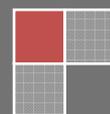


2019

# RENDICONTAZIONE DI FINE ANNO: Relazione sull'andamento Budget anno 2019

Il Documento rappresenta una sintesi dei risultati degli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità Aziendali



## Sommario

Premessa .....	3
Il quadro di riferimento .....	4
Sintesi risultati di Budget assegnati alle articolazioni nel 2019.....	5
Tabella di sintesi risultati di Budget economici assegnati alle articolazioni nel 2019.....	6
Risultati Obiettivi di Budget Operativo assegnati ai Dipartimenti nel 2019.....	7
Relazioni di fine anno .....	8

## Premessa

Con riferimento all'anno 2019 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 2016-2018”, aggiornato con il “Piano integrato Azienda USL e Azienda Ospedaliera di Parma per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2019-2021” approvato con delibera n. 60 del 30/01/2019.

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 2019 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 2019

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 2019.

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

E' stato inserito inoltre il risultato della "Scheda Qualità" quale sintesi aziendale degli obiettivi inseriti nell'area "Appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico" dell'albero della Performance Aziendale, discussi con i Dipartimenti Sanitari Aziendali.

Per quanto riguarda gli obiettivi dipartimentali territoriali assegnati per l'anno 2019 questi presentano un raggiungimento superiore all'87% con un range che va dall'85% del Dipartimento Cure Primarie di Valli Taro/Ceno al 91% del Dipartimento Cure Primarie di Fidenza e Sud-Est.

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.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero il punteggio raggiunto dai Dipartimenti è superiore al 95%, partendo dal 92% del Dipartimento Chirurgico al 99%,(limitatamente alle UU.OO: del Presidio Aziendale) del Dipartimento Interaziendale Emergenza Urgenza.

La performance per il DSM è superiore al 90% mentre il DSP ha raggiunto tutti gli obiettivi assegnati con una performance del 95%, 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 2019

Si riporta di seguito la sintesi dell'andamento dei budget economici dell'anno 2019.

L'anno si caratterizza per la messa a regime della gestione diretta del Centro Cure Progressive di Langhirano, trasferimenti di risorse tra le macro-articolazioni per l'area Salute Mentale Adulti e Neuropsichiatria Infantile a fronte della gestione dipartimentale dei pazienti sul territorio aziendale; l'apertura della Casa del Bambino e dell'Adolescente presso il distretto di Parma, i lavori di ristrutturazione dei comparti operatori dell'Ospedale di Fidenza.

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

Macro-articolazione	Master Budget 2019	Consuntivo Budget 2019	% utilizzo Budget
DISTRETTO PARMA CITTA'	97.010.437	100.492.256	103,59
DISTRETTO FIDENZA	41.736.738	42.043.488	100,73
DISTRETTO VALLI TARO E CENO	21.199.261	20.866.858	98,43
DISTRETTO SUD-EST	33.169.880	33.495.817	100,98
OSPEDALE FIDENZA	22.275.673	21.192.209	95,14
OSPEDALE BORGOTARO	5.630.175	5.604.639	99,55
DAISM DP rette area Sert	1.563.279	1.661.014	106,25
BUDGET TRASVERSALI (e non assegnato)	492.895.432	490.124.594	99,44
Totale	715.480.875	715.480.875	100,00

## Risultati Obiettivi di Budget Operativo assegnati ai Dipartimenti nel 2019

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 31/12/2019

<u>Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Parma 2019</u>	89%
<u>Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Fidenza 2019</u>	91%
<u>Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Valli Taro e Ceno 2019</u>	85%
<u>Scheda di budget Dipartimento Cure Primarie di Sud Est 2019</u>	91%
<u>Scheda di budget Dipartimento Chirurgico 2019 del P.O. Aziendale</u>	96%
<u>Scheda di budget Dipartimento Medico del P.O. Aziendale 2019</u>	92%
<u>Scheda di budget Dipartimento Interaziendale Emergenza-Urgenza 2019</u> (valutazione della performance limitata alle UU:OO. del Presidio Aziendale)	99%
<u>Scheda di budget Dipartimento Sanità Pubblica 2019</u>	95%
<u>Scheda di budget Dipart. Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche anno 2019</u>	91%
<u>Scheda Qualità 2019 Aziendale</u> (La scheda raggruppa gli obiettivi relativi al sistema qualità (area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico), inseriti nelle schede di budget negoziate con i Dipartimenti Aziendali)	83%

## **Relazioni di fine anno**

Nel presente paragrafo sono raccolte le singole schede di riesame di fine anno, redatte dai Direttori di Dipartimento, nelle quali viene esaminata l'organizzazione, il raggiungimento degli obiettivi fissati e pianificate le azioni di miglioramento, coerentemente con la scheda di budget.

Dal presente anno viene inserita anche la scheda dal riesame aziendale della Direzione dove viene riesaminata l'organizzazione nel suo complesso, valutato il raggiungimento degli obiettivi generali e di Dipartimento, definiti i nuovi indirizzi, gli obiettivi e gli indicatori e stabilite le responsabilità per la loro attuazione.

Le schede di riesame sono redatte secondo lo schema predefinito nella procedura aziendale del riesame trasmessa con prot. n. 80277 del 11/12/2019

## VERBALE DI RIESAME DELLA DIREZIONE

Data del riesame: **22/01/2020**

Verbale redatto da: **Dipartimento Valutazione e Controllo**

Ora di inizio: **15.00**

Ora di chiusura: **18.00**

Presenti:

- Elena Saccenti – Direttore Generale
- Giuseppina Frattini – Direttore Sanitario
- Marco Chiari – Direttore Amministrativo
- AnahiAlzapiedi – Direttore Attività
- Giuseppina Rossi – Direttore Dipartimento Valutazione e Controllo
- Giuseppina Ciotti – Direttore Distretto di Parma – Referente Specialistica
- Emilio Cammi – Direttore SIT az.le
- Simona Sani – Dipartimento Valutazione e Controllo
- Marco Ventura - Dipartimento Valutazione e Controllo
- Martina Dardari – Ufficio Qualità
- Cristiana Damini – Ufficio Qualità

Analisi obiettivi/azioni presi in esame:

Obiettivo/Azione	Motivazione	Responsabilità	Pianificazione
Riesame i della Direzione e definizione dei nuovi obiettivi 2020 a seguito dei Riesami della Direzione di livello dipartimentale (territoriale ed ospedaliero)	<p><b>1.</b>Analisi e revisione della Politica della Qualità, degli obiettivi e delle prestazioni erogate dai Dipartimenti az.li;</p> <p><b>2.</b>Definizione degli obiettivi az.li 2020</p>	Direzione strategica az.le	Consolidamento e definizione delle schede di budget az.li e del conseguente piano delle attività

### Attività analizzate e definizione di nuovi obiettivi

*Stato audit:* sono stati analizzati ed illustrati i Riesami dei Dipartimenti in integrazione con le schede di budget, così da fornire coerenza al processo e definire gli obiettivi che la Direzione considera strategici.

*Azioni correttive:* Riorganizzazione delle scheda di budget relative a: 1) implementazione del governo della qualità dei dati nell’ambito della specialistica ambulatoriale. 2) implementazione nei DCP az.li presso gli ambulatori infermieristici, dell’utilizzo del software “Arianna” versione light di “Arianna percorsi”.3) esclusione dell’obiettivo riferito al tema della PMA presso l’Ospedale di Fidenza, indicato dal Dipartimento Medico – UO Patologia Clinica. 4) riconciliazione con le schede di budget del DAISM-DP.

*Azioni preventive:* nessuna indicazione

*Pianificazione formazione:* è prevista la pianificazione dei seguenti temi formativi: 1) il sistema qualità destinato alla rete dei referenti qualità in fase di prossima formalizzazione; 2) l’appropriatezza delle cure e

la gestione del rischio; 3) la sensibilizzazione dei professionisti della salute mentale e delle dipendenze patologiche all'utilizzo della scheda di rilevazione del dolore.

*Segnalazioni cittadino:* il paragrafo dedicato verrà revisionato al termine del primo semestre 2020, con l'aggiornamento documentale fornito dall'Ufficio Comunicazione, Stampa e Rapporti con l'utenza. Termine ultimo regionale per la registrazione delle segnalazioni riferite all'anno 2019, il 31 marzo 2020.

*Risorse (personale):* l'allegato 1 al documento "Riesame della Direzione 2019" è oggetto di verifica e valutazione da parte della Direzione Generale

*Sistema Qualità:* scopo del riesame è stato quello di aiutare l'organizzazione a migliorare il governo dei processi a seguito dell'analisi delle informazioni raccolte, e delle conseguenti azioni in base a quanto rilevato. La bozza di riesame dovrà essere integrata di un paragrafo in cui vengono elencati i riferimenti aziendali documentali di collegamento: Master Budget; la Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di Esercizio (in fase di formalizzazione); la verifica del Piano delle Azioni 2019. La bozza del documento una volta validata dalla Direzione sarà oggetto di diffusione in sede di Collegio di Direzione. Si prevede una verifica intermedia per il Riesame della Direzione 2020 al termine del primo semestre dell'anno in corso.

Il paragrafo riferito ai progetti aziendali realizzati nel 2019 (attivati e conclusi o ancora in corso), verrà incrementato con il recepimento dei progetti coordinati dal SIT aziendale.

*Attività di ascolto:* nessuna indicazione

*Proposte:* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Firma*

*Direttore Dipartimento*

*Valutazione e Controllo*

**TABELLA RIASSUNTIVA RIESAME DEI DIPARTIMENTI 2019**

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
<p><i>Dipartimento Cure Primarie – Distretto di Parma</i></p>	<p><b>ACCREDITAMENTO</b>            1.Creazione della rete dei Referenti del DCP per la qualità e l’accreditamento            2.Definizione delle responsabilità delegate sul sistema informativo            3.Formazione/informazione dei professionisti in materia Risk Management            4. Implementazioni della continuità delle relazioni con ciascun NCP            5.Consolidamento delle procedure già avviate nel 2019 e implementazione di linee guida ed indirizzi operativi</p> <p><b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA, ASSISTENZA PROTESICA</b>            1.Definizione di una procedura trasversale da condividere con gli altri DCP per la fornitura di ausili a pazienti GRADA            2. Formazione dei prescrittori            3. Sostegno all’utilizzo della cartella SOLE e implementazione</p> <p><b>PIANIFICAZIONE DISTRETTUALE CDS</b>            1.Attuazione integrale e puntuale delle azioni correlate alla programmazione</p> <p><b>MIGLIORAMENTO PROCESSO ACCESSO GESTIONE/RICOVERO CURE INTERMEDIE</b>            1.Attività correlate a progetti di sviluppo interaziendali</p> <p><b>CONTINUITA’ ASS.LE DIMISSIONI PROTETTE</b>            1.Realizzazione PUA distrettuale</p> <p><b>TEMPI D’ATTESA</b>            1 monitoraggio quotidiano delle banche dati dedicate</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
<p><b>Dipartimento Cure Primarie – Distretto di Fidenza</b></p>	<p><b>ACCREDITAMENTO</b></p> <p>1. Creazione della rete dei Referenti del DCP per la qualità e l'accreditamento</p> <p>2. Audit sistema qualità</p> <p>3. stesura PDTA formalizzati (GI e BPCO) con relativo audit di verifica qualità</p> <p>4. rilevazione IR</p> <p><b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA</b></p> <p>1. ridefinizione percorsi e strumenti per reclutamento pz.</p> <p>2. incremento di 1 unità infermieristica</p> <p>3. definizione progetto di miglioramento a fronte di alcune criticità evidenziate dai risultati evinti a seguito di ACIC nei percorsi GI e BPCO.</p> <p>4. mantenimento dell'utilizzo dello strumento Stanford per l'autogestione delle patologie croniche</p> <p><b>ASSISTENZA PROTESICA</b></p> <p>1. Formazione dei prescrittori</p> <p><b>PEDIATRIA DI COMUNITA'</b></p> <p>1. Riorganizzazione del piano vaccinale: incremento di 1 unità "Assistente Sanitario"</p> <p>2. riorganizzazione dell'U.O.: programmazione entro primo semestre 2020 della sostituzione del responsabile di U.O</p> <p><b>SALUTE DONNA</b></p> <p>1. riorganizzazione del Servizio: incremento di 1 unità "Medico - Ginecologo"</p> <p><b>ICT</b></p> <p>1. Revisione globale/sostituzione da parte dell'UO ICT aziendale del software</p> <p><b>MEDICINA RIABILITATIVA</b></p> <p>1. educazione/formazione dei neogenitori</p> <p><b>TEMPI D'ATTESA</b></p> <p>1. incremento di 1 unità per "Medico di organizzazione"</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p><i>2.riorganizzazione servizio attraverso l'individuazione di un Coordinatore unico per la Specialistica distrettuale.</i></p>	
<p><i>Dipartimento Cure Primarie – Distretto Sud-Est</i></p>	<p><b>PIANIFICAZIONE DISTRETTUALE CDS</b> 1.Attivazione di tutti i Servizi previsti per LagriSalute</p> <p><b>PROMOZIONE MOD.HUB &amp;SPOKE</b> 1.mantenimento rilevazione trimestrale attività ambulatorio infermieristico cronicità 2.formazione dei professionisti in merito ad alcuni temi: a)device/strumentazione correlata; b) GI diabete 3.avvio progettualità di telemedicina e telecardiologia 4monitoraggio attività del Team per la GI diabete attraverso l'uso dello strumento ACIC – CdS Collecchio. 5.Attività di ascolto e formazione rivolto ai cittadini su temi sanitari vari</p> <p><b>CONTINUITA' ASS.LE DIMISSIONI PROTETTE</b> 1.Realizzazione PUA distrettuale</p> <p><b>RIDUZIONE RICOVERI POTENZIALMENTE EVITABILI</b> 1.sviluppo dell'utilizzo dei posti letto di cure intermedie per la gestione territoriale di situazioni cliniche instabili in pazienti cronici al fine di evitare ricoveri potenzialmente inappropriati con particolare riferimento ai pazienti con BPCO e demenza. 2 Sviluppo di percorsi organizzativi orientati alla gestione della BPCO e demenze all'interno del progetto di integrazione ospedale territorio, con implementazione distrettuale capillare nelle 3 CdS Hub (presenza di ambulatorio pneumologico e Centro Disturbi Cognitivi nelle CdS di Collecchio e Traversetolo)</p> <p><b>SVILUPPO POSTI LETTO CURE INTERMEDIE</b> 1 Attivazione di 3 posti letto di Cure Intermedie presso la CRA Val Cedra di Monchio delle Corti (3 p.l.)</p> <p><b>RETE CURE PALLIATIVE</b> 1 attivazione percorso di miglioramento per l'equipe Hospice</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p>si prevedono incontri settimanali per i primi 6 mesi dell'anno (incontri equipe/audit clinici)</p> <p>2 attivazione percorso formativo per il "nodo domicilio" che coinvolgerà Infermieri domiciliari, MMG e Continuità Assistenziale</p> <p><b>CASA RESIDENZA ANZIANI</b></p> <p>1 Miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali a favore del paziente fragile polipatologico istituzionalizzato</p> <p><b>ACCREDITAMENTO</b></p> <p>1. Creazione della rete dei Referenti del DCP per la qualità e l'accreditamento</p> <p>2. Audit sistema qualità</p> <p>3 rilevazione IR</p> <p><b>ASSISTENZA PROTESICA E PRESCRITTIVA</b></p> <p>1 Formazione dei prescrittori</p> <p><b>TEMPI D'ATTESA</b></p> <p>1 monitoraggio quotidiano delle banche dati dedicate</p> <p><b>ICT</b></p> <p>1. Mantenimento diffusione cartella "SOLE"</p> <p>2. attività incremento utilizzo sistema "Arianna" – sistema informativo infermieristico</p>	
<p><i>Dipartimento Cure Primarie – Distretto Valli Taro e Ceno</i></p>	<p><b>TEMPI D'ATTESA</b></p> <p>1 monitoraggio quotidiano delle banche dati dedicate</p> <p><b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA e PROTESICA</b></p> <p>1. formazione dei professionisti</p> <p>2. monitoraggio attività del Team per la GI diabete attraverso l'uso dello strumento ACIC</p> <p>3 previsto in Val Ceno l'incremento di N.2 posti letto di sollievo sanitario presso la CRA di Varsi (finanziamento progetto regionale Aree Interne)</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p><b>ICT</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Mantenimento diffusione cartella “SOLE”</li> <li>2.attività incremento utilizzo sistema “Arianna” – sistema informativo infermieristico</li> </ol> <p><b>ACCREDITAMENTO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Creazione della rete dei Referenti del DCP per la qualità e l’accreditamento</li> <li>2.Audit sistema qualità</li> <li>3 rilevazione IR</li> </ol> <p><b>PROMOZIONE MOD.HUB &amp;SPOKE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.mantenimento rilevazione trimestrale attività ambulatorio infermieristico cronicità</li> <li>2.formazione dei professionisti in merito ad alcuni temi: a)BPCO; b) Scopenso cardiaco; c) demenza</li> <li>3.avvio progettualità presa in carico bio-psico-sociale</li> <li>4.Attività di ascolto e formazione rivolto ai cittadini su temi sanitari vari</li> </ol>	
<p><i>Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche</i></p>	<p><b>SISTEMA QUALITA’</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Formazione della rete dei Referenti dipartimentali</li> <li>2.elaborazione di modalità e documenti per la gestione degli eventi rilevanti</li> <li>3 Attività di ascolto utenti presso: CdS Bambino e Adolescente; RTI/RTE; Area dipendenza patologiche</li> <li>4.attività di miglioramento della comunicazione esterna in coll. Con Ufficio Comunicazione az.le</li> <li>5.In fase di revisione la documentazione del sistema qualità di. SPO e NPJA</li> </ol> <p><b>PERCORSI/PDTA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1Formazione costruzione PDTA</li> <li>2.revisione (bozza) PDTA – Disturbi Comportamento Alimentare</li> <li>3.applicazione DGR 212/2016 e DGR 640/2019, al fine di assicurare la diagnosi e l’intervento precoce nella fascia 0-6</li> </ol>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p>anni.</p> <p>4. Nel 2019 sono stati attivati 158 progetti BdS (23 più dell'anno precedente)</p> <p>5. L'indice di turnover è mantenuto pari a quello del 2018</p> <p>6. messa in atto di attività per il superamento delle residenzialità</p> <p>7. Redazione procedura per normare le funzioni della UOC "Psicopatologie Forense"</p> <p>8. prosecuzione attività, documentata del gruppo di lavoro sui gravi disturbi di personalità</p> <p>9. attivazione presso ogni distretto di un'equipe funzionale adolescenza, la cui attività viene documentata attraverso report semestrale</p> <p>10. definizione percorso "adolescenza e giovane età per il pz. Giunto in PS con sospetto quadro psicopatologico"</p> <p>11. attività per ridurre i tempi di attesa per l'inserimento del pz. In comunità terapeutiche (DP)</p> <p>12. redazione PDTA "gioco d'azzardo"</p> <p>13. attività di prevenzione in tutti i Distretti sul gioco d'azzardo</p> <p>14. monitoraggio delle collocazioni extrafamiliari di minori</p> <p>15. Attivazione ambulatori e percorsi per ADHD/DDAI/ DSA</p> <p><b>GOVERNO CLINICO</b></p> <p>1. redazione e diffusione di istruzione operativa per il monitoraggio e la segnalazione di eventi rilevanti (IO.24.DAISMDP.000), in applicazione dei documenti aziendali di gestione del rischio</p> <p>2 organizzato un ambulatorio dedicato alla prevenzione della sindrome metabolica presso i CMS di Parma e relativa un'Istruzione Operativa che ne declina le modalità organizzative (IO.23.DAISMP.00)</p> <p>3 revisione protocolli locali di interfaccia con la Polizia Municipale dei diversi Distretti per l'effettuazione di TSO</p> <p><b>FORMAZIONE</b></p> <p>1. valutazione di impatto di alcuni eventi formativi (in corso)</p> <p>2. definizione del profilo di clinical competence dell'infermiere DAISM-DP</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p><b>TEMPI D'ATTESA</b> 1. Si prevede la rimodulazione del sistema di accessi CUP ai CNPIA del Distretto di Parma</p>	
<p><i>Dipartimento Chirurgico</i></p>	<p><b>TEMPI DI ATTESA ENDOSCOPIA DIGESTIVA</b> Tempi d'attesa : indici di performance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I visita Gastroent. : 97%</li> <li>• visita Gastroent. (7 gg.): 63%</li> <li>• Gastroscofia: 99%</li> <li>• Gastroscofia (7gg): 91%</li> <li>• Colonscofia : 91%</li> <li>• Colonscofia (7gg): 60%</li> </ul> <p>1.Implementazione organico medico/infermieristico; dell'U.O. di Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia 2.creazione 2° sala endoscopica presso lo stabilimento di Borgotaro; 3.apertura di agende di prenotazione aggiuntive per prestazioni endoscopiche c/o le sedi di Fidenza, Colorno, S.Secondo e B.go Taro con particolare attenzione ai posti riservati per urgenza differibile; 4.incontri formativi per MMG in tutti i distretti sull'appropriatezza prescrittiva.</p> <p><b>TEMPI DI ATTESA INTERVENTI CHIRURGICI</b> <b>Valore previsto 90% (dati rilevati da Siseps).</b> Valore consuntivo: 1- 90,60 raggiunto (tenere sotto controllo) 2- 95 raggiunto (tenere sotto controllo) 3- <b>85.30 da migliorare</b></p> <p>1.Miglioramento percorso di programmazione di Comparto operatorio e informatizzazione del percorso chirurgico. 2.Collaborazione tra figure dedicate al monitoraggio del percorso Liste d'attesa mediante il corretto utilizzo di programmi gestionali informatici 3.Monitoraggio degli interventi con programma LAT (gestione liste d'attesa). 4.Incontri formativi sul corretto utilizzo del programma LAT 5. miglioramento/implementazione risorse informatiche in collaborazione con il Servizio RIT</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p><b>GESTIONE INTEGRATA Percorsi Pre-Ricovero dei Comparti Operatori</b></p> <p>Definizione di un progetto di gestione integrata dei percorsi pre-ricovero dei comparti operatori del P.O Aziendale. Avvio percorso integrato pre-operatorio.</p> <p>Nel 2019 sono state avviate le seguenti attività a riferimento della DGR n. 272/2017 e successive integrazioni. :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione del percorso del Pre-ricovero Unico Centralizzato.</li> <li>2.uniformità modulistica, esami e percorso del paziente chirurgico con attenzione al rispetto del corretto setting assistenziale.</li> <li>3.Centralità del paziente e accentramento del percorso.</li> <li>4. Garantire la tempestività delle cure.</li> <li>5.Avvio del percorso Pre-ricovero Unico Centralizzato secondo le linee guida regionali.</li> <li>6.Necessità di nomina di Coordinatore del prericovero Centralizzato.</li> <li>7. Miglioramento degli aspetti organizzativi e gestionali delle attività svolte al Servizio di Pre-ricovero attraverso il monitoraggio dei dati, e ove necessario, sono state attivate azioni di miglioramenti.</li> <li>8.Incontri di Equipe per condivisione criticità e proposte di miglioramento</li> </ol> <p><b>PROTOCOLLO ERAS</b></p> <p>Implementazione e messa a regime protocollo Eras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- counselling multidisciplinare</li> <li>- fornitura di immunonutrizione</li> <li>-diario di monitoraggio per l'autotrattamento</li> <li>-coinvolgimento utente con ruolo proattivo(educazione terapeutica ) somministrazione questionario di qualità percepita</li> <li>-applicazione di strumenti per facilitare la comunicazione esterna (divulgazione informazione del protocollo con canali comunicativi visivi pubblici)</li> </ul> <p>1.Per il 2020 si prevede la pianificazione di audit strutturato clinico-organizzativo per la valutazione sui primi casi arruolati del 2019 con particolare riferimento alla valutazione degli esiti di cura (24 Item come indicato da Pois)</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p>2.Incremento della casistica rispetto all'anno precedente</p> <p><b>CHECK LIST DI SALA OPERATORIA</b></p> <p>AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA' , SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO</p> <p>IND0721-2 Flusso Check list di Sala Operatoria</p> <p><i>Assolvimento debito informativo ex circolare 18/16</i></p> <p>1-Compilazione SSCL per procedure AHRQ4 = 90%</p> <p><b>2-Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO su procedure AHRQ4 = 85%</b></p> <p><u>Valore previsto</u> dati rilevati da Insider:</p> <p>1- 90%</p> <p>2-85%</p> <p>Valore consuntivo:</p> <p>1- 87,77 (80.60 2018)</p> <p>2- 66,22 da migliorare (56.89 2018)</p> <p>1.E' stata registrata una Non conformità (20/01/2019), che rilevava una discordanza nella % di invio del flusso dati regionale, dei due stabilimenti ospedalieri Fidenza e Borgotaro.</p> <p>2.A seguito della stessa è stato elaborato un progetto di miglioramento il cui scopo è stato quello di avviare l'informatizzazione per la compilazione ed invio delle schede SSCL.</p> <p>1.Monitoraggio dati da controllo Check List</p> <p>2.Compilazione scheda SSCL e implementazione dei controlli con personale dedicato</p> <p>3.Obiettivo 2020: Incrementare la % di invio in RER del flusso dati afferenti ai due stabilimenti ospedalieri</p> <p>4. favorire l'omogenizzazione del processo in oggetto tra i due stabilimenti ospedalieri.</p> <p>5.Partecipazione al progetto RER "Osservare"</p>	

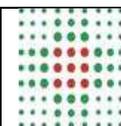
Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
<p><b>Dipartimento Emergenza-Urgenza</b></p>	<p><b>ADEGUAMENTO ORGANIZZATIVO</b>            Applicazione/implementazione Nuovi indirizzi della Regione per il miglioramento dell'accesso in E-U            Il DGR 1129 del 7/2019 prevede un tempogramma serrato al fine di efficientare l'adeguamento dell'organizzazione del PS nei prossimi 12 mesi.            Questo implica l'adozione di misure di adeguamento che permettano di rispondere a queste richieste per raggiungere gli indicatori richiesti in Delibera</p> <p><u>Personale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assunzione di personale Dirigente a completare l'organico</li> <li>• Assunzione di un OSS per completare l'orario diurno dell'area Verdi</li> </ul> <p><u>Materiali/strutturali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiornamento del sistema informatico (programma PIESSE: codici colore, costruzione I.O. attività OBI, consulenze informatizzate, terapia farmacologia informatizzata; telecardiologia)</li> <li>• Posizionamento nelle sale d'attesa dei monitor informativi</li> <li>• Completamento delle proposte di miglioramento strutturale (posta pneumatica per il laboratorio)</li> <li>• Riorganizzazione della gestione del paziente pediatrico e attivazione della Discharge Room in Medicina d'Urgenza</li> </ul> <p><u>Procedure:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di percorsi di fast-track e per ridurre i rientri dei pazienti in PS per completamento delle procedure diagnostico-terapeutiche</li> </ul> <p><u>Sistema qualità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit organizzativi per valutazione raggiungimento obiettivi sugli indicatori della delibera</li> <li>• Aggiornamento annuale dell'IO sull'iper-afflusso con verifica semestrale dell'applicazione in base al NEDOCS</li> </ul> <p><b>GESTIONE RISCHIO CLINICO</b>            Gestione del rischio clinico – Prevenzione episodi di violenza sugli operatori            In attesa di direttive nazionali o regionali, si deve proseguire il lavoro iniziato assieme al SPPA riguardante la prevenzione di episodi di violenza sugli operatori</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p><u>Strutturali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifiche strutturali già presentate al SPPA per la variazione dei flussi degli utenti e dei pazienti nelle aree adiacenti i locali del PS</li> <li>• Posizionamento di impianto video nei locali del triage</li> </ul> <p><u>Formazione:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a corsi in materia di prevenzione di violenza sugli operatori</li> </ul> <p><u>Sistema qualità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento dell'utilizzo della scheda per Incident Reporting (verifica semestrale)</li> <li>• Realizzazione di Significant Event Auditing in seguito ad un Evento Sentinella</li> </ul> <p><b>GOVERNO DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b> Gestione rischio clinico – Miglioramento della compilazione e tenuta delle cartelle A partire dalla scheda di non conformità compilata dopo l'audit clinico sulle cartelle della Medicina d'Urgenza 2019, si ritiene necessario un confronto con la Gestione del rischio al fine di adire a progetti di miglioramento interno</p> <p><u>Sistema Qualità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetto di miglioramento sulla gestione delle cartelle cliniche (documentazione sulla privacy, gestione dei documenti legati al consenso informato)</li> </ul>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
<p><i>Dipartimento Medico e della Diagnostica</i></p>	<p><b>QUALITA' DELLE CARTELLE CLINICHE</b></p> <p>1.I risultati dell'audit sono stati presentati in occasione di un comitato di dipartimento del giugno 2019 in cui si è evidenziato un livello medio di completezza della documentazione vicino allo standard percentuale previsto. Per il 2020 l'audit dovrà prevedere un report dettagliato delle variabili, al fine di individuare aree più fini di intervento e miglioramento.</p> <p>2.Adesione al progetto regionale : “audit clinico sulla valutazione della qualità del percorso dell'emergenza cardiologica in Emilia Romagna”</p> <p><b>COMPLETAMENTO PROCESSO DI INFORMATIZZAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA</b></p> <p>1a.Analisi dipartimentale delle non conformità.1b.Segnalazione non conformità al servizio Risorse Informatiche</p> <p>2a-e.Risultato atteso: corretto funzionamento dell'applicativo gestionale e di tutte le componenti di supporto (lettori ottici; refe wifi) per garantire la massima sicurezza possibile all'utenza ed agli operatori coinvolti.</p> <p><b>INTERVENTI EFFICACI DI IGIENE DELLA MANI</b></p> <p>1.Sono stati realizzati incontri formativi di sensibilizzazione sulla corretta igiene delle mani, che proseguiranno anche per il 2020. Sono state aumentate le postazione di distribuzione del gel all'interno delle stanze di degenza e nelle aree comuni delle singole unità operative.</p> <p>2.Per il 2020, in accordo con il Dipartimento farmaceutico, proseguirà il monitoraggio trimestrale dell'indicatore.</p> <p><b>GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA</b></p> <p>1.E' stato realizzato l'adeguamento degli organici, soprattutto in area medica e cardiologica; e' stata attuata una azione di implementazione di ambulatori specialistici;</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p>2. in programma definizione di percorsi ambulatoriali dedicati alle malattie cerebrovascolari e alla medicina del sonno e percorsi ambulatoriali per il paziente cronico pluripatologico (cardio-nefro-vascolare)</p> <p><b>MODALITA' DI AFFERENZA ALLA DEGENZA POST-ACUZIE</b></p> <p>1.Revisione dei criteri di elegibilità/esclusione, modalità di proposta, gestione lista d'attesa per l'accesso alla Degenza Post Acuti</p> <p>2.Revisione della logistica</p> <p>3.Predisposizione check list per la corretta applicazione della I.O. da utilizzare per la verifica di audit prevista entro marzo 2020 ( primo anno di applicazione)</p> <p><b>RIORGANIZZAZIONE ATTIVITA' PERSONALE MEDICO U.O. MEDICINA INTERNA DI BORGOTARO PER LA CONTINUITA' ASS.LE NOTTURNA E DIURNA</b></p> <p>1.Mantenimento del programma Incentivazione di parte dell'attività di guardia in remunerazione aggiuntiva per i professionisti coinvolti nella rotazione.</p> <p><b>PROMOZIONE E SVILUPPO DEL SISTEMA QUALITA'</b></p> <p>1.Formalizzazione del progetto di miglioramento "Il sistema qualità nel Dipartimento Medico e della Diagnostica : la rete dei facilitatori"</p> <p>3.Viene programmato per il 2020 indagine di qualità percepita per ogni unità operativa di degenza del dipartimento</p> <p><b>MONITORAGGIO PERCORSI</b></p> <p>1.E' stata prevista una revisione del PDTA aziendale sulla SLA</p> <p>2.E' stato previsto aggiornamento PDTA interaziendale</p>	

Dipartimento	Obiettivi/Elementi in Uscita	Note
	<p>nell'ambito dello sviluppo del percorso stroke interaziendale</p> <p>3.E' stata costituita una Sincope UNIT. E' prevista redazione PDTA</p> <p>4.E' in corso aggiornamento della precedente versione risalente al 2014</p>	

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del</p>
--	---	--------------------

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE DCP PARMA AL 31 Dicembre 2019

<p>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI Azioni</p>	<p>ELEMENTI DI ATTUAZIONE al 31.12.2019</p>	<p>FASE DI MONITORAGGIO – ELEMENTI DI VALUTAZIONE Anno 2020</p>
<p><b>ACCREDITAMENTO DEL DCP</b></p> <p>- Pratica dell’Audit sia clinico che organizzativo</p> <p>- Adozione del sistema di indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle performance</p>	<p>Attuato il governo del sistema qualità del DCP attraverso incontri con UO/Servizi/Funzioni, Comitato DCP e atti formali di indirizzo regolarmente formalizzati.</p> <p>Utilizzo puntuale del sistema informatico (accessi targit, insider reporter) nonchè delle schede di monitoraggio fornito dal DVC con relativi restituzioni alle UO/Servizi/Funzioni interessate.</p>	<p><b>Creazione della rete dei Referenti del DCP per la qualità e l’accreditamento</b>, articolata sulla base di un progetto di miglioramento (All.1) che per singoli ambiti dipartimentali fissa i Referenti della qualità/accreditamento della formazione e clinical competence e della gestione del rischio. Relativamente alla <u>formazione</u> il DCP svilupperà uno specifico progetto rivolto a tutte le diverse componenti professionali che funga da traccia comune per lo sviluppo delle competenze professionali, organizzative, relazionali e manageriali in capo a ciascuna figura. Tale progetto definirà per ogni ambito gli obiettivi formativi generali e fornirà gli strumenti di analisi per lo sviluppo degli obiettivi stessi in una ottica di lettura triennale del progetto.</p> <p>Individuazione e formazione di Professionisti in seno al DCP orientati su specifiche aree tematiche con competenze acquisite dal punto di vista della gestione della <b>banche dati di riferimento</b> (Specialistica ambulatoriale, cruscotto case della salute, flusso ASA, ADIweb, ecc...) Implementazione e continuità di rapporti con Lepida e DVC per più appropriate definizioni di indicatori coerenti con gli obiettivi dipartimentali</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del</p>
---	--	--------------------

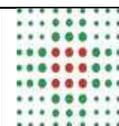
<p>- Adozione del piano degli interventi in materia di Risk Management;</p> <p>- Adozione e l'impiego continuo dei profili di cura dei NCP</p> <p>- Adozione di percorsi clinico assistenziali integrati per assicurare la continuità delle cure ed il soddisfacimento dei bisogni di salute</p>	<p>Promosse azioni formali di tutela degli ambiti e delle persone da rischi biologici, fisici e correlati alla gestione della privacy. Divulgate istruzioni operative correlate alla continuità dei monitoraggi ambientali ( Legionella) e delle buone pratiche per l'igiene delle mani.</p> <p>Realizzato il monitoraggio ACIC/PACIC attraverso una forma innovativa di lettura dei percorsi di gestione della cronicità con particolare riferimento agli ambulatori della cronicità. Realizzati Incontri di Direzione strategica e con singoli NCP per promozione ed adozione profili di cura sia per la cronicità che per l'utilizzo di determinati classi di farmaci</p> <p>Realizzati di percorsi per la presa in carico di Pazienti affetti da demenza, diffusione albo dei prescrittori, dimissioni difficili, protocollo per consulenza psichiatriche in CRA, indirizzi organizzativi per l'appropriatezza prescrittiva, percorsi di salute negli IIPP di Parma, protocollo chirurgia della cataratta, distribuzione presidi per diabetici, procedura promozione allattamento al seno, self care del migrante in condizione di cronicità, procedura continuità cure riabilitative ospedale territorio</p>	<p>Incontri con <b>Operatori e Professionisti di settore</b> su specifici ambiti oggetto di risk management, nonché <b>definizione di procedure e indirizzi operativi utili</b> anche alla gestione del rischio in ambiti istituzionali e/o ad essi correlati per rapporti contrattuali (Casa Residenza Anziani)</p> <p><b>Implementazioni della continuità delle relazioni con ciascun NCP</b> attraverso proposta di momenti formativi e comunicativi inerenti aspetti sostanziali di interfaccia tra NCP riferentesi a specifiche CDS sia di tipo Hub e Spoke secondo il modello organizzativo proposto in allegato. <b>Sviluppo della cultura delle medicine di gruppo</b> attraverso un orientamento dell'attività delle stesse atte a favorirne la maggiore valenza in seno a ciascun NCP di riferimento.</p> <p><b>Consolidamento delle procedure già avviate nel 2019 e implementazione di linee guida ed indirizzi operativi</b>, conformemente alle indicazioni regionali, su le tematiche della gravidanza fisiologica, gravidanza a rischio, utilizzo presidi per diabetici, qualificazione della rete provinciale dietologica e qualificazione della risposta al bisogno di presidi attraverso una più appropriata definizione del sistema dei prescrittori di riferimento. Qualificazione dei percorsi cardiologici e dello scompenso cardiaco, qualificazione di percorsi della BPCO ripristino dei percorsi per il bambino obeso.</p>
--	---	---

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del</p>
---	--	--------------------

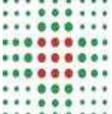
<p>-Applicazione del ciclo di verifica dei risultati conseguiti Il DCP e ciascuna UO/Servizio del DCP pianificano periodicamente le attività interne ed esterne alla propria struttura organizzativa declinando le modalità di realizzazione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Il Piano di attività di ogni servizio/UO declina la parte specifica di ogni UO/Servizio all'interno del DCP</p>	<p>Realizzate le fasi fondanti del ciclo della verifica il riesame con ogni UUOO, come da procedura aziendale del 25.11.2019 e portata integralmente all'attenzione della Commissione per l'accreditamento istituzionale dell'Azienda USL di Parma in data 12.12.2019</p>	<p><b>Prosecuzione dell'attività avviata nel 2019 con implementazione e tracciabilità di incontri documentati</b> con ciascuna UO/Servizio/Funzione del DCP <b>Implementazione della autonomia discrezionale e valutativa di ciascuna UO/Servizio/Funzione del DCP</b> all'atto delle fasi di rivisitazione delle attività durante il monitoraggio annuale e di proposta di nuovi indirizzi e/o di azioni migliorative. <b>Estensione a ciascuna UO/Servizio/funzione del DCP delle metodologia aziendale inerente il riesame delle attività svolte</b> secondo gli indirizzi della procedura aziendale del 25.11.2019</p>
<p><b>Punti di forza:</b> accresciuta consapevolezza del governo clinico quale elemento fondante della cultura organizzativa di un sistema complesso finalizzato alla appropriata gestione delle interfacce tra le diverse componenti del sistema. Costruzione di un sistema organizzativo e proceduralizzato di analisi interna ad ogni UUOO/Servizio e di proposte migliorative discusse con la Direzione del DCP</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> Necessità di acquisizione di maggiori competenze relazionali ed organizzative relativamente agli aspetti specifici della dimensione della performance (utenti-economico finanziaria-empowerment-appropriatezza). Necessità di maggiore coesione tra componente Medica ed assistenziale nella lettura dei fenomeni e individuazione di obiettivi comuni. Necessità di individuare momenti temporali più precisi e a cadenza maggiormente ristretta l'uno dall'altro per le valutazioni di sistema.</p>		
<p><b>APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ASSISTENZA PROTESICA</b></p> <p>Occorre perseguire linee di indirizzo omogenee tra i Servizi/UUOO maggiormente interessati per lo sviluppo di percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici conformemente alle indicazioni regionali e di</p>	<p>Preso atto e diffuso l'albo dei prescrittori aziendale Concordato con altre interfacce aziendali, percorsi organizzativi nella fornitura di ausili tecnologici, protesi e ortesi, nonché di ausili non compresi nel nomenclatore</p>	<p><b>Definizione di una procedura trasversale da condividere con gli altri DCP per la fornitura di ausili a pazienti GRADA</b></p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del</p>
---	--	--------------------

<p>Area Vasta esistenti - realizzare azioni concrete e coerenti per la diffusione ed applicazione della delibera di adozione dell'Albo dei Prescrittori Interaziendale</p>	<p>Diffusione albo dei prescrittori</p>	<p><b>Formazione dei prescrittori</b>, incentivandone il coinvolgimento secondo quanto previsto dai documenti aziendali</p>
<p><b>Punti di forza:</b> Individuazione di modalità condivise con precisione del ruolo dei singoli attori coinvolti nei percorsi riabilitativi con particolare riferimento al rapporto con MMG</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> Necessità di meglio comprendere ed eseguire interfacce tra Medicina riabilitativa ed alcune aree specifiche quali: NPI e Pediatria. Maggior coinvolgimento delle componenti sociali</p>		
<p><b>ADOZIONE CARTELLA SOLE</b></p> <p>Promozione della diffusione della Scheda Sanitaria Individuale (SSI) agevolando il percorso e fornendo al cittadino il supporto utile</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- particolare impegno all'interno dei NCP nelle relazioni interne ed esterne finalizzate all'obiettivo</li> <li>- supporto all'utilizzo della Cartella SOLE attraverso interventi di formazione specifica anche con la disponibilità di un MMG esperto individuato per ciascun Distretto</li> </ul>	<p>Realizzati interventi di formazione specifica su l'utilizzo della cartella SOLE per i nuovi MMG titolari a tempo indeterminato.</p> <p>Create occasioni di confronto con Professionisti LEPIDA per supportare la diffusione della SSI</p>	<p><b>Sostegno all'utilizzo della cartella SOLE e implementazione</b> degli ambiti finalizzati ad un crescente utilizzo della stessa attraverso la realizzazione di nuovi momenti formativi per specifiche aree tematiche di utilizzo ( ad esempio Parma GTS)</p>
<p><b>Punti di Forza:</b> ricerca continua di incrementale chiarezza nell'utilizzo degli strumenti informatici anche attraverso una manifestata disponibilità dei tecnici regionali di supporto.</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> difficoltà nel diffondere la cultura comune di adozione di strumenti unici a fronte di storiche distinzioni metodologiche ed organizzative tra i diversi ambiti professionisti della Medicina Generale</p>		
<p><b>PIANIFICAZIONE DISTRETTUALE RELATIVA ALLE C.D.S.</b></p> <p>Avvio della C.d.S. di via Bocchi (quartiere Pablo) e implementazione del percorso di realizzazione della</p>	<p>Realizzata la CdS di Via Bocchi denominata "CdS Pablo". Avviato percorso di realizzazione strutturale della CdS di</p>	<p>Attuazione integrale e puntuale delle azioni correlate alla programmazione delle cure primarie nel Distretto di</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del</p>
---	--	--------------------

<p>C.d.S. di via XXIV Maggio. Le C.d.S. esistenti dovranno sviluppare ed implementare i propri modelli organizzativi in linea con la DGR 2128/2017 ed in attuazione del modello Hub and Spoke. All'interno della C.d.S. per il bambino e per l'adolescente dovranno realizzarsi i criteri di integrazione interdipartimentale ed intradipartimentali con il coinvolgimento anche di Specialisti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma Dovranno implementarsi le azioni di presa in carico della fragilità e di miglioramento dei percorsi di gestione integrata. Valutazione della performance e partecipazione comunitari , patient-education e promozione della salute. Partecipazione ai Tavoli Aziendali e Regionali per lo sviluppo di un sistema di indicatori delle CdS individuando le funzioni/dimensioni caratterizzanti l'attività di alcune C.d.S. Medio Grandi quali Parma centro e Colorno. Rafforzamento del ruolo dei Board Monitoraggio quantitativo del pieno dispiegarsi della progettualità RISK-ER Consolidamento degli ambulatori infermieristici per la cronicità Monitoraggio appropriatezza dei ricoveri con DRG088 e 429 Rivisitazione Utilizzo questionari ACIC e PACIC</p>	<p>Via XXIV Maggio. Costruita formalmente la rete di relazione tra CdS HUB e Spoke secondo la DGR 2128/2016, avviati i percorsi interni alla CdS per il Bambino e l'Adolescente. Assegnati gli obiettivi ai board delle CdS Avviata la realizzazione degli ambulatori per la cronicità Realizzati nuovi percorsi di gestione integrata BPCO (CdS Pintor Molinetto) Favoriti i percorsi di partecipazione comunitaria delle CdS attraverso incontri con la popolazione Rivisitazione utilizzo questionario ACIC/PACIC in maniera più moderna quale soggetto di analisi</p>	<p>Parma per l'anno 2020 come indicate nella allegata nota prot. n. 1403 del 09.01.2020 (All.2) Le principali azioni correlate sono di seguito riportate:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La realizzazione compiuta delle CDS</li> <li>2. Il consolidamento dei Board operanti nella CDS con puntuale definizione delle relative composizioni e degli obiettivi assegnati</li> <li>3. La puntuale definizione dei riferimenti specialistici Hub per Parma e il Distretto con particolare riferimento alle attività inerenti l'area consultoriale, l'intera area pediatrica e del benessere giovanile nonché l'intera area delle attività correlate al trattamento delle patologie croniche</li> <li>4. Sviluppo degli ambulatori specialistici a sostegno della fragilità/cronicità con particolare riguardo agli ambulatori per la cronicità prevista dalla DGR 2128/2016 e agli ambulatori per la gestione integrata delle patologie croniche che di seguito verranno dettagliate.</li> <li>5. L'effettuazione di diverse distribuzione logistico organizzative inerenti allocazioni funzionali di attività specialistiche che rendano più omogenea e coerente alle risorse disponibili la offerta specialistica stessa, in particolare tra queste azioni si evidenzia la stabile e definitiva collocazione di tutte le funzioni della UOS Salute Donna presso la CDS Parma Centro ed il contestuale trasferimento della attività diabetologiche presso la CdS Pintor/Molinetto</li> <li>6. La sempre più precisa realizzazione delle</li> </ol>
--	---	--

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del</p>
--	---	--------------------

		<p>relazioni di interfaccia tra le funzioni specialistiche tutte, tra le CdS e i rapporti di queste con la componente specialistica Territoriale e della Medicina Generale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. La espressione delle potenzialità di integrazione tra i diversi dipartimenti territoriali (DCP - DAISMDP – DSP) all'interno di singoli presidi territoriali al fine di realizzare percorsi organizzativi coerenti con specifiche potenzialità di offerta, rispetto a specifici bisogni assistenziali, da quest'ultimo punti di vista la CdS CASBA costituiscono un importante punto di realizzazione delle sopra accennate potenzialità di interfaccia. Nella CASBA la coesistenza della UOC NPI, della UOS PDC, UOS Medicina Riabilitativa nonché di ambiti operativi quali le palestre o di professionalità disponibili quali gli Psicologi, potranno consentire la implementazione di attività quale l'ambulatorio del bambino obeso.</li> <li>8. La graduale estensione delle offerte sanitarie dell'intera rete di assistenza sanitaria primaria territoriale incentrate sulla CDS che coinvolga non solo le MDG ivi presenti, ma gli interi ambiti di attività dei NCP su cui insistono le CDS Hub e i correlati Spoke.</li> <li>9. Sviluppo delle competenze tecnico professionali, organizzative, relazionali fondate sulla promozione e qualificazione dei ruoli e delle funzioni specifiche affidate a professionisti con una chiara definizione</li> </ol>
--	--	--

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del</p>
---	--	--------------------

		<p>dei ruoli e delle responsabilità rispettivamente agite nella gestione dei percorsi clinico assistenziali.</p>
<p><b>Punti di Forza:</b> Realizzazione impianto di un sistema integrato di CdS a livello distrettuale all'interno delle quali si va sempre più sviluppando la cultura della specializzazione dell'offerta, in relazione alle caratteristiche di ogni CdS nonché la cultura delle interfacce con la Medicina Generale</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> Definire le risorse disponibili ed orientarle rispetto agli specifici percorsi</p>		
<p><b>MIGLIORAMENTO DEI PROCESSI DI ACCESSO E GESTIONE DEL RICOVERO NELLE CURE INTERMEDIE</b></p> <p>Sviluppo di un progetto di Cure Intermedie in AZOU e/o nelle CRA del Territorio Implementazione della reportistica delle attività erogate presso i pl di cure intermedie c/o Colorno attraverso l'avvio del flusso OSCO a decorrere dal 01.01.2019</p>	<p>Creati i presupposti con la Regione per l'avvio e la qualificazione del flusso OSCO</p>	<p><b>Attività correlate a progetti di sviluppo interaziendali</b></p>
<p><b>Punti di Forza:</b> Utilizzo dei posti di Cure Intermedie coerente alle finalità degli stessi</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> necessità di integrare la dotazione di posti letto disponibili e di coinvolgere maggiormente la CRA all'interno di un disegno programmatico complessivo di realizzazione di posti di cure intermedie</p>		
<p><b>CONTINUITÀ ASSISTENZIALE-DIMISSIONI PROTETTE</b></p> <p>Adozione protocollo presa in carico pazienti fragili Definizione e avvio fase di sperimentazione del protocollo di integrazione PUS-PUA</p>	<p>Realizzato il protocollo interaziendale formalmente presentato a tutti i Soggetti istituzionali, avviata la fase di sperimentazione PUD/PUA. Creata struttura dedicata ai percorsi della Unità di Valutazione Multidimensionale</p>	<p>Realizzazione degli obiettivi di cui alla allegata nota prot. n. 403 del 09.01.2020 (All.2) relativamente alla <b>realizzazione del PUA distrettuale</b>, con presenza di un Referente assistenziale e di un tecnico della</p>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del</p>
--	---	--------------------

<p>Riorganizzazione delle funzioni geriatriche territoriali</p>		<p>riabilitazione che si rapportino con il PUD per specifici target di popolazione e con le articolazioni organizzative territoriali in particolari UVG/UVM, qualificandone appropriatamente l'impiego.</p>
<p><b>Punti di forza:</b> Fondamentale è la gestione del Paziente fragile sin dal momento della proposta di dimissione dall'ospedale e presa in carico da parte del territorio</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> Necessità ineludibile di una forte partecipazione della istituzione comunale e della componente sociale ai processi di continuità assistenziale – dimissione protette</p>		
<p><b>TEMPI DI ATTESA</b></p> <p>Mantenimento tempi di attesa negli standard per le prestazioni a monitoraggio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuazioni di nuove prestazioni da assoggettare a monitoraggio</li> <li>- Miglioramento dell'accessibilità al sistema di prenotazione</li> <li>- Rimodulazione offerta per le urgenze differibili</li> <li>- Prescrizione e prenotazioni controlli</li> <li>- Riprenotazione interna dei controlli da parte della struttura erogante</li> <li>- Promozione della prescrizione da parte dello specialista con aumento numero di prescrizioni</li> <li>- Omogeneizzazione vincoli CUP in coerenza con le note CUPWEB</li> <li>- Realizzazione meccanismi di riutilizzo delle Agende per Urgenze Differibili</li> </ul>	<p>Puntuale, giornaliero monitoraggio dei tempi di attesa e correlata calibrazione di azioni contingenti e/o programmatiche attraverso l'utilizzo di tutti gli istituti contrattuali disponibili e attraverso le istituzionali risorse correlate alla gestione dell'offerta, finalizzate alla gestione del rispetto degli standard.</p> <p>Realizzati incontri formali e istituzionali di promozione e qualificazione della attività prescrittiva e aderenza alla DGR 603/2019</p>	<p><b>Verifiche giornaliere con utilizzo delle banche dati aziendali e regionali attraverso strette azioni di monitoraggio condotte all'interno del DCP</b> da Professionisti dedicati che si rapportano sia con la Direzione distrettuale e dipartimentale che con il RUA.</p> <p>Attuazione di metodologie operative finalizzate a valutazioni prospettiche degli scenari di offerta.</p>
<p><b>Punti di forza:</b> Realizzazione di ottimali indici di performance rispetto alle prestazioni a monitoraggio, gestione continua e subitanea dei piani di intervento migliorativi</p>		
<p><b>Area di miglioramento:</b> Necessità di garantire alcune aree specialistiche (urologia, geriatria, neurologia) dalla</p>		

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<b>Dipartimento Cure Primarie Riesame della Direzione</b>	Rev. 00 del
--	---	-------------

carena di risorse professionali disponibili sul mercato da poter utilmente reclutare e collocare per le finalità di cui trattasi	
--	--

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
--	--	----------------------------------

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE del Dipartimento delle Cure Primarie distretto di Fidenza

La programmazione del DCP 2019 ha visto l'introduzione, al fine di promuovere il sistema della qualità e dell'accreditamento nell'ottica del miglioramento continuo, del Piano Annuale delle Attività dipartimentale da redigere in coerenza agli obiettivi assegnati, contenuti nei documenti di programmazione regionali e aziendali e nello specifico nella scheda di Budget e nel Piano delle Azioni. Sulla scorta dell'analisi degli indicatori monitorati con i dati al momento disponibili per gli obiettivi declinati per il 2019, al fine di realizzare il ciclo di verifica dei risultati e delle performance correlate al miglioramento, qui di seguito si procede alla verifica e al riesame quali premesse alla nuova pianificazione per l'anno 2020. In allegato anche la rendicontazione del Piano delle Attività con i dati disponibili al 31/12/2019. La scheda di Budget 2019 al 30/09/2019 registrava una performance del DCP di Fidenza pari al 90%

Indicazioni per la compilazione		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>1. <b>Piano delle Azioni ob: 2.1.1.1-2.1.1.2</b></p> <p><u>Accreditamento DCP</u> : a seguito della nuova normativa intervenuta per l'accreditamento (DGR 1943/2017 ) gli anni 2018 e 2019 nella RER sono stati dedicati all'accreditamento istituzionale delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere; nella nostra Azienda questo processo ha evidenziato la necessità di consolidare e mantenere la rete del Governo Clinico, con particolare riferimento all'area del rischio infettivo, del rischio clinico e nello specifico nell'area dell'incident reporting. L'area della promozione della qualità e accreditamento evidenzia la necessità di una rete di professionisti di riferimento a livello delle</p>	<p>A seguito di alcuni pensionamenti/trasferimenti di operatori del DCP di Fidenza, formati con competenze specifiche nel campo dell'accreditamento, la rete a suo tempo costituita si è rarefatta, ed è assente a livello dipartimentale un riferimento puntuale per tale funzione. E' auspicabile che a livello aziendale vengano programmati percorsi formativi ad hoc interni.</p> <p>Nel 2019 segnalati 6 Eventi Avversi ed effettuato un Audit organizzativo strutturato</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuazione dei referenti per la qualità in ogni UO/Servizio entro la fine dell'anno 2020; se possibile, prevedere la formazione di almeno un operatore del dipartimento quale valutatore (Corso regionale per Valutatori). Revisione della rete della formazione e di quella del rischio clinico; già individuati gli operatori per il rischio infettivo.</li> <li>2. Revisione delle check-list dei requisiti specifici ex DGR 221/2015 e successiva verifica/audit con ufficio qualità e accreditamento aziendale.</li> <li>3. Stesura/Elaborazione di almeno due</li> </ol>

	<b>Scheda per il Riesame della Direzione</b>	Rev. 00 del novembre 2019
--	--	---------------------------

<p>UO/Servizi, in analogia alla rete dei referenti per la formazione che negli anni ha, però, mantenuto una sua continuità.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Necessità di rivedere le check-list (compilate nel 2017) dei requisiti specifici previsti all'interno della DGR n 221/2015.</li> <li>2. Consolidamento e sviluppo dei percorsi di GI delle principali patologie croniche: definizione dell'iter assistenziale, visto come insieme di processi, sottoprocessi, attività, attori, confini (input e output) e responsabilità.</li> <li>3. Nell'ambito dell'adozione degli strumenti del governo clinico, proseguirà l'implementazione della scheda di segnalazione degli Eventi Avversi, con invio a livello centrale all'UO Governo Clinico per successiva istruttoria dell' Audit.</li> <li>4. Audit qualità percepita, reclami ed elogi: proseguirà l'attività di auditing all'interno del Comitato di dipartimento dei dati provenienti dai cittadini/utenti per tradurne, all'interno dell'organizzazione dei servizi/UO, i suggerimenti.</li> </ol> <p style="text-align: center;">2.</p> <p style="text-align: center;">Scheda Budget ob: 5.1- 5.2</p> <p>DGR 2128: Le Case della Salute sono le strutture del distretto deputate all'erogazione delle Cure Primarie e a realizzare interventi di prevenzione, promozione e costruzione sociale della salute, ponendosi come luogo ideale per la Medicina di Iniziativa. Nel corso del 2019 la programmazione dipartimentale sulla scorta delle indicazioni aziendali è stata fortemente orientata allo sviluppo degli strumenti utili per l'implementazione del Piano Nazionale della Cronicità nei suoi 5 macroprocessi</p>	<p>L'implementazione degli ambulatori infermieristici per la cronicità nel distretto di Fidenza è avvenuta come programmato all'interno delle Case della Salute esistenti. Contestualmente con l'Accordo Integrativo Locale per la Medicina Generale 2019 è stata incentivata la Progettualità regionale Risk-ER, da anni sperimentata nelle Case della Salute aziendali, che consegna a tutti i MMG aderenti al Progetto il profilo stratificato del rischio di ospedalizzazione dei propri assistiti. Questo ha delineato nel DCP di Fidenza una</p>	<p>percorsi, attualmente già agiti sul campo: Percorso GI della BPCO, e Percorso GI Scompenso Cardiaco e loro successiva verifica con il Servizio Qualità e Accreditamento.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Proseguire anche per il 2020 l'attività di rilevazione degli Eventi Avversi mediante incident reporting, sia di tipo clinico, che organizzativo, con successiva organizzazione di Audit con supervisione del UO di Governo Clinico. Audit di almeno 2 Eventi Avversi.</li> </ol> <p>Posto che con gli ambulatori della cronicità e l'utilizzo degli strumenti di stratificazione della popolazione degli assistiti dei MMG la nostra azienda si pone nell'ambito della medicina di iniziativa e dell'innovazione assoluta è ormai necessario che i DCP aziendali abbiano a disposizione percorsi e strumenti omogenei di reclutamento, tenuta in carico, revisione dei PAI/PAC e dimissione integrando in una visione sistemica tutti i fattori organizzativi e operativi, tenuto conto che il Progetto</p>
---	--	---

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

<p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ stratificazione e targeting della popolazione (Risk-ER: approccio PopulationHealth Management),</li> <li>✓ Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce (Tè del giovedì, Medodo Stanford, ecc)</li> <li>✓ sviluppo servizi/percorsi orientati alla cura della cronicità: revisione del percorso di GI del Diabete, implementazione del percorso GI della BPCO e Scopenso Cardiaco Cronico,</li> <li>✓ sviluppo di percorsi “sartoriali” per l’erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente ritagliati su misura per quei malati cronici che non possono essere inquadrati per complessità assistenziale e sociale in percorsi di GI territoriali per patologia.</li> <li>✓ Somministrazione questionari ACIC e PACIC.</li> </ul> <p>Nel corso del 2019 in applicazione al documento di indirizzo aziendale “Ambulatori infermieristici per la cronicità” sono stati avviati gli ambulatori infermieristici della cronicità strumenti per la gestione della cronicità complessa ove il micro-team infermiere-MMG coadiuvato dallo specialista e dalla componente sociale collaborano con il pz e/o il suo care-giver nella elaborazione del PAI/PAC .</p> <p>Sono stati agiti così come programmati i board delle Case della Salute rivelandosi dei buoni strumenti per la gestione clinico-organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale del team Casa della Salute anche nell’organizzazione Hub-Spoke.</p>	<p>situazione delicata, in quanto la dotazione degli ambulatori della cronicità a tutt’oggi implementati lasciano “scoperta” un’ampia area geografica del territorio distrettuale e ben 3 NCP, fra cui quello di Fidenza, con una Casa della Salute inaugurata in corso d’anno e ancora in via di completamento organizzativo senza un ambulatorio per la cronicità di riferimento.</p> <p>Ne consegue la difficoltà a rispondere ai MMG che, aderendo al Progetto Risk-ER, non trovano nel loro territorio l’ambulatorio per la cronicità di riferimento, a suo tempo nonprevisto nella programmazione all’interno del documento aziendale.</p> <p>A parere dei partecipanti, tenuto conto dell’esperienza del 2019, si potrebbe ridurre il numero delle sedute di board da 6 a 5 anno sospendendo il board del bimestre estivo, in quanto sufficienti a delineare e verificare le linee di azione annuali.</p>	<p>Risck-ER è anche oggetto di incentivazione economica per i MMG aderenti.</p> <p>Per completare la rete degli ambulatori infermieristici per la cronicità nel DCP di Fidenza è necessaria l’assunzione entro il 1° bimestre dell’anno in corso di almeno una unità infermieristica.</p> <p>Anche per il 2020 proseguirà, quale progetto di miglioramento, la somministrazione dei questionari ACIC e PACIC. Nella Casa della Salute di San Secondo PACIC GI della BPCO, nella Casa della Salute di Fontanellato PACIC GI del Diabete e nella Casa della Salute di Busseto ACIC GI del Diabete.</p> <p>Proseguirà anche l’applicazione della metodologia Stanford, quale programma di autogestione delle patologie croniche.</p> <p>Verranno reclutati anche assistiti affetti da patologie artrosiche croniche, dal momento che la letteratura e le esperienze specifiche indicano in tale popolazione di malati cronici un target per tale metodologia.Verrà predisposto un progetto di miglioramento nel corso d’anno.</p>
--	--	--

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

<p>3. Obiettivi Piano delle Azioni 2.1.1.4</p> <p>Obiettivi budget 4.1</p> <p>ASSISTENZA PROTESICA : Nel corso del 2019 è stato diffuso il documento interaziendale Albo dei Prescrittori (Delibera n 950 del 28/12/2018) strumento necessario a perseguire l'appropriatezza prescrittiva, elemento qualificante per il miglioramento dei percorsi di assistenza protesica introdotto dal DPCM 12 gennaio 2017, relativo all'aggiornamento dei LEA.</p> <p>Implementazione dei contenuti della DGR 1844/2018 (Assistenza Protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici: percorsi organizzativi e clinico assistenziali. Linee di indirizzo).</p>	<p>Implementazione delle azioni di sostegno dei professionisti coinvolti, in particolare dei prescrittori individuati nell'Albo, così come declinato nella bozza del Piano delle Azioni 2020</p>	<p>Favorire la partecipazione, alle azioni formative individuate a livello aziendale/interaziendale, degli specialisti ambulatoriali, in particolare dei prescrittori individuati nell'Albo dei prescrittori, così come declinato nella bozza del Piano delle Azioni 2020.</p> <p><u>PROGETTO DI MIGLIORAMENTO Assistenza Protesica</u></p> <p>Applicazione della DGR 1844/2018 che indica nel MMG e nel PLS le figure deputate alla prescrizione degli ausili assistenziali per il corretto nursing dei pazienti a domicilio, diffusione e approfondimento della Delibera n 950 del 28/12/2018. Nel 2020 verrà programmata un'attività di formazione per la diffusione presso i MMG/PLS e infermieri domiciliari della DGR 1844/2018, con il coinvolgimento dei Fisiatri distrettuali, del medico autorizzatore della protesica e personale amministrativo dell'ufficio protesica. Nel 2019 è stato predisposto, in bozza, un sintetico manuale con foto e codici del nomenclatore e modalità prescrittive, che verrà diffuso in occasione della formazione prevista nel primo semestre 2020.</p> <p>Obiettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. diffondere e applicare la DGR 1844/2018 e diffondere l'albo dei Prescrittori ai MMG e PLS.</li> <li>2. ridurre le richieste di visite fisiatriche a domicilio</li> </ol>
--	--	---

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

<p>4. Pediatria di Comunità: l'UO nel 2019 ha portato a termine il proprio piano delle Attività, la criticità legate alla mancanza di ore/pediatra vaccinatore sono state superate con l'ingresso in convenzione, nel secondo semestre, di nuovi PLS che hanno accettato di collaborare con l'UO a tale attività. Resta comunque da programmare per tempo la sostituzione del Responsabile dell'UO prossimo al pensionamento. Non è stato possibile per mancanza di Assistenti Sanitarie procedere al completamento del piano di riorganizzazione delle sedute vaccinali.</p> <p>5. Salute Donna: il Piano delle Attività 2019 proseguirà nelle linee generali anche per il 2020, dall'analisi dei dati di attività (vedi reportistica del Dipartimento di Valutazione e Controllo) emerge un'attività del consultorio notevole, se parametrata ai medici presenti, attività che sarà in incremento con l'acquisizione di due ecografi per le Case della Salute di Busseto e Noceto, tecnologie ormai indispensabili per l'attività di questi</p>	<p>L'adesione dei genitori al nuovo piano vaccinale è facilitata dalla presenza dei PLS quali medici vaccinatori che, però, non entrano nell'organizzazione delle sedute vaccinali e hanno difficoltà a inserirsi in turni "rigidi" di sedute vaccinali; questo comporta che il Responsabile dell'UO debba sopperire a turni non coperti in aggiunta a quelli programmati come attività propria: è evidente la necessità di garantire la presenza di questa figura con la tempestiva sostituzione dell'attuale Responsabile</p> <p>Pur constatando una situazione abbastanza sotto controllo rispetto al numero delle prestazioni e delle prese in carico anno 2019 e critica sotto il profilo dei tempi di attesa, tenuto conto anche delle progettualità inserite nei Piani di Zona distrettuali che coinvolgono il Consultorio Salute Donna, così come già evidenziato per il 2019, è necessario integrare l'organico di almeno una unità medica. Attualmente il Consultorio si avvale di due ginecologhe; una a tempo pieno e una part time a 24 ore/settimanali. L'impegno quasi esclusivamente clinico-assistenziale della Responsabile dell'UO</p>	<p>per la prescrizione di ausili deputati al nursing Indicatori:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. numero di richieste di visite fisiatriche per ausili assistenziali 2020&lt; 2019</li> <li>2. valutazione a campione (50%) dell'appropriatezza di prescrizione di ausili assistenziali da parte dei MMG/PLS.</li> </ol> <p>Assunzione di almeno 1 Assistente Sanitaria al fine di procedere al piano di riorganizzazione dell'attività vaccinale che prevede il doppio ambulatorio e l'autonomia vaccinale dell'AS come previsto dal "Piano Cozzolino".</p> <p>Programmare entro il 30/09/2020 la sostituzione del Responsabile dell'UO</p> <p>Assunzione entro il 1° quadrimestre del 2020 di un ginecologo.</p>
---	---	---

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

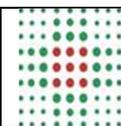
<p>professionisti e che vedrà un ulteriore incremento dell'attività. Nel 2019 abbiamo verificato più volte criticità nei tempi di attesa sopperiti con l'uso dell'aggiuntiva, resa da un solo professionista per indisponibilità di altri. E' improcrastinabile l'aumento di una unità operativa medica.</p> <p><b>6.</b> ICT: anche nel 2019 il Software ARIANNA PERCORSI per la CRONICITA', acquisito a livello aziendale per tracciare i percorsi di Gestione Integrata delle principali patologie croniche, è stato utilizzato nelle Case della Salute di San Secondo e Fontanellato per il percorso GI della BPCO e solo a San Secondo per la GI dello Scompenso Cardiaco: tutti gli utilizzatori (MMG, specialisti, infermieri) e il referente del RIT sono concordi nell'ammettere che lo strumento non funziona per le finalità per cui era stato acquisito: le chiamate in contesto dei software aziendali che dovrebbero intervenire per tracciare il percorso dell'assistito sono gravate da problematiche che ne rendono l'utilizzo molto difficoltoso, con tempistiche non adatte alla quotidianità.</p> <p><b>7.</b> UO Medicina Riabilitativa - Area Infanzia: si evidenzia la presenza di liste d'attesa particolarmente critiche per l'area infanzia, in attesa che nell'ambito del Polo Riabilitativo Provinciale si perfezioni l'elaborazione della proposta di ridefinizione clinico-organizzativa per migliorare l'appropriatezza di accesso alle visite</p>	<p>penalizza, l'area amministrativo-gestionale.</p> <p>L'Information CommunicationTecnology è uno dei "pilastri" del Chronic Care Model così come i registri di patologia. In assenza di tali strumento la gestione dei Percorsi di GI delle patologie croniche risulta complicata.</p>	<p>Revisione globale/sostituzione da parte dell'UO ICT aziendale del software.</p> <p>Nel 2019 è stata elaborata la brochure " Dalla nascita ai primi passi"( che si allega) informativa diretta ai genitori con indicazioni sullo sviluppo neuromotorio del bambino nel primo anno di vita. La brochure è stata condivisa con il responsabile dell'UPCP e vi è stata una prima diffusione nel NCP di Salsomaggiore, con un ritorno positivo dei genitori e anche dei PLS.</p> <p>Nel 2020 verrà diffusa a tutti i neogenitori del distretto di Fidenza. E' prevista la sua diffusione</p>
---	---	--

	<b>Scheda per il Riesame della Direzione</b>	Rev. 00 del novembre 2019
--	--	---------------------------

<p>fisiatriche infantili di 1° livello. Nella UO Medicina Riabilitativa è stato promosso già nel corso del 2019 un Progetto di miglioramento che ha coinvolto i nostri professionisti della medicina riabilitativa area infanzia e il Responsabile distrettuale dell'Unità Pediatrica Cure (UPCP). L'obiettivo del progetto è quello di informare/educare i neogenitori con l'aiuto della brochure "Dallanascita ai primi passi" elaborata nel nostro distretto e condivisa con la Responsabile PLS della UCPD a un corretto approccio alla tematica, al fine di ridurre gli elementi di ansia, preoccupazione, che si riflettono in una richiesta pressante e continua al PLS di viste fisiatriche.</p> <p>8. Scheda budget ob 1</p> <p>La realtà del Distretto di Fidenza è caratterizzata dalla numerosità della popolazione di riferimento e dalla offerta specialistica interna del Dipartimento sia con specialisti convenzionati e dipendenti, del PO di Vaio, e in misura minore con acquisto di prestazioni dal Privato Accreditato. Rimanere nei tempi di attesa indicati dalla normativa presuppone un dinamismo nella gestione delle risorse disponibili che è frutto di una armonica visione di insieme la cui concertazione fonda sui soggetti pubblici e privati accreditati, ciascuno in ragione dei relativi livelli di complessità delle proprie capacità prestazionali. Il sistema distrettuale è impegnato a sviluppare la risposta ai bisogni di salute in ambito specialistico ambulatoriale attraverso una rimodulazione continua dell'offerta sia per primi accessi che per i controlli e le urgenze differibili attraverso</p>	<p>Il 2019 si è configurato come un anno di transizione dal 1 marzo 2019 il dipartimento è privo del medico di organizzazione deputato all'Assistenza Specialistica ambulatoriale che seppure su due distretti rappresentava una risorsa fondamentale per il governo complessivo nell'ambito della Specialistica ambulatoriale convenzionata, da dipendente e da Privato Accreditato. Tenuto conto inoltre che negli ultimi anni la funzione di governo della specialistica nel distretto era agita direttamente dal medico incaricato anche sull'attività specialistica erogata nell'ambito ospedaliero di Vaio senza il coinvolgimento dell'area della direzione medica di Presidio di Vaio in un'ottica di miglioramento dei percorsi organizzativi per evitare la suddivisione rigida fra Specialisti ambulatoriali e Ospedalieri in previsione anche dell'ingresso nella nuova ala di Vaio di entrambe le due aree per una loro</p>	<p>anche nel distretto di Parma.</p> <p>Obiettivo: educazione/formazione dei neogenitori</p> <p>Indicatore: riduzione delle richieste di visita fisiatrica di 1° livello 2020&lt;2019.</p> <p>Assunzione di un medico di organizzazione a tempo pieno per il dipartimento come richiesto anche nella seduta di budget del 2019.</p>
---	--	---

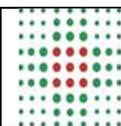
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

<p>anche un utilizzo razionale delle agende di garanzia e di tutti gli istituti contrattuali previsti in termini di medici specialisti.</p> <p>La performance complessiva registrata all'interno degli obiettivi di budget per l'ASA è stata del 93%</p> <p>Con performance al 100% per quanto attiene al rispetto dei tempi di attesa a monitoraggio nazionale e locale per le prestazioni specialistiche programmabili mentre anche per il 2019 è critica la performance , per i tempi di attesa delle prestazioni specialistiche in regime di urgenza differibile</p>	<p>integrazione effettiva al fine di facilitare l'accesso dell'utenza.</p> <p>Allo stato attuale tutti gli ambulatori della Specialistica distrettuale e ospedaliera sono stati trasferiti nella nuova ala, a regime dovrebbe essere governata da un unico coordinatore infermieristico che favorirà anche l'integrazione del personale infermieristico.</p> <p>Puntuale, giornaliero monitoraggio dei tempi di attesa e correlate azioni contingenti e/o programmatorie attraverso l'utilizzo di tutti gli istituti contrattuali disponibili e attraverso le istituzionali risorse correlate alla gestione dell'offerta, finalizzate alla gestione del rispetto degli standard attesi</p>	<p>Individuazione Coordinatore unico per la Specialistica distrettuale.</p> <p>Incremento delle ore di Specialistica nelle branche che nel 2019 sono risultate più critiche.</p> <p>Programmare e realizzazione di incontri di promozione e qualificazione della attività prescrittiva.</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

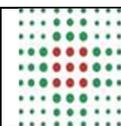
## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE – DCP DISTRETTO VALLI TARO E CENO

Indicazioni per la compilazione		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Per ogni elemento in ingresso elencare in modo sintetico, nella casella di sinistra, i riferimenti indispensabili e gli aspetti rilevanti ai fini del riesame.</p>	<p>Per ogni elemento in ingresso, riportare sinteticamente, nella casella centrale le valutazioni/commenti rispetto a quanto definito nella prima casella</p>	<p><b>Per Ogni Elemento in ingresso, definire quali siano gli eventuali elementi in uscita, con riferimento prioritario ai seguenti elementi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni relative al miglioramento del SGQ e dei suoi processi;</li> <li>• Azioni relative al miglioramento dei prodotti/prestazioni;</li> <li>• Azioni correttive e/o preventive in applicazione della Procedura aziendale per la verifica dei risultati PG.02.DIR.SAN.000;</li> <li>• Individuazione di proposte di Progetti di Miglioramento;</li> <li>• Pianificazione di azioni di gestione del rischio (formazione, audit, verifiche, etc..)</li> <li>• Variazioni di obiettivi misurabili e relativi indici numerici;</li> <li>• Evidenziazione della necessità di risorse;</li> <li>• Eventuale variazione organizzative, gestionali; tecnologiche, etc...;</li> <li>• Eventuale programma di audit interni;</li> <li>• Definizione di obiettivi per la qualità.</li> </ul>

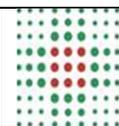
 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il</b> <b>Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

La disamina dei dati del Dipartimento Analisi, Valutazione e Controllo ha mostrato un dato di raggiungimento complessivo degli obiettivi di Budget del DCP che si attesta sull'85% , da ritenersi sostanzialmente soddisfacente. A seguire vengono riportati elementi in ingresso, analisi/commenti/valutazioni ed elementi in uscita come piano di miglioramento delle varie voci del budget 2019 nonché di due aspetti trasversali del Piano delle Attività 2019.

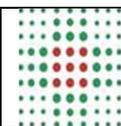
1. Assistenza Specialistica Ambulatoriale		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p><i>Garantire gli standard dei tempi di attesa, migliorare l'accesso dei pazienti ai servizi di Assistenza Specialistica e l'appropriatezza nella prescrizione di prestazioni critiche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, prestazioni programmabili</i></li> <li>- <i>Rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche, urgenze differibili</i></li> <li>- <i>Omogeneizzazione vincoli CUP e relativa coerenza con note CUPWEB</i></li> <li>- <i>Prescrizioni e prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita controllo; ulteriore promozione della prescrizione da parte dello specialista che ha in carico il paziente</i></li> </ul>	<p>La valutazione dell'obiettivo di budget ha raggiunto un globale 86%, da considerarsi buono stante le problematiche che hanno caratterizzato la difficoltà gestionale in alcune branche specialistiche a rilevanza distrettuale. Parliamo dell' Oculistica (compreso Campo Visivo), della Diabetologia, della Colonscopia, della Cardiologia, della Neurologia, della Dermatologia, dell'Urologia, branche per le quali la sofferenza è stata dovuta sia a mancanza della copertura del dovuto orario in seguito a cessazione di ore ed impossibilità a recuperare specialisti, sia ad assenze prolungate e spesso improvvise per malattia che non hanno permesso, anche in questo caso per carenza di specialisti, una risoluzione in tempi rapidi o dell'ultimo minuto. Infatti il numero di prestazioni a monitoraggio che non hanno raggiunto il 90% di target sono state ben superiori rispetto all'obiettivo previsto (8 vs. 2), voce che ha condizionato notevolmente il dato sull'obiettivo globale. Tutto ciò nonostante una persistente e quotidiana attività dell'Ufficio Risorse nella ricerca di soluzioni tampone, sia nel breve che nel medio termine. Si può ritenere che l'attività dell'Ufficio Risorse sia da considerarsi un punto di forza del sistema, poiché la "frenetica" attività del Servizio ha verosimilmente permesso un contenimento del problema. Inoltre si vuole segnalare una frequente discrepanza tra i nostri dati e quelli provenienti dalla sede centrale (non apertura di agende di garanzia di alcune branche specialistiche, non visibilità di posti a noi risultanti prenotabili a volte anche in numero rilevante). Per quanto riguarda i controlli sono state inserite le code presidio su tutte le agende come da recenti indicazioni aziendali e come previsto dal Piano delle Attività</p>	<p>1. Stante il problema "carenza specialistica" l'obiettivo sui tempi d'attesa anche in riferimento alle tempistiche previste dal nuovo piano nazionale, rappresenta attualmente un obiettivo non del tutto raggiungibile dal presente distretto, nonostante lo sforzo costantemente attuato dall'Ufficio Risorse.</p> <p>In base alle evidenti necessità per le branche più critiche (Neurologia, Urologia, Oculistica, Dermatologia), si è provveduto alla pubblicazione di ore; altresì è stato proposto un aumento delle ore ambulatoriali alla specialistica cardiologica. Si prevede la ricerca a seguito di accordi con il privato accreditato, al fine del mantenimento dei tempi di attesa nelle visite e indagini strumentali ordinarie e nelle urgenze differite entro il 90% come da obiettivo indicato.</p> <p>2. Attività specialistiche: <b>a)</b> avviamento in accordo con AUO - Visita Reumatologica presso i Poli Sanitari di Borgo Val di Taro e Fornovo Taro; <b>b)</b> si prevede attivazione OCT presso ambulatorio di Borgo Val di Taro e Bardi (se fattibile accordo con privato accreditato); <b>c)</b> Prosecuzione degli ambulatori decentrati NAO/TAO attivati presso le CdS di: Varsi, Medesano e Berceto (ancora da attivarsi).</p> <p>3. Mantenimento del monitoraggio quotidiano dell'attività specialistica.</p> <p>4. Individuazione delle eventuali discrepanze del dato riferito alla disponibilità in alcune branche specialistiche e sulla gestione della "garanzia" – in collaborazione con il RIT Aziendale.</p> <p>5. Mantenimento dell'attività di sensibilizzazione sugli specialisti riguardo l'attività prescrittiva diretta dei controlli e degli ulteriori accertamenti cogenti; pianificazione di un Audit Clinico entro il primo semestre 2020.</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

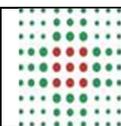
2. Servizio ICT		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p><i>Monitoraggio dei servizi ICT. Attraverso il monitoraggio dovranno essere presidiate le funzioni per portare a regime il sistema e tendere al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fascicoli elettronici attivati</li> <li>- Utilizzo della Cartella SSI da parte dei MMG</li> <li>- Utilizzo software Arianna negli Ambulatori Infermieristici</li> </ul>	<p>La valutazione globale sul raggiungimento dell' obiettivo si assesta all'85%. Ciò in conseguenza ad un rilevato non pieno utilizzo del software Arianna (versione light di Arianna Percorsi) negli Ambulatori Infermieristici. Si segnala in merito che il programma è regolarmente utilizzato della Casa della Salute di Medesano laddove l'ambulatorio della cronicità è gestito da nostro personale infermieristico.</p> <p>Negli altri ambulatori delle CdS e/o Medicine di gruppo l'ambulatorio infermieristico che vige anche da ambulatorio della cronicità è gestito da personale non aziendale - convenzione con Comune e Cooperative "CdS Berceto e di Varsi", Medicina di Gruppo "CdS Bedonia e Borgo Val di Taro".</p> <p>Si segnala la buona performance riguardo: <b>a)</b> l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico; <b>b)</b> l'adesione dei MMG del Distretto al SSI.</p> <p>Sono stati individuati in merito due MMG formatori, (dott. Tosini del Distretto di Parma e dott. Piroli del Distretto di Fidenza).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarà oggetto di attenta valutazione presso la CdS di Medesano l'ottimizzazione del processo di utilizzo nonché l'attenta ricerca delle motivazioni che possono aver rallentato o reso incompleto il suo utilizzo anche attraverso confronto con altre sedi aziendali che utilizzano il sistema a pieno regime ed in maniera completa.</li> <li>2. Mantenimento dell'attività di sensibilizzazione della popolazione sull'attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, anche attraverso incontri dedicati presso le Cds (Berceto, Bedonia, Varsi, Polo Sanitario di Bardi), nonché la sensibilizzazione volta ai MMG e PLS per la funzione di promoter nel merito.</li> </ol>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

3. Assistenza farmaceutica territoriale		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p><i>Prosecuzione delle azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso incremento utilizzo farmaci equivalenti, monitoraggio prescrizioni, mantenimento percorso distribuzione per conto, incremento livelli erogazione diretta farmaci</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Contenimento spesa farmaceutica</i></li> <li>- <i>Consolidamento percorso distribuzione per conto declinando il nuovo accordo locale</i></li> <li>- <i>Monitoraggio appropriatezza prescrittiva e interventi per categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa (PPI, Omega 3, Vit. D, antibiotici per uso sistemico)</i></li> <li>- <i>Rete della distribuzione diretta</i></li> <li>- <i>Erogazione diretta in CRA (comprende tutti i 431 posti letto autorizzati) farmaci fascia A</i></li> <li>- <i>Erogazione diretta farmaci in Assistenza Domiciliare</i></li> <li>- <i>Erogazione effettuata in CRA per categoria terapeutica a maggior impatto (Antibatterici uso sistemico per posto letto autorizzato, PPI per posto letto autorizzato)</i></li> <li>- <i>Obiettivo di de-prescrizione di particolari classi di farmaci nella popolazione anziana</i></li> <li>- <i>Monitoraggio spesa per ossigeno liquido</i></li> </ul>	<p>La valutazione globale sul raggiungimento dell' obiettivo si assesta al 81%. Dato da ritenersi sufficientemente soddisfacente rispetto agli anni precedenti.</p> <p>Gli obiettivi che non hanno rilevato un completo raggiungimento sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'utilizzo di antibatterici uso sistemico per posto letto autorizzato in CRA;</li> <li>- costituzione del gruppo formalizzato di cui all'obiettivo almeno in 2 Case della Salute per Distretto, anche attraverso proposta del progetto "brownbag". Progetto in fase di valutazione, ovviamente si ribadisce che lo stesso appare, a dimensione distrettuale soprattutto per un piccolo distretto come il nostro, di difficoltosa se non impossibile soluzione. Attualmente supportano e/o propongono la de-prescrizione alcuni specialisti ambulatoriali (diabetologo, specialista del CDCD, pneumologo).</li> </ul> <p>Per quanto riguarda la spesa dell'Ossigeno Liquido, il dato ovviamente rispetto allo scorso anno non può essere oggetto di confronto stante l'adesione al contratto INTERCENTER regionale, Nel merito si vogliono segnalare come punto di forza del nostro sistema di controllo due aspetti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'attività di controllo e monitoraggio richiesto da parte del pneumologo e del servizio aziendale dedicato sul consumo e sull'appropriatezza prescrittiva, anche su nuovi pazienti provenienti da AOU;</li> <li>- l'attività di controllo sulla fatturazione/spesa da parte dell'amministrativo dedicato, dalla cui attività è derivato il recupero di accrediti legati a richieste economiche non dovute (es. gg. fatturate dopo il decesso, dopo dimissione, ecc.)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Per il contenimento della spesa farmaceutica mantenimento degli incontri dedicati al tema dell'appropriatezza e della de-prescrizione con : MMG, servizio farmaceutico territoriale e i vari specialisti di branca individuati.</li> <li>2. Richiesta di formalizzazione di uno/due gruppi aziendali dedicati sul tema generale della de-prescrizione (progettazioni sperimentali, audit, ecc.).</li> <li>3. Implementazione dell'attività di sensibilizzazione nelle CRA all'uso degli antibatterici ad opera del "Coordinamento Infermieristico CRA".</li> <li>4 . Mantenimento dell'attività di sensibilizzazione dei MMG per l'attività di distribuzione diretta e distribuzione per conto.</li> <li>5. Necessità di formalizzare e rendere operativo il Gruppo di Lavoro dedicato per la definizione dell'utilizzo di farmaci di Classe C in ADI e ADP, ai fini di omogeneizzazione del sistema nel territorio aziendale.</li> <li>6. Mantenimento dell'attuale sistema organizzativo in rapporto alla prescrizione/consumo ossigenoterapia domiciliare.</li> </ol>

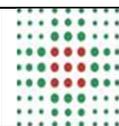
 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

4. Assistenza Protesica e integrativa		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p><i>Monitoraggio dei costi dell'Assistenza Protesica e Integrativa</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Monitoraggio spesa e processo di erogazione dell'Assistenza Protesica da Autorizzazioni</i></li> <li>- <i>Ossigenoterapia Domiciliare</i></li> <li>- <i>Nutrizione Artificiale</i></li> <li>- <i>Spesa per materiale per Assistenza Diabetici</i></li> </ul> <p><i>Obiettivi del Piano delle Attività:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Adozione e diffusione Albo dei Prescrittori</i></li> <li>- <i>Sviluppo di percorsi organizzativi e clinico-assistenziali</i></li> </ul>	<p>La valutazione globale sul raggiungimento dell'obiettivo raggiunge il 95 %, tuttavia il non pieno raggiungimento del dato è legato alla spesa per il materiale relativo all' Assistenza a pazienti diabetici. Si segnala nel merito l' aumento della spesa per i microinfusori, dato scarsamente modificabile a causa dell'attività di monitoraggio e controllo dipartimentale e distrettuale.</p> <p>L'attenzione del personale dedicato alla spesa è comunque evidenziato dal dato sui Sensori Freestyle e sulla corretta/giusta consegna degli stessi ai pazienti.</p> <p>Per quanto riguarda l' ossigeno terapia domiciliare vale quanto riportato nell'obiettivo precedente, sia in merito alla spesa che all'attento controllo specialistico (appropriatezza, consumo) e amministrativo.</p> <p>L'Albo dei Prescrittori Interaziendali è stato adottato e diffuso agli interessati interni ed esterni (MMG, PLS).</p> <p>In riferimento all'Assistenza Protesica è stato adottato un sistema di valutazione e controllo (rivalutazione) sulle prescrizione di ausili ad alto impatto economico ed organizzativo, da parte dei Fisiatri a garanzia della conformità delle indicazioni regionali e di Area Vasta cogenti.</p> <p>Per quanto riguarda le protesi acustiche viene applicato correttamente il protocollo aziendale, sia per quanto riguarda le prime prescrizioni sia per i rinnovi.</p> <p>In merito a nuovi protocolli organizzativi e clinico- assistenziali, argomento riguardante in particolare il Piano delle Attività, si segnala l'adozione del protocollo regionale "Parrucche" per le pazienti oncologiche (DGR n. 1341 del 29 Luglio 2019) e della procedura aziendale OSAS (diffusa a tutti i MMG e al personale interessato).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assistenza protesica: mantenimento del sistema di valutazione e controllo (rivalutazione) delle prescrizione degli ausili ad alto impatto economico ed organizzativo ad opera dei Fisiatri a garanzia della conformità delle indicazioni regionali e di Area Vasta cogenti.</li> <li>2. Ossigenoterapia Domiciliare: mantenimento attuale sistema organizzativo.</li> </ol>

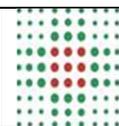
 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE – DCP DISTRETTO VALLI TARO E CENO

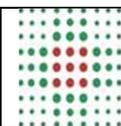
Indicazioni per la compilazione		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Per ogni elemento in ingresso elencare in modo sintetico, nella casella di sinistra, i riferimenti indispensabili e gli aspetti rilevanti ai fini del riesame.</p>	<p>Per ogni elemento in ingresso, riportare sinteticamente, nella casella centrale le valutazioni/commenti rispetto a quanto definito nella prima casella</p>	<p><b>Per Ogni Elemento in ingresso, definire quali siano gli eventuali elementi in uscita, con riferimento prioritario ai seguenti elementi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni relative al miglioramento del SGQ e dei suoi processi;</li> <li>• Azioni relative al miglioramento dei prodotti/prestazioni;</li> <li>• Azioni correttive e/o preventive in applicazione della Procedura aziendale per la verifica dei risultati PG.02.DIR.SAN.000;</li> <li>• Individuazione di proposte di Progetti di Miglioramento;</li> <li>• Pianificazione di azioni di gestione del rischio (formazione, audit, verifiche, etc..)</li> <li>• Variazioni di obiettivi misurabili e relativi indici numerici;</li> <li>• Evidenziazione della necessità di risorse;</li> <li>• Eventuale variazione organizzative, gestionali; tecnologiche, etc...;</li> <li>• Eventuale programma di audit interni;</li> <li>• Definizione di obiettivi per la qualità.</li> </ul>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

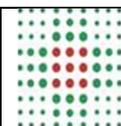
<p><i>MMG</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Miglioramento del processo di valutazione del "Personale in forza"</i></li> <li>- <i>Attuazione adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione</i></li> <li>- <i>Qualità dei ritorni informativi da parte dei DCP al Dipartimento Valutazione e Controllo e riesame formalizzato degli andamenti delle grandezze monitorate in corso d'anno.</i></li> </ul>	<p>sotto controllo l'utilizzo del PS anche attraverso una piena accessibilità degli ambulatori MMG (h.12 presente sostanzialmente in tutte le CdS nonché MdG di Borgotaro).</p> <p>Qualche chiarimento invece è necessario per quanto il dato sull'Hospice e sulla Lungo assistenza. In particolare nel merito del primo è decisamente fuori range indicato la percentuale di ricoveri in Hospice con periodo di ricovero &lt;= 7 giorni, dato persistentemente in rosso la cui correzione non appare di facile soluzione anche in rapporto alle "caratteristiche" della popolazione del territorio.</p> <p>Per quanto riguarda la Lungo assistenza di Borgotaro (18 posti letto) essa rappresenta l'unica struttura intermedia in grado di dare una risposta ai molteplici problemi che coinvolgono i soggetti del Distretto valli Taro e Ceno. Stante le problematiche orografiche di solitudine associate ad un indice di vecchiaia molto elevato, come previsto dal documento di riferimento aziendale sulla Lungo Assistenza, fanno parte dell'appropriatezza di ricovero anche alcune problematiche di natura sociosanitaria/socio-assistenziale temporanee. Ciò ha permesso di effettuare un'attività preventiva nei ricoveri per patologie potenzialmente evitabili (BPCO e demenze). Nel contempo, tuttavia, risulta difficile poter mantenere i tempi di degenza media entro gli standard previsti dalla RER per gli OSCO. Obiettivo è lo studio di fattibilità di attivazione di possibili posti letto di sollievo sanitario presso le CRA. In proposito sta proseguendo il progetto d'implementazione di ulteriori 2 posti di sollievo sanitario presso la CRA di Varsi nell'ambito del progetto regionale "Aree Intermedie".</p> <p>Così come presso la CdS di Varsi sta proseguendo, come da indicazioni e tempi regionali, l'attivazione della Telemedicina.</p> <p>Miglioramento del processo di valutazione del Personale in forza, attuazione degli adempimenti in materia di Trasparenza e Anticorruzione. Il Dipartimento Valutazione e Controllo e riesame formalizzato degli andamenti delle grandezze monitorate in corso d'anno evidenziano un sostanziale raggiungimento degli obiettivi e soprattutto non appaiono avere caratterizzato problematiche organizzativo – gestionali tranne la segnalazione di criticità legate alla tracciatura informativa del Micronfusori per insulina erogati dal DCP distrettuale.</p>	<p>operativi nella medesima struttura (secondo semestre 2020).</p> <p>8. Messa in regime degli aspetti organizzativi medico-infermieristici, per la presa in carico delle patologie croniche e dei progetti correlati. Tra questi progetti merita attenzione in RISK ER il cui piano di miglioramento prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'estensione dello stesso alla CdS di Varsi in stretta sinergia con l'inizio del progetto regionale TELEMEDICINA che vede in tale struttura un riferimento operativo dove il personale dedicato ha già effettuato diversi incontri formativi;</li> <li>- l'estensione dello stesso, come già previsto, alla CdS di Bedonia</li> <li>- un incremento dei MMG aderenti laddove il progetto è già operativo (CdS Medesano, MdG di Borgotaro).</li> </ul>
---	--	---

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

6. <i>Accreditamento DCP e ciclo di verifica risultati conseguiti</i>		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p><i>L'accreditamento del DCP sottende le funzioni trasversali di Governo Clinico attraverso la promozione ed implementazione nonché il mantenimento ed il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati. Necessita di avere evidenza del Piano delle Attività e dei miglioramenti conseguiti.</i></p>	<p>L'anno passato ha visto svolgere tutte le formalità e azioni operative finalizzate all'accreditamento del DCP, culminate nella stesura di un documento definito Piano delle Attività dove sono indicate molte degli argomenti già evidenziati e discussi nel processo di Budget e dove son inoltre indicati le caratteristiche del dipartimento, il contesto, la struttura dell'offerta ed il funzionigramma.</p> <p>A seguire il Piano delle Attività ha previsto la declinazione dello stesso nelle varie U.O. e Servizi, pianificando le attività esterne/interne alla propria struttura organizzativa declinando le modalità di realizzazione degli obiettivi a breve, medio e lungo termine.</p> <p>Tali attività sono state oggetto, insieme alla disamina degli obiettivi di budget in gran parte concordanti, di questo riesame.</p> <p>Per quanto riguarda le azioni previste non è stato possibile dare adito ad alcun audit clinico-organizzativo mentre sono stati agiti l'adozione del sistema di indicatori per il monitoraggio e valutazione delle performance (vedi indicatori budget), l'adozione e l'impiego dei profili di NCP (argomento di discussione in uno degli incontri previsti nei 4 NCP dei Distretto come da verbali), l'adozione di percorsi clinico – assistenziali integrati (es. OSAS), l'adozione del piano di interventi per il RISK MANAGEMENT. In merito a questo si segnala l'intervento effettuato presso il Polo Sanitario di Fornovo Taro riguardante la presenza di Legionella nella struttura che ha coinvolto oltre al SIT anche il Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale e il Servizio Tecnico. E' stata effettuata la bonifica degli impianti e sono seguiti i successivi controlli periodici/straordinari come da procedura aziendale con rientro dei parametri entro range di normalità.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La principale attività finalizzata al miglioramento delle caratteristiche organizzative ed operative legate al processo dell'Accreditamento dovrà focalizzarsi sulla sensibilizzazione e formazione degli operatori dei vari servizi e U.O. in merito. Fondamentale in proposito, sia in funzione formativa che soprattutto organizzativa del Sistema Accreditamento, l'individuazione di una figura professionale distrettuale dedicata ad esso, in stratta collaborazione con il responsabile aziendale dell'Ufficio qualità e Accreditamento.</li> <li>2. Monitoraggio della qualità dei servizi in un'ottica di miglioramento continuo attraverso lo strumento dell'Audit, prevedendo per il 2020 almeno 2 Audit clinico – organizzativi, da scegliersi insieme alla figura di riferimento individuata ovvero ad altro professionista esperto.</li> <li>3. Rinnovo Piano delle Attività alla luce del nuovo Piano delle Azioni e dei nuovi obiettivi di Budget nonché sulla base della rivalutazione (riesame) del piano precedente.</li> </ol>

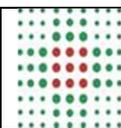
 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

7. <i>Le Case della Salute e la Medicina d'Iniziativa</i>		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p><i>Le Case della Salute sono strutture deputate all'erogazione delle Cure Primarie attraverso un'azione integrata dei professionisti che operano al proprio interno nonché attraverso la realizzazione di interventi di prevenzione e costruzione sociale della salute, ottenuti coinvolgendo non solo gli operatori della sanità ma anche la comunità intera.</i></p> <p><i>Il Distretto costituisce l'ambito organizzativo all'interno del quale insistono le Case della Salute il cui consolidamento nella rete territoriale deve essere sempre più reso coerente con l'attuazione della DGR 2128/2016.</i></p> <p><i>Fondamentale pertanto la Pianificazione Distrettuale relativa alle CdS, il Consolidamento degli indirizzi della DGR 2128/16, la presa in carico della fragilità e la gestione patologie croniche</i></p>	<p>Molte delle attività sono già state ampiamente discusse nelle sezioni precedenti (Board, RISK-ER, ambulatori cronicità, appropriatezza ricoveri DRG 088 e 429, questionario ACI-PACIC).</p> <p>E' stato dato inizio, come già indicato, alla costruzione della CdS di Fornovo Taro, ad alta valenza assistenziale (ex. CdS Grande) finalizzata all'attuazione per la bassa valle del modello Hub e Spoke previsto dalla DGR 2128/16 in sinergia con CdS di Medesano, Berceto e Varsi.</p> <p>Presso la CdS di Bedonia e quella di Varsi è proseguito il progetto intercettazione della fragilità bio-psico-sociale finalizzato in particolare a ricercare forme di contrasto alla solitudine, molto presente sul territorio (oltre 30%).</p> <p>Per quanto riguarda "patient education" e promozione della salute sono stati effettuati 3 incontri (Bedonia, Medesano, Fronovo Taro).</p>	<p>Molti progetti di miglioramento riguardanti le attività coinvolgenti le CdS sono già stati ampiamente discussi nelle sezioni precedenti.</p> <p>1. A seguito dell'attivazione della CdS di Fornovo Taro, programmazione in un'ottica Hub &amp; Spoke, di vari PDTA, che prevedono un' integrazione con la specialistica (BPCO, Scopenso Cardiaco, Demenza, ecc.). Fondamentale per il 2020 definire le modalità operative affinché il modello possa risultare efficace ed efficiente (si prevede la messa a regime nel 2021).</p> <p>2. Per quanto riguarda la fragilità bio-psico-sociale il 2020 vedrà la valutazione e disquisizione con le varie amministrazioni comunali ed i servizi sociali dei dati, nonché la presa in carico dei soggetti ritenuti necessitanti di essa. A tale scopo porterà un contributo importante il finanziamento del progetto AREE INTERNE con recupero di unità operative (infermiere, OSS) strettamente dedicate.</p> <p>3. Per il 2020 proseguiranno gli incontri con la popolazione (almeno 1 per ogni CdS) nonché, in Medesano, come già indicato in precedenza, lo sviluppo di un percorso formativo/educazionale per i pazienti diabetici.</p>

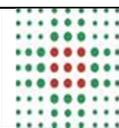
 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE DCP SUD-EST

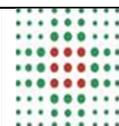
Indicazioni per la compilazione		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Per ogni elemento in ingresso elencare in modo sintetico, nella casella di sinistra, i riferimenti indispensabili e gli aspetti rilevanti ai fini del riesame.</p>	<p>Per ogni elemento in ingresso, riportare sinteticamente, nella casella centrale le valutazioni/commenti rispetto a quanto definito nella prima casella</p>	<p>Per Ogni Elemento in ingresso, definire quali siano gli eventuali elementi in uscita, con riferimento prioritario ai seguenti elementi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni relative al miglioramento del SGQ e dei suoi processi;</li> <li>• Azioni relative al miglioramento dei prodotti/prestazioni;</li> <li>• Azioni correttive e/o preventive in applicazione della Procedura aziendale per la verifica dei risultati PG.02.DIR.SAN.000;</li> <li>• Individuazione di proposte di Progetti di Miglioramento;</li> <li>• Pianificazione di azioni di gestione del rischio (formazione, audit, verifiche, etc..)</li> <li>• Variazioni di obiettivi misurabili e relativi indici numerici;</li> <li>• Evidenziazione della necessità di risorse;</li> <li>• Eventuale variazione organizzative, gestionali; tecnologiche, etc...;</li> <li>• Eventuale programma di audit interni;</li> <li>• Definizione di obiettivi per la qualità.</li> </ul>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

1) SISTEMA CURE PRIMARIE		
<p>a) <b>DGR 1423/17</b> "ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIALE E SANITARIO 2017-2019. APPROVAZIONE DELLE SCHEDE ATTUATIVE D'INTERVENTO E DI INDIRIZZI PER L'ELABORAZIONE DEI PIANI DI ZONA DISTRETTUALI PER LA SALUTE E IL BENESSERE SOCIALE" Completamento Pianificazione Distrettuale relativa alle Case della Salute (Obiettivo 2.1.2.1 Piano Azioni 2019)</p>	<p>Gli obiettivi relativi al Sistema delle Cure Primarie nel suo complesso (percorsi, qualità, rischio clinico, appropriatezza, trasparenza e valutazione negli ambiti più sensibili) sono stati raggiunti al 93% (verifica intermedia al 30/09/2019) (verifica intermedia al 30/09/2019)</p> <p>a) Sono state completate le opere di realizzazione della Casa della Salute di Lagrimone- LagriSalute e, la stessa, è stata inaugurata nell'agosto 2019. Sono state attivate parte delle attività: punto prelievi, ADI, ambulatorio MMG e programmate le restanti</p>	<p>a) Nei primi mesi del 2020 verrà completata l'attivazione dei servizi previsti presso LagriSalute</p>
<p>b) <b>DGR 2128/16</b> "CASE DELLA SALUTE: INDICAZIONI REGIONALI PER IL COORDINAMENTO E LO SVILUPPO DELLE COMUNITA' DI PROFESSIONISTI E DELLA MEDICINA D'INIZIATIVA" -(i) (Obiettivo 2.1.2.3 e 2.1.3.5- Piano Azioni 2019) Realizzazione ambulatori infermieristici della cronicità -(ii) (Obiettivo 2.1.2.4- Piano Azioni 2019) Promozione del modello Hub and Spoke nella rete delle Case della Salute</p>	<p>b)</p> <p>(i) Sono stati realizzati gli ambulatori infermieristici della cronicità in attuazione del documento di indirizzo aziendale, presso le tre CdS Hub, Langhirano, Traversetolo, Collecchio. Sono stati promossi assieme al MMG Referente RiskER e infermiera della cronicità, incontri per i tre nuclei sia per la presentazione dell'attività (modalità di accesso, organizzazione ecc..) sia, successivamente a fine anno per monitorare l'andamento.</p> <p>(ii) E' stato promosso lo sviluppo delle Case della Salute a medio/alta complessità nella loro funzione Hub rispetto alle Case della Salute a bassa complessità anche attraverso la promozione dello sviluppo di progetti di telemedicina (LagriSalute) e telecardiologia (posti letto cure intermedie Cra Val Cedra di Monchio delle Corti). Sono stati organizzati due incontri con la popolazione a Lagrimone, conoscitivi relativamente alle</p>	<p>b)</p> <p>(i) Viene costantemente monitorata l'attività dell'ambulatorio infermieristico della cronicità attraverso la rilevazione trimestrale in parallelo con la rendicontazione degli Obiettivi di Budget. E' stata condiviso un ulteriore sviluppo della presa in carico della cronicità, prevedendo un processo di maggiore integrazione tra professionisti di area sanitaria e di area sociale (presenza di professionisti del sociale agli incontri di nucleo anche per favorire un processo conoscitivo dato il turnover di MMG per collocamento a riposo), in esito al percorso formativo di integrazione socio sanitaria conclusosi a dicembre 2019 e che ha impegnato i professionisti da marzo 2019</p> <p>(ii) Attivazione della formazione agli operatori, acquisizione dei device/strumentazione correlata e pieno avvio delle attività relative alle progettualità di telemedicina e telecardiologia</p>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
--	--	----------------------------------

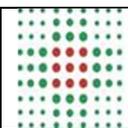
	<p>innovazioni correlate a tali progetti</p>	
<p>c) Miglioramento del percorso di gestione integrata del diabete <i>(Obiettivo 2.1.2.6- Piano Azioni 2019)</i> -(i)Strumenti applicati al percorso di Gestione Integrata del diabete -(ii)Revisione percorso gestione integrata del diabete</p>	<p>c) -(i)In seguito alla verifica dei risultati dei questionari ACIC e PACIC si è condiviso all'interno del Board CdS di Langhirano, di attivare un percorso di miglioramento, di empowerment della popolazione coinvolgendo specialista diabetologo, medico dello sport e nutrizionista con i quali è stata realizzata una serie di incontri che si sono conclusi con una Camminata della Salute che ha visto coinvolti anche MMG e alcuni operatori e pazienti del CCP P.Coruzzi di Langhirano -(ii)E' stato aggiornato il percorso di gestione integrata del diabete uniformando le modalità operative di tutti i distretti</p>	<p>c) -(i)E' in fase di valutazione l'estensione di tale progetto presso la CdS di Collecchio -(ii)E' in fase di programmazione (febbraio 2020)la formazione dei MMG per la diffusione,/condivisione degli aggiornamenti del percorso di gestione integrata del diabete.</p>
<p>d)Gestione integrata delle patologie croniche <i>(Obiettivo 2.1.2.7. Piano Azioni 2019)</i> Sviluppo del percorso di presa in carico integrata della BPCO nelle CdS</p>	<p>d)E' stato avviato il "Progetto di integrazione Ospedale Territorio" che prevede la presenza di specialisti ospedalieri (pneumologia, neurologia, urologia, reumatologia) nelle 3 CdS Hub, e l'integrazione con i MMG anche all'interno degli ambulatori infermieristici della cronicità.</p>	<p>d) (i)Consolidamento dello sviluppo del "Progetto di integrazione Ospedale Territorio". (ii)Promozione delle attività presso la popolazione attraverso cicli di incontri con i cittadini in un ottica di empowerment della popolazione (a gennaio già in programma "Colica renale e calcolosi urinaria: " il mal della pietra".</p>
<p>e)Continuità assistenziale – dimissioni protette <i>(Obiettivo 2.1.4.1. Piano Azioni 2019)</i></p>	<p>e)E' stato predisposto ed approvato il "Documento per la gestione integrata interaziendale delle dimissioni difficili e delle dimissioni protette"</p>	<p>e)Consolidamento della tempestività nella presa in carico e dei percorsi di continuità assistenziale, con l'individuazione organigramma PUD/PUA</p>

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
--	--	----------------------------------

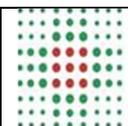
<p>f) Contributo alla riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili (DRG 429 e 088) (Obiettivo 2.1.3.5- Piano Azioni 2019)</p>	<p>f) Il valore consuntivo (verifica intermedia al 30/09/2019) evidenzia una performance del 100%</p>	<p>f) i) Ulteriore sviluppo dell'utilizzo dei posti letto di cure intermedie per la gestione territoriale di situazioni cliniche instabili in pazienti cronici al fine di evitare ricoveri potenzialmente inappropriati con particolare riferimento ai pazienti con BPCO e demenza.  ii) Sviluppo di percorsi organizzativi orientati alla gestione della BPCO e demenze all'interno del progetto di integrazione ospedale territorio, con implementazione distrettuale capillare nelle 3 CdS Hub (presenza di ambulatorio pneumologico e Centro Disturbi Cognitivi nelle CdS di Collecchio e Traversetolo)</p>
<p>g) Sviluppo di posti letto di Cure intermedie (Obiettivo 2.1.3.4- Piano Azioni 2019)</p>	<p>g) i) Consolidamento dell'attività dei posti letto di cure intermedie presso la CRA di Collecchio (6 p.l.) e CCP di Langhirano (6 p.l.) ii) E' stata implementata la reportistica relativa all'attività dei pl di Cure Intermedie mediante una formazione specifica che è stata organizzata nei primi mesi del 2019 anche in un'ottica di uniformare le modalità di rendicontazione delle diverse strutture eroganti</p>	<p>g) Attivazione di 3 posti letto di Cure Intermedie presso la CRA Val Cedra di Monchio delle Corti (3 p.l.)</p>
<p>h) Sviluppo della rete delle Cure Palliative (DGR 2128/16)</p>	<p>h) E' stato impostato un percorso formativo in più fasi che ha interessato l'intero anno 2019 e ha coinvolto l'equipe dell'hospice di Langhirano e di Borgotaro e i Mmg della CdS di Langhirano "Le cure palliative"</p>	<p>h) i) E' stato programmato un percorso di miglioramento per l'equipe Hospice che prevederà incontri settimanali per i primi 6 mesi dell'anno (incontri equipe/audit</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

	<p><i>all'Hospice Pietro Coruzzi di Langhirano: percorso formativo per l'equipe"</i></p>	<p>clinici)  ii)Verrà sviluppato un percorso formativo per il "nodo domicilio" che coinvolgerà Infermieri domiciliari, MMG e Continuità Assistenziale</p>
<p>i)Percorsi integrati tra Servizi Territoriali/Ospedalieri e Case Residenza Anziani : Implementazione dell'Unità Mobile (Obiettivo 3.4.1.3. Piano Azioni 2019)</p>	<p>i) All'interno dei progetti interaziendali sulla fragilità, ha preso avvio a dicembre 2018 il progetto "Unità mobile multidisciplinare per il malato fragile polipatologico -UMM", che ha visto il coinvolgimento di due strutture protette, una afferente al Distretto di Parma e una al Distretto Sud Est, allo scopo di garantire la migliore risposta assistenziale ai bisogni di anziani fragili La consulenza specialistica nelle CRA viene effettuata da parte dell'Unità Mobile costituita da professionisti dell'U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Da dicembre 2019 l'esperienza è stata estesa alla CRA di Langhirano e di Felino</p>	<p>i) Si attende un ulteriore miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali a favore del paziente fragile polipatologico istituzionalizzato, ulteriore riduzione degli accessi al PS e del del tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di attività di consulenza specialistica</p>
<p><b>1) ACCREDITAMENTO DCP</b></p>		
<p><b>DGR 221/15 "REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE"</b> <b>DGR 1943/17 "APPROVAZIONE REQUISITI GENERALI E PROCEDURE PER IL RINNOVO DELL'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE"</b> (Obiettivo 2.1.1.1 -2-3 Piano Azioni 2019) Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale</p>	<p>a) i)Predisposizione Piano delle Attività Dipartimento Cure Primarie ii)Monitoraggio attività e verifica dei risultati conseguiti con rendicontazione nel documento di "Rapporto del Riesame della Direzione"</p>	<p>a) -Pianificazione attività correlate all'accREDITAMENTO del Dipartimento Cure Primarie -Realizzazione di un percorso formativo dedicato -Applicazione degli strumenti del governo clinico e conseguente programmazione di audit -Individuazione di figure di riferimento del sistema qualità per il Dipartimento Cure Primarie</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

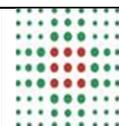
<p><b>2) PROTESICA</b></p>		
<p><b>Assistenza protesica</b> <i>(Obiettivo 2.1.1.4 Piano Azioni 2019)</i></p>	<p>a) Si evidenzia un netto miglioramento della spesa per assistenza protesica al netto delle manutenzioni e trasporto (performance 100%-verifica intermedia al 30/09/2019), come conseguenza dell'attenzione nell'adottare soluzioni di riutilizzo.</p> <p>b) È stato diffuso il documento "Albo dei Medici Specialisti prescrittori di protesi, ortesi ed ausili" Del. Az. 950/2018.</p> <p>c) Per quanto riguarda l'Ossigeno terapia domiciliare, come era stato previsto, fronte degli esiti della nuova gara, è aumentata la spesa</p>	<p>a) Estensione dell'utilizzo del software per assistenza protesica ad assistenza integrativa</p> <p>b) Implementazione del processo di diffusione dell'"Albo dei Medici Specialisti prescrittori di protesi, ortesi ed ausili" Del Az 950/2018 e approfondimento delle eventuali criticità emerse</p> <p>c) È stata sviluppata la tematica del contenimento della spesa all'interno di un gruppo di lavoro nell'ambito della progettualità di formazione sul campo a cura di Cerismas, e sono emerse proposte operative, tra cui una formazione aziendale ad hoc per i prescrittori già impostata in merito alla quale se ne sta valutando l'attivazione.</p>
<p><b>5) SPECIALISTICA</b></p>		
<p><b>-DGR 1056/15 "RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE."</b> <b>-PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE D'ATTESA (PNGLA) 2019-2020</b></p> <p>a) Consolidamento azioni sull'appropriatezza prescrittiva <i>(Obiettivo 2.2.1.3- Piano Azioni 2019)</i></p> <p>b) Miglioramento di accessibilità al sistema di prenotazione <i>(Obiettivo 2.2.1.4- Piano Azioni 2019)</i></p> <p>c) <i>Mantenimento dei tempi d'attesa delle prestazioni</i></p>	<p>a) Sono stati utilizzati gli strumenti finalizzati al governo dell'appropriatezza prescrittiva rivolta a tutti gli attori del sistema pubblico e privato accreditato</p> <p>b) Si è proceduto ad inserire tutte le prestazioni a monitoraggio regionale nella prenotabilità CUP-WEB</p> <p>c) È stata raggiunta la performance del 100%</p>	<p>a) Consolidamento dell'utilizzo degli strumenti di governo (motore semantico, incontri di Nucleo, Profili di Nucleo, audit specifici)</p> <p>b) Mantenimento coerenza tra vincoli CUP e CUP-WEB</p> <p>c) Prosegue il costante, quotidiano monitoraggio</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

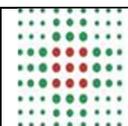
<p><i>specialistiche monitorate (Obiettivo 2.2.1.5- Piano Azioni 2019)</i></p>	<p>relativamente al rispetto dei tempi d’attesa sia delle prestazioni programmabili sia delle urgenze differibili. Queste ultime hanno ottenuto un valore consuntivo di 92%. Il risultato è stato favorito dalla rimodulazione delle agende aumentando l’offerta delle prestazioni con priorità B e attraverso l’impostazione di meccanismi di riutilizzo delle stesse</p>	<p>dell’offerta</p>
<p><i>d) Prescrizione, prenotazione e riprenotazione dei controlli (Obiettivo 2.2.1.7- Piano Azioni 2019)</i></p>	<p>d) Sono state promosse azioni di facilitazione dell’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, in particolare per quanto riguarda la prenotazione dei controlli per i pazienti cronici e/o soggetti a visita di controllo istituendo “code gestionali” ovvero visibilità di quota parte delle prestazioni da parte della struttura erogante. L’obiettivo di riprenotazione interna ha avuto una performance del 100%, mentre per quanto riguarda l’obiettivo di prescrizione specialistica di visite di controllo la performance ha registrato il valore di 97%. (verifica intermedia al 30/09/2019)</p>	<p>d) Consolidamento delle azioni poste in essere</p>
<p><i>e) Implementazione e sviluppo del modello regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale (Obiettivo 2.2.1.1.- Piano Azioni 2019)</i></p>	<p>e) Sviluppo del processo di integrazione ospedale-territorio, attraverso l’attivazione di una specifica progettualità definita e condivisa nel Comitato di Distretto che ha previsto l’attivazione nelle 3 CdS Hub di ambulatori specialistici di professionisti di Azienda Ospedaliero Universitaria (Pneumologia, Urologia, Neurologia-disturbi Cognitivi, Reumatologia)</p>	<p>e) Consolidamento della progettualità attivata e sviluppo dell’integrazione con i MMG delle 3 CdS , garantendo la condivisione e audit secondo le modalità calendarizzate e condivise con gli stessi MMG. Verrà garantito il raccordo con l’ambulatorio infermieristico della cronicità.</p>
<p><b>6) FARMACEUTICA</b></p>		
<p>Monitoraggio appropriatezza prescrittiva</p>	<p>Sono proseguite le azioni finalizzate al governo clinico del farmaco attraverso il monitoraggio delle prescrizioni di particolari classi di farmaci (PPI, Omega 3 , Antibiotici per uso sistemico, Vitamina D). Sono stati realizzati</p>	<p>Nell’attesa degli obiettivi fissati a livello regionale per la farmaceutica convenzionata, sono comunque in programma , in continuità con gli anni precedenti, momenti di sensibilizzazione sull’appropriatezza</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

	<p>incontri nei tre Nuclei, nei primi mesi e negli ultimi mesi dell'anno. Sono stati presentati i nuovi report della farmaceutica, nel formato rinnovato. Sono state comunicate ai medici le modalità per visualizzare e scaricare nell'area riservata del Portale i report individuali di monitoraggio delle prescrizioni della farmaceutica convenzionata che saranno elaborati dal Servizio ICT, Tecnologie e Strutture Sanitarie regionale per tutti i MMG della Regione Emilia-Romagna con frequenza trimestrale. Sono state illustrate le nuove modalità di pesatura utilizzando il sistema di pesatura OSMED 2015 (per età e sesso). I dati definitivi spesa farmaceutica convenzionata dell'Ausl di Parma mese di novembre 2019 per il Distretto Sud Est registrano - 0,57% Prosegue il monitoraggio della spesa per ossigeno liquido per la valutazione delle conseguenze della nuova gara regionale</p>	<p>prescrittiva a di formazione. Sono in programma incontri di nucleo per aggiornamento sull'utilizzo di farmaci nel paziente diabetico e sulla prescrizione della vit D, ambito che comunque già risente dell'introduzione della nota AIFA 96 dell'ottobre 2019. Prosegue l'attenzione in relazione all'erogazione effettuata in CRA e in ADI.</p>
<p><b>7) INFORMATION COMMUNICATION TECNOLOGY (ICT)</b></p>		
<p>a)Information Communication Technology (ICT) (Obiettivo 2.1.1.5.- Piano Azioni 2019)</p>	<p>a)E' proseguito il percorso di diffusione della cartella SOLE anche attraverso interventi di formazione specifica di livello base e di livello avanzato, con la collaborazione di Lepida e con il contributo del MMG individuato nel Distretto. L'utilizzo della cartella Sole da parte dei MMG ha raggiunto una performance del 92%. (verifica intermedia al 30/09/2019)</p>	<p>a)Prosecuzione del processo di diffusione della Cartella SOLE e di supporto formativo</p>
<p>b)Fascicolo Sanitario Elettronico</p>	<p>b)E' stato pienamente raggiunto l'obiettivo di</p>	<p>b) Prosecuzione della promozione dell'attivazione del</p>

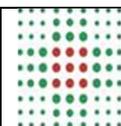
 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p>Scheda per il Riesame della Direzione</p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
--	--	----------------------------------

<p>(Obiettivo 2.3.1.2.- Piano Azioni 2019)</p>	<p>attivazione di FSE su una porzione di popolazione identificata</p>	<p>FSE attraverso incontri con la popolazione. In previsione un incontro per la popolazione di riferimento di LagriSalute</p>
<p>c) Sistema informativo CdS (Obiettivo 2.3.1.6.- Piano Azioni 2019)</p>	<p>c)E' stato tempestivamente implementato il Sistema Informativo delle CdS per consentire la raccolta sistematica delle informazioni sull'organizzazione delle CdS.</p>	<p>c) Implementazione del Sistema Informativo con i dati relativi alle nuove attività , in particolare relativamente alla CdS LagriSalute</p>
<p>d) Utilizzo software Arianna negli ambulatori infermieristici</p>	<p>d)E' stato promosso l'utilizzo per la registrazione delle prestazioni infermieristiche</p>	<p>d) Si attende un aumento di prestazioni come conseguenza del progetto di miglioramento attivato (prima attivazione presso CdS Felino) e in implementazione: ambulatorio infermieristico prestazionale con possibilità di consulenza vulnologica per medicazioni complesse, in esito ad un confronto con i MMG dell'ambito, in un ottica di appropriatezza di setting prestazionale. Si attende riduzione di accessi domiciliari impropri</p>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p align="center"><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE DIPARTIMENTO CHIRURGICO

Indicazioni per la compilazione		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Per ogni elemento in ingresso elencare in modo sintetico, nella casella di sinistra, i riferimenti indispensabili e gli aspetti rilevanti ai fini del riesame.</p>	<p>Per ogni elemento in ingresso, riportare sinteticamente, nella casella centrale le valutazioni/commenti rispetto a quanto definito nella prima casella</p>	<p><b>Per Ogni Elemento in ingresso, definire quali siano gli eventuali elementi in uscita, con riferimento prioritario ai seguenti elementi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni relative al miglioramento del SGQ e dei suoi processi;</li> <li>• Azioni relative al miglioramento dei prodotti/prestazioni;</li> <li>• Azioni correttive e/o preventive in applicazione della Procedura aziendale per la verifica dei risultati PG.02.DIR.SAN.000;</li> <li>• Individuazione di proposte di Progetti di Miglioramento;</li> <li>• Pianificazione di azioni di gestione del rischio (formazione, audit, verifiche, etc..)</li> <li>• Variazioni di obiettivi misurabili e relativi indici numerici;</li> <li>• Evidenziazione della necessità di risorse;</li> <li>• Eventuale variazione organizzative, gestionali; tecnologiche, etc...;</li> <li>• Eventuale programma di audit interni;</li> <li>• Definizione di obiettivi per la qualità.</li> </ul>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

Tempi di attesa		
<b>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>	<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>
<p>Governo dei tempi di attesa per interventi chirurgici oggetto di monitoraggio RER .</p> <p>1-Mantenimento IP TdA Per i tumori selezionati (entro la classe di priorità)</p> <p>2-Mantenimento IP TdA per le protesi d'anca (entro la classe di priorità)</p> <p>3-Rispetto IP TdA per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio(entro la classe di priorità segnalata)</p>	<p><b>Valore previsto 90% ( dati rilevati da Siseps).</b></p> <p>Valore consuntivo:</p> <p>1- 90,60 raggiunto (tenere sotto controllo)</p> <p>2- 95 raggiunto (tenere sotto controllo)</p> <p>3- <b>85.30 da migliorare</b></p>	<p>1.Miglioramento percorso di programmazione di Comparto operatorio e informatizzazione del percorso chirurgico.</p> <p>2.Collaborazione tra figure dedicate al monitoraggio del percorso Liste d'attesa mediante il corretto utilizzo di programmi gestionali informatici</p> <p>3.Monitoraggio degli interventi con programma LAT (gestione liste d'attesa).</p> <p>4.Incontri formativi sul corretto utilizzo del programma LAT</p> <p>5. miglioramento/implementazione risorse informatiche in collaborazione con il Servizio RIT</p>

Gestione Integrata percorsi pre-ricovero dei comparti operatori		
<b>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>	<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>
<p>Definizione di un progetto di gestione integrata dei percorsi pre-ricovero dei comparti operatori del P.O Aziendale.</p> <p>Avvio percorso integrato pre-operatorio</p>	<p>Nel 2019 sono state avviate le seguenti attività a riferimento della DGR n. 272/2017 e successive integrazioni. :</p> <p>1.Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione del percorso del Pre-ricovero Unico Centralizzato.</p> <p>2.uniformità modulistica, esami e percorso del paziente chirurgico con attenzione al rispetto del corretto setting assistenziale.</p> <p>3.Centralità del paziente e accentramento del percorso.</p> <p>4. Garantire la tempestività delle cure.</p>	<p>1.Avvio del percorso Pre-ricovero Unico Centralizzato secondo le linee guida regionali.</p> <p>2.Necessità di nomina di Coordinatore del prericovero Centralizzato.</p> <p>3. Miglioramento degli aspetti organizzativi e gestionali delle attività svolte al Servizio di Pre-ricovero attraverso il monitoraggio dei dati, e ove necessario, sono state attivate azioni di miglioramenti.</p> <p>4Incontri di Equipe per condivisione criticità e proposte di miglioramento</p>

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma	<b>Scheda per il Riesame della Direzione</b>	Rev. 00 del novembre 2019
---	--	---------------------------

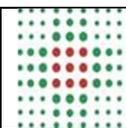

Protocollo ERAS		
<b>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>	<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>
Realizzazione progetto interdipartimentale di applicazione protocollo ERAS	1.Applicazione progetto Eras con applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione e selezione della casistica. 2.Per ogni paziente selezionato è stato effettuato un Counselling multidisciplinare con presa in carico. 3.A seguito di verifica il Team di progetto ha ritenuto necessario il miglioramento della calendarizzazione degli incontri	1.Riduzione giornate di degenza e ripresa più tempestiva delle condizioni cliniche dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici per patologia colo rettale. 2.audit organizzativo sui primi casi arruolati per la valutazione della corretta applicazione del protocollo. 3.Per il 2020 il Dipartimento avrà come obiettivo quello di incrementare il n.ro della casistica rispetto all'anno precedente.

Protocollo ERAS		
<b>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>	<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>
Definizione di un progetto di gestione integrata dei percorsi pre-ricovero dei comparti operatori del P.O Aziendale. Avvio percorso integrato pre-operatorio	Nel 2019 sono state avviate le seguenti attività a riferimento della DGR n. 272/2017 e successive integrazioni. : 1.Istituzione di un gruppo di lavoro per la definizione del percorso del Pre-ricovero Unico Centralizzato.	

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

	<p>2.uniformità modulistica, esami e percorso del paziente chirurgico con attenzione al rispetto del corretto setting assistenziale. 3.Centralità del paziente e accentramento del percorso. 4. Garantire la tempestività delle cure.</p>	<p>1.Avvio del percorso Pre-ricovero Unico Centralizzato secondo le linee guida regionali. 2.Necessità di nomina di Coordinatore del prericovero Centralizzato. 3. Miglioramento degli aspetti organizzativi e gestionali delle attività svolte al Servizio di Pre-ricovero attraverso il monitoraggio dei dati, e ove necessario, sono state attivate azioni di miglioramenti. 4Incontri di Equipe per condivisione criticità e proposte di miglioramento</p>

Check List di Sala Operatoria		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>AREA DELL'APPROPRIATEZZA, QUALITA' , SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO IND0721-2 Flusso Check list di Sala Operatoria <i>Assolvimento debito informativo ex circolare 18/16</i> 1-Compilazione SSCL per procedure AHRQ4 = 90% 2-Corrispondenza SSCL rispetto alla SDO su procedure AHRQ4 = 85%</p>	<p><u>Valore previsto</u> dati rilevati da Insider: 1- 90% 2-85% Valore consuntivo: 1- 87,77 (80.60 2018) 2- 66,22 da migliorare (56.89 2018)</p> <p>1.E' stata registrata una Non conformità (20/01/2019), che rilevava una discordanza nella % di invio del flusso dati regionale, dei due stabilimenti ospedalieri Fidenza e Borgotaro. 2.A seguito della stessa è stato elaborato un progetto di miglioramento il cui scopo è stato quello di avviare l'informatizzazione per la compilazione ed invio delle schede SSCL.</p>	<p>1.Monitoraggio dati da controllo Check List 2.Compilazione scheda SSCL e implementazione dei controlli con personale dedicato 3.Obiettivo 2020: Incrementare la % di invio in RER del flusso dati afferenti ai due stabilimenti ospedalieri 4. favorire l'omogenizzazione del processo in oggetto tra i due stabilimenti ospedalieri. 5.Partecipazione al progetto RER "Osservare"</p>



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

**Scheda per il**  
**Riesame della Direzione**

Rev. 00 del novembre 2019

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE 2019 - DIPARTIMENTO MEDICO E DELLA DIAGNOSTICA

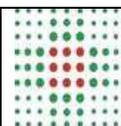
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA	EVIDENZE
<p><b>Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico:</b> <u>Qualità delle cartelle cliniche</u></p> <p>DPG2018/6282 del 25/04/2018</p> <p>DGR 1706/2009</p>	<p>E' stato progettato e condotto nel 2019 un audit sulla qualità della cartelle cliniche e della loro tenuta.</p>	<p>I risultati dell'audit sono stati presentati in occasione di un comitato di dipartimento del giugno 2019 in cui si è evidenziato un livello medio di completezza della documentazione vicino allo standard percentuale previsto. Per il 2020 l'audit dovrà prevedere un report dettagliato delle variabili, al fine di individuare aree più fini di intervento e miglioramento.</p>	<p>Verbale comitato di dipartimento giugno 2019</p>
<p>Linee guida RER per la compilazione e la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera, revisione 2018</p>	<p>Verificare la qualità dei dati codificati nella banca dati SDO e individuare eventuali criticità nella codifica e registrazione dei dati con particolare riferimento alla corretta codifica di diagnosi dell'IMA e della data di esecuzione dell'eventuale procedura di riperfusione.</p>	<p>Adesione al progetto regionale : "audit clinico sulla valutazione della qualità del percorso dell'emergenza cardiologica in Emilia Romagna"</p>	<p>Protocollo generale n. 0043803 del 4/7/2019</p>

<p><b>Area dell'innovazione di processo e prodotto:</b>  <u>Completamento processo di informatizzazione della terapia farmacologica</u></p>	<p>Sono state rilevate una serie di non conformità/criticità:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. i farmaci prescritti (principio attivo o brand) spesso non corrispondono a quelli approvvigionati ed effettivamente a disposizione per la somministrazione;</li> <li>2. la non corrispondenza della confezione farmaco a disposizione per la somministrazione con quello prescritto, genera l'impossibilità di lettura attraverso barcode e conseguente "forzatura manuale" da parte dell'operatore;</li> <li>3. l'impossibilità di lettura attraverso barcode, abbassa drasticamente il livello di sicurezza, generando possibilità di errore (esempio: farmaco giusto ma ad un dosaggio diverso), considerando che la prescrizione è impostata non in mg o g ma in numero di fiale o compresse;</li> <li>4. le unità operative sono dotate di lettori ottici: 4 lettori medicina, 4 neurologia, 2 cardiologia. Attualmente risultano funzionanti solo quelli presenti in cardiologia.</li> <li>6. cattivo funzionamento delle rete wi-fi in alcune aree delle degenze;</li> </ol>	<p>Analisi dipartimentale delle non conformità.</p> <p>Segnalazione non conformità al servizio Risorse Informatiche</p> <p>Risultato atteso: corretto funzionamento dell'applicativo gestionale e di tutte le componenti di supporto (lettori ottici; refe wifi) per garantire la massima sicurezza possibile all'utenza ed agli operatori coinvolti.</p>	<p>Documento di non conformità versione 0.0 dell'11/11/2019</p>
<p><b>Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico:</b>  <u>Interventi efficaci di igiene delle mani</u></p>	<p>E' stato monitorato l'indicatore "litri di gel idroalcolico/1000 giornate di degenza" (Standard 20 L/1000gg degenza): a novembre 2019 il consumo risultava pari a 16.32 lt/1000 gg degenza</p>	<p>Sono stati realizzati incontri formativi di sensibilizzazione sulla corretta igiene delle mani, che proseguiranno anche per il 2020. Sono state aumentate le postazioni di distribuzione del gel all'interno delle stanze di degenza e nelle aree comuni delle singole unità operative.</p> <p>Per il 2020, in accordo con il Dipartimento farmaceutico, proseguirà il monitoraggio trimestrale dell'indicatore.</p>	<p>Verbale Comitato di Dipartimento del 31/10/2019</p>

<p><b>Area dell'accesso e della domanda di prestazioni:</b> <u>Governo dei tempi di attesa</u></p>	<p>Sono stati monitorati i tempi di attesa visita neurologica, pneumologica, diabetologica, cardiologica, TAC torace addome in urgenza differita ed RMN in urgenza differita. Al riesame intermedio non sono risultati aderenti allo standard previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempi di attesa visita cardiologica</li> <li>- Tempi di attesa TAC torace-addome in urgenza differita</li> <li>- Tempi di attesa RM in urgenza differita</li> </ul>	<p>E' stato realizzato l'adeguamento degli organici, soprattutto in area medica e cardiologica; e' stata attuata una azione di implemetazione di ambulatori specialistici; è in programma definizione di percorsi ambulatoriali dedicati alle malattie cerebrovascolari e alla medicina del sonno e percorsi ambulatoriali per il paziente cronico pluripatologico (cardio-nefro-vascolare)</p>	<p>Dati controllo di gestione 2019</p> <p>Scheda budget 2020</p>
<p><b>Area dell'organizzazione:</b> <u>Modalità di afferenza alla Degenza Post Acuzie</u></p>	<p>Sono state identificate una serie di criticità in merito alle modalità di afferenza ai posti letto DPA da parte delle singole unità operative dipartimentali: è emersa la necessità di rivedere i criteri di eleggibilità anche alla luce del nuovo assetto dipartimentale e di rivedere la logistica dei posti letto</p>	<p>Revisione dei criteri di elegibilità/esclusione, modalità di proposta, gestione lista d'attesa per l'accesso alla Degenza Post Acuti</p> <p>Revisione della logistica</p> <p>Predisposizione check list per la corretta applicazione della I.O. da utilizzare per la verifica di audit prevista entro marzo 2020 ( primo anno di applicazione)</p>	<p>Revisione Istruzione Operativa n.1 del 27/03/2019</p>
<p><b>Area dell'organizzazione:</b> <b>riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera</b> <u>Riorganizzazione attività personale medico con l'UO Medicina Interna di Borgotaro per la continuità assistenziale notturna e diurna</u></p>	<p>E' stato realizzato un programma di rotazione dei professionisti tra le UO di Medicina Interna e cardiologia di Fidenza e l'UO di Medicina Interna di Borgotaro</p>	<p>Mantenimento del programma Incentivazione di parte dell'attività di guardia in remunerazione aggiuntiva per i professionisti coinvolti nella rotazione.</p>	<p>Evidenza della turnazione</p> <p>Scheda budget 2020</p>

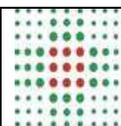
<p><b>Area dell'appropriatezza, qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico:</b>  <u>Promozione e sviluppo del sistema qualità a livello dipartimentale</u></p>	<p>Il Dipartimento, consapevole dell'importanza dell'implementazione nel proprio contesto del sistema qualità, intende dotarsi di uno strumento che dia sistematicità e organicità alle azioni intraprese e quelle da intraprendere, utile a definire risorse, ruoli, responsabilità, valutazione e misurazione dei risultati ed esiti conseguiti.</p> <p>Sono stati analizzati i report relativi ai reclami/elogi raccolti da <b>URP</b>:</p> <p>Indagine di qualità percepita</p>	<p>Formalizzazione del progetto di miglioramento "Il sistema qualità nel Dipartimento Medico e della Diagnostica : la rete dei facilitatori"</p> <p>Viene programmato per il 2020 indagine di qualità percepita per ogni unità operativa di degenza del dipartimento</p>	<p>PROGETTO DI MIGLIORAMENTO PM.00 Versione 0.0 del 22/11/2019</p> <p>Report URP 2019</p> <p>Questionario qualità Report indagine qualità percepita</p>
<p>Monitoraggio percorsi  Le informazioni sotto riportate si riferiscono a progetti già avviati nel 2019 ma anche ai principali obiettivi di miglioramento per il 2020</p>	<p>PDTA SLA</p> <p>PDTA (interaziendale) STROKE</p> <p>PDTA SINCOPE</p> <p>PDTA (interaziendale) dolore toracico</p>	<p>E' stata prevista una revisione del PDTA aziendale sulla SLA</p> <p>E' stato previsto aggiornamento PDTA interaziendale nell'ambito dello sviluppo del percorso stroke interaziendale</p> <p>E' stata costituita una Sincope UNIT. E' prevista redazione PDTA</p> <p>E' in corso aggiornamento della precedente versione risalente al 2014</p>	



 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p align="center"><b>Scheda per il</b> <b>Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	---	----------------------------------

## RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE - DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA

Adeguamento organizzativo		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Applicazione/implementazione Nuovi indirizzi della Regione per il miglioramento dell'accesso in E-U</p>	<p>Il DGR 1129 del 7/2019 prevede un tempogramma serrato al fine di efficientare l'adeguamento dell'organizzazione del PS nei prossimi 12 mesi. Questo implica l'adozione di misure di adeguamento che permettano di rispondere a queste richieste per raggiungere gli indicatori richiesti in Delibera</p>	<p><u>Personale</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assunzione di personale Dirigente a completare l'organico</li> <li>• Assunzione di un OSS per completare l'orario diurno dell'area Verdi</li> </ul> <p><u>Materiali/strutturali:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggiornamento del sistema informatico (programma PIESSSE: codici colore, costruzione I.O. attività OBI, consulenze informatizzate, terapia farmacologia informatizzata; telecardiologia)</li> <li>• Posizionamento nelle sale d'attesa dei monitor informativi</li> <li>• Completamento delle proposte di miglioramento strutturale (posta pneumatica per il laboratorio)</li> <li>• Riorganizzazione della gestione del paziente pediatrico e attivazione della Discharge Room in Medicina d'Urgenza</li> </ul> <p><u>Procedure:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivazione di percorsi di fast-track e per ridurre i rientri dei pazienti in PS per completamento delle procedure diagnostico-terapeutiche</li> </ul> <p><u>Sistema qualità:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audit organizzativi per valutazione raggiungimento obiettivi sugli indicatori della delibera</li> <li>• Aggiornamento annuale dell'IO sull'iper-afflusso con verifica semestrale dell'applicazione in base al NEDOCS</li> </ul>

 <b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA</b> Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma	<b>Scheda per il Riesame della Direzione</b>	Rev. 00 del novembre 2019
---	--	---------------------------

--	--	--

<b>Gestione Rischio Clinico</b>		
<b>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>	<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>
Gestione del rischio clinico – Prevenzione episodi di violenza sugli operatori	In attesa di direttive nazionali o regionali, si deve proseguire il lavoro iniziato assieme al SPPA riguardante la prevenzione di episodi di violenza sugli operatori	<u>Strutturali:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifiche strutturali già presentate al SPPA per la variazione dei flussi degli utenti e dei pazienti nelle aree adiacenti i locali del PS</li> <li>• Posizionamento di impianto video nei locali del triage</li> </ul> <u>Formazione:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partecipazione a corsi in materia di prevenzione di violenza sugli operatori</li> </ul> <u>Sistema qualità:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento dell'utilizzo della scheda per Incident Reporting (verifica semestrale)</li> <li>• Realizzazione di Significant Event Auditing in seguito ad un Evento Sentinella</li> </ul>

 <p><b>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</b> EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p>	<p><b>Scheda per il</b> <b>Riesame della Direzione</b></p>	<p>Rev. 00 del novembre 2019</p>
---	--	----------------------------------

<b>Governo documentazione sanitaria</b>		
<b>ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>	<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>
<p>Gestione rischio clinico – Miglioramento della compilazione e tenuta delle cartelle</p>	<p>A partire dalla scheda di non conformità compilata dopo l’audit clinico sulle cartelle della Medicina d’Urgenza 2019, si ritiene necessario un confronto con la Gestione del rischio al fine di adire a progetti di miglioramento interno</p>	<p><u>Sistema Qualità</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Progetto di miglioramento sulla gestione delle cartelle cliniche (documentazione sulla privacy, gestione dei documenti legati al consenso informato)</li> </ul>

REDAZIONE	<i>Staff dipartimentale qualità</i>	
VERIFICA APPROPRIATEZZA QUALITÀ	<i>Patrizia Ceroni RESP. STAFF QUALITÀ DAISMDP</i>	
APPROVAZIONE	<i>Pietro Pellegrini DIRETTORE DAISMDP</i>	
AUTORIZZAZIONE	<i>Pietro Pellegrini DIRETTORE DAISMDP</i>	
EMISSIONE	<i>Pietro Pellegrini DIRETTORE DAISMDP</i>	

**STATO DELLE REVISIONI**

rev. n.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
00	-----	-----	10/01/2020

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma</p> <p><b>DIPARTIMENTO ASSISTENZIALE INTEGRATO</b> <b>SALUTE MENTALE - DIPENDENZE PATOLOGICHE</b></p>	<p><b>RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE</b> <b>2019</b></p> <p><b>RRD.DAISMDP.000</b></p>	<p>REV. N. 00</p> <p>10/01/2020</p>
--	--	-------------------------------------

#### ABBREVIAZIONI/SIGLE

ADHD/DDAI	Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività	NPIA	Neuropsichiatria Infantile
CSM	Centro Salute Mentale	PAA	Piano Annuale di Attività
CT	Comunità Terapeutiche	PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
CUF	Comitato Utenti e Familiari	QP	Qualità Percepita
DAISMDP	Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche	RTE	Residenze a Trattamento Estensivo
DGA	Disturbi Generalizzati dell'Apprendimento	RTI	Residenze a Trattamento Intensivo
DGP	Disturbi Gravi di Personalità	SMA	Salute Mentale Adulti
DP	Dipendenze Patologiche	SerDP	Servizio Dipendenze Patologiche
DSA	Disturbi dello Spetto Autistico	SPO	Servizi Psichiatrici Ospedalieri
E/U	Emergenza/Urgenza	UOS	Unità Operativa Semplice

#### PREMESSA

Il presente documento viene redatto sulla base di quanto previsto dalla procedura aziendale PG.06.DIR.GEN.000 "GESTIONE DEL RIESAME DELLA DIREZIONE", e riassume le informazioni raccolte (e ad oggi disponibili) attraverso gli strumenti dipartimentali di programmazione e verifica (Piani Annuali di Attività, verifica dello standard di prodotto, report di cruscotti/percorsi, report Formazione, report Governo Clinico), già oggetto di analisi critica ai diversi livelli di articolazione del Dipartimento. Agli strumenti di verifica sopracitati si aggiunge il Report annuale di Attività del Dipartimento, destinato alla comunicazione interna ed esterna.

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI		COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA	evidenze	
Riferimenti	Obiettivi + evidenze docum.li				
Piano triennale qualità DAI SM-DP  Criticità da verifica PAA 2018	SISTEMA QUALITÀ	Miglioramento completezza e omogeneità nella raccolta dati di verifica	Le difficoltà rilevate nell'anno precedente in merito alle modalità di raccolta dei dati relativi allo standard di prodotto hanno reso opportuno programmare azioni formative rivolte alla rete qualità per la conoscenza e l'applicazione di percorsi e procedure dipartimentali	E' stato realizzato un percorso formativo per tutta la rete qualità dipartimentale	Report formazione
			Si è reso inoltre necessario programmare la redazione di strumenti che facilitino la corretta raccolta dei dati	E' stata realizzata e formalizzata un'azione di miglioramento che ha portato alla redazione di due istruzioni operative per la corretta rilevazione dei dati in merito alla gestione degli eventi rilevanti, al monitoraggio dei tempi di attesa per prime visite psichiatriche e all'utilizzo della scheda di progetto individualizzato nell'area SMA	azioni miglioram ento; istruzioni oprative
	PAA 2019	Indagini di qualità percepita	E' stata programmata un'indagine di qualità percepita per ogni area disciplinare, da realizzarsi nel corso del 2019	Area SMA: è stata realizzata un'indagine di QP presso tutte le strutture residenziali (RTI e RTE); l'elaborazione dei dati è tuttora in corso  Area NPIA: l'indagine di QP è stata realizzata presso la Casa del Bambino e dell'Adolescente, in collaborazione con le associazioni di volontariato e auto-mutuo-aiuto già attive presso la struttura. L'elaborazione dei dati ha consentito la redazione di un report che sarà condiviso anche con il CUF  Area DP: è stato messo a punto uno strumento per l'indagine di QP in corso di realizzazione per i nuovi utenti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo	Report indagini QP

		<b>Miglioramenti o strumenti di comunicazione e esterna</b>	E' stato programmato il miglioramento delle pagine dedicate al DAISMDP sul sito internet aziendale ed è stata prevista la redazione di materiale informativo aggiornato (brochure) per le diverse articolazioni dipartimentali	Si è concluso il progetto di miglioramento avviato nel 2018 per la revisione del sito aziendale e sono state condivise e formalizzate modalità e responsabilità per la revisione costante delle informazioni contenute nelle pagine dedicate al DAISMDP  La bozza delle brochure per tutte le articolazioni dipartimentali è stata sottoposta all'Ufficio Comunicazione Aziendale, ove è attualmente in visione	Relazione esito progetto miglioramento: Bozza brochure
		<b>Revisione documentale</b>	E' stata prevista la revisione della documentazione del sistema qualità relativa allo SPO e alla NPIA	L'azione di revisione documentale è stata avviata ma non ancora conclusa	

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI		COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA	evidenze
Riferimenti	Obiettivi + evidenze docum.li			
Piano Azioni Aziendale 2019  Criticità 2018  DGR 1423/2017  DGR 212/2016  DGR 1106/2014  DGR 1799/2011  DGR 1922/2018  DGR 1378/2011  DGR	<b>Percorsi</b>  <b>PDTA</b>  <b>Cruscotti</b>  <b>PAA 2019</b>	<b>Monitoraggio percorsi</b> La direzione dipartimentale garantisce la qualità dei percorsi attraverso attività di monitoraggio e verifica dei processi di cura e dei percorsi trasversali a più articolazioni ed aree disciplinari. Esercita una funzione di "cruscotto" e di governo dell'accesso nell'ambito dei principali programmi/percorsi.  Le informazioni sotto riportate si riferiscono ai principali obiettivi di miglioramento formulati per il 2019.		Catalogo prodotti
	<b>PDTA Esordi Psicotici</b>	Dopo la redazione del 2018, è prevista la piena diffusione del PDTA Esordi Psicotici, sia per quanto riguarda le modalità di applicazione sia per quanto attiene al suo monitoraggio	Sono stati realizzati diversi momenti formativi presso le diverse articolazioni dipartimentali per la conoscenza e l'approfondimento del PDTA e si è messo a punto un sistema più efficace di monitoraggio	Report percorsi  Verifica PAA
	<b>DCA</b>	E' stata prevista la revisione del documento interaziendale	E' stata redatta una bozza di revisione, attualmente in fase di attesa di approvazione	
	<b>Percorso autismo</b>	Per il 2019 si è scelto di focalizzarsi sulla realizzazione PRIA nella fascia 0-6 anni	E' stata data applicazione alle DGR 212/2016 e DGR 640/2019, al fine di assicurare la diagnosi e l'intervento precoce nella fascia 0-6 anni. Persistono invece difficoltà di risposta adeguata relativamente ai programmi di cura e ai progetti di vita delle persone giovani adulte	
	<b>Budget di Salute e residenzialità SMA</b>	Si prevede un incremento del numero di BdS attivati nell'anno	Nel 2019 sono stati attivati 158 progetti BdS (23 più dell'anno precedente)	
		Si prevede di mantenere almeno stabile l'indice di turnover delle strutture sanitarie e sociosanitarie	L'indice di turnover è mantenuto pari a quello del 2018	

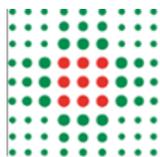
<p>640/2019 DGR 1554/2015 DGR 781/2011 DGR 1206/2017 LR 22/2013</p>			<p>Nell'ottica del superamento della residenzialità, si prevede la rimodulazione della residenza il Villino" di Salsomaggiore. La trasformazione del Gruppo Appartamento "La Barchessa" di Vigheffio</p>	<p>E' tuttora in fase di realizzazione il progetto di trasformazione della residenza "Il Villino" di Salsomaggiore. La trasformazione del Gruppo Appartamento "La Barchessa" di Vigheffio è confluito nella più ampia coprogettazione relativa all'intera area di Vigheffio</p>
		<p><b>Percorsi giudiziari</b></p>	<p>E' stata prevista la declinazione delle funzioni relative alla Psicopatologia Forense ed ai percorsi clinici rivolti a pazienti del DAISMDP soggetti a misure giudiziarie</p> <p>Ipotesi di riconversione della REMS temporanea di Casale di Mezzani</p>	<p>È stata redatta procedura per normare le funzioni della UOC "Psicopatologie Forense" sia rispetto al sistema dipartimentale (Direzione, Centri di Salute Mentale, SERDP, rete Ospedaliera e Residenziale) sia nelle relazioni esterne, in particolare con l'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Sono state formulate ipotesi di riconversione della struttura, la cui chiusura è stata però rinviata</p>
		<p><b>Gravi disturbi di personalità</b></p>	<p>Proseguimento dei lavori del gruppo dedicato alla definizione di un percorso per i DGP</p>	<p>Il gruppo di lavoro sta proseguendo la sua attività, documentata attraverso report annuale</p>
		<p><b>Programma adolescenza e giovane età</b></p>	<p>In applicazione della DGR 1423/2017, è stata programmata l'attivazione di equipe funzionali adolescenza e giovane età.</p> <p>Si è valutato opportuno attivare un percorso intraziendale dedicato all'adolescente e al giovane adulto giunto in PS con sospetto quadro psicopatologico.</p>	<p>Presso ogni distretto è stata attivata un'equipe funzionale adolescenza, la cui attività viene documentata attraverso report semestrali</p> <p>E' stato avviato il processo di definizione del percorso</p>

			E' stata prevista la possibilità di ricoveri di minori presso strutture psichiatriche per adulti, sulla base di quanto previsto dalla DGR 1106/2014	E' stato redatto e diffuso il documento "Linee di indirizzo per l'accoglienza di minori in luogo di cura per adulti"	
		<b>Inserimenti in Comunità Terapeutiche DP</b>	E' stato identificato un obiettivo specifico per la riduzione degli inserimenti in CT DP extraprovinciali	Per il raggiungimento dell'obiettivo è stata attivato il coinvolgimento tempestivo del comitato di monitoraggio, in caso di proposta di inserimento in comunità extraprovinciali. Nell'anno si è assistito alla riduzione del budget investito per gli inserimenti extraprovinciali.  Negli ultimi mesi dell'anno è stato inoltre siglato il nuovo accordo di fornitura per gli inserimenti in comunità terapeutiche provinciali accreditate	
		<b>Disturbi da Gioco d'Azzardo</b>	PDTA	Nel corso del 2020 è stato redatto e condiviso il PDTA dipartimentale per i Disturbi da Gioco d'Azzardo ed è stato adottato uno strumento di rilevazione della soddisfazione dell'utente, applicato ai nuovi utenti giocatori dei SerDP a partire dall'ultimo trimestre dell'anno	
			Realizzazione progetti territoriali di prevenzione e contrasto del disturba da gioco d'azzardo	In tutti i Distretti provinciali sono stati realizzati i progetti di prevenzione e contrasto del disturbo da gioco d'azzardo, attraverso interventi di prevenzione presso gli istituti scolastici, di formazione congiunta con i servizi sociali territoriali, di attività realizzate tramite convenzioni con Enti Locali e associazione anti-usura, e tramite rapporti con associazioni di mutuo-auto-aiuto	
		<b>Residenzialità NPIA</b>	Prosegue l'attività di monitoraggio costante delle colocazioni extrafamiliari di minori	Dai dati riportati nel report, emerge una diminuzione del numero delle colocazioni extraprovinciali. Si sottolinea inoltre l'alto numero di inserimenti in struttura di ragazzi prossimi al raggiungimento della maggiore età o già maggiorenni	

		<b>ADHD/DDAI</b>	Si pone come obiettivo il mantenimento della risposta alle domande di accoglienza, valutazione e diagnosi di minori con sospetto di ADHD/DDAI.	Sono stati attivati ambulatori e percorsi per ADHD/DDAI per la piena attuazione delle Linee di Indirizzo Regionali	
		<b>DSA</b>	Si pone come obiettivo il mantenimento della risposta alle domande di accoglienza, valutazione e diagnosi di minori con sospetto di DSA.	Per la piena attuazione delle Linee di Indirizzo Regionali relative ai DSA, sono stati attivati ambulatori e percorsi e utilizzate convenzioni	
		<b>Ricoveri psichiatrici presso SPDC, SPOI, RTI</b>	Prosegue l'attività di monitoraggio costante dei ricoveri psichiatrici	Da criticità rilevate dal confronto tra operatori dei diversi servizi, si pone l'indicazione per l'attivazione di un focus group per migliorare l'appropriatezza delle ammissioni/dimissioni dai reparti, che sarà oggetto di programmazione nel 2020.	

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI		COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA	evidenze
Riferimenti	Obiettivi + evidenze docum.li			
Piano triennale Governo Clinico  DGR 1928/2019	<b>GOVERNO CLINICO</b>  Piano annuale governo clinico  PAA	Per l'anno 2019 sono state programmate azioni finalizzate alla corretta modalità di segnalazione degli eventi rilevanti, anche alla luce dei nuovi documenti aziendali.	E' stata redatta e diffusa una istruzione operativa per il monitoraggio e la segnalazione di eventi rilevanti (IO.24.DAISMDP.000), in applicazione dei documenti aziendali di gestione del rischio	Report governo clinico
		E' stata programmata una riorganizzazione delle attività finalizzate al monitoraggio dei pazienti CSM in trattamento con antipsicotici	E' stato organizzato un ambulatorio dedicato alla prevenzione della sindrome metabolica presso i CMS di Parma ed è stata redatta un'Istruzione Operativa che ne declina le modalità organizzative (IO.23.DAISMP.00)	
		E' mantenuta l'attività di monitoraggio dei principali dati relativi al governo clinico e alla gestione del rischio	Non si rilevano criticità particolari tra i dati relativi alla gestione del rischio	
		Per il 2019 è stata prevista la formalizzazione del protocollo di interfaccia con la Polizia Municipale dei diversi Distretti per l'effettuazione di TSO	Il percorso è stato avviato, al momento attuale si sta predisponendo la revisione dei protocolli locali	
PAA  Dossier Formativo	<b>FORMAZIONE</b>  Catalogo eventi formativi	<b>Piano formativo</b>  Come previsto dall'organizzazione aziendale e dipartimentale, è stato redatto un piano formativo per l'anno 2019 centrato sulle aree tematiche ritenute prioritarie. Per 4 aree tematiche sono state previste valutazioni di impatto	Dei 136 eventi formativi pianificati, ne sono stati realizzati 119 (87%). Sono state verificate alcune delle valutazioni di impatto previste, altre sono tuttora in corso	Report formazione

<b>ELEMENTI IN INGRESSO</b>		<b>COMMENTI- VALUTAZIONI</b>	<b>ELEMENTI IN USCITA</b>		
<b>INFORMAZIONI DISPONIBILI</b>					
		<b>Clinical competence</b>	E' stata prevista la prosecuzione del progetto di definizione delle clinical competence per la figura professionale dell'infermiere, avviato nel 2018	Il focus group dedicato ha proceduto alla definizione delle competenze trasversali per il profilo professionale dell'infermiere del DAISMDP	evidenze Verifica PAA
<b>Criticità standard di prodotto 2018</b>	<b>ACCESSO</b>	<b>Tempi attesa NPIA</b>	Si prevede la rimodulazione del sistema di accessi CUP ai CNPIA del Distretto di Parma	L'efficacia delle azioni realizzate negli ultimi mesi del 2019 sarà misurabile soltanto nel 2020	



## FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOOAUSLPR  
REGISTRO: Protocollo generale  
NUMERO: 0004770  
DATA: 24/01/2020  
OGGETTO: Riunione Consiglio di Dipartimento di Sanità Pubblica per il Riesame DSP II° semestre 2019 del 24.01.2019

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Paolo Cozzolino

CLASSIFICAZIONI:

- [04-01-01]

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
PG0004770_2020_Lettera_firmata.pdf:	Cozzolino Paolo	FF619A52564A09FB2545CE14319DD50D3 8104AB5B811B3A7F92C0D6C9616CFE9
PG0004770_2020_Allegato1.docx:		F299917A49C51F9D21C69E45B4F1A5CC 329F18AB8DE67A84C0CEE6520FFACA0E



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.

Natalia Sodano - Str. Organiz. Terr.  
S.I.S.P. PARMA

Silvia Paglioli - Str. Organiz. Terr.  
S.I.S.P. PARMA

Cosimo Paladini - DIPARTIMENTO  
Sanità Pubblica

Luca Zarenghi - DIPARTIMENTO  
Sanità Pubblica

Marco Pierantoni - DIPARTIMENTO  
Sanità Pubblica

Francesco Zilioli - DSP/S.I.A.N. -  
Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione  
Aziendale

Luigi Roccatto - DSP/S.P.S.A.L. -  
Servizio Prevenzione e Sicurezza  
Ambienti di Lavoro Aziendale

Cristiana Damini - U.O. Accreditamento  
e Qualità Aziendale

Silvia Illica Magrini - DIPARTIMENTO  
Sanità Pubblica

**OGGETTO:** Riunione Consiglio di Dipartimento di Sanità Pubblica per il Riesame DSP II° semestre 2019 del 24.01.2019

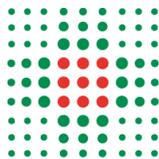
**Presenti:** Dr. Cozzolino Paolo (Direttore), Dr.ssa Paola Scaramuzza, Dr. Francesco Zilioli, Dr.ssa Sodano Natalia, Dr.ssa Daniela Porta, Dr. Marco Pierantoni, Dr. Luca Zarenghi, Dr. Cosimo Paladini, Dr. Roccatto Luigi, Dr.ssa Silvia Paglioli

**Verbalizzante:** Dott.ssa Silvia Illica Magrini

**Ordine del giorno:**

**1. Riesame della Direzione del DSP**

Il Direttore apre la seduta avvisa che il giorno 31 gennaio ci sarà il budget del DSP presso la Sede centrale. Invita i Direttori a presentarsi.



Il giorno 5 febbraio propone un incontro per verificare i budget e i piani di attività 2020 e regolamento DSP. Programma anche il Comitato di Dipartimento per il giorno giovedì 27 febbraio, con la presentazione della Relazione Sanitaria del DSP 2019.

Chiede al Direttore del SISP di relazioni sul riesame.

La Dr.ssa Sodano prende la parola e espone i dati di attività dell'Area Ambiente esponendo al Consiglio alcune slides di presentazione.

Anno molto impegnativo per quanto riguarda il turn over del personale.

Hanno toccato sia il personale dirigenziale che quello del comparto.

Tecnici in assenza per malattia per diversi mesi. Organico ridotto con cui si è cercato di garantire l'attività pianificata.

È inoltre stato elaborato un piano di riorganizzazione dell'area con la creazione di un nucleo ambiente.

Prosegue esponendo i dati di attività.

Cozzolino chiede se lo schema operativo del nucleo funziona. Sodano dice che a fronte della scarsità di organico, il nucleo ha aiutato a fare fronte.

Il giudizio è positivo.

Prosegue attività legata al PAIP. Ultimata presentazione linea asmatici.

Proseguono i tavoli tecnici su Laminam, incontri preliminari aggiuntivi alla conferenza di servizi.

L'area ambiente è prevalentemente su domanda. La Dr.ssa Sodano sottolinea l'attività di tutela condizioni igieniche e di sicurezza strutture (prodotto 7.1) incrementata in relazione all'evento parma 202 con un incremento delle commissioni spettacolo e autorizzative.

La vigilanza e le attività di sopralluogo sono cresciute rispetto alla previsione 2019, a dimostrazione dello sforzo portato avanti dal Servizio.

Campioni legionella (prodotto ITAC 9) hanno alzato le previsioni (dal 145 campioni previsti a 294 effettuati)

La Dr.ssa Sodano dice che non ha più senso portare avanti controlli su appartamenti privati termoautonomi, sostituendola con l'attività di fornire indicazioni pratiche di manutenzioni impianti.

Passa la parola alla Dr.ssa Paglioli per l'area profilassi e vaccinazioni.

Silvia Paglioli illustra uno schema delle chiamate attive da calendarizzare per il prossimo anno, a premessa della rendicontazione delle attività che sono state fatte lo scorso anno.

Le vaccinazioni sono diventate sempre più impattanti rispetto a tutto il ciclo di vita.

Per quanto riguarda la gestione sorveglianza malattie infettive, sono pervenute 3500 notifiche a cui sono seguite più di 1500 indagini epidemiologiche.

Illustra report accessi agli ambulatori vaccinali: si tratta di una attività in aumento e registriamo in ogni distretto una quota maggiore nel 2019 rispetto allo scorso anno.

Sono aumentate le donne in gravidanza vaccinate.

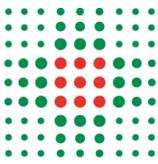
La medicina dello sport necessita di una premessa importante relativamente alle difficoltà di reperimento del personale nell'anno 2019.

I LEA includono anche la attività svolta a favore dei disabili, che nel 2019 è cresciuta.

La medicina legale ha lavorato con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa.

7579 visite per 133 sedute CML

Valutazioni di incompatibilità carceraria: 75 da giungo 2019, Si tratta di attività molto complicate.



Orientamento sempre maggiore alla chiamata attiva. Oggi si formulano inviti non più generici alla popolazione ma si fornisce luogo e data di invito alla vaccinazione. Questo comporta una facilitazione dell'attività per quanto riguarda la postalizzazione, ma un maggior impegno del personale.

Problema di reperimento del personale e dell'elevato turn over del personale, si è deciso pertanto di introdurre nello staff della AS alcuni IP per dare stabilità.

Passa la parola al Dr. Roccatto per lo SPSAL.

Nell'ambito dello SPSAL c'è differenza sostanziale tra numero sopralluoghi effettuati e numeri aziende controllate. A fronte di un sopralluogo sono spesso varie le aziende controllate: 1,8 aziende per ogni accesso effettuato.

Il totale aziende controllate nell'anno come sopralluogo è stato raggiunto il 103% attività programmate.

Segnalazioni e inchieste: attività non programmata, siamo arrivati al 86% (dato storico)

Nell'ambito attività dipartimentali sono stati effettuati altri sopralluoghi tra amianto e altri in numero di 57.

L'obiettivo regionale del 9% corrisponde a 2148 controlli. 2123 effettuati durante attività.

Si aggiungono però le Unità locali sottoposte con gli orari non convenzionali, per un totale di 2386.

È il primo anno che le attività in ONC aiutano a raggiungere il 9%.

Questo perché dal 2019 l'INAIL trasmette tutti i referti per infortuni che superano i 40 giorni.

Nel solo secondo semestre 2019 ne sono arrivati 78 contro i 2 del 2018.

Questo ha drenato molte risorse.

Vigilanza cantieri amianto 15% rispetto ai piani presentati, obiettivo raggiunto.

Servizio impiantistico UOIA: raggiunti obiettivi prefissati.

Verifiche periodiche di competenza esclusiva e supporto attività SPSAL.

97% attività programmate raggiunte.

UOIA fornisce supporto alle commissioni autorizzazioni al funzionamento, anche con le verifiche.

Cozzolino chiede sulla parte medica degli ambulatori, che andrà avanti come gli anni scorsi.

Controllo medici competenti: 15 ogni anno. Storicamente viene effettuato perché è un LEA.

Cozzolino invita a considerare questa attività, che ritiene vada incrementata.

Va controllato ogni anno il 10 per cento del totale dei Medici Competenti.

113 verbali di prescrizione. Introiti sanzioni nel secondo semestre 2019 sono il 150% rispetto al secondo semestre del 2018.

Cozzolino raccomanda di formare il personale nuovo con un occhio alla specializzazione estrema delle attività più difficili e meno frequenti.

Il Dr. Zilioli illustra il riesame per il SIAN.

Dati in linea con quanto programmato.

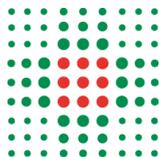
Complessivamente tutto quanto era programmato è stato effettuato.

Occorre segnalare che sono molto alti i numeri dei sopralluoghi a vuoto perché le aziende non segnalano la chiusura, 262 accessi senza avere esito (impianti chiusi).

Piano campionamento portati a termine.

Piano miglioramento: migliorare attività ispettiva sui MOCA.

Il Dr. Cozzolino espone al consiglio il verbale riesame secondo semestre dell'Area Veterinaria.



Occorre rivedere i sistemi documentali e rivedere alcune procedure per l'emanazione del nuovo regolamento per la sicurezza alimentare 652/17.

Rispetto ai dati di attività, l'andamento delle attività pianificate ha trovato un netto miglioramento nel grado di raggiungimento di obiettivi in conseguenza della copertura delle carenze di personale rilevata per anni precedenti per il Servizio C.

Illustra le problematiche emerse dal regolamento 624/19 sulla macellazione di urgenza.

Si prospettano carenze di personale per il Servizio B e A alle quali si sta' facendo fronte con i concorsi.

Successivamente la Dottoressa Scaramuzza fa una sintesi del riesame dei Servizi e espone il documento finale alla approvazione del Consiglio che lo licenzia.

Il documento di riesame viene allegato al presente verbale.

## **Il Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica**

Dott. Paolo Cozzolino

Firmato digitalmente da:

Paolo Cozzolino

Responsabile procedimento:  
Paola Scaramuzza



**RAPPORTO DEL RIESAME DELLA DIREZIONE Del DSP II° semestre 2019 del 24.01.2020**

Indicazioni per la compilazione		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Per ogni elemento in ingresso elencare, sinteticamente, nella casella di sinistra, i riferimenti indispensabili e gli aspetti rilevanti ai fini del riesame.</p>	<p>Per ogni elemento in ingresso, riportare sinteticamente, nella casella centrale le valutazioni/commenti sintetici rispetto a quanto definito nella prima casella</p>	<p><b>Per Ogni Elemento in ingresso, definire quali siano gli eventuali elementi in uscita, con riferimento prioritario ai seguenti elementi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azioni relative al miglioramento del SGQ e dei suoi processi;</li> <li>• Azioni relative al miglioramento dei prodotti/prestazioni;</li> <li>• Azioni correttive e/o preventive in applicazione della PG 20 DSP 000_NCA e della Procedura aziendale per la verifica dei risultati PG.02.DIR.SAN.;</li> <li>• Individuazione di proposte di Progetti di Miglioramento con successivi mandati;</li> <li>• Pianificazione di azioni di Governo Clinico/gestione del rischio (formazione, addestramento, modifica di procedure/istruzioni, sistemi di verifica);</li> <li>• Variazioni di obiettivi misurabili e relativi indici numerici;</li> <li>• Evidenziazione della necessità di risorse;</li> <li>• Eventuali variazioni organizzative, gestionali; tecnologiche, etc...;</li> <li>• Eventuale variazione della politica;</li> <li>• Eventuale programma di audit interni;</li> <li>• Definizione di obiettivi per la qualità.</li> </ul>

**1. Grado di realizzazione di azioni stabilite in seguito a precedenti riesami**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>1. Nel primo semestre 2019, come programmato, è stato sviluppato il progetto dipartimentale biennale per lo sviluppo delle attività di Supervisione che ha previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'aggiornamento e l'emissione della procedura dipartimentale PG 18 DSP 000 Supervisio,</li> <li>- la formazione dei Supervisor, l'avvio del processo di allineamento in campo dei nuovi supervisor.</li> <li>- Lo svolgimento del piano delle supervisioni nei singoli servizi, alla fine del primo semestre, è stata avviata in tutti i servizi e risulta conforme alla progettazione inserita nei piani di Governo clinico</li> </ul> <p>Resta da completare, rispetto ai programmi, la predisposizione e l'utilizzo in campo di un nuovo applicativo associato al programma di gestione del sistema informativo in uso al DSP specifico per la rendicontazione delle attività di supervisione.</p> <p>2. Nel secondo semestre 2019 il Gruppo qualità del DSP proseguirà con il completamento della revisione di procedure/istruzioni dipartimentali, con la definizione almeno dei seguenti nuovi documenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Istruzione operativa per l'applicazione dei controlli su strada sui mezzi di trasporto;</li> <li>- Istruzione operativa per il rilascio di diffide e sanzioni relative alle infrazioni nell'ambito della etichettatura degli alimenti</li> </ul> <p>Inoltre è prevista la revisione del Manuale Qualità del DSP, in parallelo con la revisione di Manuali Qualità dei Servizi e dei documenti ad</p>	<p>Il nuovo applicativo associato al programma di gestione del sistema informativo in uso al DSP specifico per rendicontazione delle attività di supervisione è attivo e le attività di supervisione svolte sono state inserite da parte di tutti i servizi.</p> <p>Lo sviluppo del sistema qualità del DSP ha proseguito nel corso del 2019, deve essere completato</p>	<p>Nel primo semestre 2020 si prevede di completare l'aggiornamento complessivo del set procedurale del DSP ed il MQ del DSP ed a ricaduta del set procedurale ed il MQ dei singoli Servizi in allineamento con applicazione della DGR 1943/2017 ed al sistema qualità di livello aziendale, recentemente aggiornato, oltre che ad aggiornamenti a cambiamenti normativi/organizzativi di settore che possono interessare i singoli Servizi del DSP.</p>

essi collegati, in applicazione della DGR 1943/2017 ed al sistema qualità di livello aziendale, recentemente aggiornato.

**2. Verbale del Riesame di Servizio (solo per il Riesame del Servizio Aziendale o di Dipartimento)**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<b>Verbali dei Servizi aziendali</b> <b>ADSPV Verbale Prot. n. 0004031 del 22/01/2020</b> <b>SIAN Verbale Prot. n. 0004586 del 24/01/2020</b> <b>SISP Verbale Prot. n. 0003268 del 20/01/2020</b> <b>SPSAL Verbale riesame Prot. 0003808 del 22.01.2020</b>	I direttori dei Servizi e del DSP nel corso del Riesame valutano sinteticamente e ed evidenziano gli aspetti salienti per i propri Servizi in allineamento con il livello dipartimentale.	Per le determinazioni specifiche di ogni Servizio si rimanda ai rispettivi Verbali di Riesame. Eventuali elementi sistemici sono considerati negli elementi in ingresso compatibili con l'argomento, ai successivi punti del presente documento.

**3. Risultati degli Audit interni**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
Gli Audit di livello dipartimentale previsti per l'anno 2019 sono stati svolti in data 20 dicembre 2019 presso sede del DSP. Sono stati svolti tutti gli Audit interni dei Servizi, rendicontati nel Verbale del Riesame di riferimento.	Gli aspetti di miglioramento emersi dai report di Audit sono in parte stati risolti ed in parte in fase di gestione nei singoli Servizi. Il sistema qualità del DSP risulta nel suo complesso agito e congruente con quanto stabilito, nell'ambito di tutti i servizi. I rilevati raccolti sono stati segnalati nel Report dei singoli Audit e saranno oggetto di successive verifiche.	1. Gli Audit interni dei servizi e di livello dipartimentale sono programmati per il secondo semestre 2020.

**4. Relazione sulle attività del Piano di Governo Clinico**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
1. Tutti i Servizi hanno predisposto ed agito un Piano di Governo Clinico allegato al Piano di Attività 2019. Il grado di realizzazione dei Piani di Governo Clinico 2019 dei Servizi Afferenti al DSP è stato relazionato nei verbali del Riesame dei singoli servizi.	Non sono stati segnalati scostamenti significativi tra le attività programmate e le attività svolte.	I Piani di Governo Clinico dei singoli Servizi saranno predisposti ed allegati al Piano delle Attività 2020.

**5. Non Conformità interne e stato della gestione di azioni preventive e correttive**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
Non sono in corso di gestione NC interne e azioni correttive o preventive di livello dipartimentale in relazione al sistema qualità del DSP.	NC interne ai singoli servizi sono gestite nel sistema qualità di riferimento e sono richiamati nel Rapporto del Riesame degli stessi.	

**6. Non Conformità, raccomandazioni e proposte per il miglioramento, espresse in occasione di audit eseguiti da terzi sui servizi**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
Nel corso dell'anno 2019 non sono stati rilevati elementi di livello dipartimentale. Nel verbale del Riesame dei singoli Servizi non sono stati evidenziati elementi e rilievi che riguardino i Servizi.		

**7. Acquisizione di Report su attività di Audit effettuate da Autorità competenti nazioni (Regione/Ministero), FVO, paesi terzi, non dirette sulla AUSL di Parma**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
Nei verbali di Riesame dei Servizi sono individuati i report relativi di interesse.	Nei report a disposizione non risultano osservazioni, rilievi specifici rispetto alle attività svolte nei singoli servizi	

8. Andamento ed esiti dei Progetti di Miglioramento		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>1. Progetti di miglioramento dei Servizi e DSP stabiliti nel Piano di Attività 2019.</p> <p>2. <b>Progetto di miglioramento del DSP 2019 Attività di Supervisione (Governo Clinico)</b> Obiettivo del progetto è migliorare la modalità con cui i Servizi del DSP conducono l'attività di supervisione per la valutazione degli operatori nell'ambito più generale del Governo clinico e della valutazione della Clinical Competence</p> <p>• <b>3. Progetto di miglioramento del DSP 2019: La gestione della relazione nell'ambito del rapporto con gli utenti (Governo Clinico)</b> Sara predisposta e somministrata una formazione riguardante gli operatori del DSP sul miglioramento delle interrelazioni con l'utenza sia nell'ambito del controllo ufficiale che nell'ambito delle attività sulla persona.</p> <p>• 4. In data 2 maggio 2019 con Prot. 0028465 è stato emanato a cura della direzione del DSP il <b>Piano Programmatico di Miglioramento per il Triennio 2019-2021 del Dipartimento di Sanità Pubblica.</b> Nel corso del 2019 la direzione del DSP ha</p>	<p>1. I progetti sono stati completati e lo stato di avanzamento è descritto nei Report di Riesame dei singoli Servizi.</p> <p>2. Il progetto di miglioramento è stato completato, sono stati svolti i corsi di formazione per Supervisor ed è stata sviluppata e emessa la revisione della PG 18 DSP 000 Supervisio contenete gli elementi previsti nel progetto di miglioramento.</p> <p>3. L'elemento di miglioramento definito ha visto la progettazione e lo svolgimento di un corso di formazione interattiva somministrata ad gli operatori del DSP volta al miglioramento delle interrelazioni tra operatori e tra operatori ed organizzazione. Corso dipartimentale il tenuto si in data 11 novembre 2019 .</p> <p>4. Il gruppo qualità del DSP ha sviluppato un primo schema di catalogazione e descrizione delle attività/prestazioni svolte del DSP rivolte all'utenza. Per quanto riguarda set di documenti procedurali descrittivi delle modalità di gestione del processo di</p>	<p>3. Ulteriori attività formative si rimandano allo sviluppo complessivo del <b>Piano Programmatico di Miglioramento per il Triennio 2019-2021 del Dipartimento di Sanità Pubblica</b> nel cui contesto è racchiuso l'elemento di miglioramento individuato.</p> <p>4. Nel 2020 si ritiene di attuare il progetto di miglioramento dipartimentale per la catalogazione delle attività/prestazioni rivolte all'utenza e la loro pubblicazione/diffusione informativa all'utenza.</p> <p>Per il completamento dello sviluppo del modello di gestione del processo di Governo Clinico e delle Competenze degli Operatori del DSP si ritiene di procedere nell'ambito di applicazione del <b>Piano Programmatico di Miglioramento per il Triennio 2019-2021 del Dipartimento di Sanità</b></p>

<p>dato mandato al Gruppo Qualità del DSP di predisporre la prima fase di sviluppo di alcuni degli elementi di miglioramento individuati. In particolare per quanto riguarda la catalogazione ai fini della comunicazione verso utenti, stakeholder e più in generale popolazione interessata delle prestazioni fruibili presso il DSP e delle modalità di accesso e rilascio delle stesse. Inoltre si prevede di avviare la fase di aggiornamento del set di documenti procedurali descrittivi delle modalità di gestione del processo di Governo Clinico e delle Competenze degli Operatori del DSP, in relazione anche alla fase di aggiornamento complessivo del SGQ di livello dipartimentale</p>	<p>Governo Clinico e delle Competenze degli Operatori del DSP è stata sviluppata una prima bozza di documento descrittivo e modulistica di registrazione associata. Inoltre il Dipartimento ha partecipato attivamente alla fase di sviluppo e definizione degli elementi di valutazione trasversali in fase di definizione per tutti gli operatori A. USL Parma, a cura della UO di Formazione. Il progetto ha previsto il coinvolgimento attraverso applicazione sperimentale di check list valutative in alcuni settori del DSP.</p>	<p><b>Pubblica</b>, in accordo con le indicazioni che verranno dalla direzione aziendale.</p>
--	---	---

**9. Informazioni, segnalazioni od osservazioni comunicate dagli operatori dei servizi rispetto criticità od altri elementi utili al miglioramento**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
Non risultano rendicontati elementi di livello dipartimentale.	Altri aspetti specifici di servizio sono stati descritti e gestiti nel riesame dei singoli servizi.	

**10. Informazioni di ritorno dagli utenti e dalle altre parti interessate sul grado di soddisfacimento delle esigenze e aspettative (Report periodico e singole segnalazioni da URP, evidenze di rapporti con Stakeholder, attività ad hoc implementate e richieste ricevute)**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
1. Le segnalazioni da utenti sono state ricevute attraverso URP, e trattate nei servizi di competenza.	Esse sono state prese in carico e gestite.	

**11. Analisi delle prestazioni dei fornitori di servizi, attrezzature, materiali**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>Risultano sottoposte a trattamento dalle direzioni dei Servizi Veterinari B e C n. 2 NC a carico di veterinari ufficiali e tecnico della prevenzione inserite nel registro presente nel SGQ dell' ADSPV.</p>	<p>Le NC sono state adeguatamente trattate. Le azioni correttive sono state concluse efficacemente.</p>	

**12. Valutazione dei risultati conseguiti rispetto al Piano di attività compresi gli esiti del documento di valutazione delle performance**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>1. I risultati conseguiti rispetto al piano di attività dei singoli servizi sono sinteticamente rendicontati e valutati nel documento Mod.PG09DSP.000RRM.02 "Riesame della direzione, per tutti i Servizi". 2. Si evidenziano in diversi Servizi difficoltà nella realizzazione e mantenimento degli standard prefissati nei Piani di Attività, legate alla carenza di personale ed al suo frequente turn over.</p>	<p>1. Nei report dei Servizi sono descritti i livelli di realizzazione del Piano di Attività raggiunti nel 2019. 2. Le difficoltà legate alle carenze ed ai turn over sono particolarmente evidenti nei servizi SISP, SPSAL e ADSPV.</p>	<p>2. La direzione del DSP, in accordo con la direzione dei singoli servizi prosegue con le necessarie azioni al fine di compensare la carenza di personale attraverso le opportune soluzioni organizzative, in accordo con la direzione aziendale.</p>

**13. Prestazioni dei processi mediante il sistema di indici ed indicatori (obiettivi generali, specifici, budget, standard di prodotto, indicatori delle procedure), altri indicatori cogenti**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>1. Lo stato di avanzamento delle attività pianificate è riportato negli allegati ai verbali di riesame dei Servizi Per il livello dipartimentale, nucleo di epidemiologia, le attività sono in linea con la programmazione. Per quanto riguarda la rendicontazione delle attività connesse con il PRP, di competenza del DSP, si acquisisce report delle attività svolte, prodotto a cura dell' incaricato dipartimentale Dot.ssa Vattini del SIAN.</p>	<p>1. La rendicontazione periodica e finale degli indicatori definiti all'interno del sistema qualità del DSP è allineata con la reportistica degli indicatori definiti.</p>	

**14. Stato di avanzamento delle modifiche pianificate che, per una serie di fattori quali: mutamenti legislativi, condizioni economico-sociali, condizioni finanziarie ecc., potrebbero avere influenza sulla qualità**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
<p>1. Come già richiamato al punto 1 del presente documento, nel 2019 a cura del gruppo dipartimentale per l' Accredитamento sono state svolte, le previste attività di aggiornamento e revisione dei documenti procedurali presenti nel sistema qualità .</p>	<p>1. L'attività di aggiornamento e revisione dei documenti ha tenuto conto di una serie di fattori organizzativi interni ed esterni al DSP, oltre che alle modifiche del set di normative di riferimento.</p>	<p>1. Il Gruppo Qualità proseguirà nell'aggiornamento e sviluppo del sistema qualità dipartimentale, in parallelo con il livello dei singoli Servizi, come programmato tenendo conto degli aggiornamenti delle norme relative ai requisiti per l'accreditamento delle strutture sanitarie (DGR 1943/2017) e delle indicazioni di livello aziendale, regionale e nazionale.</p>

**15. Cambiamenti esterni ai servizi/Dipartimento, quali quelli del quadro normativo od organizzativo della AUSL, che potrebbero influenzare il sistema di gestione per la qualità**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI	COMMENTI- VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
-----------------------------------	-----------------------	--------------------

DISPONIBILI		
<p>1. Gli aggiornamenti documentali del sistema qualità del DSP dovranno tenere conto degli aggiornamenti del quadro normativo comunitario, nazionale e regionale. Entreranno in vigore, per una buona parte il 14 dicembre 2019, i seguenti regolamenti comunitari che regolano le attività di controllo nell'ambito degli alimenti ad uso umano, della salute delle piante, del benessere animale che fanno capo al Regolamento 625/2017/UE</p> <p>Inoltre è già in vigore il Reg 429/2016 che regola il complesso della normativa nel campo della sanità animale, per alcune parti è già applicabile mentre per la maggior parte degli articoli ne è prevista l'applicazione obbligatoria entro il 21 aprile 2021.</p> <p>2. L'Azienda USL Parma nel primo semestre 2019 ha attivamente sviluppato gli elementi applicativi legati all'entrata in vigore del <b>Regolamento generale sulla protezione dei dati n. 2016/679</b> noto con la sigla <b>GDPR (General Data Protection Regulation)</b> entrato in vigore il 25 maggio dello stesso anno ed operativo a partire dal 25 maggio 2018.</p> <p>Il GDPR ha sostituito i contenuti della direttiva sulla protezione dei dati (Direttiva 95/46/CE) e, in Italia, ha abrogato gli articoli del codice per la protezione dei dati personali (D.lgs. n. 196/2003) con esso incompatibili</p>	<p>1. L'applicazione del complesso dei regolamenti avrà impatto sulle modalità organizzative e di svolgimento delle attività di controllo Ufficiale svolte da Servizi Veterinari e SIAN.</p> <p>Il DSP ed i Servizi coinvolti stanno rivedendo il sistema di organizzazione ed esecuzione delle attività di controllo ufficiale ed aggiornando il set di documenti procedurali ad essi collegati, in seguito alle modifiche apportate dai nuovi Regolamenti, in accordo con le attese indicazioni di livello regionale e nazionale, come già specificato ai precedenti punti 1 e 14, in allineamento con le indicazioni e gli aggiornamenti che progressivamente sono editati a cura di Autorità competenti regionale e centrali.</p> <p>2. Nel corso del 2019 ha proseguito l'attività di l'aggiornamento ed adeguamento della modulistica/documentazione rivolta all'utenza dove sia previsto il trattamento di dati personali e/o sensibili in tutti i Servizi del DSP a partire dal censimento dei documenti/moduli in uso per i quali sia necessaria la revisione.</p>	<p>La revisione del set procedurale e documentale a disposizione dei servizi deve essere aggiornato e riallineato in coerenza con il nuovo assetto normativo in vigore a cura dei gruppi qualità dipartimentale e dei singoli servizi, in collaborazione con le direzioni dei servizi.</p> <p>16. La catalogazione e revisione di modulistica/documentazione catalogata deve essere completata dove sia previsto il trattamento di dati personali e/o sensibili, a cura dei gruppi qualità dipartimentale e dei singoli servizi, in collaborazione con le direzioni dei servizi.</p>

16. Rivalutazione dell'organizzazione, delle responsabilità e del sistema di delega da effettuare periodicamente ed ogni qualvolta si presenti un cambiamento significativo nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi della struttura.		
ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI-VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
1. Entra in vigore il nuovo contratto nazionale dirigenza		1. In seguito ad entrata in vigore del Nuovo

Medico Veterinaria		Contratto nazionale per la dirigenza medico veterinaria occorrerà valutare l'eventuale necessità, in accordo con l'azienda, della definizione e rimodulazione del sistema degli incarichi attualmente vigente.
--------------------	--	--

**17. Altri aspetti non catalogati ma che rivelino influenza nel processo di valutazione (ad esempio se disponibili analisi di clima organizzativo ecc.)**

ELEMENTI IN INGRESSO INFORMAZIONI DISPONIBILI	COMMENTI-VALUTAZIONI	ELEMENTI IN USCITA
Non sono stati rilevati particolari elementi da segnalare.		

**Data prevista per prossimo DSP ( 1 ° semestre Anno 2020) : Mese Luglio 2020**

**Partecipanti al Riesame:**

**Direttore DSP Dott. Paolo Cozzolino**  
**Direttore SIAN Dott. Francesco Zilioli,**  
**Direttore SVET A ff Dott. Cosimo Paladini**  
**Direttore SVET C Dott. Luca Zarenghi**  
**Direttore SVET B Dott. Marco Pierantoni**  
**Direttore SISP ff Malattie Infettive Dott.ssa Silvia Paglioli**  
**Direttore UO Territorio ed ambiente costruito ff Natalia Sodano**  
**Direttore SPSAL Luigi Roccato**  
**Dott.ssa Porta Daniela Responsabile SIT del DSP**  
**Responsabile Amministrativo DSP Dott.ssa Silvia Illica Magrini**  
**Dott.ssa Paola Scaramuzza RQD (verbalizzante).**

**Il Direttore dell' Area Dipartimentale di Sanità Pubblica  
Veterinaria**

Dott. Paolo Cozzolino