

DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO:

Descrizione del contesto organizzativo in cui si inserisce la Struttura Complessa

L'Azienda USL di Ferrara (AUSL) è stata istituita il 1° luglio del 1994, quando sono state unificate in un'unica azienda sanitaria territoriale le cinque USL nelle quali era articolata la sanità pubblica ferrarese.

L'ambito territoriale dell'AUSL coincide con la Provincia di Ferrara: copre un'area di 2.632 kmq, con una densità di popolazione di circa 132 abitanti per kmq e con le problematiche tipiche della distribuzione della popolazione tra insediamenti urbani e rurali.

L'AUSL è suddivisa in **tre Distretti territoriali**, nei quali sono distribuite le strutture che forniscono assistenza sanitaria: 3 ospedali distrettuali coordinati dal **Presidio Unico Ospedaliero** (PUO), Il Dipartimento di Sanità Pubblica, il DAI di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, il Dipartimento Unico delle Cure primarie.

LA STRUTTURA COMPLESSA

1. Assicurare prestazioni diabetologiche, in elezione ed urgenza, in regime ambulatoriale e domiciliare nel rispetto delle indicazioni regionali relative all'attività assistenziale, tipologia, volumi e liste di attesa. La struttura svolge le attività diabetologiche in tutte le sedi Distrettuali dell'AUSL, in accordo coi rispettivi responsabili territoriali e fornisce consulenza ai reparti di AUSL ed AOSP. In particolare tale profilo deve:

1. prevedere competenze finalizzate al governo e all'integrazione di tutte le articolazioni territoriali distrettuali della U.O.
2. promuovere in modo propositivo la collaborazione e l'integrazione con le altre articolazioni territoriali ed ospedaliere, in particolar modo con il Dipartimento Chirurgico e di Diagnostica per Immagini per quanto riguarda la gestione del piede diabetico e con il Dipartimento Materno Infantile e i Consultori Familiari per quanto riguarda il Diabete Gestazionale.

PROFILO SOGGETTIVO

1) COMPETENZE TECNICO-PROFESSIONALI GOVERNO CLINICO ASSISTENZIALE

1.1 Conoscenze di base e specifiche:

Lo specialista in diabetologia deve aver maturato conoscenze teoriche, scientifiche e professionali nel campo che comprendono l'inquadramento diagnostico specialistico del paziente diabetico e la valutazione biomedica. Valutare la fragilità (età, etnia, genere...) ed altri fattori che possono influenzare la gestione del diabete. Valutare la condizione psicosociale e individuale (fattori economici, culturali, contesto familiare etc).Garantire la definizione e la condivisione del contratto di cura con la persona con diabete. Garantire l'attività di terapia educativa come parte integrante del piano assistenziale. Garantire lo screening ed il trattamento appropriato della complicanze croniche. Implementare i protocolli clinici per la prevenzione ed il trattamento delle emergenze diabetologiche (ipo – iperglicemie, piede diabetico). Gestire lo screening ed il trattamento del diabete in gravidanza (diabete gestazionale e gravidanza in donna con diabete preesistente), follow – up della donna con pregresso diabete gestazionale. Contraccezione nelle diabetiche in età fertile. Definire e gestire il piano terapeutico personalizzato appropriato (obiettivi metabolici, terapia farmacologica personalizzata, terapia medica nutrizionale). Gestire la transizione dell'adolescente con diabete alla struttura di diabetologia dell'adulto. Garantire l'assistenza diabetologia nei pazienti ospedalizzati (critico e non critico). Garantire un autocontrollo strutturato (prescrizione, erogazione, registrazione, educazione, interpretazione dei risultati, verifica). Implementare programmi di screening e prevenzione del Diabete tipo 2 in collaborazione con i MMG). Implementare programmi di miglioramento degli stili di vita. Valutare e trattare i fattori di rischio cardiovascolare. Favorire l'autonomizzazione alla gestione della terapia anche con microinfusori per insulina. Favorire l'autonomizzazione alla gestione delle emergenze

metaboliche. Utilizzare indicatori che permettano la valutazione periodica della performance e della qualità dell'assistenza. Implementare la registrazione dei dati in una cartella clinica informatizzata condivisa. Garantire percorsi di addestramento all'uso delle tecnologie. Garantire le attività di certificazione medico-legale. Conoscere e condividere le strategie aziendali. Assicurare una corretta comunicazione intra ed extrastrutturale e garantire un'appropriata prescrizione ortesica. Favorire e perseguire l'appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici da parte dei propri specialisti.

1.2 Strumenti Governance Clinica

Il diabete è una pandemia con un trend di insostenibilità economica accertato. Ciò che oggi più preoccupa è, da un lato, l'aumento del costo medio per paziente, associato alla crescita del numero dei pazienti, destinato a breve a minare la sostenibilità delle cure, dall'altro l'aumento dei costi per i ricoveri a fronte della riduzione delle prestazioni ambulatoriali che si pone in controtendenza rispetto all'unico modello sostenibile di cura cronica, il Chronic Care Model basato sulla medicina integrata, la continuità assistenziale e la territorialità del sistema, Il Chronic Care Model è un modello di assistenza dei pazienti cronici che propone una serie di cambiamenti nei sistemi sanitari tali da favorire il miglioramento della condizione dei malati, suggerendo un approccio " proattivo" tra personale sanitario e pazienti, considerati parte integrante del processo assistenziale. L'UOC di Diabetologia Territoriale comprende le Strutture Diabetologiche di Ferrara, Copparo, Cento, Argenta – Portomaggiore e Codigoro – Comacchio compito di Governance Clinica di queste strutture è :

Ottimizzazione dell'offerta specialistica per situazioni specifiche con l'attivazione di ambulatori dedicati (gravidanza, piede, terapia con microinfusori). Ottimizzazione dei processi formativi delle figure professionali coinvolte nella cura della persona con diabete. Realizzazione ed implementazione dei percorsi di gestione integrata per la persona con diabete Organizzazione e realizzazione delle attività di rilevazione epidemiologica finalizzate alla programmazione/misura ed al miglioramento della qualità dell'assistenza anche attraverso la realizzazione e l'alimentazione di database clinici. Registri di patologia intesa come attività di rilevazione sistematica e continua nel tempo, oltre alle finalità epidemiologiche, l'implementazione dei registri di patologia vuole favorire la continuità nella presa in carico dei pazienti, in particolare nei momenti di variazioni del setting assistenziale (gestione integrata del MMG e Servizio diabetologico). Aumento dello scambio di informazioni tra operatori della rete assistenziale diabetologica. Ottimizzazione dei processi di integrazione tra gli attori coinvolti nell'assistenza diabetologica a livello ambulatoriale e/o ospedaliero attraverso la realizzazione e l'implementazione di PDTA. Questi percorsi (PDTA) che derivano dalle Linee Guida rappresentano un metodo di lavoro sistemico ed integrato, finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza, in grado di produrre risultati significativi in termini di efficacia ed efficienza, prevedendo un sistema di monitoraggio con indicatori di processo ed esito. Collaborazione al monitoraggio periodico e valutazione degli indicatori condivisi nei PDTA supportando le altre Strutture Complesse/Servizi interessati.

1.3 Flessibilità e capacità di adattamento

Definizione: Accetta e gestisce il cambiamento e la sua complessità, modificando atteggiamenti e comportamenti. Individua tendenze avanzate e opportunità di innovare tecnologie e sistemi funzionali all'attività della struttura.

Elementi costitutivi: Valuta l'impatto del cambiamento nella Struttura; mantiene l'efficacia durante i cambiamenti organizzativi.

Identifica l'ordine di priorità per soddisfare il cambiamento della domanda.

Collabora con la Direzione Strategica/dipartimentale alla determinazione delle modalità operative e delle modalità di introduzione al cambiamento nella propria struttura.

Utilizza l'innovazione per migliorare l'efficienza e i risultati.

Promuove la cultura dell'organizzazione.

1.4 Gestione dei rapporti e delle relazioni con pazienti e collaboratori

Orientamento al paziente

Definizione:

-conoscere il paziente, definire i livelli di servizio, fornire la qualità richiesta e verificare la customer satisfaction.

-conoscere la propria equipe, rilevarne e gestirne i bisogni; svolgere la propria funzione in sinergia con il team direzionale, stabilendo una relazione comunicazione / collaborazione con tutti i professionisti delle strutture e servizi dell'azienda.

Elementi costitutivi:

a) Utenza

Consapevolezza della centralità del paziente;

Capacità di costruire una relazione basata sulla fiducia e sulla stima;

Capacità di comunicare diagnosi complesse (vedi amputazioni da arteriopatia diabetica, ecc);

Capacità di comunicare con i famigliari

b)-Equipe

Relazione con il gruppo professionale e le equipe delle altre strutture dell'Azienda:

Capacità di cooperazione, di ascolto e accettazione delle opinioni diverse

Gestisce le relazioni interpersonali

Ha capacità di negoziazione e gestione del clima di lavoro

Valorizza le attitudini, competenze, impegno e risultati

Prepara e conduce le riunioni ed i gruppi di lavoro

Promuove, in collaborazione con le competenti strutture e staff aziendali, iniziative di comunicazione/informazione all'utenza sulle nuove modalità di accesso ai servizi

2) COMPETENZE GESTIONALI/ORGANIZZATIVE (Budget)

2.1 Conoscenza requisiti organizzativi/strutturali

Richiesta la capacità di definire, strutturare ed integrare le attività da svolgere con l'uso delle risorse disponibili (umane, logistiche, strumentali ed economiche) per il raggiungimento degli obiettivi.

Richiesta la capacità di indirizzare la propria attività e quella dei collaboratori, coerentemente con gli standard e gli obiettivi organizzativi, al conseguimento della soddisfazione del cliente comunque definito.

Richiesta la capacità di integrazione e sviluppo delle competenze dei collaboratori secondo un piano finalizzato al miglioramento della performance ed alla omogeneizzazione dell'approccio professionale con la creazione di percorsi clinico assistenziali condivisi.

Richiesta la capacità di valorizzare le peculiarità strutturali ed organizzative dei diversi presidi orientando

le attività da svolgere secondo il principio irrinunciabile della sicurezza del paziente e della tutela dei collaboratori utilizzando lo strumento documentale della procedura piuttosto che dell'istruzione operativa.

Richiesta la capacità di prevenire e/o gestire potenziali situazioni di conflittualità.

2.2 Gestione risorse in dotazione alla Struttura Complessa/Unità Operativa

Agende Ambulatoriali, capacità di pianificare e programmare le attività ambulatoriali (agende e case mix primi accessi, controlli) in relazione alla domanda interna ed esterna e agli obiettivi di mandato e di contratto.

2.3 Gestione percorso Budget

1. Conoscere i principali dati e indicatori di attività relativi alla Struttura Complessa/Unità Operativa.

2. Conoscere i principali indicatori contenuti in una scheda di budget

3. Conoscere i principali dati e indicatori di attività relativi al Dipartimento.

4. Capacità di negoziare il budget di Struttura con la Direzione Strategica.

5. Capacità di rispettare il budget assegnato (obiettivi economici, aziendali e dipartimentali).

6. Capacità di monitorare il budget assegnato attraverso il supporto e relazioni attive con le Staff di riferimento.

7. Capacità di gestire il budget dipartimentale.

8. Capacità di rendicontare gli obiettivi assegnati verso la Direzione Strategica e i propri collaboratori.

3) RISORSE UMANE

3.1 Gestione dotazioni organiche/fabbisogni

Definizione: Identificare e proporre alla Direzione il dimensionamento delle risorse umane necessarie al raggiungimento degli obiettivi.

Dimostrare capacità di motivare e valutare i collaboratori.

Elementi costitutivi: Effettuare l'analisi del fabbisogno delle risorse umane della struttura; proporre/verifica su base annua i fabbisogni di personale sulla base delle attività assegnate dalla direzione (in sede di negoziazione di budget). Ottenere fiducia e coinvolgimento dei collaboratori gestendo deleghe di funzioni, direzione e supporto in base al loro livello di maturità professionale, verificando e assicurando l'implementazione degli obiettivi e dei programmi condivisi.

3.2 Gestione collaboratori e sviluppo delle competenze tecnico professionali

Definizione: Facilitare l'acquisizione di responsabilità e lo sviluppo di professionalità, al fine di orientare i comportamenti al raggiungimento degli standard richiesti dall'Azienda.

Elementi costitutivi: Predisporre annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione di dipartimento nell'ambito della programmazione dipartimentale.

Pianificare gli obiettivi sfidanti per la struttura e per i progetti che gestisce, con il coinvolgimento dei collaboratori.

Gestire l'attività quotidiana dei collaboratori.

Applicare sistemi di valutazione performance individuale ed organizzativa promuovendo lo sviluppo dei singoli.

Identificare le abilità e delle competenze dei collaboratori; predisporre piani di sviluppo individuale per l'incremento delle competenze e abilità necessarie ad implementare i percorsi clinici della struttura.

Attivare processi motivazionali anche attraverso la valutazione e valorizzazione delle competenze.