

FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOOAUSLPR
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0020863
DATA: 29/03/2017
OGGETTO: INVIO RENDICONTAZIONE DI FINE ANNO – BUDGET 2016

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Giuseppina Rossi

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-12]

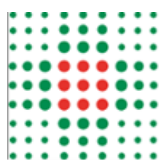
DOCUMENTI:

File	Hash
PG0020863_2017_Lettera_firmata:	C69650059C20AD6CD6ED0BADDC9BC5E76AC3B80066CDC93247BDAC959BB9A6D A
PG0020863_2017_Allegato1:	14561BBE4F6B105C5BEB6E5E50536D61274D73EA67AEAA52CB58C3D6B87F1ED4



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma**

Dipartimento Valutazione e Controllo
Servizio Sviluppo ed Integrazione dei Servizi Sanitari

Il Direttore
Dr.ssa Giuseppina Rossi

Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
Al Direttore Amministrativo
Al Direttore delle Attività Socio-Sanitarie

Ai Direttori di Distretto
Al Direttore del P.O. Aziendale
Al Direttore del DAISM-DP
Al Direttore del DSP
Ai Direttori dei DCP
Ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri
Ai Direttori dei Dipartimenti
Interaziendali Amm.vi e Tecnici
Al Direttore della S.C. Interaziendale
S.E.F.
Al Direttore del Programma
Interaziendale Trasparenza e
Prevenzione della Corruzione
Al Direttore del Dipartimento Assistenza
Farmaceutica

OGGETTO: INVIO RENDICONTAZIONE DI FINE ANNO – BUDGET 2016

Si trasmette, in allegato, la Rendicontazione di Fine Anno – Budget 2016, che riassume l'andamento degli obiettivi di budget assegnati nel 2016. Il documento è stato redatto in conformità al Regolamento di Budget (PG.04.DIR.GEN.DVC) e contiene, oltre alla sintesi dei Budget Economici assegnati alle articolazioni, le relazioni finali predisposte dai Direttori dei Centri di Responsabilità titolari di budget operativo, illustrate durante gli incontri di negoziazione che si sono svolti nei mesi di febbraio e marzo 2017.

La Rendicontazione di Fine Anno sarà pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda (Sezione Amministrazione Trasparente) e sarà messo a disposizione anche sulla Intranet Aziendale e nel Repository del Dipartimento Valutazione e Controllo (portale Myda).

Distinti saluti

- Giuseppina Rossi -

Firmato digitalmente da:

Marika Tamani
Dipartimento Valutazione e Controllo

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PARMA
Sede legale: Strada del Quartiere n. 2/A 43125 Parma
Tel: +39 0521.393111 - Fax: +39 0521.282393
Codice Fiscale e Partita IVA: 01874230343



Giuseppina Rossi

Responsabile procedimento:
Giuseppina Rossi

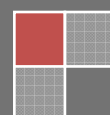
Marika Tamani
Dipartimento Valutazione e Controllo

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PARMA
Sede legale: Strada del Quartiere n. 2/A 43125 Parma
Tel: +39 0521.393111 - Fax: +39 0521.282393
Codice Fiscale e Partita IVA: 01874230343

2017

Relazione sull'andamento Budget anno 2016

Nel documento sono esplicitati gli obiettivi aziendali, con il rispettivo grado di raggiungimento



Sommario

Premessa	3
Il quadro di riferimento	4
Sintesi risultati di Budget assegnati alle articolazioni nel 2016.....	5
Tabella di sintesi risultati di Budget economici assegnati alle articolazioni nel 2016.....	6
Risultati Obiettivi di Budget Operativo assegnati ai Dipartimenti nel 2016.....	7

Premessa

Con riferimento all'anno 2016 gli obiettivi strategici che l'Azienda USL di Parma si è posta, e su cui si è basata la definizione del Piano delle Azioni, sono evidenziati nelle apposite schede e costituiscono il punto di riferimento per la definizione e la contrattazione degli obiettivi specifici con Centri di Responsabilità da riportare nelle schede di budget.

Il presente documento evidenzia i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti

Il quadro di riferimento

Il presente documento si integra con gli obiettivi e le azioni contenute nel “Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2014-2016” e nel “Programma triennale per la trasparenza aggiornamento 2015 approvato con Deliberazione n. 31 del 30/01/2015.

Sono stati recepiti inoltre gli indirizzi introdotti con Delibere n.2/2015 (paragrafo 3.1) e n.4/2016 (paragrafi 3 e 4.1) dell’Organismo Indipendente di Valutazione.

Il documento di Budget 2016 è stato predisposto sulla base del Regolamento Aziendale di Budget (e relativa procedura: PG.04.DIR.GEN.DVC del 23 marzo 2016), redatto secondo le indicazioni metodologiche presenti nelle linee guida regionali del 20/12/2013, e nella DGR 150/2015 (nell’ambito dl Percorso Attuativo della Certificabilità)

Sintesi risultati di Budget assegnati alle articolazioni nel 2016

In allegato al presente documento si presentano sinteticamente i risultati conseguiti dalle Articolazioni Aziendali relativamente agli obiettivi di Budget sia economici che di attività assegnati per l'anno 2016.

Relativamente al budget economico si evidenzia, alla data della stesura del documento, un sostanziale raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Per quanto riguarda gli obiettivi dipartimentali assegnati per l'anno 2016 questi presentano un raggiungimento superiore all'80% con un range che va dall'83% del Dipartimento Cure Primarie di Valli Taro/Ceno al 99% del Dipartimento Sanità Pubblica.

Raggruppando le aree dipartimentali si denota un grado di raggiungimento che per i DCP va dall'83% all'88%, per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero il punteggio va dal 91% al 95%, mentre per gli altri il risultato è superiore al 95%.

Per quanto riguarda i DCP si denota una percentuale minore nel raggiungimento dei risultati relativamente ai Dipartimenti che si estendono su un territorio comprendente anche la zona collinare e di montagna che comporta una maggiore distanza e difficoltà all'accesso ai servizi.

La performance per il DSM DSP sono entrambi i casi superiori al 90% anche a fronte di obiettivi consistenti per la maggior parte in avvio o messa a regime di azioni.

Tabella di sintesi risultati di Budget economici assegnati alle articolazioni nel 2016

Si riporta di seguito la sintesi dell'andamento dei budget economici dell'anno 2016.

L'anno si caratterizza per il passaggio alla gestione diretta dei centri dialisi, e trasferimenti di risorse tra le macroarticolazioni per l'area Salute Mentale Adulti e Neuropsichiatria Infantile a fronte della gestione dipartimentale dei pazienti sul territorio aziendale

Relativamente alle somme stanziare a livello aziendale per budget di salute, area Salute Mentale, si rimanda alla scheda obiettivi del Dipartimento .

Macroarticolazione	Budget assegnato	Consuntivo Budget	% utilizzo Budget
DISTRETTO PARMA CITTA'	86.167.433	86.960.497	100,92
DISTRETTO FIDENZA	40.593.633	39.546.437	97,42
DISTRETTO VALLI TARO E CENO	21.412.258	20.858.474	97,41
DISTRETTO SUD-EST	33.105.137	32.179.742	97,20
OSPEDALE FIDENZA	22.228.854	22.321.596	100,42
OSPEDALE BORGOTARO	5.411.491	5.576.710	103,05
DAISM DP rette area Sert	1.525.213	1.545.300	101,32
BUDGET TRASVERSALI e non assegnato	538.557.258	410.820.307	76,28
TOTALE	749.001.277	619.809.063	82,75

Risultati Obiettivi di Budget Operativo assegnati ai Dipartimenti nel 2016

Sono di seguito riportati i risultati sintetici degli Obiettivi Dipartimentali che hanno raggiunto un indice di Performance sempre superiore all'80%.

Sono allegate le relazioni finali sull'andamento della gestione predisposte dai Direttori di Dipartimento secondo quanto previsto dal Regolamento di Budget Aziendale.

Riepilogo andamento performance schede di budget

Situazione al 31/12/2016

Scheda di budget Dipartimento Chirurgico 2016 del P.O. Aziendale



91,00%

Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2016



95,00%

Scheda di budget Dipartimento Emergenza-Urgenza e della Diagnostica 2016



91,00%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Parma 2016



86,00%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Fidenza 2016



86,00%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Valli Taro e Ceno 2016



83,00%

Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Sud Est 2016



88,00%

Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2016



99,00%

Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2016



92,00%



Dipartimento Chirurgico

Il Direttore di Dipartimento

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

Gli obiettivi generali del Dipartimento sono stati sostanzialmente raggiunti, a cominciare dall'applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale. Sono stati fatti i necessari adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione. Raggiunto anche l'obiettivo della compilazione delle SDO entro il termine temporale mensile stabilito, fatto salvo per le schede che necessitano del referto istologico per la loro compilazione.

E' stato iniziato un percorso per la riorganizzazione dei Comparti Operatori ed è stato intrapreso un adeguamento del programma informatizzato del registro operatorio.

E' iniziata l'applicazione del PDTA del tumore della prostata sia per quanto riguarda la diagnostica per immagini, RMN, sia per quanto riguarda la collaborazione con l'AOU di Parma.

Il Dipartimento Chirurgico nel corso del 2016 ha consolidato l'attività di ricovero con un lieve calo dei pazienti ricoverati dello 0,67% dovuta alle chiusure estive delle sale operatorie per consentire al personale la fruizione delle ferie, pari a 50 pazienti in meno rispetto al 2015 a cui ha fatto seguito una lieve flessione delle giornate di degenza pari a - 204 giornate, rispetto all'anno precedente, - 0,51%.

Ciò nonostante nelle Unità Operative di Chirurgia di entrambi gli stabilimenti ospedalieri, si rilevano dei dati sia di ricovero che di degenza in aumento, con particolare riferimento alla Chirurgia di Borgotaro nella quale si rileva un +10,40% nell'attività di ricovero, pari a +89 pazienti, ed a un +7,38% nelle giornate di degenza, pari a + 231 giornate, mentre a Vaio l'aumento è più contenuto pari rispettivamente a + 27 pazienti, +1,79%, con un aumento delle giornate di degenza del 6,04%, pari a 643 giornate in più rispetto al 2015.

Nell'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dello stabilimento di Borgo Val di Taro si rileva una leggera flessione nei ricoveri dovuta alla chiusura nei mesi di giugno e luglio di ben 8 posti letto per lavori di ristrutturazioni edili del reparto, che di conseguenza ha determinato una flessione anche nelle giornate di degenza e nelle presenze del modulo di Riabilitazione Estensiva.

L'Unità Operativa di Urologia di Fidenza realizza un aumento, del +4,09% nei ricoveri, pari a 42 pazienti in più rispetto al 2015 e un contestuale aumento nelle giornate di degenza, pari a +106 giornate, pari al +1,66%.

Nelle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia di entrambi gli stabilimenti si rileva una lieve flessione nel totale dei ricoveri, con particolare riferimento all'Ospedale di Borgo Val di Taro, mentre per quanto concerne l'attività ostetrica, i parti scontano un aumento a Vaio, pari a + 14, ed una flessione a Borgo Val di Taro, pari a - 29.

Per quanto concerne l'attività svolta in regime di Day Hospital si mantiene il consolidamento complessivo in tutte le Unità Operative del Dipartimento.

Per quanto concerne l'analisi degli indici di performance nel Dipartimento Chirurgico si rileva una durata media della degenza pari a 5,53 giornate, una presenza media giornaliera di 108 pazienti ricoverati su 142 posti letto e un indice di occupazione dei posti letto pari a 76,20%.

I dati sopra richiamati sono riferiti al movimento nelle singole Unità Operative non essendo disponibili i dati di attività (SDO).

Gli obiettivi dipartimentali generali e delle singole Unità Operative sono stati complessivamente raggiunti, tenendo conto delle forti difficoltà nella copertura dei punti di guardia chirurgici.

Punti di forza

I punti di forza dipartimentali sono legati all'impegno del personale medico e di comparto ad effettuare gli interventi chirurgici maggiori tumorali in particolare rispettando i tempi previsti di 30 giorni, con un solo caso che è andato oltre i 30 giorni per comorbidità del paziente.

Sulla protesica d'anca in classe A è stata rispettata la tempistica regionale. E' in essere un progetto per il rientro dei tempi di attesa della classe B.

Nella specialità di endoscopia digestiva è stato completamente raggiunto l'obiettivo del Polo di Fornovo e per quanto concerne l'effettuazione di interventi di chirurgia minore in particolare di ernioplastica presso l'ospedale di Borgotaro, l'obiettivo è stato raggiunto grazie all'impegno di un professionista dell'Ospedale di Fidenza.

Per quanto concerne l'effettuazione di chirurgia ortopedia mininvasiva è stata realizzata in entrambi gli stabilimenti aziendali con incremento dell'attività rispetto al 2015.

Si è partiti con il nuovo registro Operatorio a partire da metà dicembre in entrambi i C.O degli stabilimenti ospedalieri

A Borgotaro è partito il programma informatizzato della prescrizione farmacologica.

Punti di debolezza

Un punto di debolezza dipartimentali relativo è legato al mancato raggiungimento dell'obiettivo previsto per la compilazione delle SDO che è stato raggiunto al 97%, per la necessità di attendere l'esito dell'esame istologico definitivo nelle patologie tumorali.

Attualmente si evidenzia un punto di debolezza nella compilazione delle schede SOS Net che dovrebbe essere migliorato dalla completa informatizzazione del registro operatorio.

L'attività video laparoscopica ginecologica presso lo stabilimento di Borgotaro è ancora in fase di riorganizzazione.

Ambiti e proposte di miglioramento

Gli ambiti di miglioramento sono la progressiva entrata a regime del programma informatizzato del percorso chirurgico, la corretta gestione delle liste di attesa per le patologie previste dalla normativa regionale e l'ulteriore implementazione dell'adeguamento dei setting assistenziali con passaggio da chirurgia di day surgery ad ambulatoriale in riferimento alla normativa regionale.

Fidenza, 26.01.2017

Il Direttore Dipartimento Chirurgico




Dipartimento Medico

Il Direttore di Dipartimento

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

Gli obiettivi generali del Dipartimento sono stati sostanzialmente raggiunti, a cominciare dall'applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale (effettuata la convocazione prevista dei Comitati di Dipartimento).

Sono stati fatti i necessari adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione. Raggiunto anche l'obiettivo della compilazione delle SDO entro il termine temporale mensile stabilito.

E' stata sviluppata la rete del paziente clinico oncologico attraverso l'applicazione del percorso organizzativo assistenziale e l'integrazione del PDTA con Borgotaro.

E' stato sviluppato il percorso Stroke con le necessarie ricadute sia a livello provinciale che interospedaliero.

Il percorso infettivologico in collaborazione con l'U.O.S. di Medicina Interna di Borgotaro è stato sviluppato con la produzione dei relativi percorsi. E' stata altresì avviata l'utilizzazione a Borgotaro dell'area di Alta Valenza e dell'Osservazione Breve Internistica per il Pronto Soccorso.

Si è reso possibile l'avvio del progetto di tele radiologia attraverso il percorso formativo di eco – fast nell'ambito della UOS di Medicina Interna dello stabilimento di Borgotaro.

Il Dipartimento Medico nonostante la diminuzione dei posti letto, consolida il numero dei pazienti ricoverati nel 2016 rispetto al 2015, a fronte di un calo rilevato nel numero delle giornate di degenza ordinaria pari a -3.098 giornate di degenza, pari a -8,61% con un miglioramento della durata media della degenza che si attesta a livello dipartimentale a 9,20 giornate medie di degenza.

Si evidenzia il consolidamento generalizzato dell'attività svolta in tutte le Unità Operative componenti il Dipartimento con una particolare evidenza nell'U.O. di Medicina Interna di Fidenza che aumenta il numero dei pazienti ricoverati del 5,77%, pari a 98 pazienti ricoverati in più rispetto al 2015, a cui fa seguito un lieve aumento delle giornate di degenza, + 0,48% e si rileva una lieve flessione nel tasso della durata media della degenza ed un aumento dell'indice di rotazione dei pazienti nei posti letto dedicati.

L'Unità Operativa di Neurologia consolida il numero dei pazienti ricoverati e diminuisce le giornate di degenza del -9,30% pari 725 giornate in meno rispetto al 2015, mentre la Degenza post – acutie dello stabilimento fidentino sconta un aumento delle giornate di degenza del +16,89% pari a 318 giornate in più rispetto al 2015. Anche le nuove realtà di Borgotaro, Unità Operativa semplice Dip.le di Medicina Interna ad Alta Valenza ed Osservazione Breve ottengono dei buoni risultati con un incremento dei pazienti ricoverati pari al 39,87% per l'Alta Valenza e del 111,54% per l'Osservazione Breve.

L'attività dei Day Hospital Oncologici sconta una lieve flessione in entrambi gli stabilimenti.

Per quanto concerne l'analisi degli indici di performance si rileva che l'indice di occupazione dei posti letto del Dipartimento è in lieve calo pari ad 82,42 pazienti ricoverati in media, con una presenza giornaliera in media di 89,24 pazienti su 109 posti letto a disposizione al 31.12.2016.

I dati sopra richiamati sono riferiti al movimento nelle singole Unità Operative non essendo disponibili, alla data attuale, i dati di attività (SDO).

Gli obiettivi delle singole Unità Operative sono stati complessivamente raggiunti, vedi per questi ultimi le allegate relazioni.

Punti di forza

I punti di forza dipartimentali sono essenzialmente legati al personale medico e di comparto e alle rispettive organizzazioni. In particolare, il 2016 è stato caratterizzato da un consistente impegno nelle diverse Unità Operative per fare fronte a crescenti esigenze legate alle richieste assistenziali e di diagnostica. Le principali esemplificazioni sono presenti nelle relazioni allegate.

Punti di debolezza

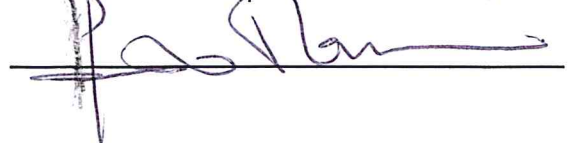
Il principale punto di debolezza nelle diverse Unità Operative è trasversalmente rappresentato dalla difficoltà alla dimissione di pazienti stabilizzati, ma ancora necessitanti di cure e dalla conseguente necessità di ricorrere ai letti di appoggio in altre Unità Operative.

Ambiti e proposte di miglioramento

Una diversa utilizzazione dei posti letto e delle modalità assistenziali in regime di Day Service Ambulatoriale potrebbe fornire un importante aiuto nella gestione dei pazienti afferenti al Dipartimento. Un ulteriore aiuto potrebbe essere dato dall'individuazione/creazione di alternative extra ospedaliere di prosecuzione delle cure.

Fidenza, 26 gennaio 2017

Il Direttore Dipartimento Medico.



Unità Operativa MEDICINA INTERNA

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

La U.O. Complessa di Medicina Interna dell'Ospedale di Fidenza ha sostanzialmente raggiunto gli obiettivi di budget generali e specifici assegnati per l'anno 2016 .

OBIETTIVI GENERALI

Area Efficienza dei processi

L'U.O ha partecipato fattivamente a tutti gli incontri in ambito aziendale e dipartimentale per la riorganizzazione dei Dipartimenti interospedalieri da cui è derivata la applicazione del nuovo regolamento sui dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero aziendale. In particolare la U.O. ha messo a disposizione competenze in ambito infettivologico nella definizione di protocolli terapeutici in tema di infezioni severe (infezioni dell'apparato respiratorio, dell'apparato urinario e intra-addominali) che sono stati discussi e condivisi con i sanitari della omologa SSD dell'Ospedale di Borgo Val di Taro ed applicati nella pratica clinica. La attività ha quindi concorso alla progressiva realizzazione della integrazione interospedaliera a livello dipartimentale.

Sono proseguite le azioni di sorveglianza e monitoraggio della adesione al Prontuario Regionale AVEN per quanto riguarda la continuità terapeutica, raggiungendo altresì la totale prescrizione per principio attivo sia in dimissione che dopo visita specialistica. In particolare sono stati condotti eventi formativi interni, nell'ambito del piano formativo di U.O. (News in Medicina Interna) che hanno affrontato la appropriatezza prescrittiva degli antibiotici sistemici, dei PPI e degli ACE/sartani. Mentre l'obiettivo è stato completamente raggiunto per gli antibiotici ed i PPI, nell'ambito degli inibitori della angiotensina II l'obiettivo è stato raggiunto in modo parziale. Si ritiene che ciò dipenda dagli schemi terapeutici che vengono proposti in regime ambulatoriale dai MMG o da specialisti di altra branca (ad es. cardiologi), già in atto in ambito domiciliare e che devono essere considerati ai fini della riconciliazione terapeutica che si effettua all'ingresso dei pazienti in reparto. Sono previsti incontri collegiali con i MMG, organizzati con il Dipartimento Farmaceutico, per riaffrontare il problema in modo condiviso.

Particolare attenzione è stata data alla gestione del rischio clinico da farmaci sia con la applicazione della apposita istruzione operativa sia applicando e mantenendo la prescrizione informatizzata della terapia farmacologica.

Area innovazione di processo e prodotto

Nell'anno trascorso si sono consolidati i processi di dematerializzazione della ricetta medica e della informatizzazione tramite progetto SOLE (lettera dimissione informatizzata e refertazione visite specialistiche).

Per quanto riguarda la informatizzazione della terapia farmacologica, la U.O., che ha applicato per prima la procedura informatizzata a livello aziendale, ha partecipato fattivamente a tutti i tavoli multidisciplinari, organizzati in collaborazione con il Servizio di Area informatica e tecnologica, relativi alla manutenzione del prodotto informatico in dotazione, con particolare riferimento alla gestione clinica degli alert ed alla indicazione della dose massima ed è tuttora in attesa dei miglioramenti del software in dotazione da parte della Ditta produttrice.

Area dell'autonomia economico-finanziaria

L'U.O. ha concorso al mantenimento della spesa farmaceutica con incremento unicamente per la spesa relativa alla antibiotico-terapia motivata sia dalle mutate condizioni epidemiologiche relative alla insorgenza di ceppi di germi multiresistenti (MDR) che richiedono impiego di nuove molecole o di associazioni terapeutiche, sia all'incremento di infezioni fungine trattate con farmaci ad alto costo.

Area della qualità organizzativa e della sicurezza

Il personale è stato informato degli adempimenti in tema di trasparenza ed anticorruzione.

OBIETTIVI SPECIFICI

Le SDO (schede di dimissione ospedaliera) sono state compilate entro i termini temporali mensilmente indicati. Sono stati monitorati i tempi di attesa per le visite diabetologiche e pneumologiche, suggerendo agli organi decisori aziendali possibili correttivi (introduzione di specialisti sumaiisti, apertura di agende di garanzia).

Di particolare rilievo il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo del percorso infettivologico interdipartimentale e la adesione alle linee guida terapeutiche per l'epatite C.

DATI DI ATTIVITA'

Sulla base dei dati forniti dalla Direzione Amministrativa di Presidio relativi ai ricoveri al 31/12/2016, l'attività complessiva dell' Unità Operativa si è caratterizzata nell'anno 2016 per l'**incremento globale dei ricoveri** del 5,77% pari a 98 pazienti ricoverati in più rispetto al 2015, con incremento delle giornate di degenza (+ 0,48%), aumento dell'indice di rotazione (+5,77%), riduzione della durata media della degenza che si è attestata a 9,5 giorni (- 4,3%) e lieve incremento del tasso di occupazione dei 46 posti letto per acuti che è risultato pari al 97,4%. Da segnalare l'incremento dei

ricoveri per residenti nel distretto a testimoniare la fidelizzazione della popolazione per le strutture del proprio Ospedale e l'aumento dell'indice di attrazione da fuori Provincia (+ 4%)

Nell'anno 2016 si è consolidata la **attività del settore Post acuzie** di pertinenza sia della U.O. (5 posti letto) che della U.O. di Neurologia (2 p.l.) sia in termini di selezione dei pazienti secondo i criteri di eleggibilità stabiliti da apposita istruzione operativa sia in termini numerici (numero ricoverati 153 + 1,32%, giornate di degenza 2201 + 7,20%, durata media della degenza 14,48 giorni + 16,43%, tasso di occupazione dei posti letto 85,9% + 17,2, indice di turn over 2,36 – 47,9%) .

Le **prestazioni ambulatoriali** per esterni sono state globalmente stabili rispetto all'anno precedente. L'analisi per singola disciplina evidenzia il significativo incremento delle visite diabetologiche (prima visita + 38, visite di controllo + 283) . Si deve sottolineare che nel computo numerico totale vanno sottratte alle prestazioni diabetologiche 1479 prelievi da sangue capillare, in passato codificate a parte ed ora associate per motivi di codifica nell'ambito della prestazione visita diabetologica. Stabili sono risultate le prestazioni pneumologiche sia in termini di visita che di percorso complesso di Day Service. Sensibile l'impegno profuso dall'unico specialista pneumologo afferente alla U.O. nel percorso BPCO nella casa della salute San Secondo concretizzatosi in 161 prestazioni in termini di primo accesso, test funzionali e visite di controllo. Da segnalare lo sforzo prodotto dagli specialisti della U.O. nella riorganizzazione del servizio di terapia anticoagulante orale (TAO) ed il costante incremento delle prestazioni erogate dall'Ambulatorio dei pazienti in trattamento con i nuovi anticoagulanti orali (NAO). Questa attività, svolta per i pazienti posti in terapia non solo dalla U.O. di Medicina Interna ma anche dai colleghi della Medicina d'urgenza-PS e della U.O. di Cardiologia, iniziata nel corso del 2015 in pochi mesi ha visto raddoppiare le proprie prestazioni (+182) ed è in costante incremento. Infine si deve evidenziare la sensibile flessione delle prestazioni ambulatoriali in ambito epatologico (-353) in conseguenza della perdita di figure specialistiche trasferite in altre mansioni all'interno dell'azienda o in altre aziende sanitarie. Per la carenza di organico dedicato e non sostituito con personale di analogo profilo specialistico, si è dovuto rimodulare e riorganizzare la funzione rinunciando ad alcune prestazioni (ad es. ecografie addome superiore ambulatoriali -225) privilegiando il mantenimento di altre attività di settore (percorsi di day service, trattamenti speciali epatite C, consulenze per PS ed altri reparti, percorsi di pre-ricovero e post-ricovero)

Punti di forza

Si ritengono punti di forza imprescindibili al raggiungimento degli obiettivi la **motivazione e la coesione dell'équipe medica** che ha saputo dimostrare impegno e disponibilità nell'affrontare le difficoltà che pone quotidianamente la grande complessità che caratterizza la tipologia di pazienti ricoverati in ambito internistico (anziani, fragili, polipatologici) e flessibilità nel realizzare le modifiche organizzative imposte dalla nuova normativa europea sull'orario di lavoro. Ulteriore punto di forza risiede nella tempestiva sostituzione del personale trasferito ad altra sede con nuovi dirigenti giovani e motivati anche se di non analogo profilo professionale.

Ulteriore punto di forza risiede nella **professionalità del personale infermieristico** che, seppure frequentemente rinnovato, ha saputo adattarsi ai cambiamenti organizzativi ed ha trovato idonea motivazione e guida nella capacità organizzativa della nuova Coordinatrice infermieristica sempre in piena sintonia con il Coordinamento infermieristico dipartimentale e la direzione di U.O..

Da segnalare infine fra i punti di forza la perfetta **condivisione di intenti** realizzatasi con la Direzione di Presidio Aziendale e la Direzione medica di Ospedale.

Punti di debolezza

- 1) **Appoggi in letti non internistici** nel Dipartimento o in UU.OO del dipartimento chirurgico: nel corso dell'anno si sono avuti 307 ricoveri in appoggio a carico della U.O. di Medicina di cui 203 nel dipartimento chirurgico (soprattutto Ortopedia e Urologia) pari a 645 giornate di degenza. Questa modalità di accesso alle cure, che si può definire ormai strutturale per la nostra realtà ospedaliera, si mantiene costante in tutti i mesi dell'anno e raggiunge livelli di difficile sostenibilità durante i mesi invernali. Gli appoggi concorrono ad aumentare in modo determinante il tasso di occupazione dei posti letto che supera il cut-off di sicurezza fissato a livello regionale, con evidenti ripercussioni negative in termini di sicurezza/appropriatezza delle cure e di durata della degenza.
- 2) **Fenomeno dei Bed-blockers:** da uno studio promosso dalla direzione di U.O. e condotto dalla Coordinatrice infermieristica emerge che circa il 15 % dei pazienti ricoverati nei settori per acuti e il 55% dei pazienti nel settore post-acuzie, dimissibili al termine del percorso di stabilizzazione clinica, presentano problematiche tali da realizzare il blocco del posto letto. Fra i numerosi motivi che inducono il fenomeno in circa il 70% dei casi vi è la difficoltà e la lunghezza del tempo necessario per il trasferimento in strutture di cure intermedie territoriali (Hospice, Lungoassistenza, Lungodegenza riabilitativa, RSA, LTCF); a seguire (circa 20%) vi sono le difficoltà inerenti al percorso di domiciliazione di pazienti anziani polipatologici (attivazione ADI, fornitura ausili ecc). Anche questa criticità, che si realizza costantemente nonostante la tempestiva attivazione dei percorsi di dimissione difficile e/o protetta (numero di attivazioni nell'ano 2016 = 286, tempo medio di presa in carico della CM dalla attivazione 24-48 ore), ha ripercussioni immediate e negative sulla durata della degenza, sulla disponibilità di posti letto per il PS e quindi sulla necessità di ricorrere ai posti letto in appoggio .
- 3) **Ricovero in degenza ordinaria di pazienti critici ed instabili:** i settori di degenza della U.O. sono ambiti di assistenza a media intensità di cura e quindi non sono dotati di sistemi di monitoraggio che consentano il rilevamento costante dei parametri vitali come richiesto dalle linee guida e dalle istruzioni operative interne per tali tipologie di pazienti con margini elevati di instabilità (stati di shock, insufficienza respiratoria in ventilazione non invasiva, ecc). Il loro ricovero a carico della medicina , spesso anche in appoggio in altre U.O., li espone ad evidenti rischi clinici ed a situazioni di ridotta sicurezza. Ne è dimostrazione il

numero di casi (23 di cui 16 in rianimazione e 7 in UTIC) che nell'anno 2016 hanno necessitato il trasferimento dalla Medicina in terapia intensiva entro 24-48 ore dal ricovero.

Ambiti e proposte di miglioramento

Proposte operative di miglioramento in ambito dipartimentale, interdipartimentale e distrettuale sono state avviate al fine di ottimizzare le attività assistenziali e di affrontare alcune delle criticità sopra descritte.

In particolare sono in corso tavoli di confronto e di condivisione di percorsi comuni con la U.O. di Medicina d'Urgenza e PS al fine di intercettare in ambito di DEU i pazienti critici in modo da raggiungere la loro stabilizzazione in ambiente intensivistico con successivo tempestivo trasferimento nei settori di degenza a media intensità per completare l'iter diagnostico/terapeutico.

Si stanno discutendo a livello di direzione di Presidio e di Cure primarie percorsi di perfezionamento della integrazione ospedale/territorio soprattutto per quanto riguarda le dimissioni difficili per valutare la possibilità di intensificare sia la presenza dei supporti interni all'Ospedale (funzione di Case Manager) che la collaborazione delle componenti territoriali (UVG, UVM, assistenti sociali) che possano contribuire alla soluzione tempestiva delle problematiche di carattere sociale una volta risolti i problemi clinici.

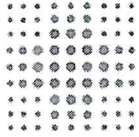
Si desidera implementare percorsi formativi comuni e protocolli gestionali di tipo infettivologico interospedalieri con la SSD omologa di Borgo val di Taro.

Si sente inoltre la necessità di rendere sempre più partecipata la gestione organizzativa della U.O. potenziando i percorsi di comunicazione interna (meeting su problematiche organizzative settimanali) e le attività formative in ambito di gestione del rischio, della sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari

Fidenza, 20 gennaio 2017

Il Direttore di U.O.

Prof. Giovanni Pedretti



Dipartimento Medico

UO NEUROLOGIA

Relazione finale 2016

Valutazione complessiva

L'anno 2016 è stato caratterizzato dall'avvicendamento della direzione di UO per il pensionamento del dr. Enrico Montanari avvenuta il 31 maggio.

L'incarico di Direttore f.f. è stato assunto dal dr Claudio Grassa.

L'organico medico, in sofferenza di una unità dalla primavera del 2014, è stato reintegrato solamente alla metà dell'anno.

OBIETTIVI GENERALI

Durante l'anno la UO di Neurologia ha ulteriormente sviluppato l'azione di integrazione degli aspetti gestionali della riorganizzazione del Dipartimento di Medicina sia per quanto riguarda le attività nell'ambito del Dipartimento, sia per quanto riguarda gli aspetti organizzativi e operativi della UO di Neurologia.

Per quanto attiene all'**Area di Efficienza dei Processi**, la UO di Neurologia ha partecipato al percorso di integrazione nel Dipartimento di Medicina, partecipando attivamente alle riunioni dei comitati ed ai gruppi di lavoro su tematiche specifiche (vedasi Percorso Stroke).

Coerentemente con gli aspetti organizzativi dipartimentali, si è consolidata l'attività clinica specialistica neurologica secondo un modello per intensità di cure, ottimizzando le risorse dipartimentali disponibili (day service, degenza ordinaria, degenza post-acuzie).

E' stata implementata l'azione di adesione al prontuario AVEN sia durante la degenza, sia nella fase di dimissione ospedaliera, sia durante l'attività neurologica ambulatoriale, tesa ad ottimizzare la continuità terapeutica tra ospedale e territorio. Sono state consolidate le modalità di prescrizione dei farmaci secondo principio attivo e l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci inibitori di pompa

protonica e antagonisti recettoriali dell'angiotensina II, secondo le linee di indirizzo regionale.

Per quanto attiene all'**Area di Innovazione di Processo e di Prodotto** sono stati consolidati i processi di dematerializzazione della ricetta e di informatizzazione tramite il sistema SOLE (Sanità Online Emilia-Romagna), secondo le procedure informatizzate richieste dalla Regione.

Attenzione particolare è stata data alla **gestione informatizzata del farmaco**. In merito all'informatizzazione della terapia farmacologica, presso l'area di degenza è stata maturata una diffusa conoscenza delle procedure, sia per quanto concerne la prescrizione sia per quanto concerne la somministrazione. Sono stati richiesti i necessari adeguamenti del sistema informatico durante i diversi incontri del gruppo tecnico sulla scorta delle integrazioni fornite in ambito strettamente clinico e farmaceutico (gestione degli alert, indicazione della dose massima, controllo feedback della prescrizione). Tuttavia non sono ancora stati del tutto recepiti e messi in atto i correttivi richiesti a garanzia della gestione del rischio clinico.

Sempre nell'ambito dell'**Area di Efficienza dei Processi**, è stata fornita particolare attenzione, soprattutto nella seconda metà dell'anno, alla puntualità e alla correttezza della compilazione informatica delle SDO, tesa alla completa valorizzazione dei DRG, anche attraverso incontri specifici tra i dirigenti medici della UO.

Si è provveduto, inoltre, all'adesione delle Linee Guida terapeutiche Regionali per quanto riguarda la prescrizione dei farmaci per la cura della malattia di Parkinson, sia per quanto attiene alla corretta compilazione dei PTR, sia per quanto attiene alle procedure di rimborso al fine del recupero economico.

L'area di Day Service, relativamente alla terapia della Sclerosi Multipla con farmaci oncologici, ha avviato i programmi di progettazione e di formazione in merito alla centralizzazione dell'allestimento dei farmaci infusionali antitumorali presso UMACA dell'AOU di Parma per la prescrizione e somministrazione tramite LOG 80. E' stata implementata l'azione di monitoraggio delle prescrizioni secondo le Raccomandazioni Regionali nel trattamento della Sclerosi Multipla.

Nell'ambito dell'**Area della Qualità Organizzativa e Sicurezza**, si è preso atto del documento aziendale "Piano di Prevenzione della Corruzione 2016-2018".

Per quanto riguarda l'**Area della Centralità del Paziente**, i Dirigenti Medici della UO hanno fornito la massima disponibilità per il contenimento dei tempi di attesa della visita Neurologica di 1° livello, secondo le richieste pervenute dalla Direzione del Presidio Ospedaliero.

Nell'ambito dell'**Area della Qualità ed Accredimento**, l'Unità Operativa ha aggiornato la documentazione qualità e si è inserita nella rete unica in materia di qualità e accreditamento. Ha provveduto inoltre all'integrazione e alla condivisione delle procedure e delle istruzioni operative in ambito intra- ed interdipartimentale.

OBIETTIVI SPECIFICI

Nel corso dell'anno è stato revisionato il **PDTA Stroke** in merito a:

- 1) ampliamento dell'indicazione al trattamento trombolitico del paziente over 80 (aprile 2016)
- 2) revisione dei criteri di esclusione relativi dei pazienti candidabili a trombolisi endovenosa (dicembre 2016)

Il PDTA Stroke, condiviso tra di Dipartimenti di Medicina Interna e di Emergenza-Urgenza, è stato recepito ed applicato, nelle parti adottabili, anche dalla UOSD Medicina Interna di Borgo Val di Taro.

Per quanto attiene al **“Completamento delle misure organizzative previste dal Progetto della rete territoriale neurologica”** si rimanda a relazione del Direttore del Polo Neurologico per competenza.

Per quanto attiene al **“Contenimento della spesa farmaceutica per il trattamento dei pazienti con Sclerosi Multipla”** si rimanda al capitolo sulla **spesa farmaceutica** (vedi oltre).

In conclusione, l'analisi dei dati in nostro possesso consente di affermare che l'Unità Operativa di Neurologia ha sostanzialmente raggiunto i principali obiettivi di budget relativi all'anno 2016.

Dati Attività

L'analisi delle attività di ricovero svolte nell'anno 2016 (set 15 – set 16) evidenzia, a fronte di un sostanziale consolidamento sia del numero dei dimessi che dei punti DRG prodotti in regime di ricovero, un incremento della valorizzazione dei DRG prodotti (+0,9%), con un conseguente incremento complessivo del valore della produzione. Si evidenzia inoltre un incremento dei ricoveri urgenti da PS (+ 9,5%) e – in particolare - un aumento dei casi ad alta complessità (+ 44,4%). La degenza media non si discosta significativamente da quella dello scorso anno (+ 0,9%), mantenendosi ancora al di sopra dei valori attesi secondo le indicazioni regionali (79%). Il tasso di occupazione posti letto mostra una flessione del 5,7%, attestandosi su un valore dell'85,9%. L'indice di turn-over è migliorato del 70%, portandosi a un valore di 1,97.

A fronte di una carenza di organico di una unità per tutta la prima parte dell'anno, si osserva una sostanziale tenuta di tutta l'attività ambulatoriale.

Merita una riflessione il dato di attività di Day Service per la Sclerosi Multipla. Nell'analisi dei dati si evidenzia una riduzione degli accessi. Tale dato, apparentemente negativo, dipende dalla decisione di procedere a un'ottimizzazione dell'attività, privilegiando la risorsa ambulatoriale per la fase

diagnostica e riservando l'attività di Day Service per i trattamenti infusivi e per i percorsi diagnostici più complessi.

Spesa Farmaceutica

L'analisi dei costi sostenuti evidenzia un contenimento per quanto riguarda in modo specifico i costi dei farmaci e dei dispositivi consentendo così il raggiungimento di un rapporto costi/produzione comunque positivo ad esclusione dei farmaci per la Sclerosi Multipla per i quali si era comunque preventivato, in sede di discussione budget 2016, un incremento del 10%.

Su questo punto è necessario fornire un'analisi più approfondita.

I farmaci che hanno evidenziato un maggior incremento di spesa sono i seguenti:

- teriflunomide (Aubagio*), farmaco di prima linea
- fingolimod (Gilenya*), farmaco di seconda linea
- BG 12 (Tecfidera*), farmaco di prima linea

Le cause che hanno prodotto questo incremento di spesa sono da imputarsi a tre fattori:

- 1) incremento della popolazione SM (in prima prima diagnosi) in carico all'Ambulatorio SM di Fidenza e diversificazione delle caratteristiche della popolazione
- 2) linee guida internazionali, evidenze scientifiche e PDTA RER.
- 3) passaggio di pazienti dalla terapia di I linea alla terapia di II linea

Primo fattore

Nell'ultimo anno la popolazione SM (in prima prima diagnosi) afferente al nostro Ambulatorio e' aumentata, a conferma dei dati epidemiologici di malattia, i cui tassi di prevalenza ed incidenza appaiono in incremento sia a livello regionale che nazionale

La popolazione afferente all'Ambulatorio SM è oggi di 1460 pazienti, circa il 20% in più rispetto al 2015.

Analizzando le caratteristiche della popolazione si osserva che:

- sono aumentati i casi in soggetti di età < 18 anni;
- sono aumentati i casi di SM ad esordio tardivo con attività clinica e radiologica di malattia;
- sono aumentati i casi di SM a decorso progressivo con persistente attività clinica e radiologica di malattia, per i quali è necessario associare alla terapia di mantenimento - di solito azatioprina o ciclofosfamide - anche farmaci immunomodulanti (terapia combinata);
- sono aumentati i pazienti da anni in terapia iniettiva (oltre 10 anni) nei quali, a fronte della necessità di prosecuzione del trattamento, è subentrata intolleranza all'ago o si sono manifestate reazioni locali nella sede di inoculazione. In questi casi sono stati adottati trattamenti orali e trattamenti iniettivi a bassa frequenza (copolimero- 40 e PEG-Interferone).

Secondo fattore

Le linee guida internazionali, le evidenze scientifiche ed il PDTA della RER in merito alla diagnosi e cura della malattia sono mutate negli ultimi due anni consentendo una diagnosi più precoce ed evidenziando come un trattamento anticipato, rispetto ad uno tardivo, consente una significativa riduzione di disabilità, ricoveri e bisogno assistenziale, che si traduce nell'arco degli anni in contenimento dei costi assistenziali nel loro complesso. L'adozione da parte del nostro Ambulatorio di nuovi indirizzi terapeutici ha prodotto, di conseguenza, un progressivo incremento del numero dei trattamenti.

Terzo fattore

Negli ultimi due anni sono stati resi disponibili alcuni farmaci di II linea (natalizumab, fingolimod, alemtuzumab) in grado di assicurare una stabilizzazione clinica e radiologica per quei pazienti non rispondenti al trattamento di I linea (circa il 30-35%) dei casi. L'utilizzo sempre più frequente di questi farmaci, necessario per fornire un'adeguata risposta in termini di cura e qualità della vita in pazienti con instabilità di malattia, ha sicuramente inciso sull'incremento della spesa.

Inoltre la spesa farmaceutica è aumentata anche per i farmaci sintomatici, in particolare l'estratto di cannabinoidi (Sativex*). Questo farmaco rappresenta oggi l'unica opportunità efficace per la spasticità farmaco-resistente e per i sintomi correlati alla rigidità (spasmi muscolari dolorosi, sindrome delle gambe senza riposo, posture coatte, ecc.)

Punti di forza

Nel corso del 2016 la UO di Neurologia ha consolidato la propria funzione di centro di attrazione per le malattie neurologiche con rilevanza extra-provinciale, articolando la propria offerta clinica attraverso un'ampia gamma di funzioni diagnostiche strumentali (EEG, EMG, Potenziali Evocati) e cliniche subspecialistiche (Sclerosi Multipla, Epilessia, Malattie Neuromuscolari, Malattie Extrapiramidali, Demenze, Cefalea)

Si ritiene doveroso citare alcune realtà:

- 1) l'assoluto ruolo di eccellenza espresso dall'Ambulatorio Sclerosi Multipla, supportato nella propria azione dall'attività del Day Service, sia per quanto riguarda l'offerta terapeutico-assistenziale sia per quanto riguarda la ricerca clinica;
- 2) l'azione della UOS Stroke Unit che ha consolidato il ruolo di centro Spoke provinciale per il trattamento dell'ictus acuto (trombolisi endovenosa).
- 3) il lavoro svolto nell'ambito dell'Ambulatorio Epilessia ed Elettroencefalografia, con il consolidamento dell'attività clinica e con lo sviluppo e la elaborazione dei Percorsi Interaziendali AUO-AUSL sulla "Gestione della prima crisi epilettica" e sullo "Stato di Male Epilettico";
- 4) Il consolidamento dell'attività del Centro Disturbi Cognitivi del Distretto di Fidenza

5) la rilevanza in ambito regionale dell'attività svolta dall'Ambulatorio trattamento con Tossina Botulinica.

Punti di debolezza

La gestione del rischio clinico nella prescrizione e somministrazione informatizzata della terapia farmacologica non ha ancora raggiunto gli obiettivi prefigurati: gestione degli alert, indicazione della dose massima in fase di prescrizione; identificazione del paziente e del farmaco in fase di somministrazione.

L'applicazione puntuale del percorso delle dimissioni protette e la disponibilità di due posti letto di Lungodegenza non hanno consentito la riduzione delle giornate di degenza.

Permangono carenze di disponibilità presso strutture riabilitative per pazienti ad elevato livello assistenziale e di disponibilità di accesso in continuità assistenziale presso strutture di lungodegenza post-acuzie territoriali. Tale criticità produce una persistente difficoltà al contenimento dei tempi di degenza media richiesti dalla Regione.

Ambiti e proposte di miglioramento

Nella logica dell'integrazione delle attività cliniche a livello provinciale si propone la progettazione di percorsi clinico-organizzativi in ambito neurologico relativamente a:

- Progettazione di un percorso integrato con l'AUO di Parma per la centralizzazione dei pazienti candidabili a trombolisi/trombectomia meccanica endoarteriosa, ad implementazione del Percorso Stroke
- Progettazione di un percorso di presa in carico e gestione del paziente affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica, in ambito provinciale.

Data,

Il Responsabile



Dipartimento di Medicina Generale, Specialistica e Riabilitativa
UOC Cure Palliative

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2016

Valutazione complessiva

OBIETTIVI GENERALI

Nell'anno 2016 l'unità operativa complessa di Cure Palliative ha consolidato il percorso dipartimentale di afferenza dell'unità operativa semplice Day Hospital oncologico della sede di Borgo Val di Taro, che si è concretizzata con la condivisione di percorsi, procedure, istruzioni operative e formazione congiunta.

Come da mandato dalla Direzione Sanitaria Aziendale e in ottemperanza al GPG/2016/236 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici in Regione Emilia-Romagna" e circolare n.3 Regione Emilia Romagna "Regole per la gestione del trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale" è **stato costruito un progetto riorganizzativo** "Progetto organizzativo dell'unità operativa cure palliative di conversione in regime ambulatoriale dei day hospital oncologici nel p.o. aziendale".

Conseguenza diretta di tale riorganizzazione, al 31/12/2016 sono stati ridotti i posti letto riservati al Day Hospital:

da 8 posti letto a 2 posti letto sede di Fidenza;

da 2 posti letto a 1 posto letto sede Borgo val di Taro.

In collaborazione con il Servizio Farmaceutico si sono attuati appropriati interventi organizzativi che porteranno a gennaio 2017 alla **centralizzazione dell'allestimento delle terapie oncoematologiche** in laboratori dedicati (Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antiblastici - UMaCA-), sotto il controllo della Servizio Farmaceutico di AOU Parma e alla **dotazione di un sistema informatico** (Log 80) che consenta la standardizzazione e la tracciabilità di tutte le fasi del processo, dalla prescrizione alla somministrazione, permettendo di adottare strategie di prevenzione del rischio clinico da farmaci, per abbattere gli errori in ambito terapeutico e un uso razionale delle risorse economiche.

Al fine di garantire lo **sviluppo omogeneo delle reti locali per le Cure Palliative**, la Direzione AUSL PR della rete delle cure palliative ha recepito il GPG/2015/592 "RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE" e il GPG/2016/1743 REQUISITI SPECIFICI PER

L'ACCREDITAMENTO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE, formalizzando il progetto riorganizzativo che si concretizzerà nel 2017 con la predisposizione di un PDTA dedicato.

OBIETTIVI SPECIFICI

Il 2016 ha visto complessivamente il mantenimento degli obiettivi di budget assegnati con significativo incremento dell'attività ambulatoriale sia oncologica che ematologica.

Molti incontri e iniziative si sono svolti nell'ambito della rete delle cure palliative: in particolare evidenzio l'apertura ambulatori di cure palliative in tutti i Distretti della Provincia con individuazione di un medico palliativista dedicato per un totale di 15 ore settimanali.

Abbiamo recepito della normativa regionale e interaziendale inerente le **modalità di tracciabilità del percorso trasfusionale** di sangue ed emoderivati per i pazienti ambulatoriali.

Punti di forza

A fronte dell'incremento dell'attività e della riorganizzazione complessiva dei modelli assistenziali dell'unità operativa, il personale tutto, medico, infermieristico e tecnico, ha risposto con grande impegno, dedizione e competenza, spesso proseguendo l'attività oltre il proprio orario di servizio.

Le risposte clinico-organizzative sono sempre più a carattere multidisciplinare con condivisione dei percorsi e ridefinizione dei bisogni assistenziali in particolare con il Servizio Farmaceutico, il Servizio di Patologia clinica , di Radiodiagnostica e il servizio informatico.

Punti di debolezza

Incremento spesa farmaceutica legato all'indispensabile utilizzo di farmaci oncologici antitumorali ad alto costo.

Personale medico e infermieristico insufficiente a garantire i nuovi carichi di lavoro, che ha indotto la richiesta di integrazione di una unità medica e infermieristica per il 2017.

Logistica non più adeguata alle nuove esigenze organizzative e all'incremento dell'utenza.

Ambiti e proposte di miglioramento

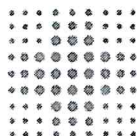
Acquisizione di nuovi spazi per attività ambulatoriale e assistenziale.

Integrazione del personale sanitario.

Data, 26 gennaio 2017

Il Responsabile

Dott. Francesco Ghisoni



Dipartimento di Medicina Generale, Specialistica e Riabilitativa
SSD Medicina Interna Borgo Val di Taro

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2016

Valutazione complessiva

OBIETTIVI GENERALI

L'anno 2016 si è caratterizzato per l'ulteriore definizione e l'approfondimento degli aspetti gestionali relativi alla **riorganizzazione dei Dipartimenti interospedalieri** e delle relative strutture di afferenza, con la conversione dell'area medica dello stabilimento di Borgo Val di Taro in una **Struttura Semplice Dipartimentale di Medicina Interna**, in stretta connessione trasversale con un'area di Riabilitazione Cardiologica afferente alla UOC di Cardiologia di Vaio, con un Day Hospital afferente alla UOC di Cure Palliative di Vaio, e infine con una SSD di Punto di Primo Intervento, direttamente legata al Dipartimento di Emergenza-Urgenza e dei Servizi Diagnostici. L'offerta assistenziale internistica ai pazienti si completa con due strutture afferenti al Dipartimento di Cure Primarie del relativo Distretto, ovvero la struttura di Lungo-Assistenza Territoriale e il Centro Residenziale di Cure Palliative "La Valle del Sole", entrambi a direzione infermieristica ma con la diretta partecipazione del personale medico della SSD Medicina Interna.

Quest'ultima ha completato la definizione della propria organizzazione secondo il **modello per intensità di cure**, affiancando al settore di Degenza per Acuti un'area di **Osservazione Breve Internistica**, una di **Alta Valenza clinica** con degenza monitorata a gestione multidisciplinare, ed infine una di Lungodegenza tradizionale orientata prevalentemente al **Post Acuzie**.

Nell'ottica degli obiettivi di budget estesi alla totalità delle articolazioni dipartimentali, per l'ambito relativo all'area di efficienza dei processi, la SSD Medicina Interna si è integrata fattivamente con il rispettivo Dipartimento interospedaliero, partecipando agli annuali comitati e procedendo alla stesura di **percorsi culturali e clinico-assistenziali comuni**, in particolare, all'omologa Unità Complessa dello stabilimento di Vaio.

Sono proseguite le azioni di miglioramento nell'**adesione al prontuario regionale**, e soprattutto AVEN, nella **continuità terapeutica** tra ospedale e territorio in fase di dimissione ospedaliera e dopo visita specialistica ambulatoriale; nella **percentuale di prescrizioni terapeutiche per principio attivo** e nell'appropriatezza relativa alle specialità farmacologiche oggetto di monitoraggio (antibiotici sistemici, **inibitori di pompa protonica**, **antagonisti recettoriali dell'angiotensina II**).

A tale proposito, è continuato il percorso di **attività formative** e di sensibilizzazione diretto ai Medici di Medicina Generale, a cura della SSD e in collaborazione col Dipartimento di Cure Primarie e con il Dipartimento Farmaceutico (es. eventi “Il blocco del sistema renina-angiotensina nella prevenzione nefro-cardiovascolare” e “La pneumologia per l'internista nel paziente complesso” nell'ambito dell'undicesima edizione dei Convegni di Medicina Interna in tema di Nefrologia e di Malattie Cardiovascolari). È stata ulteriormente condotta l'attività di **monitoraggio intensivo dei farmaci sottoposti a registro AIFA**.

L'anno trascorso è stato caratterizzato dall'applicazione, su tutte le attività quotidiane, della **prescrizione informatizzata della terapia farmacologica**, che ha contribuito, dopo opportuno percorso formativo, alla completa adesione alle modalità di **gestione del rischio clinico da farmaci** espresse nell'apposita procedura.

Procedendosi alla definizione, mediante incontri specifici, di una rete unica in materia di **Qualità e Accreditamento**, si è provveduto all'integrazione e alla **condivisione di procedure e di istruzioni operative** in ambito intra- ed interdipartimentale, di cui costituiscono esempio la corretta gestione dell'uso di sangue ed emoderivati e il percorso di telegestione delle indagini strumentali in emergenza-urgenza.

Relativamente all'area di innovazione di processo e prodotto, si sono consolidati i processi di **dematerializzazione della ricetta medica** e di **informatizzazione tramite SOLE** (Sanità Online Emilia-Romagna), secondo le procedure informatizzate richieste dalla Regione. In collaborazione con il Dipartimento di Area Informatica e Tecnologica, sono stati condotti tavoli multidisciplinari atti al miglioramento delle modalità di impiego della terapia informatizzata, in particolare sulla scorta delle **integrazioni fornite in ambito strettamente clinico e farmaceutico** (gestione degli alert, indicazione della dose massima).

Il personale medico è stato edotto in materia di adempimenti relativi a normative su **Trasparenza ed Anticorruzione**. Le **schede di dimissione ospedaliera (SDO)** sono state compilate entro il termine temporale mensilmente indicato.

OBIETTIVI SPECIFICI

In collaborazione con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e dei Servizi Diagnostici e con il Dipartimento Chirurgico, è stato prodotto il documento “**Gestione dell'Area di Alta Valenza nell'organizzazione per intensità di cure della SSD Medicina Interna di Borgo Val di Taro**”, che ha definito e concluso la già avviata attività di interfaccia multidisciplinare di competenze presenti nello stabilimento, al fine della gestione in sicurezza di pazienti complessi nel perioperatorio o in condizioni di gravi comorbidità non richiedenti l'accesso a strutture di rianimazione.

Analogamente, si sono definiti i criteri decisionali e organizzativi per la prosecuzione dell'impiego

della **dotazione di n. 2 letti di Osservazione Breve Internistica**, finalizzati all'integrazione delle attività di Punto di Primo Intervento Ospedaliero.

Il tavolo multidisciplinare per la stesura di un **documento unico relativo al Percorso Stroke**, avviato e coordinato dall'UOC di Neurologia di Vaio, attende completamento in merito alla componente di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in relazione alle discipline di Radiologia Interventistica e di Chirurgia Vascolare per quanto concerne il tema della rivascolarizzazione precoce non legata a fibrinolisi per via endovenosa. Gli aspetti logistici, strettamente diagnostici, attualmente in essere sono comunque esplicitati all'interno della documentazione relativa alla telegestione degli esami radiologici in emergenza-urgenza.

Attraverso uno specifico evento formativo, "La salute mentale nell'era della sanità integrata: la sfida delle complessità", si è ufficializzato l'avvio di un progetto di collaborazione, che prevede l'impiego di personale specializzato della SSD Medicina Interna in attività di consulenza all'interno del percorso diagnostico e terapeutico dei **Disturbi del Comportamento Alimentare**, individuato e coordinato dal DAISM-DP.

Come anticipato, è stato definitivamente completato il documento relativo alla "**Telegestione in emergenza-urgenza di esami in fascia oraria notturna presso stabilimento ospedaliero di Borgo Val di Taro**", che ha fatto seguito al periodo di attività formativa del personale medico in materia di **Eco-FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)**.

DATI DI ATTIVITA'

Gli specifici **dati di attività** della SSD Medicina Interna relativi al 2016, come illustrati nella reportistica del Dipartimento di Valutazione e Controllo, richiedono di essere interpretati alla luce della contingente **riqualificazione completa dei locali dell'Unità Operativa**, che ha comportato la **temporanea disattivazione, a rotazione, di una significativa quota di posti letto** (8 posti letto dal 13.6 al 3.7; 18-20 posti letto dal 4.7 al 24.7; 12 posti letto dal 25.7 al 14.8; 9 posti letto dal 15.8 al 4.9; contingente disattivazione dei letti riferiti a Riabilitazione Cardiologica), al fine di garantire l'esecuzione dei lavori di ammodernamento e posa in sicurezza **senza alcuna sospensione delle ordinarie attività clinico-assistenziali volte all'utenza**. I flussi di attività, inoltre, sono da quest'anno differenziati sulla base delle codifiche successive alla redistribuzione dei posti letto tra le varie aree di degenza (Alta Valenza, Degenza Ordinaria, Lungodegenza, Osservazione Breve Internistica).

Avviato il percorso di **Day Service Ambulatoriale (DSA) per diabete mellito, malattia renale cronica e scompenso cardiaco**, si è proseguito nel **governo dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali più interessate a monitoraggio** (cardiologia e diabetologia in particolare). Nell'ambito del doppio canale, di degenza e di attività ambulatoriale, è continuata l'opera di governance finalizzata al **mantenimento della spesa farmaceutica**, da un lato mediante **l'erogazione diretta dei farmaci alla dimissione**, dall'altro proseguendo nell'attività formativa in

merito all'**appropriatezza prescrittiva**.

È infine proseguita la sensibilizzazione alla **corretta continuità assistenziale ospedale-territorio** mediante il capillare intervento delle segnalazioni alla **case manager** per i casi clinici a rischio, che si sono altresì giovati dell'opzione di Lungo-Assistenza in caso di copresenza di fragilità socio-assistenziale controindicante la dimissione precoce.

Punti di forza

Viene ravvisata, quale punto di forza, la motivazione dell'equipe medica, che ha saputo dimostrare flessibilità e impegno nell'equilibrio tra gestione delle competenze specialistiche e necessità di coordinamento dell'attività intraospedaliera generale, nonostante le difficoltà in un primo momento emerse dopo l'applicazione della nuova normativa europea circa l'orario di lavoro.

La perfetta integrazione e la sintonia d'intenti con la Direzione di Presidio Ospedaliero e con i peculiari ambiti dipartimentali ha consentito il superamento delle contingenti situazioni di difficoltà.

Punti di debolezza

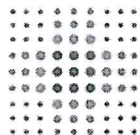
Si è infine risolta anche la principale criticità legata alla stabilizzazione del personale medico, avvenuta nel corso dell'anno alla luce dell'integrazione di organico successiva al congedo di varie unità lavorative.

Ambiti e proposte di miglioramento

Sono in corso numerose proposte finalizzate all'ottimizzazione della gestione delle attività cliniche in interfaccia con il Punto di Primo Intervento Ospedaliero, all'ampliamento delle offerte ambulatoriali in particolare in ambito endocrinologico, alla riqualificazione e al potenziamento delle possibilità assistenziali relative alla Riabilitazione Cardiologica, nell'ottica di una sempre maggior integrazione entro il Presidio Ospedaliero Aziendale e con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Data, 12 gennaio 2017

**Il Responsabile di SSD
Dr. MICHELE MESCHI**



Dipartimento di Emergenza-Urgenza e della Diagnostica

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2016

Valutazione complessiva

Gli obiettivi generali del Dipartimento sono stati sostanzialmente raggiunti, a cominciare dall'applicazione del nuovo regolamento sui Dipartimenti unici del Presidio Ospedaliero Aziendale. Si è osservata solo una lieve flessione dell'attività ambulatoriale rispetto al 2015. Sono stati fatti i necessari adempimenti in materia di Trasparenza ed Anticorruzione. Raggiunto anche l'obiettivo della compilazione delle SDO entro il termine temporale mensile stabilito.

Per quanto riguarda l'U.O. di Anestesia e Rianimazione, è stata avviata l'utilizzazione dell' "Area Alta Valenza" per i pazienti in decorso perioperatorio, in collaborazione con il Dipartimento Chirurgico e con l'U.O. Medicina Interna Borgotaro. E' stato altresì definito un progetto di riorganizzazione dei Comparti Operatori del Presidio Ospedaliero aziendale.

Il governo dei tempi d'attesa per visite e diagnostica a rilevazione regionale (cardiologia e terapia antalgica) è stata ottenuta.

E' stata effettuata la riorganizzazione delle attività di laboratorio nelle due UOS di Fidenza e Borgotaro, attraverso un'opportuna integrazione.

Si è arrivati ad una ristrutturazione del P.S. garantendo la continuità assistenziale. Rimane da ultimare la Radiologia d'Urgenza.

Per quanto concerne il percorso di Teleradiologia è stata completata la formazione per l'esecuzione delle ecografie fast da parte dei medici della Medicina Interna di Borgotaro.

E' iniziata l'applicazione del PDTA per la diagnostica prostatica con RMN.

Per quanto concerne il Dipartimento di Emergenza – Urgenza si evidenzia che la flessione nel numero delle giornate di degenza ordinaria e nel numero dei pazienti ricoverati, è stata causata soprattutto dalla ristrutturazione dei locali del Pronto Soccorso di Fidenza, attigui all'Unità Operativa di Medicina d'Urgenza, dove, nonostante il disagio dovuto alla presenza di un cantiere in opera, l'attività non si è mai interrotta, ma è stata regolarmente svolta.

Nella diminuzione dei dati di ricovero del Dipartimento, ha influito anche la chiusura dei 6 posti letto dell'U.O. Semplice di Riabilitazione Cardiologica avvenuta dalla metà di giugno al 31 dicembre 2016 per lavori di ristrutturazione.

Si precisa che l'attività prestata nel D.H. Cardiologico con i suoi 343 pazienti trattati e i 1.615 accessi, mantiene un alto livello di complessità.

Si rileva l'aumento degli accessi del pronto Soccorso di Fidenza, pari a + 487 nuovi ingressi, mentre si sconta un calo in quelli del Punto di Primo Intervento di Borgotaro pari a - 415 accessi, - 4,62% sul totale.

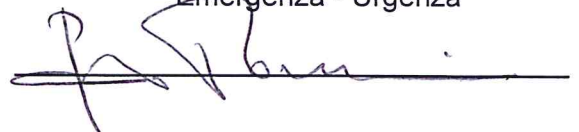
I dati sopra richiamati sono riferiti al movimento nelle singole Unità Operative non essendo disponibili, alla data attuale, i dati di attività (SDO).

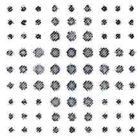
Gli obiettivi delle singole Unità Operative sono stati complessivamente raggiunti, vedi per questi ultimi le allegare relazioni.

Punti di forza
<p>I punti di forza dipartimentali sono essenzialmente legati al personale medico e di comparto e alle rispettive organizzazioni. Tale impegno si è reso particolarmente manifesto nelle fasi di preparazione, di allestimento ed organizzazione del P.S..</p> <p>Da segnalare, inoltre, l'efficacia e l'efficace impegno espresso dal personale medico e di comparto di Anestesia e Rianimazione ed Emergenza Territoriale nell'attività integrata tra i due ospedali e il territorio.</p>
Punti di debolezza
<p>Un punto di difficoltà è stato ed è rappresentato dalla necessità di mantenere l'attività in essere facendo fronte alla disposizione legislativa sugli orari di lavoro</p> <p>Per quanto riguarda le Unità Operative Cliniche particolarmente impegnativa è la gestione dei bed blockers.</p>
Ambiti e proposte di miglioramento
<p>Una sempre più stretta collaborazione tra le diverse Unità Operative cliniche del Dipartimento e con quelle degli altri Dipartimenti del Presidio nell'ottica dell'intensità di cura.</p> <p>Integrazione nell'area comparto tra figure professionali normalmente addette ad ambiti diversi.</p>

Data, 26/01/2017

Il Direttore del Dipartimento di
Emergenza - Urgenza





Unità Operativa Patologia Clinica

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

L'attività dell'U.O. è stata svolta secondo modalità soddisfacenti per l'utenza, interna ed esterna all'ospedale.

L'operatività con l'U.O. Patologia clinica di Borgotaro è continua ed integrata.

Avvio di collaborazione con altre realtà aziendali quali il DSP per la stesura del Memorandum sulla modalità di gestione dei campioni di laboratorio e collegati referti nei settori di microbiologia e sierologia medica.

In ambito formativo, oltre alla proposta di un evento specifico *"L'appropriatezza nell'esame di laboratorio: dalla richiesta al corretto allestimento del campione"* siamo stati coinvolti in qualità di relatori ad altri momenti di aggiornamento professionale.

Punti di forza

Impiego del nuovo software aziendale detto "Mercurio".

Questo programma permette la sorveglianza epidemiologica delle infezioni ospedaliere e delle possibili antibiotico-resistenze nelle varie Unità Operative, fornendo dati relativi alla distribuzione dei germi nei diversi materiali patologici inviati al Laboratorio e le variazioni dei loro profili di sensibilità/resistenza alla terapia nel corso degli ultimi anni.

Introduzione check-in per i campioni pervenuti in Laboratorio al fine di garantire tracciabilità degli stessi.

Punti di debolezza

Dotazione strumentale:

al fine di aggiornare la dotazione strumentale giunta alla scadenza dei contratti è opportuno procedere alla fornitura di nuove tecnologie.

Refertazione:

la produzione dei referti cartacei firmati digitalmente per i pazienti esterni deve essere necessariamente rivista, tramite coinvolgimento del RIT/Softwarehouse, in quanto superflua nei casi in cui il paziente richiede l'invio telematico del suo referto al FSE;

la produzione con firma digitale e in modo automatizzato dei referti incompleti in quanto comprendenti indagini inviate ai laboratori di Parma che prevedono tempi di risposta prolungati;

Smaltimento reflui della strumentazione di Chimica Clinica:

non adeguato

Ambiti e proposte di miglioramento

Fornitura di un processore di preanalitica

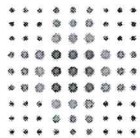
Adesione a gara Aven per strumentazione di coagulazione

Percorso interaziendale (AUSL PR – AOU PR) per la gestione di I livello della PMA presso l'Ospedale di Fidenza e l'esecuzione degli spermogrammi

Stesura tariffario per libera professione d'Equipe

Data, _____

Il Direttore di U.O.



Unità Operativa di Radiodiagnostica, Ospedale di Vaio

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

La UOC di Radiodiagnostica dell' Ospedale di Vaio nel corso dell' anno 2016 ha mostrato livelli di performance quali-quantitativa conforme agli obiettivi di budget ed alla programmazione aziendale definita nel 'Piano delle Azioni 2016'. In particolare:

Prospettiva economico-finanziaria

-riduzione della spesa per l'approvvigionamento dei mezzi di contrasto iodati e paramagnetici grazie all' adozione di misure interne di ottimizzazione; nel 4° trimestre aggiudicazione Intercenter di procedura negoziata per la fornitura di mezzi di contrasto alle Aziende Sanitarie della RER alla quale il Direttore ha attivamente partecipato definendo i fabbisogni quali-quantitativi aziendali dei mdc iodati e paramagnetici;

-riduzione della spesa per l' approvvigionamento dei kit per l' iniezione dei mdc iodati grazie alla adozione di misure interne di ottimizzazione delle procedure;

-riduzione della spesa per l' approvvigionamento di materiale radiografico in relazione alla interruzione definitiva della stampa di pellicole radiografiche resa possibile dalli architettura completamente film-less del sistema RIS-PACS;

-lieve riduzione della produttività ambulatoriale TC e RMN legata sia alla applicazione della normativa su orario di lavoro, riposo e lavoro notturno (art 14 Legge 30/10/2014 n° 161) sia alla contrazione dell' attività erogata in regime di aggiuntiva;

Prospettiva dei processi

-PDTA della neoplasia prostatica: implementazione della RMN prostatica multiparametrica mediante creazione ex novo di competenze e di un percorso organizzativo di presa in carico in accordo con la UOC di Urologia di AUSL Parma e AOSP Parma;

-PDTA neoplasia colon-retto: implementazione della 'Colonscopia virtuale' in sostituzione definitiva del Clisma Opaco mediante creazione ex novo di competenze e di un percorso organizzativo di presa in carico in accordo con la UOC di Endoscopia, UOC di Chirurgia Generale e con i MMG;

-Rimodulazione delle agende di reparto TC e RMN in relazione ai dichiarati fabbisogni delle Unità Operative di degenza e alla conversione dei Day Hospital in Day Service;

-Riorganizzazione dei turni di lavoro di medici radiologi e TSRM in applicazione alla recente normativa (art 14 Legge 30/10/2014 n° 161) ;

- Governo dei tempi di attesa ambulatoriali: attiva collaborazione con la Direzione Ospedaliera e di Distretto mediante interventi di rimodulazione delle Agende di Garanzia;

- Appropriately prescrittiva: in ottemperanza al Decreto Lorenzin 2015 e alla DGR 704/2013 prosecuzione dell' utilizzo del motore semantico Qbox per erogazione TC e RMN articolari e di colonna vertebrale; intraprese azioni formative verso i MMG sulla Colonscopia Virtuale; in collaborazione con UOC Pronto Soccorso e Urologia azioni formative finalizzate alla corretta presa in carico del paziente con colica renale;

- Nucleo Aziendale di Valutazione del Rischio radiologico: aggiornamento del documento di valutazione del rischio da esposizione a radiazioni ionizzanti;

- in collaborazione con il servizio di Fisica sanitaria della AOSP Parma intraprese azioni volte alla applicazione delle Linee guida inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate;
- in collaborazione con il servizio di Fisica sanitaria della AOSP Parma aggiornamento del Regolamento di Sicurezza della RMN dell' Ospedale di Vaio e della RMN del Poliambulatorio di Fornovo con le necessarie azioni formative ed autorizzative sugli operatori;
- in collaborazione con i responsabili delle sedi radiologiche aziendali, UOC Governo Clinico ed il servizio di Fisica sanitaria della AOSP Parma redazione della IO aziendale sulle modalità di gestione di esami radiologici in donne in età fertile ed in gravidanza;
- Procedura recupero Ticket: implementate azioni di reparto volte al miglioramento della comunicazione alla Direzione delle prenotazioni ambulatoriali non presentate;
- Area delleTecnologie: integrazione del sistema RIS Polaris con il cruscotto prescrittivo adottato dal Pronto Soccorso; a conclusione della analisi di follow-up da parte della RER dei requisiti di sicurezza dei sistemi RIS-PACS partecipazione all' aggiornamento e redazione del Documento aziendale ' L' amministratore clinico di sistema RIS-PACS nelle radiologie della AUSL Parma'; il Direttore convocato come membro di Commissione Intercenter nell' ambito della gara di appalto per la sostituzione della RMN 1,5 Tesla dell' Ospedale di Vaio; stesura del progetto della Radiologia di Urgenza nell' ambito della ristrutturazione del Pronto Soccorso;
- Riorganizzazione del personale in servizio presso il servizio di radiologia della Casa della Salute di S Secondo dopo il pensionamento dell' operatrice di front office finalizzata al recupero di una unità infermieristica presso la UOC Radiologia di Fidenza;

Prospettiva della innovazione-formazione

- Mantenimento della partecipazione alla formazione dipartimentale;
- Mantenimento della formazione di reparto mediante periodiche riunioni sia di area comparto che di area dirigenziale; organizzazione di eventi formativi interni in relazione alle esigenze esposte dagli operatori;
- Ai sensi del Dlgs 187/2000 collaborazione con il servizio di Fisica Sanitaria AOSP Parma per l' organizzazione del corso obbligatorio di radioprotezione;
- implementazione e/o mantenimento di erogazione di prodotti di eccellenza: RMN prostatica multiparametrica, Colonscopia Virtuale, Coronaro-TC, Artro-RMN, TC superspecialistiche in ambito ortopedico;

Prospettiva degli utenti

- prosecuzione del processo di miglioramento dei servizi per l' utente mediante implementazione di metodiche di eccellenza e rimodulazione dei percorsi di accesso ambulatoriale alle RMN addome e prostata;
- in collaborazione con i MMG miglioramento dell' accesso a prenotazione di TC con mdc e RMN (senza e con mdc) con particolare riferimento ai requisiti di sicurezza clinica da somministrazione dei mdc ed esposizione ai campi elettromagnetici;

PUNTI DI FORZA

- elevato livello tecnologico delle attrezzature, sia per quanto riguarda le apparecchiature radiologiche che il sistema RIS/PACS;
- elevato livello di competenza del personale medico, tecnico ed infermieristico;
- forte integrazione e collaborazione verticale fra i dirigenti medici ed i professionisti di area comparto;
- motivazione del personale al miglioramento continuo della performance;

PUNTI DI DEBOLEZZA

Prospettiva economico-finanziaria

-criticità quantitativa delle risorse umane;

Prospettiva dei processi

-telegestione radiologica notturna Vaio-Borgotaro inapplicata per fattori ostativi nei percorsi di centralizzazione dei pazienti da sottoporre ad esami con mdc;

-commistione dei flussi dei pazienti ambulatoriali, ricoverati e di Pronto soccorso nel DEA dell' Ospedale di Vaio;

-Area delle tecnologie: vetustà della apparecchiatura RMN 1,5 Tesla; assente integrazione fra i sistemi RIS/PACS di AUSL e AOSP Parma con conseguenti potenziali disguidi clinici-organizzativi nei percorsi di presa in carico dei pazienti nell' ambito della rete delle emergenze vascolari e neurochirurgiche; parziale integrazione fra il sistema RIS Polaris ed il software Certegra nell' ambito della ottimizzazione della somministrazione e tracciabilità dei mdc iodati;

Prospettiva della innovazione-formazione

-persistenza di criticità nelle interfaccie con i MMG ed i medici specialisti delle UUOO dell' Ospedale di Vaio riguardo i criteri di appropriatezza prescrittiva (con particolare riferimento per TC e RMN addome) ed i requisiti di sicurezza dei pazienti da sottoporre ad esami contrastografici o ad esami di Risonanza Magnetica;

- inadeguatezza prestazionale della RMN attualmente in uso in ambito addomino-pelvico;

Prospettiva degli utenti

-eterogeneità territoriale della modulistica consegnata ai pazienti in fase di prenotazione ambulatoriale di TC con mdc e RMN senza e con mdc;

-disomogeneità dei percorsi di presa in carico dei pazienti anamnesticamente identificati come a rischio clinico di somministrazione di mdc iodati e paramagnetici o esposizione a campi elettromagnetici;

AMBITI E PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Prospettiva dei processi

-avvio telegestione notturna Vaio-Borgotaro;

-separazione dei flussi dei pazienti in emergenza ed elezione mediante avvio della Sezione Radiologia di Urgenza annessa al nuovo PS con conseguente aggiornamento del protocollo di presa in carico dei pazienti del PS e dei reparti in emergenza da sottoporre ad esami radiologici;

-installazione della nuova RMN ed aggiornamento allo stato dell' arte dei protocolli diagnostici e dei percorsi di presa in carico dei pazienti da sottoporre a RMN addomino-pelvica;

- integrazione del sistema RIS Polaris con il software Certegra;

- creazione di interfaccie di comunicazione fra i sistemi RIS-PACS di AUSL e AOSP Parma con particolare riguardo per i casi di emergenza vascolare e neurochirurgica;

- applicazione delle Linee guida inerenti le pratiche radiologiche clinicamente sperimentate e stesura di protocolli diagnostici RX convenzionali condivisi per i pazienti di PS, ambulatoriali e ricoverati;

Prospettiva della innovazione-formazione

- implementazione dei nuovi protocolli RMN;
- implementazione della cardio-RMN in collaborazione con la UOC cardiologia;
- ampliamento delle competenze su Colonscopia Virtuale, Coronaro-TC e RMN prostatica multiparametrica;

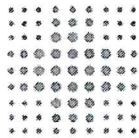
Prospettiva degli utenti

- percorsi di omogeneizzazione sul territorio provinciale della modulistica consegnata ai pazienti in fase di prenotazione ambulatoriale di TC con mdc e RMN senza e con mdc;
- incremento della offerta informativa agli utenti anche tramite strumenti web;

Data 23 Gennaio 2017

Il Direttore di U.O.

Dr Massimo Pedrazzini



Unità Operativa ____ Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza _____

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

L'anno 2016 è stato fortemente caratterizzato dall'effettuazione dei lavori di ampliamento e ristrutturazione dei locali di Pronto Soccorso (PS), sulla scorta del progetto delineato negli anni precedenti. Il principale obiettivo, anche di budget, è stato infatti quello di garantire la continuità assistenziale durante i lavori, che hanno implicato un primo trasferimento temporaneo (espletato a fine agosto) nei futuri locali destinati alla sezione radiologica delle urgenze ed il secondo e definitivo trasferimento di tutte le attività, nei locali consegnati al termine lavori. La tabella sottoriportata sintetizza i principali dati di attività del PS e della MURG evidenziando il sostanziale mantenimento complessivo dei livelli assistenziali garantiti durante il 2016 in confronto all'anno precedente.

Anno	2015	2016	Anno	2015	2016
Ricoveri	5.209	5.178	MURG		
Accessi di PS	32.232	32.666	Ricoveri	892	822
% <i>Acc./ricov.</i> (funzione filtro)	16,16%	15,85%	Giornate di degenza	3.751	3.721

Contestualmente, nel corso del 2016, lo scrivente Direttore dell'U.O.C. di PS-MURG ha contribuito personalmente alla acquisizione ed all'installazione sia degli arredi che delle attrezzature per il nuovo PS, garantendone la collocazione in tempo utile per rispettare le date di consegna dei locali definite con la ditta costruttrice. Il sottoscritto ha inoltre predisposto un progetto ad hoc presentato alla Fondazione Cariparma, approvato e finanziato nel corso dell'anno, per implementare l'acquisto degli arredi e delle attrezzature biomediche installate in PS.

Per quanto attiene al secondo obiettivo specifico di budget assegnato all'U.O. per l'anno 2016: predisposizione del protocollo di gestione delle attività radiologiche, lo scrivente ha elaborato congiuntamente col Direttore dell'U.O. di Radiologia, dott. Pedrazzini, un documento che pianifica le attività radiologiche in urgenza riservate al PS, rispetto alla diagnostica radiologica in urgenza dedicata ai pazienti ricoverati nelle UU.OO. dello stabilimento ospedaliero di Vaio, condividendo anche i differenti percorsi da riservare ai pazienti.

Nel corso del 2016 è stata anche completata l'installazione del nuovo applicativo informatico dedicato al PS, avviato nel dicembre del 2015, che ha richiesto una paziente opera di ottimizzazione delle funzioni per portarla a regime, coordinata dal referente del progetto dott. Roberto Fiorini, coadiuvato dalla coordinatrice SIT Caterina Ferri.

Punti di forza

Per quanto attiene al Pronto Soccorso i punti di forza sono sinteticamente riassumibili nella realizzazione delle risposte operative alle sotto riportate criticità evidenziate nel 2013 dal gruppo di lavoro del Progetto Check-Up, sviluppato in collaborazione con l'Università di Parma:

Problemi più significativi per il PS

Area	Specificare
Personale	Continuità del triage notturno: si vorrebbe poter garantire il triage globale sulle 24 ore
Dotazione tecnologica	Assenza del sistema di monitoraggio in OBI: nel nuovo progetto sono previsti 6 posti letto, di cui 4 monitorati
Struttura/spazi	Esiguità e disposizione degli spazi inadeguata rispetto al numero di accessi
Informatizzazione	Assenza di un programma informatizzato costruito specificatamente per le esigenze di Pronto Soccorso ed in grado di interfacciarsi in automatico col resto dei servizi (radiologia e laboratorio)

- E' stata quindi realizzata l'estensione sulle 24 ore del triage globale, tramite l'acquisizione di 3 unità infermieristiche.
- E' stato portato a regime il processo di informatizzazione del PS, tramite la messa a punto, in stretta collaborazione col RIT, del programma informatico che comunica direttamente con Radiologia e Laboratorio.
- L'ampliamento dei locali di PS e la suddivisione degli ambienti in base ai codici colore ha permesso di raggiungere l'obiettivo di suddividere la fase di attesa dei pazienti su più spazi, migliorando notevolmente il livello di comfort dei pazienti.
- La realizzazione di uno spazio di dimensioni adeguate dedicato all'Osservazione Breve Intensiva (OBI), implementata delle necessarie attrezzature per l'effettuazione del monitoraggio dei parametri vitali e della ventilazione meccanica non invasiva (NIMV), ha creato le premesse per gestire in modo consono la fase di OBI. In questo modo è stata resa più efficiente l'osservazione dei pazienti, in modo da incrementare l'efficienza del sistema per dimettere in sicurezza i pazienti, oppure ricoverarli in modo appropriato. La possibilità di avere a disposizione 8 box forniti di nuove barelle, appositamente studiate per ospitare in modo confortevole pazienti per oltre 24 ore, ha creato la premessa per realizzare anche un'area di "admission room", da dedicare a quei pazienti per i quali è stata identificata la necessità del ricovero ma che debbono stazionare in PS in attesa della disponibilità del posto letto nei reparti di assegnazione.
- L'ultimazione dei lavori negli spazi dedicati alla Sezione Radiologica dell'Urgenza, pur considerando che la sua attivazione verrà prorogata alla seconda metà del 2017, in relazione alla necessità di acquisire le attrezzature previste tramite gara d'appalto.

Per quanto attiene invece alla Medicina d'Urgenza (MURG), l'elemento più qualificante, che rappresenta un vero e proprio punto di forza, è stata l'acquisizione dei nuovi letti elettrici che hanno sostituito i precedenti a movimentazione manuale. Questo rinnovamento ha permesso di ottimizzare il livello di comfort dei pazienti, che possono modificare a piacimento la loro posizione nel letto azionando il telecomando, ma soprattutto ha migliorato il benessere degli operatori sanitari, che sono in questo modo agevolati nel movimentare i pazienti e/o modificare il loro posizionamento.

Punti di debolezza

- 1) Paradossalmente, l'ampliamento degli spazi assegnati al Pronto Soccorso ha contestualmente creato delle difficoltà, principalmente connesse all'aumento delle distanze tra le differenti aree in cui è stato strutturato il servizio, che sono fondamentalmente:
 - Area di accettazione-attesa, triage e sala codici rossi;
 - Area di attesa ed ambulatoriale dei codici verdi;
 - Area dei codici gialli e dell'OBI.

Se l'aumento degli spazi ha infatti migliorato il comfort dell'utenza ha contestualmente reso più difficoltoso il lavoro degli operatori di comparto che debbono operare su distanze molto amplificate.

- 2) L'ampliamento delle distanze ha reso più difficoltoso anche l'integrazione del MET-118 all'interno del PS. Infatti, considerando che la sua mission primitiva resta l'assistenza sul territorio in fase di pre-hospital e che fornisce all'interno del PS un contributo assistenziale che deve trovare continuità nel momento in cui esce con l'automedica, risulta evidente che la maggiore distanza tra colleghi operanti in aree diverse, ha reso più indaginosi i meccanismi di subentro del medico di PS rispetto al MET-118 in fase di uscita.
- 3) Un punto di debolezza dell'attuale Pronto Soccorso è costituito dalla funzione di triage in fase diurna, in quanto spesso sostenuta da un solo operatore infermieristico, che ha la funzione sia di redigere la parte anagrafica che di rilevazione dei parametri (al momento dell'arrivo del pz) al fine di assegnarli correttamente il codice colore di accesso alla visita medica. Occorre infatti considerare che, oltre a questo compito prioritario, il triagista ha la funzione di rivalutare i pazienti qualora l'attesa si protragga oltre i tempi stabiliti ed interloquire con l'utenza collocata in sala d'attesa, gestendo questa delicata fase. Spesso l'infermiere del 118 è impegnato per una quota parte significativa del suo tempo lavoro nei trasporti e/o nelle uscite con l'automedica e non è in grado di supportare adeguatamente il collega di triage.
- 4) Una criticità irrisolta permane il problema del transito all'interno degli spazi dedicati al Pronto Soccorso di utenza esterna, estranea al PS, che ostacola le attività interferendo con i percorsi interni riservati all'utenza di PS. Trattasi o di visitatori ed utenti ambulatoriali che non seguono i percorsi codificati di ingresso ed uscita dall'ospedale (che prevedono la reception collocata al primo piano come riferimento), oppure di utenti esterni che debbono essere sottoposti a visita anestesiológica (nella fase del pre-ricovero) o di visita per accedere alla camera iperbarica, in quanto i locali sono attigui a quelli del PS. Si assiste infatti ad un continuo via vai di persone che transitano dall'ingresso pedonale del PS, attraversano la sala d'attesa ed il corridoio per recarsi nelle aree di loro interesse ubicate al piano terra, sia servizi (Radiologia ed ambulatori) che reparti (Cardiologia, MURG e Rianimazione).
- 5) Accanto a questi problemi contingenti, rimangono quelli che possono essere definiti "endemic" del nostro PS, in quanto trascinati dagli anni precedenti.
 - a) Aumento dei tempi di attesa per gli utenti nei giorni pre-festivi e festivi, in quanto in queste giornate non è presente la figura del terzo medico in servizio in fase diurna (denominato medico in fuori turno - FT) e questo comporta, in questa fascia come di notte, la chiusura dell'attività ambulatoriale in area verdi;
 - b) Assistenza notturna e nei pomeriggi dei giorni pre-festivi e festivi in favore dei ricoverati in MURG, soprattutto nella contingenza in cui il medico di PS, cui spetta questa assistenza, sia impegnato in attività non differibili in PS e non sia coadiuvato dal MET-118 in quanto uscito sul territorio;
 - c) Progressiva dilatazione dei tempi di permanenza in PS dei pz necessitanti il ricovero, determinato dalla non immediata disponibilità dei posti letto di assegnazione nei reparti.

Ambiti e proposte di miglioramento

In riferimento alle problematiche riportate nel precedente capitolo si descrivono di seguito le rispettive proposte di miglioramento:

- 1) Per ottimizzare il lavoro degli operatori di comparto, riducendo gli spostamenti nelle diverse aree e fra PS e servizi, rendendo più efficiente il loro operato, si sottolinea l'opportunità di portare a compimento nel corrente anno le realizzazioni già previste nel progetto di ampliamento del PS:
 - Posta pneumatica per l'invio diretto dei campioni biologici in laboratorio dal PS, inizialmente strutturata con 2 punti raccolta/invio, estensibili gradualmente anche ad aree diverse del dipartimento;
 - Teletrasmissione dell'elettrocardiogramma eseguito sul paziente in PS direttamente in Cardiologia, evitando di movimentare l'OSS nella fase di lettura e ritiro della refertazione del tracciato.
- 2) Per ottimizzare l'integrazione dell'operato del MET-118 all'interno del PS è in fase di stesura definitiva la rivisitazione dell'Istruzione Operativa ad hoc, che prevede gli ambiti di attività del MET-118 all'interno del PS e gli automatismi che debbono scattare per garantire l'assistenza agli utenti in caso di uscita del MET sul territorio.
- 3) Per supportare le funzioni del triagista in fase diurna è stata ricompresa nella bozza dell'Istruzione Operativa per l'area comparto del PS, redatta a seguito dell'ampliamento-ristrutturazione del PS, la possibilità che in caso di necessità possa essere dirottata in triage l'infermiera assegnata all'OBI. Certamente più produttivo sarebbe il poter fare riferimento ad un operatore stabilmente assegnato al triage in fascia diurna.
- 4) La razionalizzazione dei percorsi all'interno del Pronto Soccorso prevede l'elettrificazione e la chiusura (con apertura a comando) di alcune porte collocate strategicamente, in modo da far confluire l'utenza esterna, che impropriamente attraversa il PS, nei percorsi già definiti e realizzati, magari migliorando la segnaletica e la cartellonistica. In tal senso è già stata inviata una proposta all'ufficio tecnico, concordata con l'URP. Per quanto attiene al percorso riservato dell'utenza che deve adire alla visita anestesiologicala o iperbarica sono state concordate da un gruppo di lavoro ad hoc delle soluzioni anch'esse trasmesse all'ufficio tecnico.
- 5) Per organizzare al meglio l'attività dell'area verdi si dovrebbe prevedere, come peraltro già delineato nel progetto attuativo del nuovo PS (presentato ed approvato nel 2015 in Comitato di Dipartimento), la presenza di un medico di PS in regime di FT nelle 12 ore diurne. Questa figura medica avrebbe il compito di:
 - Gestire ordinariamente i codici verdi;
 - Prendere in carico immediatamente i codici rossi non accompagnati dal MET-118 e subentrare al medesimo (entro la mezzogiorno concordata) nell'assistenza ai pazienti codificati in rosso accompagnati in PS dal MET-118;
 - Supportare il medico dell'area gialli nella gestione dei pz, favorendo l'assistenza dei pazienti collocati in OBI od in attesa di ricovero nella funzione "admission room".Il pomeriggio dei pre-festivi e dei festivi dovrebbe essere prevista la presenza di un medico in regime di FT in fascia oraria 12-19, che possa:
 - Supportare il PS abbattendo le attese accumulate nell'attività ambulatoriale del mattino;
 - Vicariare il MET-118 nella fase di uscita e nella gestione dei rossi (come sopra descritto);

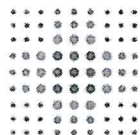
- Supportare le attività assistenziali e gli eventuali ricoveri in MURG nella fascia pomeridiana.

In riferimento a quest'ultimo problema di supportare le attività assistenziali in MURG nei periodi di assenza del medico ad essa dedicato (attualmente fascia notturna e pomeriggi dei pre-festivi/festivi), è in fase di elaborazione un'istruzione operativa ad hoc, concordata con le UU.OO. di Cardiologia e Rianimazione, che prevede l'intervento a supporto dello specialista, in base alle rispettive competenze, in caso di impossibilità da parte del medico di PS di prestare direttamente la propria opera in MURG.

Infine, per contenere il fenomeno degli appoggi (soprattutto in area Internistica ed in fascia notturna), è necessario dare visibilità al lavoro svolto in PS nell'area OBI in favore dei pz che sono in attesa del posto letto, dopo assegnazione del ricovero, mediante identificazione e definizione della funzione di "admission room", sopra descritta.

Data, _____

Il Direttore di U.O.



Unità Operativa ANESTESIA RIANIMAZIONE OTI

Relazione finale andamento anno 2016 compresi obiettivi di budget

Valutazione complessiva

L'UO Anestesia Rianimazione OTI mostra aspetti organizzativi particolari per competenze e modalità operative, pertanto, descriverò gli aspetti fondamentali di ogni branca specialistica, oltre a quelli trasversali, della disciplina rappresentata all'interno dell'UO Anestesia Rianimazione.

Le maggiori difficoltà gestionali, trasversali ai vari ambiti specialistici presenti nell'UO, sono state le seguenti:

- a) il notevole turnover di personale medico.
- b) Relativamente alla turnistica si rileva la problematica del riposo giornaliero, spesso non rispettato in regime di Pronta disponibilità, soprattutto legato alle necessità di assistenza della partorientente in corso di partoanalgesia.
- c) Procedura d'attivazione del medico Anestesista frequentemente disattesa con potenziale grave compromissione della risposta di sistema alle Emergenze interne all'Ospedale.

RIANIMAZIONE: si è sostanzialmente mantenuto l'impegno di mantenere i livelli di produttività del 2015, anche se bisogna registrare una contrazione dei ricoveri, soprattutto dei postoperatori chirurgici. Allo stesso tempo si è registrato un incremento del punto DRG che sta a testimoniare la maggiore gravità dei quadri clinici affrontati. La contrazione dei ricoveri postchirurgici può essere dovuta alla revisione dei criteri d'accesso in terapia intensiva oppure ad una minore complessità clinica dei pazienti oppure tecnica, dell'intervento chirurgico. Ad ulteriore conferma di quanto sopra esposto il settimo letto è stato attivato molto più frequentemente (15 vs 6) degli anni precedenti.

Si è completato il percorso di gara che ha portato al rinnovo tecnologico della Rianimazione: sette monitor multiparametrici con tecnologia "bed to bed" collegati in rete e visualizzabili in web e sette ventilatori di alta fascia e tecnologia di svezzamento respiratorio automatizzato.

ANESTESIA: si sono mantenuti i livelli di produttività del 2015, nonostante sia stato necessario anticipare la contrazione dell'attività estiva per la carenza di personale della dirigenza medica. non avendo modificato l'assetto organizzativo, che permane basato sulle specialità chirurgiche. Si è partecipato, contribuendo fattivamente, ai lavori della commissione per la realizzazione di un progetto di riorganizzazione che, dopo la fase analitica dei tempi ha preso avvio con l'installazione di work-stations informatizzate per l'accettazione dei pazienti in comparto, la registrazione delle tempistiche d'intervento ed il registro operatorio. Per buona parte dell'anno, sostanzialmente fino a dicembre inoltrato, la necessità di ricoverare in Rianimazione non ha costituito, se non occasionalmente, un problema limitante, grazie anche alla collaborazione dell'UTIC che, in varie occasioni, ha contribuito ad accettare pazienti, anche se non propriamente cardiologici.

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA: attività in lieve calo dal punto di vista ambulatoriale, mentre sono sostanzialmente costanti i trattamenti in emergenza. Si registra la variazione della Coordinatrice di UO, attualmente rappresentato da un'unica figura con l'incarico di coordinare tutti gli ambiti infermieristici dell'UO. Si è provveduto ad una revisione delle procedure di sicurezza con il

coinvolgimento del Dipartimento Protezione e Prevenzione, dell'ingegneria clinica e dell'ufficio tecnico.

In accordo con Ufficio Tecnico, Ingegneria Clinica e UO Protezione e Prevenzione si è stilato un tempogramma degli interventi di manutenzione dell'impianto. Si è richiesto l'incremento degli strumenti di monitoraggio.

Terapia Antalgica: i dati d'attività dei primi sei mesi ponevano l'attenzione su un incremento della lista d'attesa oltre i tempi previsti dalla regione ma, dopo i mesi estivi e nonostante la riduzione del personale, si è riorganizzato l'accesso dei pazienti consentendo un incremento degli accessi ai pazienti acuti, con la conseguente riduzione dei tempi d'attesa. In diminuzione invece le consulenze a favore dei pazienti neoplastici per la scarsa attivazione dei MMG.

PARTOANALGESIA: attività stabilizzata rispetto all'anno precedente. Si è ulteriormente ampliato l'ambito dei Colleghi in grado di svolgere la partoanalgesia con la tecnica dell'inserzione del catetere peridurale. Grazie all'acquisto di quattro pompe infusive (PCA/PCAE) è partito il progetto di finalizzato all'impiego della tecnica PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) per il controllo del dolore da parto con l'obiettivo di ottimizzare la gestione della partoanalgesia con un trattamento quanto più mirato possibile.

Punti di forza

RIANIMAZIONE:

- a) razionalizzazione degli accessi alla terapia intensiva dei pazienti postoperati con l'emanazione di specifica istruzione operativa,
- b) gestione mirata del settimo letto per casi di emergenza,
- c) ottima collaborazione con UTIC e MURG per l'evoluzione del paziente dopo il trattamento intensivo o, talvolta, la gestione del paziente postoperato.
- d) Supporto mantenuto al punto Guardia di Borgotaro, incrementato per le richieste dei Colleghi di Borgotaro viste le carenze di personale, nonostante la difficoltà generata da un organico raramente stabile in corso d'anno.

ANESTESIA:

- a) parziale attuazione dell'informatizzazione del percorso del paziente chirurgico,
- b) adozione di un'istruzione operativa per la gestione dell'antiaggregazione piastrinica e dell'anticoagulazione del paziente da sottoporre ad intervento chirurgico finalizzata ad una razionalizzazione delle richieste di consulenze specialistiche,
- c) incremento delle tecniche invasive per il controllo del dolore postoperatorio,
- d) Gestione in autonomia dei casi di Intubazione Difficile, senza ricorso al Broncoscopista di Parma

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA:

- a) revisione delle indicazioni ed applicazioni terapeutiche secondo linee guida 2015,
- b) revisione delle procedure di manutenzione con affidamento delle stesse all'Ufficio Tecnico aziendale,
- c) Incremento della competenza con partecipazione a Mater in Medicina Iperbarica di due Anestesisti,

Terapia antalgica: a) riorganizzazione dell'offerta ambulatoriale con riduzione della lista d'attesa

PARTOANALGESIA:

- a) incremento delle partoanalgesie,
- b) avvio del progetto di impiego della tecnica PCAE, in parallelo con la tecnica classica

Punti di debolezza

RIANIMAZIONE:

- a) Strumentazione ormai antiquata ma in via di sostituzione,
- b) Trasferimento dei pazienti presso le UU.OO. Internistiche, con evidente difficoltà da parte di queste ultime a gestire i pazienti che richiedono maggiore assistenza,
- c) Modello assistenziale infermieristico ormai superato, indipendentemente dalla cronica carenza di personale.

ANESTESIA:

- a) Strumentazione ormai obsoleta in molte postazioni,
- b) Scarsa efficienza di impiego dell'Anestesista pomeridiano,

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA:

- a) Limitato ricorso alle tecniche di gestione delle ferite complesse
- b) Assenza di un data base informatizzato,

Terapia antalgica:

- a) gestione della lista d'attesa,
- b) scarso ricorso dei Medici di Medicina Generale alle tecniche specialistiche di controllo del dolore nei pazienti oncologici a domicilio e in Hospice

PARTOANALGESIA:

- a) Disomogeneità ostetrico-ginecologica dei criteri d'attivazione,
- b) Risorsa anestesiologicala dedicata con frequenti episodi di superamento dei limiti imposti dalla legge 161/2014

Ambiti e Proposte di Miglioramento

RIANIMAZIONE:

- a) Istituzione della Doppia Guardia Anestesiologica finalizzata all'esaurimento delle necessità urgenti dell'ospedale relativamente a necessità chirurgiche, iperbariche, partoanalgesia e trasporto assistito secondo procedura.
- b) Soppressione dei due punti di PD specifici per partoanalgesia ed iperbarica e mantenimento di un solo punto di PD per situazioni di Emergenza a risorse anestesiologicalhe interne esaurite o per trasporti in sedi distanti.
- c) In corrispondenza col rinnovamento tecnologico, si istituirà un team di studio per raggiungere la massima competenza finalizzata alla massima potenzialità d'impiego,
- d) Revisione delle procedure interne alla Rianimazione soprattutto in relazione ai percorsi terapeutici e diagnostici,
- e) Informatizzazione della terapia,
- f) Gestione infermieristica verticale,
- g) Percorso formativo per un pool di medici ed infermieri per un'estensione delle competenze relative agli accessi vascolari avanzati

ANESTESIA:

- a) Riorganizzazione gestionale dei Comparti Operatori,
- b) Adozione della cartella Anestesiologica Informatizzata,
- c) Attivazione sala induzione risveglio, compatibilmente con le risorse mediche ed

infermieristiche disponibili,

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA:

- a) Progettazione Ambulatorio per la gestione delle ferite complesse
- b) Informatizzazione della cartella iperbarica,

Terapia antalgica:

- a) Proposta di riorganizzazione degli ambulatori distrettuali,

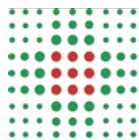
PARTOANALGESIA:

- a) Incremento dell'impiego di PCEA,
- b) Revisione dell'istruzione operativa relativa a partoanalgesia,
- c) Riallineamento dei tempi di servizio secondo Legge 161/2014.

Risorsa anestesiological dedicata con frequenti episodi di superamento dei limiti imposti dalla legge 161/2014

Data, _____

Il Direttore di U.O.



Valutazione complessiva

La valutazione complessiva dell'andamento degli obiettivi di budget assegnati per il 2016 è positiva con una performance dell'86% (3 punti percentuale in incremento rispetto al 2015). Ha inciso negativamente sulla performance complessiva l'obiettivo Assistenza Farmaceutica Territoriale nella parte relativa all'appropriatezza prescrittiva (l'obiettivo spesa pro-capite pesata è stato raggiunto al 100%) e l'obiettivo Assistenza Protesica e Integrativa in particolare per quanto attiene alla spesa per l'ossigenoterapia domiciliare (noleggio attrezzature) e alla spesa per il materiale per diabetici.

L'obiettivo Assistenza Specialistica Ambulatoriale è migliorato rispetto al 2015: indice di performance 2016 88% indice di performance 2015 84%. Sulla performance totale di questo obiettivo ha inciso negativamente un indice di performance di bacino per le urgenze differibili (UD) del 60% a fronte del costante governo dei tempi di attesa in UD per le branche specialistiche sottoposte a monitoraggio ed erogate direttamente dal DCP. Si evidenzia che nella performance di bacino del DCP di Parma, nella branca specialistica radiologica sono computati tempi di attesa di prestazioni quali la TAC non erogate né governate direttamente dal dipartimento. Migliorata anche la qualità del flusso ASA: la percentuale di errori scartanti è passata da 2,01% a 1,11 %.

Gli obiettivi di sistema che hanno visto l'impegno dei Professionisti del DCP e della medicina Convenzionata sono stati raggiunti al 100%. In particolare si segnala rispetto all'Assistenza Domiciliare il monitoraggio costante dell'appropriatezza dei prelievi domiciliari e dell'attivazione dei contratti ADI. E' stata effettuata una revisione complessiva dei contratti di Gestione Integrata del Diabete tipo 2 in essere con la rilevazione di non aderenza al protocollo nel 10% dei casi. Si procederà nel 2017 ad ulteriori approfondimenti e a sensibilizzare i MMG a una maggiore coerenza verso gli obblighi contrattuali del Progetto.

Punti di forza

Raggiungimento degli Obiettivi di sistema

Il raggiungimento degli obiettivi di sistema è frutto di azioni messe in campo per realizzare una rete integrata di professionisti del DCP, dei dipartimenti aziendali che si interfacciano con il DCP e l'universo dei professionisti convenzionati in primo luogo i MMG nelle loro declinazioni organizzative all'interno dell'Azienda USL. L'impegno delle varie componenti per i diversi livelli di responsabilità ha permesso di raggiungere gli obiettivi di sistema declinati nel Piano delle Performance, Piano delle Azioni e tradotti in puntuali indicatori misurabili negli obiettivi di budget. Gli indicatori degli obiettivi assegnati hanno registrato una performance del 100%

Ritengo che questa rete possa essere uno dei punti di forza del DCP organizzazione sempre in evoluzione e tesa al miglioramento continuo per il raggiungimento degli obiettivi affidati. Solo una visione complessiva del sistema cure primarie e relative connessioni permette di evitare la frammentazione degli interventi, la discontinuità dei percorsi che attraversano i vari setting assistenziali: domicilio, ambulatorio, cure intermedie e ricovero ospedaliero e quindi a ricaduta delle inefficienze di sistema.

ASA: per impegno e governo del sistema quest'area rappresenta un punto di forza nonostante il mancato raggiungimento al 100% dell'obiettivo per quanto esposto nella valutazione complessiva.

ICT

Buona la performance complessiva di questo obiettivo che ha raggiunto il 95% con un miglioramento di 20 punti percentuale rispetto al 2015.

Segnalo in particolare il raggiungimento del 96% della performance per quanto riguarda l'attivazione del FSE, obiettivo che ha visto il DCP impegnato su più fronti nella diffusione di questo strumento agli assistiti. L'implementazione ha visto coinvolti i professionisti del DCP, la Medicina Convenzionata, il Volontariato, e le aziende del territorio.

Punti di debolezza

I punti di debolezza attengono a:

- **Assistenza Protesica e Integrativa**: difficoltà nel governo della spesa del materiale per i pazienti diabetici e mancato contenimento del 5% della spesa per l'ossigenoterapia domiciliare (noleggio attrezzature). Per questi obiettivi il DCP ha operato un controllo diretto e puntuale sulle prescrizioni e autorizzazioni all'erogazione dei prodotti ma per motivazioni diverse fra di loro e a volte concomitanti quali: aumento della popolazione assistita, evoluzione tecnologica, mancanza di protocolli condivisi fra i prescrittori non è stato possibile raggiungere l'obiettivo assegnato.
- **Assistenza Farmaceutica Territoriale** nonostante le azioni messe in atto in integrazione con il Servizio di Farmaceutica Territoriale non sono stati raggiunti alcuni obiettivi quali l'incremento dell'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto, il contenimento delle DDD/1000 assistiti pesati/die degli antidepressivi SSRI, e PPI, e la percentuale di consumo di Sartani a brevetto scaduto sul totale della classe dei Sartani.

Ambiti e proposte di miglioramento

ASSISTENZA PROTESICA

Diffusione e applicazione del nuovo Protocollo per la prescrizione e per i rinnovi delle Protesi acustiche .

ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Prosecuzione della collaborazione con il Dipartimento Assistenza Farmaceutica sul tema dell'appropriatezza prescrittiva agendo gli strumenti previsti dall'Accordo Integrativo Locale.

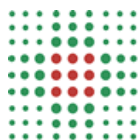
MEDICINA Prosecuzione delle azione volte al pieno coinvolgimento dei Referenti Clinici Case della Salute e Referenti di NCP per l'implementazione nel corso del 2017 dei percorsi per la cronicità : Scompenso Cardiaco Cronico, e Insufficienza Renale Cronica.

Consolidamento della Rete Cure Palliative.

Data, _____

Il Direttore del Dipartimento

Maria Teresa Celendo



FIDENZA

Relazione finale andamento Obiettivi di Budget DCP anno 2016

Valutazione complessiva

La valutazione complessiva dei obiettivi di budget è da ritenersi positiva avendo raggiunto una percentuale dell'86%. Ciò è stato possibile grazie all'impegno dei vari collaboratori e delle attività operative, organizzative e di controllo messe in atto. A dimostrazione il fatto che i dati più critici ovvero negativi sono imputabili a situazioni in cui il risultato è condizionato da fattori non sempre facilmente gestibili e spesso contrastati da situazioni contingenti non modificabili per tutta una serie di motivi diversi.

Analizzando infatti i vari obiettivi si evidenzia che hanno influenzato negativamente il dato complessivo soprattutto la prescrizione protesica (nonostante sia sottoposta a controlli sia prescrittivo che soprattutto autorizzativo ed amministrativo molto attenti e fiscali), la specialistica per quanto riguarda le urgenze differibili, l'attivazione dei fascicoli elettronici, la farmaceutica convenzionata (in rapporto alle specifiche voci riguardanti antidepressivi, ace inibitori, gastroprotettori), l'ossigenoterapia domiciliare e la nutrizione artificiale.

Punti di forza

I punti di forza riguardano in particolare la produzione e l'efficienza dei processi, a dimostrazione che l'apparato operativo segue con attenzione la produzione e l'efficacia del servizio. Essi possono essere così schematizzati:

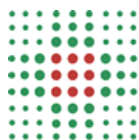
- forte controllo sulle autorizzazioni ad ADI e ADP e sull'appropriatezza dei tempi di presa in carico da parte dei MMG, buon controllo sull'appropriatezza del prelievo domiciliare;
- forte controllo e condivisione operativa sull'attività dei MMG in Hospice e in OSCO;
- formazione e discussione sulla DGR 704/12 con i referenti dei NCP ed in tutti gli stessi;
- contenimento della spesa farmaceutica e promozione distribuzione per conto e distribuzione diretta coinvolgendo le medicine di gruppo;
- buona gestione del materiale erogato per le patologie croniche (diabetici, ossigeno liquido, ausili per incontinenza)
- attenzione all'assetto organizzativo delle Case della Salute e buon coinvolgimento dei referenti clinici negli aspetti caratterizzanti le voci di budget dedicate:

Punti di debolezza
<p>I punti di debolezza riguardano per lo più la sostenibilità e l'autonomia economico – finanziaria, risentendo come accennato in precedenza, della prescrizione eterodiretta, su cui la nostra funzione di controllo/autorizzazione può incidere solo parzialmente. Essi possono essere così schematizzati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione delle urgenze differibili; - prescrizione protesica; - la prescrizione farmaceutica riguardante i principi a brevetto scaduto e le molecole indicate in budget (sartani, antidepressivi, PPI); - protesica, NAD e affitto strumenti di erogazione dell'ossigeno.
Ambiti e proposte di miglioramento
<p>Ambiti e proposte di miglioramento riguardano soprattutto la sostenibilità/autonomia economico-finanziaria e alcuni aspetti della produzione/efficienza dei processi. Essi possono essere così sintetizzabili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento dell'utilizzo dell'appropriatezza prescrittiva sempre utilizzando come stimolo il motore semantico, con particolare attenzione al dato sulle urgenze differibili; - prosecuzione degli incontri con i MMG finalizzati all'appropriatezza prescrittiva; - incontri/audit specifici con gli iperprescrittori insieme alla responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale su possibili spazi e margini di miglioramento, dati e prescrizioni alla mano; - approfondimento e disamina con i prescrittori di protesica (focus sulle procedure aziendali) con particolare attenzione ai rinnovi; - approfondimento e disamina con i prescrittori della NA e dei presidi per O2 nonché valutazione efficacia e/o necessità dei meccanismi di controllo in merito. - prosecuzione attività di correzione degli errori scartanti , peraltro già evdienze in questo 2016 una buona performance anche se non si è raggiunto l'obiettivo dell'1%.

Data, 6.2.2017

Il Direttore del Dipartimento

Dott. Giovanni Gelmini



VALLI TARO e CENO

Relazione finale andamento Obiettivi di Budget DCP anno 2016

Valutazione complessiva

Gli obiettivi di budget mostrano una sostanziale performance positiva avendo raggiunto una percentuale dell'83%. In particolare è doveroso segnalare l'impegno di collaboratori ed organizzazione in rapporto al piano di miglioramento proposto lo scorso inverno con ottenimento di soddisfacenti risultati su alcuni aspetti critici per lo più dipendenti dalle nostre qualità operative che evidenziava il 2015 (es. urgenze differibili, errori scartanti, ecc.). Ne è riprova il fatto che i dati non particolarmente soddisfacenti riguardano per lo più i consumi (ossigeno, materiale per diabetici) nonché l'attivazione dei fascicoli elettronici, ovvero tutti aspetti per lo più condizionati da fattori eterodipendenti e di non facile controllo, benchè quest'ultimo posso affermare che sia sempre attento e costante. Ne è dimostrazione il risultato ottenuto nella gestione ed appropriatezza delle ADI/ADR/ADP, dei presidi assorbenti, di NAD ed anche della protesica. Persiste il "problema" farmaceutica che vede il nostro distretto sempre fanalino di coda in ambito aziendale ma che tuttavia anche quest'anno mostra, analizzando il dato, il perpetuamento dello sforzo che è stato compiuto in questi anni, con persistente trend di spesa in diminuzione e avvicinamento al dato previsto aziendale.

Punti di forza

I punti di forza riguardano in particolare la produzione e l'efficienza dei processi, a dimostrazione che l'apparato operativo segue con attenzione la produzione e l'efficacia del servizio. Essi possono essere così schematizzati:

- forte controllo sulle autorizzazioni ad ADI e ADP e sull'appropriatezza sia della prestazione che dei tempi di presa in carico da parte dei MMG;
- formazione e discussione sulla DGR 704/12 con i referenti dei NCP ed in tutti gli stessi, con ottenimento di buoni risultati in rapporto all'appropriatezza da parte di molti MMG rispetto ai dati storicamente noti;
- contenimento discreto della spesa farmaceutica anche grazie all'implementazione della distribuzione per conto e distribuzione diretta nonché ad una buona gestione del farmaco in CRA;
- le performance dell'assistenza specialistica ambulatoriale compreso anche il dato sulle urgenze differibili;
- il contenimento degli errori scartanti entro il dato previsto;
- ICT: prescrizione, refertazione ed utilizzo DEMA

Punti di debolezza

I punti di debolezza riguardano per lo più la sostenibilità e l'autonomia economico – finanziaria, risentendo come accennato in precedenza, della prescrizione eterodiretta, su cui la nostra funzione di controllo/autorizzazione può incidere solo parzialmente. Essi possono essere così schematizzati:

- erogazione materiale per diabetici;
- attivazione fascicoli elettronici;
- la prescrizione farmaceutica riguardante sia il dato generale che non raggiunge i valori indicati a livello aziendale nonché la prescrizione dei principi a brevetto scaduto e delle molecole indicate in budget (sartani, antidepressivi, PPI);
- ossigenoterapia.

Ambiti e proposte di miglioramento

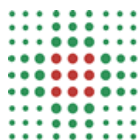
Ambiti e proposte di miglioramento riguardano soprattutto la sostenibilità/autonomia economico-finanziaria e alcuni aspetti della produzione/efficienza dei processi. Essi possono essere così sintetizzabili:

- miglioramento dell'utilizzo dell'appropriatezza prescrittiva sempre utilizzando come stimolo il motore semantico, con particolare attenzione al dato sulle urgenze differibili;
- prosecuzione degli incontri con i MMG finalizzati all'appropriatezza prescrittiva;
- incontri/audit specifici con gli iperprescrittori insieme alla responsabile del Servizio Farmaceutico Territoriale su possibili spazi e margini di miglioramento, dati e prescrizioni alla mano;
- approfondimento e disamina con i prescrittori di protesica (focus sulle procedure aziendali) con particolare attenzione ai rinnovi;
- approfondimento e disamina con i prescrittori del materiale per diabetici e dell'ossigeno nonché valutazione efficacia e/o necessità dei meccanismi di controllo in merito.
- prosecuzione attività di stimolo sui vari professionisti all'attivazione del fascicolo sanitario elettronico

Data, 8.2.2017

Il Direttore del Dipartimento

Dott. Giovanni Gelmini



Dipartimento Cure Primarie _____ SUD EST _____

Relazione finale andamento Obiettivi di Budget DCP anno 2016

Valutazione complessiva

ASL Parma		Scheda di budget
Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Sud Est 2016 Verifica finale al 31/12/2016		
Struttura	Dipartimento Cure Primarie Sud-Est	
Tipo Struttura	Centro di Responsabilità	
Codice Struttura	7250	
Responsabile	f.f. Lucertini Stefano	
Validità	01/01/2016 - 31/12/2016	

La valutazione complessiva del DCP è positiva, gli obiettivi proposti sono stati raggiunti con una performance complessiva dell'88% (un punto percentuale in più rispetto allo scorso anno), su cui hanno pesato negativamente in particolare l'obiettivo non completamente raggiunto sulla farmaceutica convenzionata e le spese per ossigenoterapia domiciliare, ausili per il diabete e nutrizione artificiale.

Punti di forza

Lo sforzo messo in campo dal DCP per il raggiungimento del risultato è particolarmente visibile per quanto attiene la Specialistica Ambulatoriale e gli obiettivi di sistema, grazie alla valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai prelievi domiciliari, ai controlli capillari messi in atto dall'equipe dedicata sui contratti di assistenza domiciliare integrata, ai controlli sui contratti di Gestione Integrata Diabete dei MMG, alla presa in carico della cronicità e al miglioramento dell'accessibilità degli ambulatori dei mmg.

Tra i punti di forza di rilievo per impegno e attenzione posto dal DCP sono sicuramente i risultati raggiunti sull'Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in particolare per quanto attiene al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard (100%), il governo dei tempi di attesa delle U.D.

attraverso una congrua gestione dell'offerta (100%), l'appropriatezza prescrittiva (97%) e l'utilizzo del motore semantico (100%). In particolare su questo aspetto preme sottolineare che i report sono stati oggetto di preliminare discussione con i Referenti di NCP nell'ambito di uno periodici incontri di coordinamento e agli stessi consegnati per una ricaduta all'interno del proprio nucleo. Gli stessi report pervenuti sono stati oggetto di presentazione e discussione in ciascun NCP in occasione di uno degli incontri trimestrali organizzati.

Da rilevare, tra i punti di forza, il netto miglioramento sull'anno precedente per quanto attiene la qualità del flusso ASA, che quest'anno ha raggiunto il 100% del risultato, con un valore consuntivo inferiore all'atteso (0,60% vs 1,00%).

Per quanto attiene i Servizi ICT, è stata raggiunta l'89% della performance nell'incremento di almeno il 10% rispetto al 2015 delle prescrizioni in SOLE e del 100% nelle visite refertate in SOLE rispetto alle visite erogate in strutture aziendali; l'implementazione del sistema DEMA ha raggiunto un valore del 98% (in incremento rispetto all'anno precedente) confermando il fatto che l'utilizzo della ricetta dematerializzata sia ormai consolidato.

Tra i punti di forza si inserisce anche il numero di fascicoli elettronici attivati in quanto, pur non avendo raggiunto a pieno l'obiettivo (73%), ha avuto un incremento notevole rispetto al 2015, a dimostrazione dello sforzo del DCP nella promozione e diffusione dello strumento. Al riguardo si segnala l'avvio di un punto aggiuntivo di segnalazione presso la Casa di Cure Val Parma.

L'obiettivo del contenimento della spesa farmaceutica è stato raggiunto al 100%, come pure il consolidamento della distribuzione per conto e l'erogazione di farmaci nelle CRA (farmaci in fascia A 100%, categoria terapeutica a maggior impatto 95%).

Nel caso dell'ossigeno liquido il valore consuntivo è risultato inferiore all'atteso (107.424,44 vs 116.781,00).

Per quanto attiene l'assistenza protesica si registra un'ottima performance nella valutazione complessiva, con un valore consuntivo superiore all'indicatore proposto (riduzione del 3% del valore anno 2015 al netto di manutenzione e trasporto) come pure è stato raggiunto al 100% l'obiettivo sul mantenimento dei consumi per ausili per incontinenza.

Infine gli OBIETTIVI DI SISTEMA sono stati tutti raggiunti al 100% grazie ad un lavoro congiunto del personale infermieristico e medico del DCP.

Nello specifico:

Per quanto riguarda l'appropriatezza del ricorso ai prelievi domiciliari si è proceduto ad una verifica attraverso estrazione dal programma informatico di tutti i prelievi domiciliari (con esclusione dei prelievi TAO e dei prelievi effettuati a pz in ADI) demandando ai Coordinatori Infermieristici di nucleo la valutazione rispetto all'adeguatezza della prestazione. Dall'analisi è emersa una sostanziale appropriatezza delle prestazioni con una bassa prevalenza di prestazioni non pertinenti (1%). La verifica è stata anche occasione per controllare la completezza e congruità della registrazione che ha evidenziato una non conformità nel 14% dei casi, riferibili a generica o assente descrizione della patologia. Su questo aspetto si è avviata un'azione di sensibilizzazione nei confronti degli operatori.

I contratti di Assistenza domiciliare e Residenziale dei MMG sono stati verificati da apposita equipe che ha valutato tutti i contratti di nuova attivazione e le non conformità (incompletezza, scarsa chiarezza e non corrispondenza dei livelli di cura con la diagnosi) sono stati oggetto di discussione con il singolo MMG. Allo stesso modo, tutti i rinnovi dei contratti sono stati valutati e discussi in incontri programmati con il MMG proponente. Al 31.12.2016 sono attivi 404 contratti e il dato al 30 settembre 2016 (Targit) evidenzia un calo dei contratti, rispetto all'analogo periodo del 2015, pari al 41%.

Si è proceduto al controllo dei Contretti Gestione Integrata Diabete dei MMG analizzando il report prodotto dal RIT relativo all'anno 2015, elaborato associando gli accertamenti prescritti dai MMG e previsti dal protocollo agli 800 pazienti in gestione integrata. Si registra una mancata aderenza nel 11% dei casi e la non conformità coinvolge, in misura variabile, la maggior parte dei MMG (65%).

<p>Si sta procedendo ad ulteriori approfondimenti con l'intenzione di organizzare una discussione specifica in occasione degli incontri di NCP del primo trimestre, al fine di sensibilizzare i professionisti ad una maggior coerenza verso gli obblighi contrattuali e gli impegni assunti.</p> <p><u>Preso in carico della cronicità:</u> è attivo il tutte le 6 Case della Salute l'ambulatorio infermieristico per la gestione integrata del diabete, con strutturazione di équipe infermieristica dedicata e formata che svolge anche attività di educazione; nelle Case della Salute di Langhirano, Collecchio e Traversetolo si è ampliato l'orario dell'ambulatorio per consentire lo svolgimento dell'attività di sorveglianza sul piede diabetico. Il percorso scompeso è centralizzato presso la casa Casa della Salute di Langhirano e strutturato secondo il modello Hub & Spoke e si avvale di personale infermieristico formato che ruota nella funzione. Nel corrente anno è stato attivato il nodo ambulatoriale e domiciliare nell'ambito della rete delle cure palliative. E' di recente attivazione l'équipe multiprofessionale distrettuale per la gestione dei pazienti affetti da SLA, dando attuazione allo specifico progetto sviluppato nell'ambito del polo neurologico interaziendale.</p> <p>Per il <u>monitoraggio dell'accessibilità agli ambulatori dei MMG</u> sono stati effettuati i controlli in tutte le sedi delle medicine di gruppo (7) utilizzando apposita check-list; le evidenze sono state oggetto di relazione trasmessa alla Direzione Sanitaria. Si è comunque rilevata presenza dei professionisti nella fascia dedicata, nonché la coincidenza tra gli orari esposti e quelli comunicati. Dal report degli accessi al PS relativo ai primi nove mesi del 2016 e prendendo in considerazione il parametro degli accessi per codice bianco e verde in CA sugli accessi in CA, si evince che la quasi totalità dei MMG risulta in linea al range aziendale o in alcuni casi inferiore.</p>
<p>Punti di debolezza</p>
<p>Gli obiettivi che non sono stati raggiunti completamente sono stati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nella farmaceutica convenzionata gli antidepressivi (50%), la prescrizione di farmaci a brevetto scaduto (50%), la prescrizione di sartani (50%), nonché l'erogazione diretta di farmaci fascia C in ADI rispetto ai pazienti in carico - nell'ambito dell'assistenza protesica e integrativa (che peraltro ha raggiunto complessivamente l'obiettivo al 100%) rimane critica la spesa per ossigenoterapia domiciliare (50%), per ausili per diabete (50%) e per il contenimento della spesa NAD (50%) <p>Si tratta di ambiti solo in parte direttamente governabili, sui quali comunque si è attivato un monitoraggio continuo e promosse azioni di sensibilizzazione nei confronti dei diversi professionisti coinvolti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per quanto attivato, il percorso scompeso cardiaco ha dato risultati inferiori alle attese, pertanto si stanno valutando ambiti di miglioramento.
<p>Ambiti e proposte di miglioramento</p>
<p>ASSISTENZA PROTESICA</p> <p>Diffusione e applicazione del nuovo Protocollo per la prescrizione ed i rinnovi delle Protesi Acustiche che prevede una centralizzazione delle sedi di prescrizione, collaudo e rinnovo con impatto sulla appropriatezza prescrittiva e sull'omogenietà di comportamenti</p> <p>FARMACEUTICA</p> <p>Prosecuzione della collaborazione con il Dipartimento di Farmaceutica per perseguire gli obiettivi di appropriatezza prescrittiva.</p>

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Estensione dei contratti di fornitura ad un nuovo Centro Privato Convenzionato (Collecchio) in una logica di bacino, al fine di raggiungere una piena autonomia del Distretto nella garanzia di consolidamento dei buoni risultati raggiunti

MEDICINA GENERALE

Potenziamento del sistema di relazione con la Medicina Generale funzionale al perseguimento di una fluidità di obiettivi, attraverso:

- il mantenimento degli incontri strutturati mensili con i Referenti di NCP
- la partecipazione del DCP a tutte le riunioni di NCP
- il potenziamento delle iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione.

Ambito di miglioramento è individuato nel più definito inquadramento del ruolo, compiti e attività del Referente Clinico delle Case della Salute per il contributo e le sinergie a potenziamento di un nuovo modello assistenziale. E' azione che sviluppata in ambito aziendale sulla quale in questo Distretto si è avviata una riflessione con i Referenti di NCP esitata in un documento che è stato portato all'attenzione della Direzione Aziendale. Già ora i Referenti Clinici sono coinvolti nella progettazione degli incontri delle Case della Salute con la popolazione.

Data, _____

Il Direttore del Dipartimento

Dipartimento di Sanità Pubblica

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2016

Valutazione complessiva

Nel Complesso gli obiettivi programmati sono stati raggiunti, sia in termini qualitativi che quantitativi, malgrado diversi operatori non abbiano potuto contribuire a pieno allo svolgimento del programma 2016, per malattia, pensionamenti, aspettative.

La programmazione è stata condotta con riferimento ai LEA, e al PRP e al PRI.

Punti di forza

Principale punto di forza è lo sviluppo di un unico modello gestionale del DSP che ha coinvolto tutti i servizi anche in ragione del percorso di accreditamento in essere. Il modello si basa sul ciclo della pianificazione mediante budget e sul monitoraggio delle attività e collegata ripianificazione se necessaria operato mediante sistema informativo pre ordinato. Inoltre la implementazione del sistema informativo e del correlato sistema informatico risponde agli indirizzi del modello gestionale, assicurano i flussi informativi obbligatori e garantiscono la dematerializzazione degli atti collegati ai controlli ufficiali.

Punti di debolezza

Il mancato turn over nel personale, dovuto alla situazione economica complessiva del paese, ha determinato un invecchiamento degli operatori e una stratificazione della loro età creando i presupposti per un indebolimento delle competenze complessive del DSP in vista dei pensionamenti previsti nel prossimo triennio.

Ambiti e proposte di miglioramento

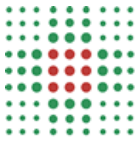
Sviluppare ulteriormente il sistema informativo ed il collegato sistema informatico ai fini di realizzare un sistema automatico di valutazione per indicatori multipli e collegati fra loro. Completare la dematerializzazione degli atti.

Assicurare il turn over del personale che andrà in quiescenza.

Necessità di ringiovanire l'autoparco.

Data, 14 febbraio 2017

Il Direttore del Dipartimento
Dr. Paolo Cozzolino
documento a firma digitale



Dipartimento AI Salute Mentale Dipendenze Patologiche

Relazione finale andamento obiettivi di budget anno 2016

Valutazione complessiva

Sul piano delle attività, anche nel 2016 in continuità con il trend registrato negli anni precedenti, si confermano alti volumi di accesso, nelle NPIA (2226 nuovi casi al 30 novembre) e nella Psichiatria Adulti (3100 nuovi al 30 nov.). Stabili nelle Dipendenze Patologiche (circa 260/anno, con relativo incremento del Gioco di azzardo patologico).

Si è verificato un significativo incremento dell'utenza in carico, in particolare della NPIA (+5% circa nell'ultimo anno, con un effetto cumulativo che in 4 anni ha comportato un incremento del 35% dei pazienti in carico) mentre nella Psichiatria Adulti e nelle Dipendenze Patologiche si è avuta una relativa stabilità.

Si conferma un aumento della complessità psicopatologica (casi multiproblematici) e della pressione connessa alla crisi economica e sociale.

Il DAI-SMDP ha continuato il lavoro di integrazione interna e la collaborazione fra le aree disciplinari al fine di garantire la continuità delle cure. In continuità con il Programma "Leggieri" è proseguita l'attività con le cure primarie (Case della Salute dove è iniziata sperimentalmente l'esperienza delle "equipe di accoglienza").

Si è promossa una differenziazione per intensità di cura dell'attività ospedaliera e territoriale il che ha comportato un utilizzo più appropriato della rete ospedaliera (riduzione delle consulenze di PS e nei reparti, riduzione dei ricoveri e lieve aumento della durata della degenza).

Relativamente ai TSO sulla popolazione residente si è raggiunta la media regionale (nel 2015 eravamo un po' al di sopra) e si è avuta una riduzione significativa delle contenzioni in SPDC (circa 20/anno) e quindi si avvicina l'obiettivo di abolirle o di renderle eccezionali.

L'andamento della spesa farmaceutica dopo un rialzo del +10% nel 2015, nel 2016 è stata ridotta di circa il 15%.

Nell'anno 2016 si è realizzata una rimodulazione del programma DCA e in relazione a crescenti bisogni si è verificato un incremento di spesa relativo alla Residenzialità per inserimenti presso la struttura "In Volo" e in misura minore per collaborazioni alle attività territoriali e integrazione all'assistenza ospedaliera. Inoltre si è avuto un trascinarsi degli esiti della gara per la gestione delle strutture socio-sanitarie e della rimodulazione effettuata nel 2015 per l'apertura della REMS. E' continuato il recupero della mobilità extraprovinciale (meno 5 casi, da 26 a 21).

Sono proseguite le attività della REMS temporanea di Casale di Mezzani (obiettivo regionale) e si è consolidata l'attività della RTI-Minori di San Polo di Torrile. Due strutture molto specializzate, complesse, con riferimento sovraziendale che richiedono una costante attenzione. (La fatturazione è stata di 315 mila per la RTI-M e 140 mila per la REMS).

Per i minori, come previsto, a seguito dell'applicazione della DGR n. 1102/2014 si è verificato un significativo incremento delle collocazioni extrafamiliari decise dal Tribunale per i minori (il cruscotto segnala il passaggio da media di 25 ad una di 33 casi inseriti in struttura; da gennaio a ottobre 2016 ingressi 16, dimissioni 10) con spesa a carico dell'Ausl con conseguente significativo impatto economico (la spesa complessiva annuale stimata in 300 mila Euro) con effetto cumulativo.

Qualità-accreditamento e governo clinico sono stati rimodulati e sono stati sviluppati i PDTA. Costante attenzione è stata data alla partecipazione, al clima interno e alla motivazione del personale anche tramite la formazione a cui va aggiunto sempre il lavoro sulla aspettative dell'utenza e dei contesti nonché lo stigma e l'abbandono delle diversità (comunicazione, revisione del sito).

Punti di forza

Il DAI-SMDP ha un'organizzazione ben radicata nel territorio dei singoli distretti e quindi in grado di realizzare una buona integrazione sanitaria e sociale. Al contempo ha sviluppato alte competenze professionali specialistiche capaci di affrontare la complessità psicopatologica e relazionale secondo le migliori conoscenze tecniche e scientifiche associate sempre ad alti livelli etico-deontologici.

L'innovazione sia nelle strutture (REMS, RTI-M, Polo Ospedaliero) che nella metodologia (budget di salute) nonché la significativa attività didattica e di ricerca fanno sì che il DAI-SMDP abbia relazioni e progetti regionali, nazionali e internazionali.

La collaborazione con Privato Sociale, Enti ausiliari, Aiop è positiva e costruttiva.

Alto grado di gestione e monitoraggio attraverso Cruscotti per l'Emergenza Urgenza, la Residenzialità, i Minori, l'Autismo.

Buoni anche i rapporti con il Comitato Utenti e Familiari, le diverse associazioni e gli stakeholder. Sviluppo dell'auto mutuo aiuto e forme di coinvolgimento e protagonismo dell'utenza (con possibili sperimentazioni del "Facilitatore sociale").

Alta attenzione, motivazione e competenze si sono manifestate nell'attività nei contesti sensibili (Carcere, REMS). In particolare l'esperienza effettuata per la chiusura dell'OPG è un punto di riferimento anche internazionale.

Interessanti sperimentazioni con il coinvolgimento degli Enti locali (es. Centro Diurno per DP a Fidenza, Kiriku per i minori). ormazione-lavoro .

Punti di debolezza

In relazione al forte incremento dell'utenza della NPIA e all'applicazione della DGR 1102 /2014 si rende necessario un complesso lavoro di analisi sullo stato dell'infanzia e adolescenza e delle famiglie coinvolgendo enti locali, scuola ecc.

Sotto il profilo professionale la mancata integrazione con Npia universitaria rende il sistema debole sul piano della formazione, nonché nell'erogazione degli interventi.

L'attuazione del PRIA (DGR 212/2016) richiede una maggiore strutturazione dell'offerta pubblica sia per la fascia 0-6 anni sia nell'adolescente e giovane adulto, non solo per il programma di cura quanto per il progetto di vita e sostegno delle famiglie.

Al tema autismo si uniscono anche le situazioni complesse di disabilità intellettiva con problemi comportamentali che non trovano risposta nei servizi della Disabilità. Le sperimentazioni in atto (Distretto Fidenza, Budget di salute) stanno dando significativi risultati ma rischiano di non bastare anche per l'invecchiamento delle famiglie. Su questo l'applicazione della legge sul "Dopo di noi" può essere un'occasione molto importante.

L'ampia offerta socio-educativa non è in grado di accogliere l'utenza più complessa e multiproblematica. Quindi manca una strutturazione complessiva della rete per i minori.

Una quota significativa dell'utenza afferente ai servizi territoriali (CSM e SerT) si trova anche per l'età ad affrontare la non autosufficienza o la parziale autosufficienza in soggetti adulti o anziani (il 52,9 % dell'utenza in carico ha più di 50 anni; la stessa fascia di età è rappresentata per il 43,1% nella popolazione generale). Una situazione spesso aggravata dalla crisi, dalle povertà, dall'assenza di familiari e di rete sociale fino all'abbandono.

Un tema questo che spinge alla ricerca di soluzioni assistenziale e di cura a lungo termine (da progettare con strumenti innovativi come il Budget di salute) in assenza delle quali questi casi rischiano di gravare impropriamente sulla rete ospedaliera, residenziale sanitaria o Comunità terapeutiche. Va tenuto presente che il modello utilizzato per il superamento dell'OPG determinerà un effetto a lungo termine sul fabbisogno residenziale.

Per personale si pone il problema dell'invecchiamento, delle non idoneità e del ricambio generazionale. Nel periodo 2013-15 per normativa e l'apertura di nuovi servizi hanno portato ad un significativo aumento della quota di personale a tempo determinato. Nei contesti altamente stressanti e nella turnistica occorre assicurare la tenuta complessiva (con le sostituzioni e la collocazione del personale inidoneo o a ridotta attività lavorativa). Attività amministrativa del DAI-SMDP.

Attività amministrativa del DAI-SMDP.

Dalla scheda di riepilogo economico allegata si può evincere che a fronte di un risparmio indicato dal Distretto Sud-Est si è verificato un incremento di spesa sul Distretto di Parma per il trasferimento di pazienti da strutture residenziali afferenti al Distretto Sud-Est ad altre i cui costi ricadono sul Distretto di Parma; Gli altri incrementi sono determinati in parte dalla previsione di ulteriori inserimenti in strutture, su disposizione del Tribunale dei Minorenni e/o dalla necessità inderogabile di provvedere all'attivazione di nuovi progetti Budget di Salute in favore anche di assistiti autistici che, raggiunta la maggiore età, necessitano di percorsi riabilitativi individualizzati alternativi alla residenzialità e/o per l'acquisizione di competenze per la gestione autonoma di un appartamento oltre che per l'inserimento nel mondo del lavoro.

Si segnala altresì, come più sopra ricordato, che lo scostamento determinatosi per l'inserimento in percorsi riabilitativi di utenti con disturbi del comportamento alimentare, rispetto alla spesa prevista dalla convenzione con il Ceis in corso di rinnovo, è dovuto all'inserimento residenziale e/o semiresidenziale nel corso dell'anno 2016, *a tutto il mese di novembre*, di 11 pazienti per un costo totale di Euro 338.729,79 e n. 1664 giornate di degenza di cui n. 138 gg. in regime semiresidenziale, sostenuti interamente a carico della quota di budget del Distretto di Parma assegnata al DAISM, in quanto il Dipartimento è titolare per l'autorizzazione a tali inserimenti ed ha conoscenza diretta dei finanziamenti regionali in ambito DCA; si precisa inoltre che della spesa suindicata la quota di Euro 148.693,90 è riferita all'inserimento presso la struttura di Pellegrino Parmense di tre utenti (di cui una minore) residenti nel territorio del Distretto di Fidenza; ed Euro 19.655,80 è riferita all'inserimento presso la suddetta struttura di una minore residente nel territorio del Distretto Sud-Est; Inoltre con l'integrazione della Convenzione con il Ceis per l'effettuazione di attività territoriali, in ambito domiciliare ed ospedaliero la spesa sostenuta parimenti a carico del Distretto di Parma come sopra ricordato, è stata pari ad Euro 23.965,48 per n. 1147 ore di assistenza in favore di n. 9 pazienti di cui 909 ore effettuate presso Reparti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con cui si prenderanno accordi al fine di inviare rivalsa dei costi già sostenuti dall'AUSL per le prestazioni richieste dal Dipartimento e rese dal Ceis in ambito ospedaliero.

Ambiti e proposte di miglioramento

Rimodulazione dell'offerta ospedaliera e residenziale sanitaria e socio sanitaria anche con l'utilizzo di strumenti innovativi per rispondere ai bisogni di adolescenti e giovani. Questo vale anche per l'offerta nelle dipendenze patologiche e nei percorsi giudiziari dove quote crescenti di risorse sono assorbite per sostenere soluzioni di lungo termine e quindi con un effetto sommatoria sul budget. La rimodulazione strutturale può prevedere un risparmio (che varia in relazione al tipo di rimodulazione e può essere stimato di circa 300 mila euro). Completamento della Residenza di Vigheffio (percorsi ex OPG) e riqualificazione della RTI Santi che deve essere qualificata e rilanciata.

Predisposizione dei percorsi per lo spostamento a Vaio dei servizi di Fidenza.

L'attivazione del c.d. Polo Pediatrico (Casa della Salute del bambino e dell'adolescente), la strutturazione dell'offerta semiresidenziale e l'auspicabile integrazione con NPIA di Azienda Ospedaliero Universitaria e definizione delle funzioni/percorsi sovra distrettuali.

Strutturazione del personale del Centro Autismo. Revisione e applicazione distrettuale del Programma Adolescenza.

Rafforzamento delle attività di Cruscotto relativo alle collocazioni extrafamiliari di minori e per lo sviluppo dei percorsi innovativi.

Qualità degli interventi (rete ospedaliera, csm, sert, npia, residenze) per la salute mentale di/nella comunità in collegamento con il sistema delle Case della Salute. Attuazione del programma Budget di salute (nelle diverse aree) e sviluppo del Progetto regionale.

Contesti altamente sensibili (REMS, Carcere, Spdc). Ulteriore definizione di specifici percorsi in particolare per i percorsi giudiziari e soluzioni innovative e sperimentali.

Revisione modello operativo dipendenze patologiche in linea con il programma regionale. Collocazione della UOC Alcologia nella sede ex Pediatria di comunità e sviluppo dell'attività nelle Case della salute. Predisposizione del PDTA sul Gioco d'Azzardo Patologico

Revisione della pianta organica, stabilizzazione del personale e incarichi e valorizzazione del personale e delle competenze nelle attività cliniche, riabilitativa, didattica e di ricerca. Favorire il trasferimento delle competenze in caso di collocazioni a riposo. Definire percorsi per le situazioni di ridotta attività lavorativa e di inidoneità.

Data, _____

Il Direttore del Dipartimento
