione, ecc.)
15	Applicazione delle Linee di Indirizzo e criteri d'uso dei dispositivi medici con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da taglio o da punta
16	Introduzione del SISTRI (Sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti)
17	Ottimizzazione della gestione dei rifiuti sanitari e, in particolare, riduzione della produzione di rifiuti sanitari a rischio infettivo per giornata di degenza

5.7 Prevenzione e Protezione lavoratori

Nel rispetto della vigente normativa di settore la programmazione del servizio si articola su differenti fronti:

- Formazione e aggiornamento sui temi della sicurezza
- Stesura dei documenti di Valutazione dei rischi
- Pianificazione dell'emergenza e procedure finalizzate alla gestione di eventi incidentali.

In quest'ottica si sviluppano le direttrici principali sui quali si sviluppa l'attività del servizio.

Nello specifico:

La formazione sui temi della sicurezza (punto 1), in linea con le indicazioni stabilite dall'Accordo Stato-Regioni sulla formazione obbligatoria dei lavoratori, è in fase di avanzata realizzazione; essa si sviluppa in due fasi distinte: Parte Rischi Generali e Parte Rischi Specifici; l'AOU di Parma, in linea con le altre strutture regionali, sta completando la somministrazione a tutto il personale (circa 4.000 lavoratori) del percorso formativo sulla Parte Generale, sia in modalità frontale (aula) e nel rispetto dei limiti numerici stabiliti in un massimo di n. 35 unità per sessione formativa, sia in modalità e-learning. Segue la somministrazione della parte formativa relativa ai rischi specifici, per i quali sono in via di completamento gli accertamenti interni finalizzati a verificare il rispetto, per ciascun lavoratore, del numero di ore di formazione svolta su detti temi (12 ore) nell'arco degli ultimi 5 anni, come prevede la normativa; laddove risulterà un debito formativo in essere, esso verrà colmato per ciascun lavoratore con percorsi formativi mirati in relazione alla mansione svolta ed all'ambito lavorativo allo stesso assegnato.

I Documenti di valutazione dei rischi (punto 2), aggiornati periodicamente, vanno redatti in prima stesura nei casi di attivazione di nuove realtà lavorative. E' il caso del Nuovo Ospedale dei Bambini, la cui attivazione è stata completata nel corso dell'estate 2013. Gli insediamenti lavorativi e le attrezzature elettromedicali in dotazione sono stati progressivamente portati a regime nei singoli contesti lavorativi costituiti dalle UU.OO. ivi trasferite per cui, con il contributo di numerosi sopralluoghi condotti, è in fase di formalizzazione la prima stesura del documento che analizza i singoli processi lavorativi, gli ambienti fisici e le mansioni svolte dal personale dal punto di vista infortunistico e delle potenziali esposizioni ai rischi registrati nello svolgimento delle attività.

La pianificazione dell'emergenza è in continuo aggiornamento, anche alla luce delle recenti indicazioni ingenerate, a livello centrale e regionale, a seguito degli eventi sismici che hanno colpito la nostra Regione. Pertanto, la diffusione dei documenti (Piani di Emergenza Interni) che riportano procedure, ruoli e funzioni per la migliore gestione dell'emergenza (incendio, sisma, danni d'acqua, incidente di natura chimica,...) è costantemente rinnovata; d'altra parte, per definizione, un piano di emergenza è un documento "dinamico", dunque in continua evoluzione, vista la caratteristica connaturata al documento di perfezionare, adattandola ai singoli casi, la catena delle comunicazioni, il coinvolgimento del personale individuato nel rispetto dei ruoli assegnati e i tempi di esecuzione delle funzioni da svolgere.

Già nel corso del 2013 è stata data ampia diffusione alle procedure interne per la migliore gestione dell'emergenza; la risposta acquisita dal servizio a livello complessivo è più che soddisfacente, ma l'intenzione è quella di perseguire l'obiettivo di sensibilizzare tutti i lavoratori sull'indispensabilità del contributo individuale e sulle responsabilità personali in funzione dell'ottimizzazione del riscontro fornito a livello interventistico; in tal senso la base di partenza costituita dal proseguimento dei corsi di formazione per aziende a rischio incendio elevato, svolta dal personale dei Vigili del Fuoco, contribuisce in maniera determinante ad accrescere la consapevolezza che, indipendentemente dalla qualifica professionale ricoperta, è possibile essere attivamente partecipi, sia in fase preventiva per limitare le cause di incidente che in fase "protettiva", attraverso l'applicazione delle azioni riportate sui singoli documenti di pianificazione dell'emergenza.

Prevenzione e protezione lavoratori: Principali obiettivi	
1	Formazione dei lavoratori su rischi connessi alla sicurezza delle attività lavorative svolte in osservanza dell'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2011, sia per la parte Generale dei rischi sia sulla parte Specifica; quest'ultima viene distinta per attività ad Alto Rischio - consistente in 12 ore e rivolta essenzialmente ai profili professionali di ambito sanitario, intesi come medici, biologi e comparto - e per Basso Rischio, indirizzata ai profili professionali tecnico-amministrativi e consistente in 4 ore. Il percorso formativo dei lavoratori neo-assunti sulle stesse tematiche viene espletato nel contesto di applicazione dell'Accordo sopra richiamato.
2	La produzione di documenti di valutazione del rischio ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 81/08, tiene conto delle nuove realtà lavorative realizzate, sia che trattasi di edifici di nuova acquisizione o realizzazione, sia di ambienti ristrutturati o con nuova destinazione d'uso assegnata, a seguito di cui vengono cambiati i processi lavorativi e le tecnologie in uso, e comunque va eseguita laddove la distribuzione degli spazi risulti modificata rispetto al preesistente, già oggetto di precedente valutazione dei rischi.

3	La pianificazione dell'emergenza consiste sia nella produzione dei Piani di Emergenza Interna (emergenze non cliniche), aggiornati sulla base delle modifiche riconducibili alle stesse motivazioni riportate al punto sopra, sia nella fase di divulgazione e informazione al personale dipendente, con l'obiettivo di sensibilizzare costantemente i lavoratori sulle tematiche legate ad un corretto uso degli ambienti di lavoro, all'eventuale automatica applicazione delle procedure riportate sui documenti di pianificazione ed all'acquisizione della consapevolezza dei singoli ruoli assunti ed attribuiti da mettere in atto nel corso di eventuali eventi incidentali accadibili.
---	---

5.8 Ricerca e Innovazione

In questa fase caratterizzata dai vincoli imposti dalla ristrettezza delle risorse disponibili, il SSN è chiamato non soltanto a recuperare efficienza laddove necessario, ma anche a mantenere e migliorare ulteriormente la qualità delle cure in termini di sicurezza e appropriatezza. In questo contesto, gli investimenti in attività di ricerca acquisiscono una rilevanza e assumono una responsabilità del tutto particolare: sono di fatto l'espressione di un investimento sul futuro che deve poter accompagnare e indirizzare i processi di cambiamento.

Le linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2014 (DGR n. 217 del 24/02/2014) ribadiscono l'impegno della RER nell'attuazione di politiche regionali a supporto ed indirizzo delle attività di ricerca, che per essere efficienti devono essere alimentate con informazioni sulla quantità e qualità di ricerche effettivamente condotte nelle Aziende sanitarie. In particolare, il documento sottolinea (pag. 50) l'importanza delle attività di ricerca quali potenziali opportunità di accesso a trattamenti innovativi per i pazienti, affrontando quindi la questione anche dal punto di vista dei cittadini. Questa visione è ormai ampiamente condivisa, come testimoniano articoli scientifici pubblicati sulle riviste più autorevoli (Laine et al. N Engl J Med 2007; Godlee and Chalmers, BMJ 2010) e le numerose iniziative, nazionali e internazionali, tese a sensibilizzare l'opinione pubblica per un sempre maggiore coinvolgimento nelle attività di ricerca di pazienti e familiari. L'accesso alla ricerca è infatti un diritto sancito nella Carta Europea dei Diritti del Malato (<http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/europa/1955-carta-europea.html>), per usufruirne i pazienti devono poter conoscere gli studi clinici in corso a cui potrebbero essere interessati, devono essere adeguatamente informati su cosa comporta la partecipazione a uno studio e devono inoltre poter accedere ai risultati dei progetti conclusi per prendere decisioni informate sulla loro assistenza.

A tale proposito è importante sottolineare che per portare reali benefici ai pazienti, e alla comunità scientifica, i progetti di ricerca devono essere condotti secondo una metodologia rigorosa e nel rispetto delle norme. In questo senso, l'adesione alle Good Clinical Practice (GCP, standard internazionale di etica e qualità scientifica, recepite con D.M. 15 luglio 1997) nella realizzazione di ogni tipologia di studio risulta fondamentale, per tutelare i partecipanti allo studio, migliorare la fiducia dei cittadini nei confronti della ricerca, garantire l'affidabilità dei risultati prodotti e ridurre lo spreco di risorse (Chalmers and Glasziou, Lancet 2009). L'adesione alle GCP può essere favorita attuando diverse strategie descritte in letteratura (Sather et al. Control Clin Trials 2003; Chalmers and Glasziou, Lancet 2009; Kuusisto et al. Contemp Clin Trials 2011), tra cui l'attivazione di programmi di monitoraggio, la formazione specifica dei professionisti e l'attuazione di Procedure Operative Standard (SOP).

Sulla base di queste considerazioni, nel 2014, la AOU di Parma avvia un processo volto a incrementare la realizzazione di una ricerca partecipata e di buona qualità, attraverso l'attuazione dei seguenti obiettivi:

1. Assicurare la tracciabilità delle attività di ricerca svolte in Azienda e l'accesso alla relativa documentazione, al fine di acquisire informazioni utili al miglioramento delle conoscenze e della qualità dell'assistenza (come da DGR 1066 del 29/07/2009). A tal fine, le UO forniranno alla UO Ricerca e Innovazione tutte le informazioni necessarie per l'inserimento degli studi avviati nel 2014 nel database dell'Anagrafe della Ricerca Regionale. Tali informazioni costituiranno la fonte da cui

partire per identificare le aree prioritarie di ricerca, esercitare in prospettiva un'azione programmatrice, e diffondere all'esterno, anche ai pazienti e ai cittadini, le attività di ricerca in atto e i risultati ottenuti da studi conclusi, valorizzando anche l'opera dei professionisti.

2. Aiutare le persone a comprendere l'importanza delle corrette sperimentazioni dei trattamenti e rendere questa conoscenza accessibile al maggior numero di persone. Per realizzare questo obiettivo, le Unità Operative dovranno operare attraverso le seguenti modalità:

- Contribuire alla realizzazione della sezione dedicata ai cittadini sul sito web aziendale, che fornisce informazioni aggiornate su studi di ricerca clinica per i pazienti, le loro famiglie, i loro amici, gli operatori sanitari e il pubblico; ogni record-studio comprende una sintesi del protocollo, inclusi gli scopi, lo stato di attuazione, e criteri di ammissibilità.
- Favorire la consultazione di siti e materiale informativo validati (come quelli messi a disposizione dalla comunità europea nel sito www.ecranproject.eu, o disponibili su www.partecipasalute.it e it.testingtreatments.org) relativi alla corretta sperimentazione dei trattamenti.
- Svolgere incontri con il pubblico volti alla presentazione dei progetti in corso, o dei risultati di studi conclusi.

3. Attuare studi di buona qualità in linea con i requisiti internazionali. A tal fine le Unità Operative dovranno assicurare, in particolare nel caso di studi "spontanei" (non commerciali):

- La collaborazione fattiva con la UO Ricerca e Innovazione, da parte di tutti i professionisti coinvolti in ricerca (medici, infermieri, assistenti di ricerca, ecc.), nel processo di miglioramento della qualità degli studi, per garantire sicurezza e cure adeguate ai partecipanti, e nel contempo aumentare l'importanza che l'AOU di Parma riveste nella comunità medico scientifica
- La formazione in materia di GCP del personale coinvolto nello studio clinico e il training sulle Procedure Operative Standard (SOP) aziendali, approvate da Collegio di Direzione
- La creazione e gestione del data base nel rispetto dei requisiti minimi di sicurezza, in particolare per la tutela dei dati sensibili dei pazienti come previsto dal garante della privacy
- La pubblicazione e disseminazione dei risultati della ricerca, anche quando negativi.

Ricerca e Innovazione: Principali obiettivi	
1	Assicurare la tracciabilità delle attività di ricerca svolte in Azienda e l'accesso alla relativa documentazione: <i>contribuire alla realizzazione dell'Anagrafe della Ricerca Regionale</i>
2	Accrescere la consapevolezza dell'importanza della ricerca per i pazienti (cure innovative) e per il SSN (riduzione dei costi delle terapie, maggiore qualità dell'assistenza): <i>informare i cittadini sulle attività di ricerca in atto nell'AOUPR, contribuendo alla realizzazione della sezione a loro dedicata sul sito web aziendale</i>
3	Favorire l'adesione alle good clinical practice (GCP) per garantire ricerca e cura di buona qualità: <i>pubblicare e disseminare i risultati di progetti di ricerca avviati, anche quando negativi</i>

6. ALTRI OBIETTIVI

6.1 Equità

La rilevanza del principio dell'equità nell'ambito della programmazione dei servizi sanitari è confermato negli atti di programmazione annuale della Regione, con particolare riferimento all'introduzione di una visione di sistema all'interno delle aziende sanitarie e alle ricadute organizzative. Ed è, inoltre, rafforzata nel documento di indirizzo regionale "Indicazioni attuative del Piano Sociale e Sanitario per gli anni

2013/2014" (D.G.R. 284/2013) e nel lavoro dell'OMS "Governance for health equity in the WHO European Region" (2013). Tra i principali elementi da considerare nella governance delle azioni per contrastare le iniquità figura l'importanza di azioni intersettoriali, la costituzione di partnership tra diversi interlocutori con attenzione all'inclusività e coinvolgimento dei cittadini e la creazione di team stabili che lavorino insieme.

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, a partire dal 2012, ha definito un Piano dell'equità e un modello di governo dell'equità condiviso con il Collegio di Direzione. Per il 2014 sarà necessario riprendere e aggiornare il programma aziendale sull'equità, inteso come strumento di coerenza e sostenibilità delle strategie messe in atto per contrastare le iniquità.

Fra gli ambiti da considerare nella programmazione aziendale si richiamano qui:

Riconoscere e valorizzare il crescente contesto pluriculturale

È attivo in Azienda dal 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 della 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. Anche attraverso questi strumenti si realizza la costruzione di una partnership tra cittadini e servizi.

Obiettivi specifici per il 2014:

- migliorare l'utilizzo dei servizi di mediazione aziendali a garanzia dell'equità di accesso ai servizi;
- 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;
- sostegno delle attività di mediazione con un nuovo ciclo di formazione rivolta ai professionisti.

Proseguire il progetto formativo, definito nell'ambito dei progetti di modernizzazione AVEN, "Mediazione di sistema e profili di responsabilità medico-legale: laboratorio di apprendimento riflessivo". La proposta formativa è volta a mettere i medici e il personale sanitario in condizione di favorire la partecipazione dei pazienti nella produzione dei significati culturali dell'esperienza di malattia (con particolare, ma non esclusivo, riferimento all'utenza straniera) e nella loro valorizzazione clinica tanto nel processo diagnostico quanto in quello terapeutico assistenziale.

Dare continuità al Progetto Health literacy

Obiettivo generale del progetto è favorire la comprensione dell'utente attraverso una chiarezza del linguaggio scritto e parlato utilizzando le strategie della HL.

Per il 2014 l'Azienda intende aumentare la diffusione dei principi e della pratica della Health Literacy nella relazione tra gli operatori e gli assistiti, ampliando il numero di professionisti coinvolti nel percorso formativo, con particolare riguardo all'area oncologica.

Health equity audit

Sperimentare l'applicazione dello strumento dell'health equity audit, come indicato nel Toolkit 5 Percorso di valutazione dell'equità: l'Health Equity Audit (HEA), almeno nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale

6.2 Accessibilità, tempi di attesa

Governo dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria, in applicazione delle indicazioni contenute negli atti normativi regionali (D.G.R. 2142/2000, D.G.R. 1532/2006, D.G.R. 1035/2009, D.G.R. 1803/2009, D.G.R. 925/2011 e D.G.R. 704/2013), ha avviato interventi in materia di contenimento dei tempi di attesa che hanno portato a un rilevante miglioramento nel governo delle liste di attesa. Il sistema di prenotazione CUP è stato adeguato alle normative regionali e alla domanda sanitaria che è variata sia in termini quantitativi che di complessità clinica. Tutte le prestazioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono presenti nel sistema CUP provinciale e l'Azienda ha posto in essere le azioni necessarie per garantire una programmazione e gestione complessiva dell'offerta, tra cui la predisposizione di agende di prenotazione separate per primi accessi, urgenze differite e controlli. Per le aree di criticità, individuate di concerto con l'Azienda territoriale, è stato strutturato un sistema di produzione integrativo che ha previsto una rimodulazione dei livelli di offerta, in relazione all'andamento della domanda, e l'attivazione dei percorsi di garanzia.

Permane, come obiettivo per l'anno 2014, il puntuale utilizzo degli strumenti normativi e organizzativi individuati a livello regionale per garantire l'accessibilità esterna e il costante miglioramento dei tempi di attesa:

- agende di garanzia
- assicurazione dei percorsi di presa in carico
- mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard regionali (30 gg. per le visite specialistiche e 60 gg. per le indagini strumentali)
- attivazione di nuovi percorsi di Day Service ambulatoriale (DSA 1 e DSA 2)
- semplificazione degli accessi attraverso il corretto utilizzo, da parte degli specialisti ospedalieri, del percorso DEBURO (prescrizione su ricettario SSN di prestazioni successive alla prima visita)

Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza

Il sistema di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa, e relativo monitoraggio dei risultati, resta uno degli obiettivi fondamentali da mantenere anche per l'anno 2014. Già nel corso dell'anno 2013, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria in collaborazione con l'Azienda USL e con il coinvolgimento degli Specialisti Ambulatoriali, dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, ha messo in campo azioni mirate in tali ambiti.

Nell'anno 2014, le azioni finalizzate all'appropriatezza prescrittiva, organizzativa e erogativa avranno in particolare ad oggetto:

- gli esami di laboratorio, ad esempio PSA Reflex e TSH Reflex, come da indicazioni contenute nella D.G.R. 1779/2010
- i percorsi senologici, come da D.G.R. 1035/2009, D.G.R. 220/2011 e D.G.R. 1414/2012
- prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (D.G.R. 1108/2011) al fine di disincentivare i ricoveri di Day Surgery e Day Hospital ad alto rischio di inappropriatelyzza
- la diagnostica per immagini, con particolare riferimento a RM e TAC osteo-articolari

Accessibilità, tempi di attesa: Principali obiettivi	
1	mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard regionali (30 gg. per le visite specialistiche e 60 gg. per le indagini strumentali)
2	assicurazione dei percorsi di presa in carico

3	agende di garanzia
4	semplificazione degli accessi attraverso il corretto utilizzo, da parte degli specialisti ospedalieri, del percorso DEBURO
5	attivazione di nuovi percorsi di Day Service ambulatoriale (DSA 1 e DSA 2)
6	Assicurare la ricerca dell'appropriatezza prescrittiva, organizzativa ed erogativa

6.3 Risorse Umane e Formazione

Nell'anno 2014, 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:

- all'osservanza delle indicazioni regionali che prevedono, per le assunzioni a tempo indeterminato, l'invarianza della spesa rispetto all'esercizio 2013;
- a prevedere l'invarianza della spesa per il personale a tempo determinato – al netto delle sostituzioni per lunghe assenze e straordinarie – rispetto all'esercizio 2012;
- a garantire altresì l'invarianza della spesa iscritta nel bilancio preconsuntivo 2013, relativa all'attivazione di contratti di lavoro atipico (lavoro interinale e collaborazioni sanitarie e non sanitarie) ad esclusione per le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda;
- 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.

Il 2014 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. Per quanto concerne il Piano Formativo Aziendale quale strumento di programmazione aziendale della formazione, per l'anno 2014, ci si propone di sviluppare schede progettuali nel documento che includano la valutazione della ricaduta organizzativa come elemento indispensabile nel processo circolare della formazione continua. A tal fine, il Settore Formazione, supportato dalla rete dei referenti della formazione, promuoverà almeno un progetto formativo per ogni Dipartimento che includa la valutazione al fine di monitorare, anche a distanza di tempo, le ricadute assistenziali della formazione, in termini di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e di innovazione tecnica, organizzativa e relazionale. In tali schede progetto, sarà basilare l'indicazione delle scelte metodologiche utilizzate (formazione sul campo, e-learning, coaching, simulazioni, ecc.) al fine del consolidamento degli apprendimenti sollecitati in comportamenti professionali agiti nei contesti di lavoro.

Il dossier formativo. Per il 2014, si prevede anche nel Dossier Formativo dipartimentale lo sviluppo dell'aspetto della valutazione della ricaduta formativa, attraverso un dettagliato lavoro di analisi delle competenze di carattere tecnico-professionale (clinical competence) presenti in Azienda, a integrazione della mappatura delle competenze trasversali, già realizzata nel corso del 2013, al fine di mettere in contesto la formazione e favorire lo sviluppo di professionalità specifiche nonché sostenere alcune

innovazioni tecnologiche o di organizzazione dei servizi. Per favorire tale processo, si estenderà la visualizzazione del dossier formativo ai referenti dipartimentali della formazione, ai direttori di dipartimento, ai responsabile assistenziale di dipartimento al fine del monitoraggio dell'attività formativa non solo dal punto di vista della programmazione ma anche in termini di realizzazione dei progetti formativi nonché di coerenza di quest'ultimi con le aree che identificano gli obiettivi formativi individuati nelle linee di indirizzo. L'obiettivo finale è quello di coinvolgere nello sviluppo dello strumento dossier tutti i professionisti afferenti all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma al fine di promuovere ulteriormente i bisogni formativi individuali con le priorità aziendali.

La relazione annuale sulla formazione. Per la redazione della relazione annuale sulla formazione ci si orienterà verso un'analisi della attività svolta in termini di coerenza dell'offerta formativa con le priorità aziendali, di integrazione dell'analisi quantitativa dell'attività svolta (dati della formazione) con elementi di valutazione qualitativa quali progetti prioritari realizzati e tecniche didattiche prevalentemente utilizzate, di verifica circa l'attività formativa promossa dai servizi trasversali e relativa ricaduta nelle articolazioni aziendali. Per l'analisi dell'attività formativa erogata direttamente nei dipartimenti sarà fondamentale la collaborazione dei Referenti della Formazione al fine di ottimizzare la programmazione per l'anno successivo.

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.

Per quanto riguarda la formazione, l'Azienda proseguirà nella promozione di programmi per l'educazione continua dei professionisti sanitari finalizzati a implementare e a potenziare l'expertise caratterizzata da competenza e professionalità (Know-how). A tal fine si cercherà di ancorare quanto più possibile gli interventi formativi ai bisogni dei professionisti della salute, oltre che agli obiettivi dell'organizzazione sanitaria di cui fanno parte e del sistema sanitario regionale e nazionale. Tali bisogni e tali obiettivi dovrebbero sempre più originare dalle esigenze della popolazione che usufruisce dei servizi. In tal senso, verrà posto l'accento sull'importanza dell'assunzione di una visione di sistema al fine della ottimizzazione delle risorse a disposizione e del mantenimento di standard di qualità. L'integrazione tra componenti organizzative, finanziarie e professionali si pone quindi come ulteriore sfida per gli stessi professionisti della sanità.

Per l'anno 2014 le priorità formative nei Dipartimenti riguarderanno:

Area comunicativo-relazionale

il benessere organizzativo e la gestione delle persone e il lavoro di èquipe, a cui segue la comunicazione organizzativa e la comunicazione con paziente e care giver.

Area della responsabilità e giuridica

le tematiche relative a diritti e doveri dei professionisti, alla responsabilità professionale e medico/legale, alla gestione del rischio e all'area giuridica esplicitamente definita.

Area tecnico-professionale

in quest'area si collocano, ai posti più di rilievo, il bisogno di prevenzione, espresso soprattutto come bisogno di sicurezza, riferito ai professionisti (formazione D.Lgs 81/2008) e necessità di lavorare in sicurezza relativo ai pazienti (risk management nel suo complesso). La richiesta di formazione in attività cliniche specialistiche e su prestazione tecnico-assistenziali, oltre che sulla gestione dei processi diagnostico-terapeutici, con particolare attenzione alla misurazione dei risultati e all'implementazione di progetti di miglioramento.

Area gestionale-organizzativa

L'analisi di fabbisogno non ha individuato tra le priorità delle scelte educative tematiche organizzativo-gestionali. Temi quali la gestione della documentazione sanitaria, la gestione del governo clinico, la gestione delle risorse economiche e l'integrazione socio-sanitaria si collocano a un livello intermedio delle preferenze dei professionisti, anche se rappresentano ambiti di interesse particolare delle Aziende sanitarie.

Area della ricerca/formazione

In quest'area troviamo temi quali la formazione dei tutor dei tirocini per gli studenti dei corsi di laurea, la formazione dei formatori e l'esigenza di formazione alla ricerca psicosociale. Fra le opzioni più periferiche la formazione alla ricerca evidence based.

Le tematiche cogenti al livello trasversale

- Sviluppo del modello assistenziale per intensità di cura per aree ospedaliere
- Comunicazione e qualità relazionale interna ed esterna estesa a tutti i settori organizzativi
- Benessere organizzativo: sviluppo delle risorse umane e cambiamento organizzativo
- Prevenzione del rischio in tutti i settori aziendali
- Accreditemento istituzionale
- Digitalizzazione dell'attività sanitaria ed amministrativa

Risorse Umane e Formazione: Principali obiettivi	
1	Osservanza delle indicazioni regionali che prevedono: <ul style="list-style-type: none">- per le assunzioni a tempo indeterminato, l'invarianza della spesa rispetto all'esercizio 2013- per il personale a tempo determinato l'invarianza della spesa– al netto delle sostituzioni per lunghe assenze e straordinarie – rispetto all'esercizio 2012- per i contratti di lavoro atipici (lavoro interinale e collaborazioni sanitarie e non sanitarie) l'invarianza della spesa iscritta nel bilancio preconsuntivo 2013, ad esclusione per le collaborazioni in qualunque forma finanziate all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda
2	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
3	Individuare indicatori di ricaduta della formazione per almeno due corsi significativi per Dipartimento
4	Elaborazione, da parte degli RDF della relazione annuale della formazione secondo il format già condiviso
5	Ridefinizione della rete dei referenti di formazione e relative funzioni
6	Realizzare almeno un evento dipartimentale del gruppo interprofessionale e dell'èquipe
7	Ottimizzare l'uso delle risorse umane nell'ottica della flessibilità organizzativa del personale assistenziale volta alla valorizzazione professionale e al cambiamento organizzativo

6.4 Le strategie di integrazione in Area Vasta

Le strategie di integrazione in Area Vasta

Il processo di integrazione tra le diverse Azienda Sanitarie in Area Vasta proseguirà anche nel 2014 nel rispetto di quanto indicato dagli indirizzi regionali ed in una logica di continuità con le esperienze già maturate negli anni precedenti. In termini generale, il ricorso al livello di Area Vasta avverrà ogniqualvolta l'ottimizzazione della filiera obiettivi/azioni/risultati/risorse verrà ritenuto il più economico ed efficace, costituendo una opportunità e una utilità per il sistema, configurandosi come un ampliamento della gamma delle possibili soluzioni organizzative a cui le Aziende possono ricorrere.

In concreto gli obiettivi congiuntamente definiti dalle Aziende per quanto concerne le politiche e le iniziative di area vasta per l'anno 2014 possono essere così sintetizzati:

- Attivazione del sistema di logistica integrata di Area Vasta

Nel corso del 2014 andrà a regime l'attività del magazzino unico di Area Vasta con il graduale ingresso delle Aziende non ancora entrate nel 2013 (Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma).

Ciascun ingresso sarà proceduto dalla definizione di un dettagliato piano operativo elaborato in accordo con l'Azienda USL di Reggio Emilia (titolare dell'attività del magazzino) per garantire la puntuale esecuzione di tutti gli adempimenti preliminari necessari per rendere effettivamente operativo il suddetto ingresso.

Tale piano, in particolare, dovrà prevedere:

- l'allineamento delle codifiche dei prodotti gestiti dalla singola Azienda con l'anagrafica AVEN: transcodifica per i prodotti identici, nuovo inserimento per quelli in uso nella singola Azienda non ancora presenti nell'anagrafica AVEN;
- la preliminare identificazione e la riconduzione all'Azienda USL di Reggio di tutti i contratti di fornitura di D.M. e farmaci gestiti;
- la definizione dettagliata delle modalità di gestione dei prodotti che non rientreranno nella logistica centralizzata (in particolare service laboratorio, dialisi, altri service vari);
- le modalità attraverso le quali garantire gli adempimenti previsti dalla tracciabilità dei flussi finanziari e dalla rendicontazione dei contratti (CIG, SIMOG, SITAR).

Ad ingressi completati si potranno concludere importanti attività volte al recupero di efficienza nella gestione del magazzino:

- completamento della definizione dei prodotti gestiti a scorta e in transito;
- standardizzazione dei prodotti utilizzati attraverso la condivisione di un processo di selezione volto ad eliminare sovrapposizioni e doppi;
- semplificazione e snellimento delle modalità di approvvigionamento delle singole Aziende.

Saranno inoltre perfezionati i sistemi di monitoraggio per misurare l'efficienza del magazzino unico e per consentire alle singole Aziende di disporre delle informazioni necessarie alla loro gestione aziendale.

- Ambiti ed azioni di Area Vasta per l'integrazione di risorse e servizi in funzione del miglioramento della qualità dell'offerta e dell'efficienza di produzione

L'attività di gruppi sovra-aziendali è ormai consolidata in Area Vasta ponendosi prevalentemente l'obiettivo di favorire il processo decisionale interno delle Aziende, arricchendolo con informazioni e confronti utili, derivanti dalla circolazione di esperienze e conoscenze e volgendolo all'adozione, se ed in quanto possibili, di soluzioni comuni. Attività questa che ogni anno si arricchisce di ulteriori e diverse esperienze.

L'attività dei gruppi può essere classificata all'interno di quattro macro categorie:

- Interpretazione e applicazione omogenea della normativa;
- Elaborazione di progetti;
- Confronto sistematico su temi specifici per l'adozione delle migliori pratiche individuate;

- Sviluppo di attività comuni ed adozione di modelli organizzativi integrati.

Ogni gruppo può essere impegnato su uno o più di questi fronti, gli obiettivi di annata scaturiscono dalla sintesi tra indirizzi elaborati dalle Direzioni Aziendali con le proposte formulate da ciascun gruppo.

Rimane confermato come metodo di lavoro prevalente quello per famiglie professionali, già adottato negli anni precedenti, pur nella consapevolezza della necessità di procedere ad una loro integrazione sui specifici percorsi/processi.

I gruppi/progetti/reti attivati sono:

- Gruppo Responsabili Servizi di Farmacia
- Gruppo Responsabili Servizi di Ingegneria Clinica
- Gruppo Responsabili Tecnologie Informatiche
- Gruppo Responsabili Formazione
- Gruppo Responsabili Fisica Sanitaria
- Gruppo Responsabili Personale
- Gruppo Responsabili Bilanci
- Gruppo Responsabili Controllo di Gestione
- Gruppo Responsabili Servizi di Prevenzione e Protezione
- Gruppo Responsabili Libera Professione
- Gruppo Responsabili Trasparenza/Anticorruzione
- Gruppo Responsabili Servizi Prevenzione e Protezione
- Gruppo Responsabili Laboratori
- Gruppo Referenti Specialistica
- Gruppo Referenti Assicurazioni
- Gruppo Referenti Protesica
- Gruppo Referenti Odontoiatria
- Gruppo Responsabili Professioni Sanitarie
- Programma Percorso Nascita
- Gruppo Referenti Riabilitazione
- Gruppo Controlli – Audit Clinici
- Accordi mobilità Strutture Private Accreditate e Accordi Mobilità tra Strutture Pubbliche
- Gruppo Responsabili DSM
- Gruppo Responsabili Integrazione Socio Sanitaria
- Gruppo Responsabili DSP

Un cenno a parte per i progetti relativi alla Centrale Operativa 118 ed alle Officine Trasfusionali.

Nel primo caso, ad approvazione avvenuta del progetto presentato, dovrà essere attivata la fase operativa di realizzazione; nel secondo si dovrà procedere alla elaborazione del progetto nel rispetto delle indicazioni formulate dalla Regione.

Politiche per l'acquisto di beni e servizi

La trasformazione del Dipartimento Interaziendale Acquisti da "funzionale" a "gestionale", completatasi nel corso dello scorso anno, richiede che, per dare una sempre maggiore forza al perseguimento degli obiettivi di accentramento/accorpamento delle gare definiti sia a livello regionale che di Area Vasta, venga, innanzi tutto, progressivamente perfezionato il modello organizzativo. Modello basato su tre presupposti fondamentali:

- graduale specializzazione nello svolgimento delle gare per garantire il massimo livello di competenza possibile;

- accentramento/concentrazione delle funzioni fungibili (controlli e flussi informativi) all'interno di una unità operativa sia per aumentare la competenza specifica che per evitare ridondanze e duplicazioni nello svolgimento delle suddette attività;
- accentramento dell'attività di interpretazione/indirizzo normativo per far fronte in modo omogeneo a disposizioni frequentemente mutate e di non facile interpretazione operativa;
- definizione della programmazione biennale degli acquisti per gli anni 2013 – 2014 ed espletamento gare.

Gli indirizzi regionali presuppongono una dipendenza funzionale delle Aree Vaste dalla centrale di acquisti regionale (Intercent-ER), proponendo, peraltro, una modalità operativa che la nostra Area Vasta aveva già adottato negli anni precedenti seppur su scala ovviamente ridotta.

Modalità che opportunamente poggia su una programmazione integrata e coerente tra i vari "livelli" di acquisto presenti in Regione con la priorità attribuita al livello regionale (Intercent-ER) e quello residuale alle Aree Vaste/Aziende. E' così possibile arrivare progressivamente al "giusto" dimensionamento di aggregazione delle gare tenuto conto dei mercati di riferimento.

La parte di collaborazione con Intercent-ER si estrinseca con:

- la partecipazione del Direttore Operativo di Area Vasta e del Responsabile del. DIA di AVEN alle attività del Comitato Operativo di Intercent-ER;
- l'attività di coordinamento, raccordo e raccolta dati fatta dalla Direzione Operativa di Area vasta tra Intercent-ER, le Direzioni Aziendali, le strutture (Provveditorati, Servizi di Farmacia, di Ing. Clinica, ..) e i Professionisti coinvolti nelle gare;
- la partecipazione dei professionisti nominati dalle Direzioni Aziendali alle attività delle commissioni e gruppi di lavoro convocati da Intercent-ER.

Per la parte di propria competenza l'Area Vasta Emilia Nord si è data alcuni principi operativi a cui attenersi:

- superare le gare aziendali ovvero verifica a livello di Area Vasta dell'opportunità a sviluppare gare ponte per singole Aziende;
- privilegiare l'espletamento delle procedure di gara necessarie per completare l'acquisizione della quota di beni sanitari non ancora oggetto di contratti unificati da Area Vasta , considerando in particolare le tipologie dei prodotti che saranno gestiti nel Polo Logistico centralizzato;
- migliorare i tempi di espletamento delle gare, implementando il sistema di monitoraggio dei tempi messo a punto per poter disporre di informazioni tempestive sullo stato di avanzamento delle gare e concordare modalità di intervento in caso di ritardi rilevati;
- rendere operativo il sistema di monitoraggio degli esiti di gara predisposto;
- garantire una forte integrazione fra i professionisti coinvolti, a vario titolo, nei processi di acquisto. In particolare assicurare una forte sinergia tra farmacisti, ingegneri clinici e sanitari, sinergia necessaria per l'ottimizzazione dei tempi di svolgimento della procedura e per l'efficacia della gara (qualità, prezzo).

L'obiettivo è quello di migliorare le procedure annualmente attivate (circa 80 tra gare in corso e gare aggiudicate).

Il risultato atteso a fine anno è di avere un livello aggregato di acquisti ricompreso tra il 65% ed il 70%. Non si ritiene raggiungibile un livello superiore in quanto ambiti rilevanti (soprattutto servizi) si caratterizzano per gare la cui scadenza è prevista nei prossimi anni.

Non va, infine, dimenticato l'operato della Commissione del Farmaco di Area Vasta che ormai da anni sta svolgendo un ruolo di importante sostegno al sistema degli acquisti in un'ottica di governo centralizzato degli stessi.

Politiche aziendali per l'acquisto di beni e servizi

Considerati gli obiettivi della Delibera Regionale 217/2014 e confermando l'attiva partecipazione a tutte le attività indicate nella precedente relazione, curata da Aven, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma procederà all'espletamento di gare aziendali solo in presenza di urgenza indifferibile o in caso di

beni di investimento o servizi di modesta entità non differibili e non rientranti nella programmazione provinciale.

In attesa infatti del masterplan della programmazione di Intercent-er/Aven, a garanzia della continuità dell'attività sanitaria, tutti i contratti in essere e in scadenza nei primi mesi del 2014 verranno prorogati.

Al fine inoltre di incrementare il più possibile la quota dei contratti aggregati, l'Azienda ha già definito con l'Azienda USL di Parma (delegata allo svolgimento delle gare di servizi in qualità di capofila, sulla base di apposito progetto di integrazione e razionalizzazione dei processi di approvvigionamento) la tempistica di espletamento delle gare relative all'ex global service economale (scadenza contratti settembre 2015) in modo da avviare alcuni di gruppi di redazione capitolato nel corso del corrente anno, al fine di avere tutte le gare aggiudicate entro il 2015.

Sul 2014 si conferma invece la difficoltà di raggiungere l'obiettivo dei contratti aggregati pari all'85%, proprio in considerazione dei contratti pluriennali aziendali di servizi ancora vigenti.

Il 2014 vedrà inoltre l'ingresso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nell'Unità Logistica Centralizzata di Aven quindi alcuni mesi verranno dedicati alla complessa attività amministrativa preparatoria al subentro dell'AUSL di Reggio Emilia in tutti i contratti in essere, nonché alla definizione, unitamente agli altri servizi aziendali coinvolti, della riorganizzazione del flusso ordini e del servizio di trasporto farmaci e dispositivi medici dal magazzino Aven alle UU.OO. aziendali.

Relativamente all'espletamento delle gare di Area Vasta in qualità di capofila, terminata la fase post gara della complessa gara di fornitura protesi ortopediche d'anca, che ha determinato un risparmio a livello di area vasta di circa € 5.000.000 in tre anni, l'Azienda avvierà le attività propedeutiche all'indizione di altra procedura di ingente impatto economico ed elevata complessità tecnica, l'affidamento in service delle strumentazioni core lab dell'U.O. Patologia e medicina di Laboratorio, gara in Unione d'acquisto con AO Modena e AUSL Modena.

Per questa gara sono in fase conclusiva le attività di redazione del capitolato tecnico.

Nel corso del 2014, a livello aziendale, verranno espletate inoltre le attività di gara correlate a due importanti finanziamenti Regionali/Statali, interventi AP09 e AP10, in base ai quali verranno acquisiti innovativi sistemi software a supporto dell'attività amministrativa e sanitaria, rinnovato il parco Hardware nonché si procederà al trasferimento presso l'Ala Sud della struttura di numerose unità operative, previa acquisizione di arredi e attrezzature dedicate. Le attività di acquisto, al fine di rispettare la tempistica di legge stabilita per l'ottenimento del finanziamento, dovranno concludersi entro ottobre 2014: verranno espletate quattro procedure di gara a livello comunitario e numerose gara di importo inferiore alla soglia (€ 214.000), oltre a numerose adesioni alle convenzioni Consip e Intercent-er.

Considerata infine l'importanza di avere costantemente aggiornato l'inventario dei beni mobili aziendali, nel corso del 2014 si delibererà il nuovo regolamento per la tenuta dell'inventario e si ultimeranno le attività di censimento degli arredi iniziate a dicembre 2013, mappando fisicamente tutte le unità operative amministrative, tecniche e sanitarie, in modo che anche i contratti di manutenzione, vincolati al patrimonio effettivo, siano adeguati e auspicabilmente ridotti.

6.5 Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale

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 e 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 possibilmente mezz'ora prima di uscire (pausa pranzo, di sera, ecc.);
- Evitare 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;

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 segnalare al SATL e SPPA 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 medicali e tecnici;
- 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.

Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale: Principali obiettivi

1	Rispetto delle norme di carattere generale
---	--

6.6 Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione

Con deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 29/01/2014, è stato adottato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014/2016, al fine di dare piena attuazione alla disciplina della

trasparenza finalizzata a garantire un adeguato livello di informazione, oltre che a favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità cui deve ispirarsi l'azione della PA.

In particolare il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, cui si fa espresso rinvio, deve garantire un adeguato livello di:

- **Trasparenza:** da intendersi come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e le attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul proseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche". La Trasparenza è intesa, quindi, come diritto all'informazione e come garanzia e partecipazione; a tale scopo la pubblicazione on line dei dati è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza della gestione dell'Azienda, con il fine di sollecitare e agevolare modalità di partecipazione;
- **Integrità e legalità:** da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione di determinate informazioni ha al fine della prevenzione della corruzione nella PA (la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi).

Il D. Lgs. 33/2013 sottolinea la necessità che vi sia un collegamento fra la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, contenuta nel Piano della performance o negli analoghi strumenti di programmazione e rendicontazione aziendale, e gli obiettivi di trasparenza indicati nel Programma triennale.

Pertanto le attività per l'implementazione e l'attuazione del Programma triennale per la trasparenza 2014-2015-2016 si configurano quali obiettivi di budget del periodo di riferimento, assegnati oltre che al Responsabile aziendale per la trasparenza, anche ai Referenti individuati con Deliberazione del Direttore Generale n. 277/2013, contenente le Linee di direttiva e indirizzo operativo in materia di Trasparenza e la definizione delle competenze, modalità e tempi delle azioni da svolgere da parte delle articolazioni aziendali.

In particolare per quanto riguarda l'anno 2014 gli obiettivi dei Referenti e del Responsabile della Trasparenza riguarderanno:

- la partecipazione alle iniziative delle "Giornate per la Trasparenza";
- la collaborazione fornita per l'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità

Con deliberazione n. 17 del 29 gennaio 2014 è stato adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il Piano rappresenta il documento fondamentale, in ambito aziendale, per la definizione e l'attuazione di politiche integrate di prevenzione della corruzione, volte a promuovere maggiormente la cultura dell'integrità e a rafforzare il valore dell'etica pubblica.

L'efficacia del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione aziendale ed è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello dei documenti di programmazione aziendale.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione è infatti strutturato come documento di programmazione, con l'enucleazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili e tempistica.

I processi e le attività di programmazione posti in essere per la prevenzione del fenomeno della corruzione costituiscono pertanto, per gli anni 2014-2015-2016, obiettivi di budget in relazione:

- alla misurazione dell'effettivo grado di attuazione del Piano, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti
- ai risultati conseguiti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione (punto 3 lettera b) del Piano)
- al contributo fornito e alle attività svolte dai Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (punto 3 lettera d) del Piano)

In particolare per quanto riguarda l'anno 2014 gli obiettivi dei Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione del riguardano:

- la partecipazione resa agli incontri informativi sui contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione
- la collaborazione fornita per l'implementazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

Obblighi di pubblicità, trasparenza, diffusione di informazioni e disposizioni in materia di prevenzione della corruzione: Principali obiettivi	
1	Partecipazione dei Referenti agli incontri informativi e agli eventi formativi sui contenuti del P.T.P.C.
2	Promozione da parte dei Referenti della divulgazione del P.T.P.C all'interno delle articolazioni aziendali
3	Adempimento da parte dei Referenti dei compiti di attività informativa in relazione alle richieste del Responsabile della Prevenzione della Corruzione
4	Organizzazione iniziative delle "Giornate per la Trasparenza";
5	Collaborazione e verifiche in merito all'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità

6.7 Azioni in ambito ICT

Nel contesto del piano e-gov e nell'ambito della diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) nel 2014 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:

- tutte le unità operative di degenza dovranno produrre le lettere di dimissione tramite il sistema informatico per l'invio al FSE per i ricoveri ordinari e di Day-Hospital;
- le unità operative di Diagnostica Ematochimica e Biochimica ad Elevata Automazione dovranno continuare la produzione di referti firmati digitalmente attraverso il sistema informatico per l'invio al FSE ed al repository aziendale;
- le unità operative di Microbiologia e Virologia dovranno produrre referti attraverso il sistema informatico. Entro il primo semestre tali unità operative dovranno dare inizio alla firma digitale e all'invio del referto al FSE e al repository aziendale;
- tutte le unità operative che svolgono attività ambulatoriale non strumentale saranno progressivamente coinvolte per l'utilizzo del sistema informatico di refertazione. Tutte le unità operative coinvolte (comprese quelle avviate negli anni 2012 e 2013) dovranno garantire l'utilizzo dello strumento informatico per la redazione e invio del referto al FSE e al repository aziendale.

All'interno delle azioni dell'Agenda Digitale si affianca alla diffusione del FSE la dematerializzazione della ricetta rossa. La RER dispone che le prescrizioni dematerializzate dovranno rappresentare, nel mese di dicembre 2014, l'80% del prescritto degli specialisti sia per la specialistica che per la farmaceutica. Nel corso dell'anno, in funzione degli adeguamenti che verranno definiti dall'Azienda USL di Parma, sarà richiesto a tutte le unità operative l'uso intensivo dello strumento di prescrizione informatizzata.

Azioni in ambito ICT: Principali obiettivi	
1	Invio da parte di tutte le UUOO di degenza delle lettere di dimissione al sistema SOLE
2	Invio al FSE dei referti di laboratorio firmati digitalmente da parte delle UU.OO. di Diagnostica Ematochimica, Biochimica ad Elevata Automazione, Microbiologia e Virologia.
3	Invio al FSE dei referti di specialistica da parte delle UUOO progressivamente coinvolte nell'utilizzo del sistema informatico ambulatoriale
4	Utilizzo del sistema di prescrizione informatizzata per l'invio del prescritto al MEF.

6.8 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 2014 ad oggi è pari a circa 14,4 milioni di euro la cui quota prevalente è rappresentata dai lavori ed impianti (63%).

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 (contributi in conto esercizio 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 2014 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.

Principali unità di intervento

Poliblocco IV Lotto (Ala Sud)

L'intervento è finanziato ex art. 20 Legge 67/88 Nuovo Programma n. 211; i lavori sono iniziati alla fine dell'anno 2009 si sono conclusi alla fine del 2013. Sono attualmente in corso le operazioni di collaudo e sono stati recentemente resi disponibili i fondi del finanziamento ex art. 20 Legge 67/88 – IV fase, 2° stralcio, (intervento AP10) necessari per completare e attivare, acquisendo arredi e attrezzature informatiche e sanitarie per 4 livelli su 5 del nuovo edificio. La struttura ospiterà le funzioni attualmente ubicate nel Padiglione Nefrologia, che sarà restituito all'Università degli Studi di Parma proprietaria dell'immobile e parte delle attività attualmente collocate nel Padiglione Rasori.

Programma Odontoiatria – III fase

Nel corso del 2012 sono state esperite le procedure di gara per l'acquisizione di riuniti e altre attrezzature specifiche previste nella terza fase del programma regionale di interventi in odontoiatria. Si è in attesa della consegna dei nuovi locali da parte dell'Università degli Studi di Parma, per installare le nuove attrezzature.

Antisismica e sicurezza

L'intervento è previsto nel VI° aggiornamento del Programma Regionale di Investimenti in Sanità che destina un finanziamento a carico della Regione Emilia-Romagna per la realizzazione di interventi tra cui, per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'intervento L7 "Interventi di miglioramento: prevenzione incendi e antisismica". Sono in corso i lavori che si completeranno nel 2014. E' in corso la progettazione per il perfezionamento dell'intervento AP7 "Interventi per l'adeguamento prevenzione antincendi (euro 1.500.000)", per il quale si prevede di bandire la gara di aggiudicazione dei lavori entro la fine dell'anno.

Adeguamento server farm aziendale alle direttive di sicurezza e conservazione dei dati

Per gli interventi di miglioramento relativi all'adeguamento del server farm aziendale, il VII° aggiornamento del Programma Regionale di Investimenti in Sanità (allegato M), approvato con D.G.R. n. 1777 del 22 novembre 2010, ha previsto uno specifico finanziamento regionale per l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nel corso del 2012 si è proceduto all'aggiudicazione dei lavori. Sono attualmente in corso i lavori che si completeranno nel primo semestre del 2014, per attivare la Nuova Server Farm entro la fine dello stesso anno.

Attrezzature, arredi, informatica, manutenzioni straordinarie

Per il rinnovo ordinario di attrezzature, arredi e informatica e per le manutenzioni straordinarie di immobili e impianti necessari ai fini dell'erogazione delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (interventi indifferibili), è stato preventivato per l'anno 2014 un valore di investimenti pari a 1,710 ml. di euro derivanti da risorse correnti (contributi in conto esercizio).

Ammodernamento tecnologico apparecchiature sanitarie e informatiche

L'intervento intende garantire elevati standard di qualità, il miglioramento prestazionale, l'uso sicuro ed appropriato delle tecnologie sanitarie ed informatiche con particolare rilevanza agli aspetti di adeguamento e potenziamento dei servizi e delle infrastrutture ICT. Nello specifico il nuovo programma straordinario intervento AP9 permetterà l'adeguamento dei sistemi server a migliori livelli di sicurezza informatica ed efficienza e l'adeguamento a migliori livelli di affidabilità e prestazioni dell'infrastruttura di rete interna nel perseguimento degli obiettivi di continuità operativa. Si potrà contare su un ammodernamento del sistema informativo sanitario attraverso il completamento del sistema di archiviazione dei referti sanitari, l'acquisizione di un sistema di prescrizione e somministrazione sicura dei farmaci e di un sistema di gestione delle sale operatorie. Un rinnovamento del sistema di gestione dell'organizzazione aziendale e del software relativo alle procedure amministrative, tecniche e logistiche sarà in grado di assicurare una banca dati unica ed una interfaccia uniforme e tecnologicamente evoluta a supporto di tutte le funzioni/attività dei settori coinvolti. Sarà inoltre previsto l'ammodernamento e il potenziamento dei sistemi diagnostici specialistici (es. elettrocardiografi) che prevedono la presenza di allegati (immagini e tracciati) e loro interfacciamento con il sistema informativo sanitario.

6.9 PAC – Percorso regionale Attuativo della Certificabilità

Le Aziende sanitarie, nel corso del 2014, sono impegnate nella progressiva realizzazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità, coerentemente con le azioni e la tempistica previste nel Piano attuativo (c.d. "cronoprogramma"), che costituisce parte integrante del PAC approvato con la citata DGR n. 865/2013.

Il PAC comporta la definizione e l'applicazione di una regolamentazione contabile, di un sistema di procedure amministrativo-contabili, ma soprattutto di una modalità organizzativa che coinvolge in modo trasversale Servizi quali Economato, Farmacia, Controllo di Gestione, Servizi Tecnici ecc.

A tal fine, l' Azienda è tenuta:

- a definire le azioni ed una giusta tempistica di realizzazione;
- ad assicurare la partecipazione ai Gruppi di lavoro PAC nel corso del 2014;
- a recepire e ad applicare le indicazioni contenute nelle Linee Guida regionali, tempo per tempo disponibili;
- ad aderire alle attività formative che saranno organizzate nel corso dell'anno;
- ad adeguare ed a formalizzare le procedure amministrativo-contabili minime e comuni a livello regionale, che costituiranno il Manuale delle procedure amministrativo contabili aziendali;
- a procedere al perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico-contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno;
- alla verifica dell'adeguatezza e della rispondenza dell'assetto organizzativo, del sistema di controllo interno, del sistema amministrativo contabile; alla verifica delle procedure e delle modalità di formazione del bilancio di esercizio.

PAC: Principali obiettivi	
1	Ricognizione e valutazione delle modalità organizzative, delle procedure, dei sistemi informativi esistenti
2	Analisi delle criticità
3	Analisi delle Linee Guida
4	Formazione del personale aziendale
5	Redazione/adeguamento delle procedure e I.O.
6	Applicazione verifica e validazione