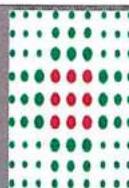


2017

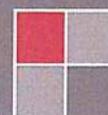


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Relazione sulla Performance 2016

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2016, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2016-2018, con l'indicazione dell'evoluzione registrata per gli indicatori di risultato rispetto agli andamenti attesi.

30/06/2017



Sommario

1. Premessa	4
2. Executive summary	5
Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero.....	5
Governare della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico.....	5
Attività di prevenzione e promozione della salute.....	6
Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza	7
Riordino dell'Assistenza Ospedaliera	8
Governare della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico.....	8
Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	9
Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, di supporto e logistici.....	10
Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi	10
Adempimenti nei flussi informativi	11
Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)	11
Attività di ricerca e della didattica.....	12
Rispetto dei doveri delle risorse umane dell'Università	12
Impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica.....	13
Flussi economici della regione a favore delle attività didattiche e di ricerca dell'Università	13
Condivisione di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie	13
Impegno a sostegno dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia	13
Rapporto con l'Azienda USL e l'area vasta per gli aspetti universitari.....	14
Valorizzazione capitale umano.....	14
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa.....	15
Governare delle risorse umane	16
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti	16
3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance	18
a. Dimensione di performance dell'utente	18
i. Area di performance dell'accesso	18
ii. Area di performance dell'integrazione.....	22
iii. Area di performance degli esiti: Indicatori	24
b. Dimensione di performance dei processi interni	25
i. Area di performance della produzione.....	25

ii.	Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	28
iii.	Area di performance dell'organizzazione	33
iv.	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.....	37
c.	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo	38
i.	Area di performance della ricerca e della didattica	38
ii.	Area di performance dello sviluppo organizzativo.....	43
d.	Dimensione di performance della sostenibilità.....	46
i.	Area di performance economico-finanziaria.....	46
ii.	Area di performance degli investimenti	51
4.	Conclusioni	53
5.	Allegati.....	54

1. Premessa

Il D.Lgs. n.150/2009 “Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, ha introdotto formalmente la logica del performance management nel sistema delle amministrazioni pubbliche, con lo scopo di ottenere il miglioramento della qualità dei servizi offerti e lo sviluppo delle competenze professionali anche attraverso l’introduzione di strumenti di misurazione e di valutazione della performance organizzativa ed individuale.

La Regione Emilia-Romagna, in applicazione a tale normativa, con la Legge Regionale 26/2013 “Disposizioni urgenti in materia di organizzazione del lavoro nel sistema delle amministrazioni regionali” e con DGR 334/2014 “Approvazione della disciplina per l’attivazione ed il funzionamento dell’organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del SSR e per l’ARPA”, ha disciplinato il modello di riferimento in materia di ottimizzazione della produttività, dell’efficienza e della trasparenza.

All’interno del sistema particolare importanza è assegnata al Ciclo di Gestione della Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale (Piano della Performance), di programmazione annuale e di controllo strategico (Piano delle Azioni, Budget e Sistema di Reporting) e di rendicontazione verso il sistema degli stakeholders (Relazione della Performance), di seguito la successione logica delle fasi:



Il presente documento, Relazione sulla Performance 2016, è stato elaborato sulla base degli indirizzi definiti dall’Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e Le Aziende del Servizio Sanitario Regionale nelle Delibere n. 1/2014 “Provvedimento in materia di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo di Gestione della Performance”, n. 2/2015 “Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende e OAS” e n. 3/2016 “Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance”; vi sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2016, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2016-2018, con l’indicazione dell’evoluzione registrata per gli indicatori di risultato, rispetto agli andamenti attesi, nelle diverse dimensioni ed aree di performance in cui è strutturato il piano.

2. Executive summary

Di seguito una breve sintesi dei risultati più significativi e delle attività più importanti che hanno caratterizzato il 2016 rispetto ai temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, declinati nel Piano della Performance 2016-2018. Per un maggiore approfondimento è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 1003/2016” ed alla rendicontazione degli Obiettivi di Mandato per la verifica dei 18 mesi del Direttore Generale, inviata all’Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia Romagna con nota prot. n. 35536 del 14/10/2016.

Facilitazione all’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

Il monitoraggio e il presidio dei tempi di attesa per le prestazioni programmabili all’interno degli standard Regionali è obiettivo comune alle Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria per il quale sono stati definiti chiari ruoli e responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell’Accesso

Nel corso del 2016 il monitoraggio dell’offerta e la verifica degli indici di performance sono stati puntuali e continuativi con il costante presidio dell’offerta di prestazioni finalizzata al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard. Si è raggiunto un indice di performance al di sopra del 90%,ottenuto anche attraverso l’utilizzo sistematico sia delle Agende di Garanzia sia attraverso un incremento dell’offerta per le prestazioni che presentavano di volta in volta criticità in termini di volumi e/o di priorità.

Ai sensi della DGR 1056/15 per favorire la prescrizione dematerializzata e la prenotazione dei controlli e degli esami strumentali successivi ad una prima visita è stato redatto un “manuale” contenente le modalità operative per ciascuna Unità Operativa. Inoltre è stata effettuata specifica formazione per utilizzo degli applicativi aziendali per la corretta prescrizione dematerializzata, prenotazione e registrazione attraverso l’organizzazione di corsi a Professionisti e Operatori

Anche nel 2016 è stata promossa la diffusione e l’utilizzo del day service che ha riguardato le patologie gastrointestinali, la neoplasia prostatica, la chirurgia bariatrica e in modo particolare la gestione dei pazienti oncologici in trattamento chemioterapico precedentemente trattati in day hospital oncologico (ex DGR 453/16). Si è inoltre provveduto all’aggiornamento del DSA della gravidanza ad alto rischio oltreché al PDTA dell’oncologia toracica e del nodulo tiroideo.

(Rif. “A. Dimensione della Performance di utente”, “i Area della Performance dell’accesso”)

Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico

E’ proseguita anche nel 2016 l’attenzione ad un’assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l’assistenza ostetrica nell’Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 (n. 1540 gravide seguite in autonomia) e nel percorso Basso Rischio in Sala Parto (12% dei parti vaginali), in conformità alle linee guida internazionali e alla normativa regionale sul percorso nascita.

Il DSA ambulatoriale della gravidanza a rischio costituisce la principale forma di offerta prestazionale specialistica su base territoriale da cui prendono spunto sia l’espressione professionale del mondo ostetrico, parimenti coinvolto con quello medico, sia la strutturazione dei percorsi di integrazione con le componenti ostetriche ginecologiche dell’azienda territoriale.

Nel 2016 il centro PMA è stata autorizzato dalla regione ai sensi della delibera 853 del luglio 2015. Il centro è stato oggetto nel 2016 di importanti migliorie strutturali, tecnologiche impiantistiche e di percorsi per

accreditarlo quale PMA di terzo livello. Esso esegue oltre 4.200 prestazioni ogni anno e si correla con il centro PMA di I livello del PO di Fidenza nonché con i consultori della provincia di Parma.

(Rif. “A. Dimensione della Performance di utente”, “i Area della Performance dell’accesso”)

Attività di prevenzione e promozione della salute

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato alla stesura della Delibera n. 19502 assunta il 29/01/2016 dall’AUSL di Parma avente come oggetto: “Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna: approvazione del Piano Locale Attuativo AUSL di Parma”. In seguito, l’Azienda, tramite i suoi professionisti, si è impegnata alla realizzazione del Piano di Attuazione Locale (PLA), declinando a livello aziendale obiettivi e azioni previsti per i vari setting del PRP.

In tema di prevenzione delle malattie infettive, all’interno dell’AOU di Parma la cultura della prevenzione è stata promossa tramite le seguenti iniziative: seminari per i neoassunti (cadenza semestrale); corsi e seminari teorico-pratici per l’impiego di pungenti e taglienti; approfondimenti svolti nelle riunioni del Nucleo Strategico per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere; incontri di sensibilizzazione sulla gestione dei rischi infettivi; partecipazione al CIO Regionale; promozione di iniziative teorico-pratiche sull’igiene delle mani; incontri di condivisione sugli aspetti igienici delle matrici ambientali; promozione comportamenti igienicamente virtuosi dal punto di vista igienico; ideazione promozione e sviluppo delle campagne vaccinali contro le principali malattie infettive (influenza, morbillo eccetera).

In linea con il DGR 318/2013 “*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all’Assistenza e uso responsabile degli antibiotici*”, è stato incrementato il presidio delle attività legate alla prevenzione e controllo del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza.

Anche nel corso del 2016 sono proseguite in ambito aziendale le attività di sorveglianza e controllo della diffusione di microrganismi sentinella (*specie microbiche con particolari profili di resistenza agli antibiotici quali MRSA, VRE, C.difficile, eccetera*), compresi gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) in particolare se produttori di carbapenemasi (CPE) che, com’è noto, rappresentano un importante problema di sanità pubblica. Tutte le segnalazioni pervenute sono state registrate ed il relativo data-base locale regolarmente alimentato.

Relativamente al progetto SICHER, esso è stato obiettivo di budget delle UU.OO. Chirurgiche Generali e Specialistiche. L’adesione al sistema SICHER è stata complessivamente del 87%: l’obiettivo regionale è stato quindi pienamente raggiunto.

Quanto ai programmi di screening oncologici, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma offre attività di II livello e III livello (approfondimento diagnostico, trattamento e follow-up) rispetto al Servizio di Screening della AUSL di Parma. La collaborazione con il Servizio di Screening della AUSL permette di garantire una importante continuità assistenziale alle pazienti, inserite in un percorso ben codificato, che riduce il rischio di non trattamento, di trattamento improprio e/o di perdita al follow-up.

Quanto infine alla Gestione integrata delle emergenze, alla fine del 2016 è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale finalizzato alla progettazione e realizzazione del Dipartimento di Emergenza-Urgenza integrato della provincia di Parma ed è stato deliberato il Piano di emergenza massiccio afflusso di feriti (PEIMAF) e il Piano di Evacuazione (PEVAC).

(Rif. “A. Dimensione della Performance di utente”, “i Area della Performance dell’accesso”)

Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza

L'Azienda è impegnata ad integrare la rete ospedale-territorio nei seguenti ambiti:

Percorso nascita

Nel 2016 sono stati redatti due protocolli utili a garantire il trasferimento in utero STAM e il trasporto neonatale in emergenza (STEN), recepiti con delibere dalle due aziende. Il direttore dell'UO è membro della commissione nazionale e regionale nascita. Sono stati realizzati 11 corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione anche con i consultori della rete provinciale.

Percorso STEMI

Nel 2016 è proseguita nella provincia di Parma l'attività di teletrasmissione dell'ECG da tutti i mezzi 118, con invio diretto in sala di Emodinamica per gli infarti miocardici acuti STEMI. Nel 2016 sono state trasmesse dalle postazioni mobili territoriali del 118 all'Unità Coronarica dell'AOU di Parma 2201 teletrasmissioni, di cui 117 casi di infarto miocardico acuto diagnosticati mediante la teletrasmissione. Sono state eseguite, presso l'Emodinamica dell'AOU di Parma, 256 angioplastiche coronariche percutanee di pazienti con infarto miocardico acuto entro 2 giorni dall'accesso, sul totale di 680 angioplastiche coronariche eseguite, pari al 37,65% (indicatore SIVER, obiettivo regionale 25%).

Percorso IVG

Nel 2016, l'accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) non ha registrato difformità, pur tenendo conto delle indicazioni date per l'accesso al percorso medico a livello nazionale e regionale. I tempi di attesa medi tra certificazione ed esecuzione IVG sono in linea con la procedura interaziendale derivante dall'applicazione della legge 194. È stata avviata l'attività di miglioramento di percorsi inerenti le consulenze psichiatriche previste dalla legge.

Diabete in età pediatrica

L'AOU insieme all'AUSL, nell'ambito del diabete pediatrico, ha sviluppato una collaborazione di professionisti diabetologi pediatrici del territorio che effettuano visite ambulatoriali presso l'Ospedale di Parma, lavorando a stretto contatto con i diabetologi pediatrici ospedalieri e garantendo l'integrazione tra AUSL e AOU nella disciplina specifica. Tale integrazione troverà ulteriori sviluppi a seguito della realizzazione del Polo Pediatrico territoriale, per la cui progettazione l'AUSL e l'AOU hanno definito ambienti e funzioni pediatriche integrate, tra cui la diabetologia.

Dimissioni protette

Nel 2016 l'azienda ha sviluppato 3 sostanziali percorsi come di seguito declinati che hanno visto il coinvolgimento di una ricca e multidisciplinare rete di professionisti sia dell'azienda ULS che dell'Azienda ospedaliera. I percorsi riguardano nello specifico i seguenti aspetti:

1. Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio;
2. Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani, finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione;

Patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura femore e protesica): L'Azienda dovrà migliorare la tempistica del percorso di frattura di femore nella fase chirurgica e riabilitativa: all'interno dei percorsi di integrazione ospedale-territorio ai fini della continuità dell'assistenza, si inserisce il percorso del paziente con frattura di femore per il quale sono state intraprese azioni di miglioramento della tempistica di presa in carico sia nella fase chirurgica che nella fase riabilitativa.

L'Ortogeriatria rappresenta un tipico modello di management multidisciplinare in cui Ortopedico e Geriatra, con il supporto di altri specialisti, lavorano in stretta collaborazione al fine di migliorare gli outcome clinico-funzionali del paziente anziano con patologie osteoarticolari.

Protocolli assistenziali di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso: nel 2016, nell'ambito del tavolo di coordinamento, è stata condivisa l'opportunità di strutturare percorsi comuni a

livello regionale attraverso la connessione tra Regione, Aziende Ospedaliere/Territorio ed il livello di pianificazione territoriale per quanto concerne la Formazione nei Servizi. Tali percorsi formativi verranno organizzati prossimamente per area vasta. In questo ambito saranno realizzate le attività di implementazione e diffusione delle Linee guida.

Con riferimento poi ai **modelli di integrazione** a rete prevalentemente in ambito provinciale, essi hanno riguardato nel seguenti aree ed ambiti di intervento: Area Pediatrica, Area laboratoristica, Area Riabilitativa e Area Neurologica, Area dialitica e nefrologica, Polo Neurologico provinciale

(Rif. “A. Dimensione della Performance di utente”, “ii Area di Performance dell’integrazione”)

Riordino dell’Assistenza Ospedaliera

Sono proseguite per l’anno 2016 le azioni relative al completamento della rete ospedaliera pubblica e privata accreditata della provincia di Parma secondo le indicazioni contenute nelle delibere regionali di riferimento.

Rispetto all’omogeneizzazione delle procedure di soccorso, relativamente ai traumi l’aggregazione delle funzioni di ricezione e gestione delle richieste di soccorso sanitario in un’unica Centrale Operativa 118 di Area Omogenea Emilia Ovest ha determinato un trend in crescita del numero di casi di traumi gravi soccorsi e trasportati con Elisoccorso dalle province di Reggio Emilia e Piacenza direttamente al Trauma Center dell’Hub di Parma; per quanto riguarda invece lo stroke è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale che ha effettuato la revisione del protocollo delle procedure di rivascolarizzazione nei pazienti con ictus ischemico, al fine di ottimizzare il percorso e le tempistiche relative sia nella fase diagnostica che interventistica. Quanto invece al trasporto materno assistito (STAM) e al trasporto neonatale in emergenza (STEN) da un centro Spoke a un centro Hub, per lo STAM i referenti ginecologi delle province di Parma e Piacenza, in collaborazione con i neonatologi e pediatri, nel corso del 2016 hanno predisposto un protocollo clinico a cui è seguita la stesura della procedura clinica e organizzativa, mentre per lo STEN sono stati effettuati incontri tra i referenti neonatologi dell’area Parma-Piacenza, con la definizione della procedura interaziendale per il Servizio di Trasporto Neonatale in Emergenza che è stata formalizzata dalle rispettive Direzioni a dicembre 2016.

In riferimento all’Interoperabilità della centrale 118, è stato consolidato il percorso tecnologico per garantire la completa interoperabilità (Disaster Recovery) tra le Centrali Operative attraverso la omogeneizzazione dei sistemi informativi e gestionali necessari per la gestione della fase di call-taking. È stato inoltre avviato il progetto per il riordino e l’implementazione degli strumenti tecnologici e delle procedure gestionali-organizzative necessarie per garantire la fase di call-dispatch. Nel 2016 la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest ha anche avviato il percorso formativo per l’acquisizione sul campo delle competenze per gestire la fase di ricezione delle richieste di soccorso provenienti dalle aree geografiche di competenza territoriale della Centrale Operativa 118 Emilia Est (Bologna, Imola, Modena, Ferrara).

(Rif. “B. Dimensione di Performance dei processi interni”, “i Area di Performance della Produzione”)

Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico

Il governo dell’area della farmaceutica è stato condotto in continuo e con particolare attenzione all’analisi dell’appropriatezza prescrittiva e d’uso dei farmaci secondo i percorsi regionali e aziendali, le Linee Guida e Raccomandazioni, con il monitoraggio della prescrizione da parte di Centri autorizzati, con il monitoraggio su singolo paziente negli ambiti più critici di cura. La registrazione dei farmaci che prevedono l’accesso ai

“Registri di monitoraggio AIFA” è stata sottoposta ad un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione.

E' stato garantito il massimo ricorso al generico nel trattamento dell'HIV in funzione dei profili clinici dei pazienti presi in carico ed è stata garantita la corretta trasmissione dei flussi informativi regionali attraverso il flag HIV (95%). L'impiego dei nuovi farmaci per l'Epatite C è avvenuto secondo i criteri e le priorità definiti dalla Commissione Regionale del Farmaco in funzione del profilo clinico del paziente e selezionando il trattamento secondo il miglior rapporto costo/opportunità. Per i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età si è evidenziato un aumento della casistica trattata (occhi trattati) a cui non è conseguito un incremento della spesa in virtù della maggior prescrizione della molecola a più basso costo. E' perseguito l'uso appropriato degli antibiotici secondo il programma pianificato dal Gruppo Strategico e dal Gruppo Operativo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici; sono state elaborate le Linee Guida Aziendali in Tema di Profilassi Antibiotica in Chirurgia.

Al fine di contenere i fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale si è vigilato affinché fossero esclusivamente utilizzati i principi attivi presenti nel Prontuario AVEN nel rispetto degli esiti delle gare regionali e AVEN.

(Rif. “B. Dimensione di Performance dei processi interni”, “ii Area della Performance della Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico”)

Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Come indicato dalle Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, marzo 2016) il Piano ha delineato l'assetto organizzativo per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure definendo i ruoli e le principali funzioni in Azienda (Direttore Sanitario, Collegio di Direzione, Risk Manager, Dipartimenti, Strutture Aziendali per la sicurezza), i principi ispiratori e la strategia di riferimento.

Il Piano ha dato evidenza, descrivendoli sinteticamente, dei processi di gestione del rischio presenti in azienda.

L'Azienda ha assolto il debito informativo previsto per gli eventi sentinella garantendo la segnalazione alla Regione, così come previsto dal Flusso SIMES e indicato nella procedura aziendale **Gestione Evento Critico**.

In linea con le indicazioni regionali e con i contenuti del Piano Programma si è continuato nella promozione e consolidamento del sistema di segnalazione aziendale mediante gli Incident Reporting e mediante la Scheda di segnalazione cadute-Incident Reporting.

Gli eventi critici segnalati sono stati analizzati con gli strumenti previsti dalla gestione del rischio clinico e con la collaborazione dei professionisti interessati al fine di adottare le opportune azioni di miglioramento.

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda si è impegnata nella diffusione delle Raccomandazioni Nazionali e Regionali per la **sicurezza delle cure** proponendo momenti di formazione, elaborando strumenti per la promozione della sicurezza specifici, Buone Pratiche e Procedure aziendali e diffondendo tutta la documentazione nazionale regionale e aziendale in un apposita pagina intranet.

L'Azienda ha strutturato, già dal 2014, l'attività per la prevenzione del fenomeno **caduta nel paziente** degente e nel Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2016-2018 tale tema è stato affrontato alla stregua delle altre tematiche.

Piano delle Formazione Annuale sulla sicurezza delle cure e realizzazione eventi formativi con i principali Servizi Aziendali

Al fine di promuovere la cultura della sicurezza delle cure e favorire la diffusione di buone pratiche ogni anno la SSD Governo Clinico predispone il **Piano Formativo per la Sicurezza e la qualità delle cure**, condiviso con i principali Servizi e Direzioni Aziendali, parte integrante del Piano Annuale della Formazione.

(Rif. “B. Dimensione di Performance dei processi interni”, “ii Area della Performance della Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico”)

Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, di supporto e logistici

Il processo di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico si è sviluppato secondo il seguente percorso attuativo:

- predisposizione del **progetto preliminare** di integrazione, illustrazione alle organizzazioni sindacali delle tre aree di contrattazione, invio in Regione nel mese di settembre 2015, **formalizzazione** del progetto preliminare nel mese di gennaio 2016;
- in esito alla successiva analisi e valutazione di fattibilità, le due direzioni aziendali hanno lavorato congiuntamente per la predisposizione del documento di **progettazione definitiva di integrazione interaziendale**, licenziato nel mese di giugno 2016, a seguito delle consultazioni effettuate con tutti i dirigenti coinvolti, con i Collegi di Direzione, con le organizzazioni sindacali delle tre aree di contrattazione, con il Comitato di Indirizzo, con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Il documento di progettazione definitiva è stato formalizzato mediante l’adozione di speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016;
- l’avvio operativo, mediante adozione di appositi atti deliberativi e correlata approvazione delle convenzioni tra le due Direzioni è avvenuto in data **1° ottobre 2016**, con l’individuazione dei direttori di struttura complessa, di dipartimento, delle risorse umane assegnate alle varie strutture nonché delle attività integrate attribuite alle aree di competenza.

Pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state attivate le nuove strutture interaziendali con avvio delle attività integrate.

In merito al contenimento dei costi a regime, il percorso di razionalizzazione delle risorse umane interessate dalla integrazione strutturale è stato illustrato alla Regione con nota prot. 17107 del 16 maggio 2016, alla quale si rinvia.

(Rif. “B. Dimensione di Performance dei processi interni”, “iii Area di Performance dell’Organizzazione”)

Sviluppo dell’infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell’accessibilità ai servizi

L’azienda ha partecipato ai tavoli regionali di razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali. Operativamente L’azienda ha supportato l’avviamento dei progetti regionali, fornendo dati e procedure, secondo le scadenze. Si consideri in particolare che due dei progetti principali (GRU e GAAC) vedranno l’avviamento effettivo in AOUPR a gennaio 2018 e gennaio 2019. Relativamente al progetto ARA l’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma ha definito il modello a regime di integrazione

della propria Anagrafe Pazienti Centralizzata con l'anagrafe territoriale della AUSL la quale rappresenta, in linea con i dettami RER, il punto di collegamento provinciale con ARA.

L'azienda si è inoltre attenuta al "Piano per L'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2015-2017" allineando i propri fabbisogni a tale programmazione. In tale contesto l'azienda ha pianificato e rivisto i bisogni aziendali coerentemente al piano ed ha richiesto particolari indicazioni relativamente a temi strategici (es. PDTA).

Rispetto ai progetti correlati con la rete Sole/FSE, l'integrazione socio-sanitaria e l'innovazione dei sistemi per l'accesso l'attività del 2016 ha interessato la prescrizione dematerializzata, l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico e il sistema SIGLA.

(Rif. "B. Dimensione di Performance dei processi interni", "iii Area di Performance dell'Organizzazione")

Adempimenti nei flussi informativi

L'azienda ha partecipato nell'invio dei flussi informativi ed ha iniziato un percorso di revisione dei percorsi organizzativi correlati con l'alimentazione dei flussi contraddistinti dalla "funzione cancello". Particolare impegno è stato profuso per costruire flussi di integrazione tra il sistema della SDO e i dipartimentali interessati al fine di permettere la compilazione ed alimentazione del flusso SDO in tempo reale con le pratiche cliniche (es. chirurgia) maggiormente interessate dai nuovi flussi informativi.

(Rif. "B. Dimensione di Performance dei processi interni", "iii Area di Performance dell'Organizzazione")

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

Sulla base delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015 si evidenzia che sono state recepite e condivise con i Servizi coinvolti le indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali; è stata data diffusione e riscontro alle Linee Guida Regionali tempo per tempo disponibili; sono state predisposte Procedure e Istruzioni Operative sulle specifiche Aree tematiche; è stata eseguita la ricognizione dei Regolamenti; sono state formalizzate le Procedure secondo un percorso condiviso con l'Ufficio Qualità e Accreditamento; sono state effettuate le Revisioni Limitate (ruolo svolto dal Collegio Sindacale) secondo programmazione regionale; attraverso l'istituzione della Struttura Semplice Interaziendale a valenza trasversale di Internal Auditing è stato attivato il processo di integrazione tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assicurando l'omogeneizzazione di metodi e percorsi, l'ottimizzazione delle procedure, dei costi, efficienza, efficacia e attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità; è stato pianificato un percorso al fine di supportare le Direzioni Strategiche nell'attività di armonizzazione delle procedure amministrative assicurandone la rispondenza alla mission aziendale; l'Internal Auditing ha intrapreso verifiche e controlli delle procedure amministrativo-contabili sulle Aree tematiche specifiche; si è aderito al Progetto di Formazione in aula e sul campo AVEN "Sviluppo del Percorso Attuativo della Certificabilità" (PAC) attraverso gruppi di lavoro interaziendali

La metodologia del percorso ha previsto un sistema monitoraggio e verifiche costituito da interventi di audit interni e supervisioni del Collegio Sindacale, che ha svolto *revisioni limitate*.

(Rif. "B. Dimensione di Performance dei processi interni", "iii Area di Performance dell'Organizzazione")

Attività di ricerca e della didattica

Nel 2016 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOU PR) ha dedicato particolare impegno a promuovere la qualità e la trasparenza della ricerca svolta.

La condivisione dei risultati della ricerca con la comunità scientifica internazionale, anche quando negativi, sta alla base del progresso scientifico. La **pubblicazione su riviste peer-reviewed** è il modo più efficace per diffondere il proprio lavoro in tutto il mondo, e permette inoltre di valorizzare l'impegno dei ricercatori e di conferire autorevolezza ai centri a cui essi fanno capo. Per promuovere l'attività di pubblicazione, L'AOU nel 2016 ha attuato una strategia di feedback, con l'invio ad ogni singolo professionista di un proprio report contenente le pubblicazioni relative all'anno 2016, confrontate con quelle degli anni precedenti, consentendo di verificare la propria produzione scientifica e quella della UO di appartenenza, e di confrontarla con i valori attesi calcolati in base allo storico degli ultimi 3 anni.

Rispetto alla **promozione della qualità della ricerca**, nel 2016 sono state redatte ulteriori 36 Procedure Operative Standard (SOP) aziendali per la ricerca, alcune relative specificamente agli studi di Fase 1. Per sostenere i clinici nel loro impegno negli studi è inoltre proseguita l'offerta di formazione adeguata in materia di metodologia della ricerca. Particolare attenzione nel 2016 è stata posta sulla formazione in materia di Good Clinical Practice (GCP), obbligatoria per poter certificare l'Azienda come idonea per gli studi di Fase I.

L'azienda ha assicurato la **rendicontazione puntuale ed esaustiva dell'attività di ricerca**. A tal fine anche per il 2016 è stato garantito l'inserimento nel database Anagrafe Regionale della Ricerca (ArER) di tutti i progetti avviati nella AOU nell'anno e la completezza e accuratezza delle informazioni fornite.

Sono state inoltre diffuse sulla intranet aziendale le pubblicazioni realizzate nel 2016 dalle Unità Operative, validate dai professionisti stessi.

E' stata garantita anche la diffusione dei risultati della ricerca ai pazienti con una serie di incontri rivolti al pubblico sulla ricerca. Queste iniziative consentono all'Azienda di mantenere l'impegno con i pazienti che hanno aderito allo studio, informandoli sui risultati ottenuti grazie al loro contributo, e allo stesso tempo mirano ad accrescere la consapevolezza dei cittadini sull'importanza della ricerca.

E' stato poi predisposto il **Piano aziendale della Ricerca 2016-2018** che delinea i principali filoni di ricerca su cui l'Azienda intende concentrarsi nel triennio in oggetto, in base alle proposte pervenute dalle singole UUOO.

Infine, per promuovere un contesto il più possibile favorevole alla conduzione di sperimentazioni cliniche, anche in fase precoce, l'AOU PR ha intrapreso un percorso di verifica e adeguamento ai quesiti stabiliti dall'AIFA per l'**esecuzione di studi di Fase I**.

(Rif. "C. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello sviluppo", "i Area di Performance della ricerca e della didattica")

Rispetto dei doveri delle risorse umane dell'Università

Nel contesto dei rapporti tra l'Università e l'Azienda, i compiti e le attività assistenziali svolti dai docenti universitari sono regolati in funzione dell'assolvimento dei loro incarichi didattici e di ricerca, con i quali si integrano. In tale ambito, per quanto riguarda il personale docente di Area Medico-Chirurgica, considerato che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e ricerca, si rappresenta nell'ambito del complessivo numero dei docenti afferenti ai Dipartimenti Universitari di Area Medico Chirurgica, l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale nell'anno 2016 presso Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda in attuazione dell'Accordo Attuativo Locale stipulato tra

l'Azienda e l'Università in data 18.12.2006. Al 31/12/2016 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 126 unità.

Parimenti, il personale universitario tecnico-amministrativo e socio sanitario, inserito nell'elenco del personale convenzionato, che svolge funzioni di supporto, anche organizzativo, alle attività assistenziali ed alla diagnostica all'interno dei vari Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda era di 67 unità.

(Rif. "C. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello sviluppo", "i Area di Performance della ricerca e della didattica")

Impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e le Facoltà di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell'apporto del personale del SSR alle attività formative.

Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma all'attività didattica pre e post laurea attraverso l'attività di docenza e di tutorato.

Per quanto riguarda i corsi di laurea delle professioni sanitarie, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concorre, mediante l'impiego di personale dipendente dell'Azienda e di personale delle Aziende Sanitarie di Parma e Piacenza, alla realizzazione di diversi corsi di laurea delle professioni sanitarie.

Si segnala inoltre il particolare apporto reso dai professionisti dell'Azienda nell'ambito dei processi di formazione post laurea degli specializzandi.

(Rif. "C. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello sviluppo", "i Area di Performance della ricerca e della didattica")

Flussi economici della regione a favore delle attività didattiche e di ricerca dell'Università

In base a quanto previsto dall'art. 13 dell'Accordo Attuativo Locale in relazione al contributo dell'Università, si rimanda al paragrafo C.6.9. del Bilancio di esercizio 2016 relativo alla "Relazione sulla gestione" dove sono riportati il valore degli emolumenti corrisposti dall'Ateneo a docenti, ricercatori e tecnico-amministrativi convenzionati, trasmesso dall'Università degli Studi di Parma.

(Rif. "C. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello sviluppo", "i Area di Performance della ricerca e della didattica")

Condivisione di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie

Ai fini della razionalizzazione della spesa e dell'uso integrato e sinergico degli spazi, delle attrezzature scientifiche, delle risorse informatiche e delle biblioteche, l'Azienda ha tenuto nella dovuta considerazione il patrimonio che l'Università mette in condivisione, nel reciproco interesse.

(Rif. "C. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello sviluppo", "i Area di Performance della ricerca e della didattica")

Impegno a sostegno dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Nell'ambito del sistema di relazioni con l'Università, al fine di definire meglio il contesto nel quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria opera, vengono brevemente richiamate le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma attraverso i quattro Dipartimenti sopra menzionati nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i Corsi di laurea, attualmente sono in essere 16 corsi, di cui 2 magistrali a ciclo unico, 3 di laurea magistrale, 9 triennali delle professioni sanitarie, 1 di laurea magistrale interdipartimentale, 1 di

laurea triennale non appartenente alle professioni sanitarie. Inoltre è stato attivato 1 corso di laurea triennale interateneo con UNIMORE.

Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, sono in essere 40 corsi. Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2015/2016 ne sono stati attivi 15.

Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si sono svolti alcuni Corsi di Dottorato e di perfezionamento.

(Rif. “C. Dimensione di Performance dell’Innovazione e dello sviluppo”, “i Area di Performance della ricerca e della didattica”)

Rapporto con l’Azienda USL e l’area vasta per gli aspetti universitari

Per particolari esigenze assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca l’Università, come previsto dal D.Lgs. 517/99 e dal Protocollo d’intesa Regione/Università, concorda con la Regione l’utilizzazione di ulteriori strutture pubbliche e/o di strutture assistenziali private.

Entro tale contesto sono in essere specifiche convenzioni per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica.

Inoltre, il nuovo Protocollo d’Intesa Regionale approvato nel 2016 ha stabilito l’individuazione di sedi ulteriori rispetto all’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Tali sedi diventano parte integrante della forma strutturale di collaborazione fra il SSR e l’Università, ferma restando la centralità dell’Azienda medesima che è chiamata ad agevolare e facilitare, per quanto di competenza, i rapporti di collaborazione tra l’Università e le altre aziende sanitarie.

(Rif. “C. Dimensione di Performance dell’Innovazione e dello sviluppo”, “i Area di Performance della ricerca e della didattica”)

Valorizzazione capitale umano

Il 16 luglio 2016 sono iniziate le attività del “Centro di Formazione e Ricerca su organizzazione, qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari”. Il Centro nasce dalla volontà dei tre enti firmatari (Azienda Ospedaliero-Universitaria, Università degli studi e Azienda USL di Parma) di sviluppare **processi d’integrazione fra formazione–ricerca**, con particolare attenzione al collegamento fra la formazione di base della professione medica e delle professioni sanitarie (quest’ultime saranno coinvolte solo dal 2018), e contesti di lavoro clinico-assistenziali. Le attività formative sono state declinate in 5 aree prioritarie di lavoro (relazioni di cura e lavoro, ricerca scientifica, organizzazione sanitaria, politiche sanitarie nazionali e sovranazionali, promozione della salute e prevenzione), coinvolgendo circa 150 partecipanti.

In particolare poi nel 2016 si sono poste le basi per la costruzione di un importante progetto dedicato alla formazione alla sicurezza delle cure, commissionato dall’Assessorato alle Politiche per la Salute della nostra regione, che coinvolgerà a partire dal 2017 circa 100 professionisti provenienti dalle diverse aziende sanitarie della Regione.

Nel corso del 2016, per quanto concerne **l’erogazione formativa interna**, l’orientamento generalizzato della formazione è stato quello di razionalizzare le proposte formative attraverso la riduzione della loro frammentazione e replicazione.

L’Azienda si è impegnata nel 2016 nella progettazione e realizzazione di tre importanti iniziative formative mirate allo **sviluppo di competenze professionali** con previsione di strumenti per la valutazione

dell'efficacia degli apprendimenti e valutazione di ricaduta formativa e misurazione della capacità di trasferire il contenuto appreso nel contesto di lavoro.

Per quanto riguarda la **retribuzione di risultato per il personale dell'area dirigenziale**, che si fonda su principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e in ambito aziendale in correlazione alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle Strutture Organizzative Aziendali, prefissati e concordati con i Direttori dei Dipartimenti in sede di negoziazione di budget, nell'anno 2016 si è mantenuto l'impianto generale già delineato nei precedenti accordi aziendali. Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono definiti con riferimento alle specifiche aree di attività riportate nelle schede di budget 2016.

Anche per il **sistema di incentivazione del personale dell'area comparto** si è confermato, relativamente alle modalità di gestione del premio di produzione, la validità dell'impianto complessivo già delineato nei precedenti accordi aziendali sulla produttività, correlando la distribuzione delle risorse alla realizzazione degli obiettivi generali dell'azienda.

(Rif. "C. Dimensione di Performance dell'Innovazione e dello sviluppo", "ii Area di Performance dello sviluppo organizzativo")

Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

L'obiettivo di mandato delle Direzioni Generali ha fortemente impegnato le stesse a raggiungere il **pareggio di bilancio**. Le azioni prioritarie, riprese anche nel 2016, hanno riguardato il costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario e la presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'Intesa Stato-Regioni attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato. L'Azienda ha evidenziato sia capacità a rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili, a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali.

Nel corso del 2016, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, si rileva un costante miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci.

Il Bilancio Economico 2016 ha assicurato una situazione di pareggio civilistico.

E' stata assicurata, sia nella predisposizione dei bilanci aziendali (preventivo 2016 e consuntivo 2016), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali.

Nel corso del 2016 l'Azienda è stata impegnata a dare attuazione a specifiche **misure di contenimento della spesa**, quali la revisione dell'organizzazione aziendale funzionale all'individuazione di politiche di razionalizzazione compatibili con il mantenimento della qualità dei servizi e delle prestazioni, il contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'aumento degli acquisti centralizzati, il contenimento della spesa del personale e governo delle risorse umane, la revisione dei criteri di valutazione dei rischi sulla base di specifiche linee guida regionali che consentano l'uniforme rideterminazione dei fondi rischi ed oneri, il potenziamento delle piattaforme logistiche e informatiche, la gestione del patrimonio immobiliare, l'uso razionale dell'energia e gestione ambientale, la massimizzazione dell'utilizzo delle tecnologie biomediche.

Nel corso del 2016 è proseguito l'impegno per consolidare la riduzione dei **tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi** e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un

impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).

(Rif. "D. Dimensione di Performance della sostenibilità", "i Area di Performance economico-finanziaria")

Governo delle risorse umane

Per l'anno 2016, per quanto riguarda gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, rimane largamente confermato il quadro normativo e finanziario già delineato dalle vigenti disposizioni di legge e contrattuali, che impegnano anche il Servizio Sanitario Nazionale all'adozione di misure di efficientamento della spesa per il personale.

Nello specifico contesto relativo al governo delle risorse umane, la programmazione aziendale è stata definita tenendo conto degli obiettivi e degli standards contenuti nella delibera regionale di programmazione annuale, attraverso la predisposizione di **Piani Assunzione annuali**, fermo restando il blocco del turn over del personale tecnico-amministrativo salvo specifiche deroghe, al fine di garantire le necessarie sostenibilità e il regolare svolgimento delle attività istituzionali.

Non sono stati adottati provvedimenti di adeguamento in aumento della pianta organica aziendale ma esclusivamente delibere di trasformazione di tipologia di posto nell'ambito della medesima area contrattuale, al fine di razionalizzare l'assetto del personale alle dinamiche organizzative in atto, ovvero per gli adeguamenti connessi con le qualifiche professionali ad esaurimento (es. infermieri generici).

L'attuazione del piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2016 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico, ed è stata completata tenendo conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.

Per quanto attiene agli **obiettivi di integrazione dei servizi di supporto**, nell'ottobre del 2016 si è completato il processo di integrazione delle attività tecnico-amministrative e di supporto tra l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda Usl di Parma con l'approvazione dei relativi atti deliberativi e la firma delle correlate convenzioni.

Sempre nel corso del 2016 l'Azienda ha garantito la costante e fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro del nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU), contribuendo alla creazione delle condizioni per l'avvio della prima fase di attuazione dell'applicativo per le Aziende del Gruppo 1.

(Rif. "D. Dimensione di Performance della sostenibilità", "i Area di Performance economico-finanziaria")

Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

Nell'ambito del "Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 Legge 67/88 – Addendum", approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna (D.G.R. n. 305 del 7 marzo 2016) è stato assegnato a quest'Azienda un finanziamento, pari a 5 mil. di euro (4,75 mil. da risorse statali e 0,25 mil. risorse regionali), destinato alla realizzazione di un nuovo Day Hospital Oncoematologico e Centro Prelievi. A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma quest'Azienda ha avviato la progettazione preliminare dell'opera che dovrà essere sottoposta al competente esame del Gruppo Tecnico Regionale.

Con riferimento alla costituzione, da parte della Regione Emilia Romagna, di un fondo immobiliare destinato a gestire, valorizzare o dismettere il patrimonio edilizio delle Aziende Sanitarie, ed a seguito della nota regionale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (in atti al prot. 42427 del

05/12/2016), l'Azienda ha sottoposto a perizia di stima i beni non più ritenuti funzionali all'attività sanitaria, sulla base delle quali è in corso di valutazione l'avvio di procedure di alienazione dei beni stessi.

Nel corso del 2016 sono state effettuate le valutazioni di vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali presso le Unità Critiche individuate all'interno del sedime ospedaliero e sono stati quindi individuati gli interventi necessari alla mitigazione del rischio sismico.

Al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali in materia di **contenimento dei consumi energetici** e di utilizzo di fonti rinnovabili di energia, quest'Azienda ha imperniato l'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di ristrutturazione e manutenzione straordinaria, su criteri aderenti alle specifiche norme del settore. Nel corso del 2016 sono stati avviati i primi studi di fattibilità per la realizzazione di azioni mirate al contenimento dei consumi energetici nei diversi padiglioni ospedalieri, la cui concreta realizzazione è programmata a partire dal 2017.

Il percorso di **programmazione delle tecnologie biomediche** è stato completamente ristrutturato nel corso del 2016, con l'obiettivo di perseguire una riorganizzazione delle strategie di acquisizione, ottimizzare le risorse, rendere il piano degli investimenti fortemente correlato con gli obiettivi strategici aziendali e garantire una piena tracciabilità delle attività e dei tempi. È opportuno sottolineare che la progettazione del piano di rinnovamento tecnologico è stata infine effettuata utilizzando tutti gli strumenti aziendali e finanziari disponibili, in modo da integrarli in una visione omogenea e funzionale agli obiettivi aziendali.

(Rif. "D. Dimensione di Performance della sostenibilità", "ii Area di Performance degli investimenti")

3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance

Gli impegni strategici su cui si è impegnata l'Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma nell'anno 2016, derivati dal Piano della Performance 2016-2018, hanno come riferimento il Programma di mandato della Giunta per la decima legislatura regionale della Regione Emilia-Romagna e gli obiettivi di mandato della Direzione Generale dell'Azienda, formalizzati nella DGR 172/15. Vengono qui rendicontate le azioni sviluppate ed i risultati conseguiti nel 2016 e, per un maggiore approfondimento, è possibile fare riferimento al documento di Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 1003/2016" ed alla rendicontazione degli Obiettivi di Mandato per la verifica dei 18 mesi del Direttore Generale.

Gli indicatori relativi alle diverse aree di performance considerate, rappresentati in specifiche tabelle, sono rendicontati e commentati attraverso informazioni tratte dal Sistema Informativo Regionale (SIVER) e, per gli indicatori aggiunti di particolare rilevanza aziendale, da fonti informative interne all'azienda.

a. Dimensione di performance dell'utente

i. Area di performance dell'accesso

Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

Il monitoraggio e il presidio dei tempi di attesa per le prestazioni programmabili all'interno degli standard Regionali è obiettivo comune alle Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria per il quale sono stati definiti chiari ruoli e responsabilità che si sono rafforzati con la individuazione del Responsabile Unitario dell'Accesso

Nel corso del 2016 il monitoraggio dell'offerta e la verifica degli indici di performance sono stati puntuali e continuativi con il costante presidio dell'offerta di prestazioni finalizzata al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard. Si è raggiunto un indice di performance al di sopra del 90%, ottenuto anche attraverso l'utilizzo sistematico sia delle Agende di Garanzia sia attraverso un incremento dell'offerta per le prestazioni che presentavano di volta in volta criticità in termini di volumi e/o di priorità.

Ai sensi della DGR 1056/15 per favorire la prescrizione dematerializzata e la prenotazione dei controlli e degli esami strumentali successivi ad una prima visita è stato redatto un "manuale" contenente le modalità operative per ciascuna Unità Operativa. Inoltre è stata effettuata specifica formazione per utilizzo degli applicativi aziendali per la corretta prescrizione dematerializzata, prenotazione e registrazione attraverso l'organizzazione di corsi a Professionisti e Operatori

Anche nel 2016 è stata promossa la diffusione e l'utilizzo del day service che ha riguardato le patologie gastrointestinali, la neoplasia prostatica, la chirurgia bariatrica e in modo particolare la gestione dei pazienti oncologici in trattamento chemioterapico precedentemente trattati in day hospital oncologico (ex DGR 453/16). Si è inoltre provveduto all'aggiornamento del DSA della gravidanza ad alto rischio oltretutto al PDTA dell'oncologia toracica e del nodulo tiroideo.

Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero e specialistico

Assistenza perinatale: garantire l'appropriatezza nel ricorso al taglio cesareo, all'induzione e al controllo del dolore nel travaglio di parto.

E' proseguita anche nel 2016 l'attenzione ad un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 (n. 1540 gravide seguite in autonomia) e nel percorso Basso Rischio in Sala Parto (12% dei parti vaginali), in conformità alle linee guida internazionali e alla normativa regionale sul percorso nascita.

Il DSA ambulatoriale della gravidanza a rischio costituisce la principale forma di offerta prestazionale specialistica su base territoriale da cui prendono spunto sia l'espressione professionale del mondo ostetrico, parimenti coinvolto con quello medico, sia la strutturazione dei percorsi di integrazione con le componenti ostetriche ginecologiche dell'azienda territoriale.

Il controllo del dolore nel parto avviene come previsto dalla DGR 1921/07 e nel 2017 si è caratterizzato per una più ampia divulgazione informativa alle donne gravide della popolazione di riferimento

PMA: garantire l'accesso con tempi congrui alla PMA omologa ed eterologa, partecipare attivamente alla riorganizzazione dei centri di PMA, alla realizzazione di una banca dei gameti e di un registro dei donatori regionale e promuovere la donazione di gameti.

Nel 2016 il centro PMA è stata autorizzato dalla regione ai sensi della delibera 853 del luglio 2015. Il centro è stato oggetto nel 2016 di importanti migliorie strutturali, tecnologiche impiantistiche e di percorsi per accreditarlo quale PMA di terzo livello. Esso esegue oltre 4.200 prestazioni ogni anno e si correla con il centro PMA di I livello del PO di Fidenza nonché con i consultori della provincia di Parma.

Attività di prevenzione e promozione della salute

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato alla stesura della Delibera n. 19502 assunta il 29/01/2016 dall'AUSL di Parma avente come oggetto: "Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna: approvazione del Piano Locale Attuativo AUSL di Parma". In seguito, l'Azienda, tramite i suoi professionisti, si è impegnata alla realizzazione del Piano di Attuazione Locale (PLA), declinando a livello aziendale obiettivi e azioni previsti per i vari setting del PRP. In data 14/02/2017, a cura del Referente Regionale e responsabile del PLA, sono state inviate le schede di valutazione relative alle attività svolte nell'anno 2016 per i progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Gli obiettivi dei programmi del Piano della Prevenzione Regionale 2015-2018 esplicitamente richiamati nei vari setting sono stati raggiunti per il 2016.

Prevenzione delle malattie infettive

Nel 2016 all'interno dell'AOU di Parma la promozione della cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive è stata promossa tramite le seguenti iniziative: seminari per i neoassunti (cadenza semestrale); corsi e seminari teorico-pratici per l'impiego di pungenti e taglienti; approfondimenti svolti nelle riunioni del Nucleo Strategico per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere; incontri di sensibilizzazione sulla gestione dei rischi infettivi; partecipazione al CIO Regionale; promozione di iniziative teorico-pratiche sull'igiene delle mani; incontri di condivisione sugli aspetti igienici delle matrici ambientali;

promozione comportamenti igienicamente virtuosi dal punto di vista igienico; ideazione promozione e sviluppo delle campagne vaccinali contro le principali malattie infettive (influenza, morbillo eccetera).

In linea con il DGR 318/2013 “*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all’Assistenza e uso responsabile degli antibiotici*”, è stato incrementato il presidio delle attività legate alla prevenzione e controllo del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza.

L’Azienda, tramite i propri Referenti, partecipa attivamente e regolarmente agli incontri del CIO Regionale, ed ai conseguenti programmi proposti.

Anche nel corso del 2016 sono proseguite in ambito aziendale le **attività di sorveglianza e controllo della diffusione di microrganismi sentinella** (*specie microbiche con particolari profili di resistenza agli antibiotici quali MRSA, VRE, C.difficile, eccetera*), compresi gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) in particolare se produttori di carbapenemasi (CPE) che, com’è noto, rappresentano un importante problema di sanità pubblica. Tutte le segnalazioni pervenute sono state registrate ed il relativo data-base locale regolarmente alimentato.

E’ stato mantenuto anche il monitoraggio tramite mappatura delle CPE nei vari contesti organizzativi. E’ stato garantito l’invio all’ASSR (Area Rischi Infettivo).

E’ inoltre proseguita la rilevazione, tramite apposita scheda, di tutti i casi di batteriemia causati da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia-coli* non sensibili ai carbapenemi e produttori di carbapenemasi.

In base all’andamento della diffusione sono stati inoltre realizzati oltre 50 (>25% dei pazienti isolati) sopralluoghi per verificare la corretta implementazione delle misure d’isolamento per contatto. Gli esiti sono stati condivisi con i reparti coinvolti.

L’attività relativa al **Progetto SICHER** si è sviluppata attraverso la verifica e controllo randomizzato dei dati caricati sull’applicativo; il caricamento ed invio dei dati in Regione; la restituzione dei dati, elaborati a livello regionale, alle Unità Operative coinvolte.

Il SICHER è stato dato come obiettivo di budget incentivato alle UU.OO. Chirurgiche Generali e Specialistiche. Sono state riscontrate tutte le segnalazioni di evento infettivo e numerosi controlli *random* sono stati effettuati sulle schede di sorveglianza che non avevano esitato infezione. I tassi di infezione rilevati sono risultati in linea con quelli attesi a livello regionale. L’adesione al sistema SICHER è stata complessivamente del **87%**: l’obiettivo regionale è stato quindi pienamente raggiunto.

La reportistica è stata regolarmente inviata ai Reparti ed è consultabile anche sulla pagina intranet dell’Azienda.

A metà 2016 è stato reso operativo il nuovo sistema informatico di Registro Operatorio Ormaweb presso tutti i Blocchi Operatori e con esso aggiornato l’applicativo “**Sorveglianza Infezioni**” per il progetto SICHER. Visti i cambiamenti in atto non si è ritenuto opportuno procedere alla revisione della procedura in uso. Si è pertanto provveduto a fornire le indicazioni ai Reparti chirurgici rispetto alle nuove tempistiche di sorveglianza.

Programmi di screening oncologici

Screening tumori collo dell’utero:

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma offre attività di II livello e III livello (approfondimento diagnostico, trattamento e follow-up) rispetto al Servizio di Screening della AUSL di Parma. La collaborazione con il Servizio di Screening della AUSL permette di garantire una importante continuità assistenziale alle pazienti, inserite in un percorso ben codificato, che riduce il rischio di non trattamento, di trattamento improprio e/o di perdita al follow-up.

Screening tumore colon-retto:

All'interno del percorso di screening dell'AUSL di Parma, l'AOU esegue per lo screening del colon-retto attività come il livello. Nel 2016 sono state eseguite in Azienda 643 esami di colonscopia provenienti dal programma di screening, sono stati rimossi endoscopicamente 355 polipi e sono stati inviati a percorso chirurgico 19 pazienti per cancro coloretale o polipo cancerizzato con criteri chirurgici.

Screening tumore mammella

Con riferimento al tumore alla mammella, la collaborazione tra Servizio di screening dell'AUSL e i servizi dell'AOU avviene sia a livello diagnostico, attraverso le microbiopsie eseguite presso il Centro Senologico, che chirurgico.

Inoltre, una volta la settimana la discussione multidisciplinare dei casi clinici rappresenta un momento di confronto fondamentale fra tutti i professionisti che si occupano di diagnosi e terapia del tumore della mammella.

Gestione integrata delle emergenze

Alla fine del 2016 è stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale finalizzato alla progettazione e realizzazione del Dipartimento di Emergenza-Urgenza integrato della provincia di Parma. La formalizzazione di tale percorso è prevista per il 2017.

Inoltre, alla fine del 2016, è stato deliberato il Piano di emergenza massiccio afflusso di feriti (PEIMAF) e il Piano di Evacuazione (PEVAC). Un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale (coordinato da Centrale Operativa 118 e Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale) ha redatto tali documenti, al fine di fornire una modalità omogenea di comportamento da adottare per la gestione tempestiva ed efficace di situazioni di emergenza o di maxiemergenza ospedaliera.

Il piano di emergenza ospedaliero oltre che essere semplice, in modo da divenire rapidamente operativo, riduce al minimo il margine di improvvisazione lasciato ai singoli operatori coinvolti, al fine di garantire lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale a causa di ferie, festività o di fascia oraria (ore notturne).

Area Accesso e domanda: indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	68,34	62,19	Mantenimento	62,99
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	91,94	67,1	Mantenimento	90,5

Durante l'anno 2016 si è verificato un aumento di circa il 2% degli accessi in Pronto Soccorso e presso gli ambulatori di accettazione diretta in urgenza. La performance, in termini di tempi di attesa per i pazienti con codice giallo è rimasta pressoché invariata e superiore al valore del 90% entro 30 minuti mentre si è osservato un lieve calo della percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora (62,99%), comunque in linea con il valore medio regionale (62,19%).

ii. Area di performance dell'integrazione

Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza

L'Azienda è impegnata ad integrare la rete ospedale-territorio nei seguenti ambiti:

- Percorso nascita

Nel 2016 sono stati redatti due protocolli utili a garantire il trasferimento in utero STAM e il trasporto neonatale in emergenza (STEN), recepiti con delibere dalle due aziende. Il direttore dell'UO è membro della commissione nazionale e regionale nascita. Sono stati realizzati 11 corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione anche con i consultori della rete provinciale.

- Percorso STEMI

Nel 2016 è proseguita nella provincia di Parma l'attività di teletrasmissione dell'ECG da tutti i mezzi 118, con invio diretto in sala di Emodinamica per gli infarti miocardici acuti STEMI. Nel 2016 sono state trasmesse dalle postazioni mobili territoriali del 118 all'Unità Coronarica dell'AOU di Parma 2201 teletrasmissioni, di cui 117 casi di infarto miocardico acuto diagnosticati mediante la teletrasmissione. Sono state eseguite, presso l'Emodinamica dell'AOU di Parma, 256 angioplastiche coronariche percutanee di pazienti con infarto miocardico acuto entro 2 giorni dall'accesso, sul totale di 680 angioplastiche coronariche eseguite, pari al 37,65% (indicatore SIVER, obiettivo regionale 25%).

E' stato attivato il protocollo con l'ospedale di Fidenza (AUSL Parma) per l'esecuzione in service di procedure coronarografiche per pazienti con IMA senza persistente sovrallivellamento del tratto ST ricoverati presso il PO di Fidenza

- Percorso IVG

Nel 2016, l'accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) non ha registrato difformità, pur tenendo conto delle indicazioni date per l'accesso al percorso medico a livello nazionale e regionale. I tempi di attesa medi tra certificazione ed esecuzione IVG sono in linea con la procedura interaziendale derivante dall'applicazione della legge 194. E' stata avviata l'attività di miglioramento di percorsi inerenti le consulenze psichiatriche previste dalla legge.

- Diabete in età pediatrica

L'AOU insieme all'AUSL, nell'ambito del diabete pediatrico, ha sviluppato una collaborazione di professionisti diabetologi pediatrici del territorio che effettuano visite ambulatoriali presso l'Ospedale di Parma, lavorando a stretto contatto con i diabetologi pediatrici ospedalieri e garantendo l'integrazione tra AUSL e AOU nella disciplina specifica. Tale integrazione troverà ulteriori sviluppi a seguito della realizzazione del Polo Pediatrico territoriale, per la cui progettazione l'AUSL e l'AOU hanno definito ambienti e funzioni pediatriche integrate, tra cui la diabetologia.

- Dimissioni protette

Nel 2016 l'azienda ha sviluppato 3 sostanziali percorsi come di seguito declinati che hanno visto il coinvolgimento di una ricca e multidisciplinare rete di professionisti sia dell'azienda ULS che dell'Azienda ospedaliera. I percorsi riguardano nello specifico i seguenti aspetti:

3. Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio;
4. Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani, finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione;
5. Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro attivi di carattere sanitario e sociosanitario.

Le suddette iniziative sono state corredate da momenti di formazione e informazione rivolte a tutte gli operatori dell'azienda ospedaliera e dell'azienda USL sulla sicurezza della continuità assistenziale (la

sicurezza della dimissione del paziente) e sull'adozione di idonei strumenti (scheda BRASS) e/o modalità organizzative di partecipazione a progetti regionali (progetto RISKER in collaborazione con Jefferson University Philadelphia) finalizzati a intercettare i pazienti a particolare rischio di ospedalizzazione e garantirne quindi la dimissione protetta a seconda degli ambiti specifici di appartenenza (CRA, domicilio, ecc.).

- **Patologia osteoarticolare dell'anziano (frattura femore e protesica): L'Azienda dovrà migliorare la tempistica del percorso di frattura di femore nella fase chirurgica e riabilitativa.**

Nel 2016 l'azienda ha garantito il miglioramento degli indici di performance rispetto al 2015 inerenti le tempistiche di intervento per frattura femore anche in considerazione della valenza sociale della patologia in correlazione all'eziologia della stessa che coinvolge un target di popolazione anziana e polipatologica nonché fragile. A riguardo sono stati garantiti all'interno dell'azienda specifici percorsi ortogeriatrici che hanno assicurato la presa in carico del paziente condivisa tra ortopedici e geriatri contribuendo in tale maniera a migliorare gli outcome. Sono state riviste alcune tecniche chirurgiche inerenti la protesica d'anca che, pur nelle difficoltà contingenti richiamate dalla nota informativa protocollo 31724 del 15 settembre 2016 riferentesi alla temporanea chiusura di 34 PL durante il periodo estivo per consentire lavori di adeguamento alla normativa antincendio hanno costituito premessa importante per rideterminare modalità di esecuzione dei succitati interventi al fine di riportare i tempi di attesa negli standard entro l'anno 2017. L'outcome in tal senso è decisamente migliorato.

- **protocolli assistenziali di accoglienza e assistenza di donne e minori vittime di violenza e abuso**

Nel 2016 la strutturazione attraverso protocolli di intese tra azienda ospedaliera, AUSL ed enti locali territoriali della provincia si è articolata attraverso la partecipazione fattiva e costante ai tavoli di coordinamento di volta in volta convocati e attraverso la partecipazione di soggetti multiprofessionali a vario titolo coinvolti per l'applicazione della DGR 1667/2013 inerente il tema.

Modelli di integrazione a rete prevalentemente in ambito provinciale nelle aree: pediatrica, laboratoristica, neurologica, riabilitativa, dialitica e nefrologica.

- **Area Pediatrica**

In area pediatrica l'integrazione in ambito provinciale ha riguardato prevalentemente:

- o *Assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico*
- o *Percorsi diagnostici e terapeutici integrati per le patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza e gestione delle emergenze neuropsichiatriche infantili*
- o *Assistenza ai pazienti affetti da Disturbi del comportamento alimentare (DCA)*

- **Area laboratoristica**

Il Laboratorio di analisi emato-chimiche dalla AOU di Parma nell'anno 2016 ha completato e implementato la centralizzazione in ambito provinciale di indagini sierologiche di secondo e terzo livello inerenti patologie autoimmuni, endocrine, oncologiche e coagulative.

Inoltre, nel corso del 2016, è stata attivata e completata la esecuzione centralizzata dei test per il rilievo di emoglobine patologiche sia in ambito diagnostico che di screening in gravidanza.

- **Area Riabilitativa e Area Neurologica**

Nel 2016 l'Area Riabilitativa e Area Neurologica ha proseguito e perfezionato i due protocolli deliberati dalle rispettive aziende sanitarie in tema di attività del polo neuroradiologico interaziendale e del polo riabilitativo interaziendale. Relativamente al primo sono stati approfonditi i temi inerenti il PDTA della sclerosi multipla; rispetto al secondo si è deciso per una rivisitazione dell'area riabilitativa infantile e per

una nuova committenza al gruppo di lavoro che portasse ad una rivisitazione del protocollo stesso durante il 2017.

- **Area dialitica e nefrologica**

Allo scopo di favorire l'integrazione a rete in ambito provinciale, sono stati attivati i seguenti percorsi:

- o PDTA della Insufficienza Renale Cronica, ampiamente diffuso anche attraverso un convegno provinciale;
- o incontri quindicinali fra il Centro Dialisi Ospedaliero e i Centro Dialisi territoriali, per affrontare problematiche gestionali e cliniche in modo condiviso.

- **Polo Neurologico**

Il polo neurologico provinciale nel 2016 si è arricchito della partecipazione delle componenti territoriali presenti all'interno delle case della salute di cui nel citato anno sono state implementate le capacità di espressione anche attraverso la disponibilità di medici specialisti della Azienda ospedaliero universitaria di Parma con particolare riguardo a quadri patologici quali la sclerosi multipla e le malattie neurodegenerative e neuromuscolari.

iii. Area di performance degli esiti: Indicatori

Le azioni relative all'Area degli Esiti, in cui si enfatizza l'orientamento all'utente esterno negli esiti di salute, sono di fatto trasversali e riguardano obiettivi presenti nelle diverse aree di performance, alle quali si rimanda per la rendicontazione puntuale.

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	81,83	78,81	Mantenimento	80,95
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico.	1,85	1,71	Mantenimento	1,7
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola.	2,69	2,73	Cons./miglior.	4,62
Mortalità a 30 giorni per IMA.	8,19	8,72	Consolidamento	7,52
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA.	32,95	44,39	Miglioramento	35,16
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio.	8,23	11,49	Mantenimento	9,4
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale.	3,44	1,61	Miglioramento	0,92
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico.	10,34	10,45	Mantenimento	9,83
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale.	2,73	1,8	Cons./miglior.	2,46
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata.	5,42	8,69	Mantenimento	6,73
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella.	6,59	6,63	Mantenimento	5,55
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone.	0,92	0,9	Mantenimento	0,41
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	8,38	4,33	Miglioramento	7,96
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon.	3,59	3,96	Mantenimento	4,65
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali.	1,08	0,86	Cons./miglior.	1,17
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	46,31	70,12	Miglioramento	67,04
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	17,91	18,49	Mantenimento	16,94
% interventi per colecistectomia laparoscopica effettuati in reparti con	99,0	73,84	Mantenimento	99,03

volume di attività superiore a 90 casi annui				
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	55,24	78,56	Mantenimento	82,65
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	4	3	Miglioramento	4

Si tratta di indicatori non aggiustati quindi di difficile confronto: si può osservare, comunque, che l’Azienda ha ottenuto il risultato prefissato per la maggior parte degli indicatori, in particolare nelle aree cardiologica, vascolare, neurologica, neurochirurgica e ostetrico-ginecologica. Alcune criticità, rispetto alle quali peraltro si è già provveduto a porre in essere le adeguate azioni correttive, riguardano la Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon (è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per la costruzione di un PDTA specifico aziendale) e la Mortalità a 30 giorni da intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola (è stato istituito un Gruppo di Lavoro di Audit interno).

b. Dimensione di performance dei processi interni

i. Area di performance della produzione

Riordino dell’assistenza ospedaliera

L’assistenza ospedaliera è stata riordinata applicando puntualmente gli indirizzi del DM 70/2015, della DGR 20140/2015 così come riportato nella delibera 620/2016 a seguito di ampia condivisione con l’azienda USL di Parma, la CTSS e le organizzazioni sindacali.

Pianificare e implementare l’omogeneizzazione delle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke

Le procedure di soccorso sanitario sono state migliorate secondo le seguenti linee:

- 1) Ampliamento delle postazioni d’accesso al PACS di Piacenza per la trasmissione delle immagini
- 2) Partecipazione alla Commissione tecnica regionale “Monitoraggio dell’assistenza al trauma Grave” per l’elaborazione di un documento condiviso sui criteri e standard della rete regionale per l’assistenza al trauma grave (cfr. l’allegato 1.1.4)
- 3) Condivisione all’interno della commissione SIAT di criteri di centralizzazione dei pazienti con trauma grave

Per quanto riguarda lo stroke è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale che ha rivisto il protocollo delle procedure di rivascolarizzazione nei pazienti con ictus ischemico, al fine di ottimizzare il percorso e le tempistiche relative sia nella fase diagnostica che interventistica. La revisione del protocollo è stata ultimata nel corso del 2017. (prot. n.16389 del 8 maggio 2017).

La DGR 1603/2013 definisce le modalità organizzative per lo sviluppo e la realizzazione del trasporto materno assistito (STAM) e il trasporto neonatale in emergenza (STEN) da un centro Spoke a un centro Hub. Nell’Area Vasta Emilia Nord sono presenti 3 strutture ospedaliere con TIN, centri Hub, e 13 punti nascita, Spoke. In particolare, sul centro Hub di Parma insistono la provincia di Parma, con i punti nascita di Fidenza e Borgotaro, e quella di Piacenza.

Nel 2016, i referenti ginecologi delle province di Parma e Piacenza, in collaborazione con i neonatologi e pediatri, hanno predisposto un protocollo clinico per lo STAM, a cui è seguita la stesura della procedura clinica e organizzativa, che è stata formalizzata a luglio 2016.

Sempre nel corso del 2016, continuando i lavori iniziati nel 2015, sono stati effettuati incontri tra i referenti neonatologi dell'area Parma-Piacenza, con la definizione della procedura interaziendale per il Servizio di Trasporto Neonatale in Emergenza (STEN), che è stata formalizzata dalle rispettive Direzioni a dicembre 2016. Premessa per l'operatività del percorso sopra descritti è stata l'attivazione di un Pronta Disponibilità medica neonatologica.

I citati documenti sono stati deliberati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con atto n. 621 del 30/12/2016.

Interoperabilità della centrale 118

Nel 2016 la centrale operativa 118 EMILIA OVEST ha portato a compimento il progetto di costituzione della stessa consolidando l'interoperabilità (Disaster Recovery) tra le Centrali Operative attraverso la omogeneizzazione dei sistemi informativi e gestionali necessari per la gestione della fase di call-taking. È stato inoltre avviato il progetto per il riordino e l'implementazione degli strumenti tecnologici e delle procedure gestionali-organizzative necessarie per garantire la fase di call-dispatch.

Altri obiettivi

- **riorganizzazione area chirurgica;**

nel 2016 sono state riviste le linee organizzative dipartimentali da cui dipendono i percorsi di presa in carico del paziente chirurgico e di esecuzione degli interventi chirurgici attraverso l'appropriato utilizzo delle risorse sia di sala operatoria che di degenza. Ogni percorso è improntato alla puntuale osservanza di aspetti comportamentali atti a armonizzare le esigenze di risorse necessarie con quelle espresse da altre linee operative chirurgiche. Tutto ciò ha portato alla definizione di una piattaforma chirurgica fatta di committenti e di risorse equamente distribuite in base ai bisogni dichiarati attraverso anche l'individuazione della figura di un direttore organizzativo gestionale delle attività chirurgiche che costituisce punto di riferimento per la gestione delle liste d'attesa e per l'appropriata assegnazione degli ambienti chirurgici concordando il complesso delle attività sia con gli specialisti chirurghi che con gli altri specialisti coinvolti con le attività specifiche (anestesisti).

- **riorganizzazione area chirurgica ginecologica oncologica;**

La funzione di chirurgia ginecologica oncologica, che si avvale di Chirurghi qualificati all'interno di un team multidisciplinare per la valutazione integrata delle scelte terapeutiche ottimali, è stata oggetto di specifica attività di progettazione organizzativa tale da essere coerente ai criteri di organizzazione degli ambienti chirurgici, come su esposti, e finalizzati alla disponibilità di ambienti chirurgici più confortevoli le necessità di chirurgia ginecologica oncologica stante l'esigenza di riqualificare gli attuali spazi presso il padiglione maternità.

- **riorganizzazione area internistica finalizzata alla gestione delle dimissioni appropriate.**

La **riorganizzazione area internistica fonda su 4 linee di intervento:**

- riassetto dell'area internistica presso la torre delle medicine con attivazione di percorsi per intensità di cura presso il 4° e 5° piano della torre coinvolgenti 4 unità operative a vario titolo finalizzate alla gestione del paziente ad alto, medio, basso carico clinico assistenziale.
- Rimodulazione delle attività presso il dipartimento medico geriatrico riabilitativo con attivazione di settori destinati alle cure intermedie e alla medicina per acuti fragili ad alto turnover

- Rivisitazione del modello gestionale di un nascente dipartimento dell'emergenza urgenza atto a coinvolgere unità operative anche internistiche per la qualificazione della risposta al paziente acuto che affrisce al PS.
- Qualificazione delle attività internistiche specialistiche presenti (nefrologie e pneumologia) presenti in ALA SUD al fine di migliorare l'outcome e l'output dei pazienti con particolare riferimento a pazienti fragili e polipatologici che vi accedono in particolari periodi dell'anno.

Area Produzione-Ospedale: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,01	3,34	Miglioramento	4,28
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	-0,09	-0,4	Miglioramento	0,09
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,48	-0,63	Miglioramento	-0,38
Degenza media pre-operatoria	0,72	0,76	Mantenimento	0,73
Volume di accessi in PS	110.322			112.933
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	21.892			20.692
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	16.509			15.717
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	5.118			5.164
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.666			3.868

Gli indicatori di performance relativi alla degenza media hanno evidenziato, nel 2016, un mantenimento dei risultati conseguiti per quanto riguarda l'IDP dei ricoveri acuti medici, una riduzione della performance dei ricoveri chirurgici e un aumento della percentuale dei ricoveri medici oltre soglia per pazienti over 65.

Come indicato nel paragrafo riguardante il riordino dell'assistenza ospedaliera l'Azienda è impegnata, in integrazione con l'AUSL di Parma, in progetti di riorganizzazione volti a favorire e a rendere più efficiente la fase di dimissione di pazienti fragili, pluripatologici sia di pertinenza internistica che chirurgica (Cure Intermedie, funzione internistica ad alto turnover per pazienti over 65, gruppi di lavoro Ospedale-Territorio).

E' indubbio che i risultati ottenuti riflettano non solo la performance aziendale ma anche la coerenza della domanda di salute proveniente dal territorio e, quindi, la capacità di risposta di quest'ultimo. Essa è frutto anche del riflesso sull'offerta sanitaria assistenziale di condizioni socio-economiche che inducono spesso a soddisfare il bisogno in strutture ospedaliere istituzionalmente deputate ad accogliere e in mancanza di soluzioni diverse e più appropriate che vengano messe in atto conseguentemente al ricovero.

Area Produzione-Territorio: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	247919	6788682	In coerenza con Accordo di fornitura	248307
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	313159	6364012	In coerenza con Accordo di fornitura	319549
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1303882	43108376	In coerenza con Accordo di fornitura e progetto laboratorio provinciale	1330901

Il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è aumentato in coerenza con quanto previsto dall'accordo di fornitura con l'Azienda USL di Parma.

ii. Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

Piano programma aziendale per la sicurezza delle cure

La gestione del rischio, componente essenziale della funzione di governo clinico, è un processo complesso che l'Azienda vuole rendere sistematico e sistemico ricomponendo in un modello integrato attività svolte in settori diversi, ma tutte finalizzate alla promozione della sicurezza di utenti e operatori. All'interno di questo modello le differenti competenze, cliniche, tecniche, medico-legali, legali, amministrative, vedono declinate le loro professionalità rispetto al perseguimento del comune obiettivo finale di una efficace *safety governance* aziendale.

In tal senso, per la sicurezza delle cure, la Direzione si è avvalsa della SSD Governo Clinico, Gestione del rischio e coordinamento Qualità e Accredimento che ha coordinato e integrato le principali Direzioni Tecniche Aziendali, le Direzioni Operative Attuative, gli Uffici e i Servizi di Staff alla Direzione Generale per la redazione del Piano Programma Sicurezza delle cure e gestione del rischio 2016-2018.

Come indicato dalle Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, marzo 2016) il Piano ha delineato l'assetto organizzativo per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure definendo i ruoli e le principali funzioni in Azienda (Direttore Sanitario, Collegio di Direzione, Risk Manager, Dipartimenti, Strutture Aziendali per la sicurezza), i principi ispiratori e la strategia di riferimento.

Il Piano ha dato evidenza, descrivendoli sinteticamente, dei processi di gestione del rischio presenti in azienda.

Uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio è legato alla conoscenza e alla descrizione puntuale della "situazione di partenza" necessaria per poter procedere alla raccolta delle informazioni di interesse, attraverso una gestione integrata dei flussi informativi esistenti o di nuova istituzione.

Il Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2016-2018 è stato adottato dal Direttore Generale con atto n. 318 del 23 agosto 2016 su proposta del Collegio di Direzione (22/06/2016).

Gestione Eventi Avversi

L'Azienda ha assolto il debito informativo previsto per gli eventi sentinella (n. 9 casi nel 2016) garantendo la segnalazione alla Regione, così come previsto dal Flusso SIMES (Scheda A e scheda B per le azioni di miglioramento) e indicato nella procedura aziendale P017AOUPR Gestione Evento Critico.

In linea con le indicazioni regionali e con i contenuti del Piano Programma si è continuato nella promozione e consolidamento del sistema di segnalazione aziendale mediante gli Incident Reporting (68 segnalazioni su format regionale) e mediante la Scheda di segnalazione cadute-Incident Reporting (290 segnalazioni su specifico format aziendale).

Gli eventi critici segnalati sono stati analizzati con gli strumenti previsti dalla gestione del rischio clinico e con la collaborazione dei professionisti interessati al fine di adottare le opportune azioni di miglioramento.

Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda si è impegnata nella diffusione delle Raccomandazioni Nazionali e Regionali per la sicurezza delle cure proponendo momenti di formazione, elaborando strumenti per la promozione della sicurezza specifici, Buone Pratiche e Procedure aziendali e diffondendo tutta la documentazione nazionale regionale e aziendale in un apposita pagina intranet.

L'Azienda ha partecipato anche nel 2016 al Monitoraggio Nazionale (AGENAS) sulle Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico e ai Monitoraggi Regionali allegando ad ogni raccomandazione ministeriale le procedure e le evidenze richieste (vedi nota di riscontro prot. n. 16286 del 9/05/2016).

L'Azienda ha inoltre risposto alla richiesta regionale "Adempimenti LEA – Monitoraggio raccomandazioni sulla sicurezza delle cure – Focus Regionale con nota prot. n. 17174 del 17/05/2016.

In linea con le indicazioni Nazionali "Raccomandazione Ministero della Salute n. 2 Prevenzione della ritenzione di garze strumenti o altro materiale chirurgico nel sito di intervento - Anno 2008" e le "Raccomandazioni della Regione Emilia Romagna per la Sicurezza in Sala Operatoria – Anno 2010" lo strumento Check List è in uso in tutte le Strutture di chirurgia generale e specialistica dell'Azienda fin dal 2011.

L'Azienda, inoltre, ha garantito la partecipazione agli eventi formativi regionali e alla successiva rilevazione prevista dal Progetto "Osservare" nelle sale operatorie identificate (Ortopedia, Chirurgia Generale). Nel corso del 2016 sono state effettuate n. 50 osservazioni, in linea con le indicazioni progettuali regionali, sull'utilizzo della check list in sala operatoria; le informazioni sono state inserite nel data base regionale.

Nel corso del 2016 la SSD Governo Clinico, con nota Prot. N. 9801 del 18/03/2016 ha diffuso congiuntamente al Presidente del Comitato Buon uso del sangue a tutte le strutture dell'AOUPR il DM 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Con il Direttore della UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale è stata redatta la scheda n° 11 Sicurezza Sangue del Piano Programma per la sicurezza e la gestione del rischio 2016-2018 nonché gli obiettivi annuali e poliennali riferiti a tale area di intervento.

Il DM 2 novembre 2015 prevede che tutti i pazienti che effettuano trasfusione di sangue siano dotati di braccialetto identificativo unico. Su questo tema della sicurezza l'AOUPR aveva già avviato nel 2011-2012 un progetto che, messo a sistema, ha permesso di garantire a tutti pazienti ricoverati e a tutti i pazienti che

accedono al Pronto Soccorso la dotazione di braccialetto identificativo unico perfettamente aderente a quelle che sono le indicazioni regionali sulla sicurezza di questi dispositivi.

Dopo una fase di sperimentazione presso la UO Immunoematologia e dopo i sopralluoghi effettuati presso le aree ambulatoriali e i DH per la implementazione del sistema è stato possibile dotare tutti i pazienti ambulatoriale e di DH di braccialetto identificativo paziente.

Nel corso del 2016 è stata inoltre aggiornata la Procedura Aziendale P026 Trasfusione di Emocomponenti che è stata diffusa a tutti i reparti dell'AOUPR. Si è inoltre proceduto a condividere e poi a diffondere l'Istruzione Operativa Regionale sulla Reazione Trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO (flusso SISTRA) prot. n. 13026 del 13/04/2016.

Buone pratiche Aziendali

Nel 2016 sono state proposte dalla SSD Governo Clinico, gestione del Rischio, ad Agenas ulteriori 4 nuove Buone Pratiche Aziendali:

1. Il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: dal linkage dei flussi informativi alle buone pratiche;
2. Morbilità psichiatrica dei pazienti e sicurezza: il linkage di un nuovo flusso informativo per l'analisi e la gestione dei rischi
3. Scheda Trasfusione: una Check-List per la sicurezza
4. L'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la Sicurezza delle Cure: un questionario per il monitoraggio interno presso le Strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Prevenzione e gestione delle cadute

L'Azienda ha strutturato, già dal 2014, l'attività per la prevenzione del fenomeno caduta nel paziente degente (procedura aziendale P015AOUPR "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale", scheda di rilevazione del fenomeno caduta-incident reporting, corsi di formazione aziendali annuali, rilevazione del fenomeno e trasmissione dei report ai Dipartimenti) e nel Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2016-2018 tale tema è stato affrontato alla stregua delle altre tematiche.

L'Azienda nel corso del 2016 ha partecipato al tavolo regionale per la definizione delle linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, con tre professionisti. Tali Linee di indirizzo sono state emanate alle Aziende con la circolare n. 21 del 23/12/2016 e prontamente diffuse a tutte le UU.OO. dell'Azienda e ai Professionisti mediante il sito Intranet della Gestione del Rischio & sicurezza.

Visite per la sicurezza "Progetto Visitare"

L'Azienda ha realizzato il Progetto Regionale Visitare nelle UU.OO di Nefrologia e di Clinica e Immunologia Medica avvalendosi del contributo dei professionisti afferenti al SSPA, al Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera e Sicurezza Igienico Sanitaria e al Servizio Assistenziale.

Le Raccomandazioni oggetto di analisi della loro applicazione nelle UU.OO. sopradescritte sono state: Sicurezza Sangue, Dispositivi Taglienti e Pungenti, Igiene delle Mani.

Piano delle Formazione Annuale sulla sicurezza delle cure e realizzazione eventi formativi con i principali Servizi Aziendali

Al fine di promuovere la cultura della sicurezza delle cure e favorire la diffusione di buone pratiche ogni anno la SSD Governo Clinico predispone il Piano Formativo per la Sicurezza e la qualità delle cure, condiviso con i principali Servizi e Direzioni Aziendali, parte integrante del Piano Annuale della Formazione.

Nel 2016, in linea con gli obiettivi del Piano Programma Sicurezza delle cure 2016 – 2018, sono stati effettuati i seguenti percorsi formativi (accreditati ECM):

- La sicurezza nella Terapia Farmacologica e Gestione del Rischio (due edizioni), l'evento formativo ha trattato le Raccomandazioni Ministeriali e Regionali per la sicurezza farmacologica e ha presentato i Risultati dell'Audit sull'applicazione locale della scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica in due Dipartimenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Le Buone Pratiche per la Prevenzione delle cadute in Ospedale (due edizioni).
- Gestione del Rischio: Le Buone Pratiche per la sicurezza del Processo Trasfusionale e Gestione del Rischio (due edizioni)
- Sicurezza della continuità assistenziale "La Dimissione del paziente" (una edizioni).

Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito farmaceutico

L'incremento della spesa per l'acquisto dei farmaci si è mantenuto ampiamente entro il limite fissato del +5,9% rispetto al 2015 (+4%).

L'obiettivo comprende la quota destinata ai farmaci della "Lista innovativi 2015" che per la AOU Parma è stata 2.556.010 €.

Acquisto ospedaliero di farmaci

Il governo dell'area della farmaceutica è stato condotto in continuo e con particolare attenzione all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva e d'uso dei farmaci secondo i percorsi regionali e aziendali, le Linee Guida e Raccomandazioni, con il monitoraggio della prescrizione da parte di Centri autorizzati, con il monitoraggio su singolo paziente negli ambiti più critici di cura. La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso ai "Registri di monitoraggio AIFA" è stata sottoposta ad un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione.

Con riferimento ai documenti AIFA, tenuto conto degli obiettivi regionali sui farmaci biosimilari e al contributo che essi rappresentano per la sostenibilità del sistema sanitario, sono stati condotti incontri con gli specialisti dell'area di nefrologia, oncologia, ematologia, dermatologia al fine di ricondurre la prescrizione verso le molecole biosimilari consentendo il raggiungimento delle % d'impiego indicate dalle Linee d'indirizzo regionali. In particolare per le epoetine biosimilari è stato raggiunto l'obiettivo del 60% della prescrizione (nonostante la carenza, protrattasi per alcuni mesi, del biosimilare aggiudicato in gara centralizzata); per l'anti TNF alfa è stato raggiunto l'obiettivo con una prescrizione pari al 35%; per l'insulina glargine la gara centralizzata è stata aggiudicata all'originator.

E' stato garantito il massimo ricorso al generico nel trattamento dell'HIV in funzione dei profili clinici dei pazienti presi in carico ed è stata garantita la corretta trasmissione dei flussi informativi regionali attraverso il flag HIV (95%).

L'impiego dei nuovi farmaci per l'Epatite C è avvenuto secondo i criteri e le priorità definiti dalla Commissione Regionale del Farmaco in funzione del profilo clinico del paziente e selezionando il trattamento secondo il miglior rapporto costo/opportunità.

Per i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età si è evidenziato un aumento della casistica trattata (occhi trattati) a cui non è conseguito un incremento della spesa in virtù della maggior prescrizione della molecola a più basso costo.

E' stato perseguito l'uso appropriato degli antibiotici secondo il programma pianificato dal Gruppo Strategico e dal Gruppo Operativo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici; sono state elaborate le Linee Guida Aziendali in Tema di Profilassi Antibiotica in Chirurgia.

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di contenere i fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale si è vigilato affinché fossero esclusivamente utilizzati i principi attivi presenti nel Prontuario AVEN nel rispetto degli esiti delle gare regionali e AVEN. E' stato assicurato il monitoraggio rispetto alla compilazione dei Piani Terapeutici cartacei o web based (AIFA, SOLE) rispettando 100% della compilazione per i farmaci dell'Epatite C.

Il 100% dei trattamenti chiusi candidabili a rimborso sono stati correttamente gestiti consentendo un recupero economico pari a 556.023€ (iva esclusa).

E' stata garantita l'erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero (L. 405) per un valore economico di 629.833 €.

E' aumentato il ricorso all'applicativo regionale per le "eccezioni prescrittive" destinato al monitoraggio degli usi off label e "Cnn" ed è stato implementato il software di prescrizione delle terapie oncoematologiche propedeutico ad alimentare il futuro database oncologico regionale.

E' stata garantita la partecipazione alle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali e di Area Vasta svolgendo un'azione continua e costante nella gestione del PTAVEN curandone costantemente l'applicazione e l'adesione nell'ottica di assicurare il governo clinico del farmaco. E' stato attivamente aggiornato il sito aziendale dedicato al Prontuario a disposizione di tutto il personale sanitario assicurando l'inserimento dei documenti, Raccomandazioni, Linee Guida regionali.

Si sono tenute con regolarità le riunioni del Nucleo Operativo Provinciale (NOP) sul Farmaco, garantendo la fattiva partecipazione alle attività della Segreteria scientifica per la predisposizione delle istruttorie (118 istruttorie).

E' stata promossa l'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali e regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure farmacologiche attraverso il consolidamento di percorsi specifici (es. farmaci LASA) e la realizzazione di iniziative formative sulla gestione del rischio clinico con approfondimenti sul tema della ricognizione/riconciliazione farmacologica.

E' stata assicurata la produzione mensile delle Newsletter di FV che nel 2016 si è ulteriormente ampliata con i contenuti della DispositivoVigilanza; si sono tenuti incontri aziendali relativi alla gestione del Rischio Clinico ed è stato garantito il consolidamento delle attività correlate ai 2 Progetti di Farmacovigilanza Attiva in Oncoematologia pediatrica e Pronto Soccorso.

L'attività di DispositivoVigilanza è stata costantemente presidiata, in adesione alla normativa e secondo l'indirizzo regionale con la gestione dei campioni gratuiti DM, e inserita in uno specifico percorso aziendale che prevede l'adozione di un registro dedicato.

L'uso della piattaforma web VigiFarmaco è stato avviato a dicembre una volta risolto il problema tecnico sull'applicativo, segnalato dal Responsabile aziendale di FV agli organi regionali competenti.

L'obiettivo di incremento dell'inserimento di sospetta ADR sulla piattaforma web VigiFarmaco è stato raggiunto.

Area Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	32,58 %	50,09 %	Miglioramento	37,32 %
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,19 %	0,22 %	Consolidamento	0,19 %
Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	6,78 %	4,03 %	Riduzione coerente con SICHER	7,15 %
Casi di trombosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	6,03 %	2,5 %	Miglioramento	5,22 %
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	71,0%	39,8 %	Mantenimento	65,11 %

Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area dell'Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico, si osserva un effettivo miglioramento della % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici, come atteso per il 2016, anche se ancora sotto la media regionale. Tra gli indicatori osservazionali, l'indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato, di cui appare un dato incrementale rispetto alla media regionale, va letto congiuntamente agli interventi formativi e informativi diffusamente attuati durante il 2016 e a una intensificata azione di vigilanza e monitoraggio programmata per il 2017 che fonda anche su aspetti di incremento della sensibilizzazione degli operatori a misure comportamentali idonee e al rispetto di percorsi igienico sanitari puntualmente sempre definiti. Sono stati attivati anche processi di rivisitazione dei dati clinici al fine di meglio chiarire aspetti eziologici endogeni e esogeni inerenti le cause del fenomeno. Gli altri indicatori risultano complessivamente buoni.

iii. Area di performance dell'organizzazione

Sviluppo dei processi di integrazione dei servizi di amministrazione, supporto e logistici nelle Aziende

Il processo di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico si è sviluppato secondo il seguente percorso attuativo:

- predisposizione del **progetto preliminare** di integrazione, illustrazione alle organizzazioni sindacali delle tre aree di contrattazione, invio in Regione nel mese di settembre 2015, **formalizzazione** del progetto preliminare nel mese di gennaio 2016;
- in esito alla successiva analisi e valutazione di fattibilità, le due direzioni aziendali hanno lavorato congiuntamente per la predisposizione del documento di **progettazione definitiva di integrazione interaziendale**, licenziato nel mese di giugno 2016, a seguito delle consultazioni effettuate con tutti i dirigenti coinvolti, con i Collegi di Direzione, con le organizzazioni sindacali delle tre aree di contrattazione, con il Comitato di Indirizzo, con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Il

documento di progettazione definitiva è stato formalizzato mediante l'adozione di speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016;

- l'avvio operativo, mediante adozione di appositi atti deliberativi e correlata approvazione delle convenzioni tra le due Direzioni è avvenuto in data **1° ottobre 2016**, con l'individuazione dei direttori di struttura complessa, di dipartimento, delle risorse umane assegnate alle varie strutture nonché delle attività integrate attribuite alle aree di competenza.

Pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state attivate le nuove strutture interaziendali con avvio delle attività integrate.

In tale contesto sono stati istituiti i Dipartimenti Tecnico-Logistico e delle Risorse Umane, la S.C. Interaziendale Servizio Economico Finanziario, la SSD Internal Auditing, la S.C. Affari Generali quali strutture ad integrazione strutturale e si è confermato il Dipartimento Interprovinciale ICT.

Il Controllo di gestione e il Settore Comunicazione sono invece stati individuati come strutture a integrazione funzionale e il Servizio Attività Giuridico Amministrativa e il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale come aree di collaborazione.

La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda Usl di Piacenza.

Le sedi logistiche, finalizzate all'accoglimento dei nuovi servizi interaziendali, sono per lo più situate nel perimetro dell'azienda ospedaliera, previa definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento.

In merito al contenimento dei costi a regime, il percorso di razionalizzazione delle risorse umane interessate dalla integrazione strutturale è stato illustrato alla Regione con nota prot. 17107 del 16 maggio 2016, alla quale si rinvia.

In totale sono state coinvolte nel progetto definitivo, a vario titolo, circa 400 persone.

Sempre nel corso del 2016 l'Azienda ha garantito la costante e fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro del nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU), contribuendo alla creazione delle condizioni per l'avvio della prima fase di attuazione dell'applicativo per le Aziende del Gruppo 1.

Analogamente tutte le componenti aziendali hanno partecipato ai tavoli di confronto a livello regionale e di Area Vasta ed in particolare, per quanto riguarda la gestione del personale sia al tavolo di lavoro della Direzione Sanità e Politiche Sociali sia ai gruppi di Area Vasta per la predisposizione dei regolamenti per il conferimento di borse e contratti libero professionali, per l'autorizzazione di incarichi extraistituzionali.

Sviluppo dell'infrastruttura ICT a supporto della semplificazione ed al miglioramento dell'accessibilità ai servizi

L'azienda ha attivato partecipato ai tavoli regionali di razionalizzazione ed innovazione di sistemi applicativi di Area vasta e regionali. Operativamente l'azienda ha supportato l'avviamento dei progetti regionali, fornendo dati e procedure, secondo le scadenze. Si consideri in particolare che due dei progetti principali (GRU e GAAC) vedranno l'avviamento effettivo in AOUPR a gennaio 2018 e gennaio 2019. Relativamente al progetto ARA l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma ha definito il modello a regime di integrazione della propria Anagrafe Pazienti Centralizzata con l'anagrafe territoriale della AUSL la quale rappresenta, in linea con i dettami RER, il punto di collegamento provinciale con ARA.

L'azienda si è inoltre attenuta al "Piano per L'innovazione e sviluppo ICT nel Servizio Sanitario Regionale 2015-2017" allineando i propri fabbisogni a tale programmazione. In tale contesto l'azienda ha pianificato e rivisto i bisogni aziendali coerentemente al piano ed ha richiesto particolari indicazioni relativamente a temi strategici (es. PDTA).

Rispetto ai progetti correlati con la rete Sole/FSE, l'integrazione socio-sanitaria e l'innovazione dei sistemi per l'accesso si riporta che:

- il sistema informatico di prescrizione dematerializzata all'interno di Azienda Ospedaliero – Universitaria è un sistema unico e richiamabile in contesto. Tale sistema di dematerializzazione della ricetta è diffuso in tutti gli ambiti aziendali ed i dati presentati da CUP2000 nel Fascicolo di Bilancio 2016 evidenziano come AOUPR sia prima per volumi di ricette di farmaceutica e specialistica tra le aziende ospedaliere regionali.
- rispetto all'alimentazione del FSE dei documenti l'azienda ha reso disponibili, come evidenziato nei SAL SOLE relativi ai livelli di utilizzo, i documenti nella piattaforma SOLE definiti come prioritari (laboratorio, radiologia) sono versati sul FSE. Gli applicativi sono stati adeguati per la gestione del consenso. Parimenti sono presenti su CupWeb le prestazioni definite come nucleo comune regionale.
- La partecipazione al sistema SIGLA da parte dell'Azienda Ospedaliero –Universitaria è stato completato per tutte le liste d'attesa chirurgiche interessate dal nomenclatore SIGLA. L'azienda ha inoltre partecipato attivamente nella costruzione del sistema informativo chirurgico correlato alle potenziali evoluzioni del sistema SIGLA.
- L'azienda ha perseguito lo sviluppo della rete Sole/FSE aumentando il numero di referti confluiti nella rete e informatizzando attività e processi sanitari. Al fine di proseguire lo sviluppo della rete Sole/FSE l'azienda ha iniziato la pianificazione degli sviluppi e investimenti relativi alle tecnologie sanitarie che producono referti strumentali al fine della loro immissione nella rete.

L'azienda ha perseguito gli obiettivi di dematerializzazione e di informatizzazione di tutto il percorso logistico-contabile proseguendo il percorso già intrapreso con le fatture elettroniche andando a collaudare per tempo ordini e bolle elettronici come da specifiche NotiER/IntercentER e raggiungendo importanti livelli di utilizzo.

Relativamente all'unificazione dell'infrastruttura software CUP tra le province di Parma e Piacenza, dopo quanto definito e progettato nello scorso anno, si è iniziato ad analizzare lo stato dell'arte delle tre Aziende coinvolte al fine di individuare i punti di forza e le criticità delle soluzioni in essere. Al fine di semplificare le operazioni successive di unificazione è stato collaudato il sistema CUP provinciale di Parma per l'utilizzo nel contesto dell'Attività Libero Professionale fino ad ora gestito su dipartimentale specifico.

Adempimenti nei flussi informativi

L'azienda ha partecipato nell'invio dei flussi informativi ed ha iniziato un percorso di revisione dei percorsi organizzativi correlati con l'alimentazione dei flussi contraddistinti dalla "funzione cancello". Particolare impegno è stato profuso per costruire flussi di integrazione tra il sistema della SDO e i dipartimentali interessati al fine di permettere la compilazione ed alimentazione del flusso SDO in tempo reale con le pratiche cliniche (es. chirurgia) maggiormente interessate dai nuovi flussi informativi.

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

Il Percorso Attuativo della Certificabilità presenta requisiti comuni e modalità di predisposizione cadenzati in un “**cronoprogramma**”, che per ogni area e per ogni obiettivo dettaglia azioni e loro tempistica di realizzazione secondo la predisposizione di “*Linee Guida*”.

Sulla base delle azioni e della tempistica previste dall’allegato 1 alla DGR n. 150/2015 si evidenzia quanto segue:

1. Sono state recepite e condivise con i Servizi coinvolti le indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali
2. È stata data diffusione e riscontro alle Linee Guida Regionali tempo per tempo disponibili
3. Sono state predisposte Procedure e Istruzioni Operative sulle seguenti Aree tematiche:
 - Budget
 - Rilievi e suggerimenti Collegio Sindacale
 - Rilievi e Suggerimenti Regione
 - Area Immobilizzazioni
 - Area Rimanenze
 - Area Patrimonio Netto
 - Area Crediti e Ricavi
 - Area Disponibilità Liquide
 - Area Debiti e Costi: predisposti gruppi di lavoro per la stesura delle procedure sulla base del percorso condiviso dalle Aziende AVEN
4. E’ stata eseguita la ricognizione dei Regolamenti
5. Sono state formalizzate le Procedure secondo un percorso condiviso con l’Ufficio Qualità e Accreditamento. E’ stato attribuito un numero identificativo, una protocollazione e l’inserimento della procedura nella intranet aziendale. Infine la trasmissione del carteggio con lettera di accompagnamento a tutti gli attori coinvolti
6. Sono state effettuate le Revisioni Limitate (ruolo svolto dal Collegio Sindacale) secondo programmazione regionale. E’ stata effettuata una preparazione alle Revisioni Limitate costituita dalla Fase di Pre-Audit; sulle aree oggetto di indagine sono stati eseguiti incontri attraverso la predisposizione di check-list e verbali predefiniti. I Pre-Audit eseguiti nell’anno 2016 sono stati circa 20 tra Servizi Amministrativi e Unità Operative. Tutte le Revisioni Limitate hanno avuto esito positivo
7. Attraverso l’istituzione della Struttura Semplice Interaziendale a valenza trasversale di Internal Auditing è stato attivato il processo di integrazione tra l’Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assicurando l’omogeneizzazione di metodi e percorsi, l’ottimizzazione delle procedure, dei costi, efficienza, efficacia e attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità. E’ stato pianificato un percorso al fine di supportare le Direzioni Strategiche nell’attività di armonizzazione delle procedure amministrative assicurandone la rispondenza alla mission aziendale.
8. L’Internal Auditing ha intrapreso verifiche e controlli delle procedure amministrativo-contabili sulle Aree tematiche indicate
9. Si è aderito al Progetto di Formazione in aula e sul campo AVEN “Sviluppo del Percorso Attuativo della Certificabilità” (PAC) attraverso gruppi di lavoro interaziendali

La metodologia del percorso ha previsto un sistema monitoraggio e verifiche costituito da interventi di audit interni e supervisioni del Collegio Sindacale.

In particolare sono state attivate *revisioni limitate*, ruolo svolto dai Collegi Sindacali sulle seguenti aree:

- **Ciclo Attivo: Area Immobilizzazioni**
- **Ciclo Attivo: Area Rimanenze**
- **Ciclo Passivo: Area Patrimonio Netto**

Coerentemente alle check list già trasmesse dalla RER per le Revisioni Limitate in scadenza nel 2016, è stata data diffusione dei verbali sottoscritti dal Collegio Sindacale alle UU.OO. oggetto di indagine.

Area Organizzazione: Indicatore

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza (Flussi SDO, ASA, FED, DiMe, PS ecc.)	7,6	6,4	Consolidamento	6,8

Il risultato sulla tempestività nell'invio dei dati relativi ai vari flussi si colloca sopra la media regionale anche se inferiore al valore dell'anno precedente.

iv. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Durante l'anno è stata data priorità alla diffusione ad organismi e dipendenti dell'Azienda dei contenuti del Piano per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2016/2018, approvati nel mese di gennaio 2016. Gli incontri divulgativi (es. 21 marzo 2016), sono stati tutti organizzati e tenuti dal Responsabile aziendale. Incontri più propriamente formativi sono stati realizzati con gli operatori delle aree considerate a rischio rilevante, Risorse Umane (20 aprile 2016) e Contratti Pubblici (20 giugno 2016), organizzati in forma integrata con le rispettive equipe anche dell'Azienda USL.

In tema di Trasparenza sono state curate le particolari pubblicazioni sulla sezione web aziendale di quanto previsto dalla legge di stabilità per il 2016. Sono stati svolti i monitoraggi, sia sugli adempimenti previsti in materia di Trasparenza, sugli obblighi di pubblicazione, sia sulle misure in materia di prevenzione della corruzione. Relativamente al monitoraggio generale sugli obblighi di pubblicazione, i risultati sono stati illustrati alle unità organizzative coinvolte durante un apposito incontro plenario.

Il 30 novembre si è tenuta la Giornata per la Trasparenza 2016, organizzata congiuntamente all'Azienda USL di Parma e all'Università, nella quale si sono focalizzate le tematiche della performance integrate con le novità del decreto legislativo n. 97/2016.

Il materiale utilizzato durante gli incontri è pubblicato in apposita sezione dell'area Trasparenza.

Area Anticorruzione-Trasparenza: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100 %	95,42 %	Consolidamento	88,89 %
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	33,49 %	42,74 %		29,98 %
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	31,28 %	35,49 %		36,27 %

Molto buona la performance che si registra per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta, in netto miglioramento rispetto al 2015; per quanto attiene all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, il risultato non esattamente in linea con quello dell'anno precedente dipende da una interpretazione della normativa non perfettamente coerente con le indicazioni dell'OIV.

c. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

i. Area di performance della ricerca e della didattica

Attività di ricerca e della didattica

Nel 2016 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOU PR) ha dedicato particolare impegno a promuovere la qualità e la trasparenza della ricerca svolta.

Incrementare le pubblicazioni scientifiche su riviste peer reviewed

La condivisione dei risultati della ricerca con la comunità scientifica internazionale, anche quando negativi, sta alla base del progresso scientifico. La pubblicazione su riviste peer-reviewed è il modo più efficace per diffondere il proprio lavoro in tutto il mondo, e permette inoltre di valorizzare l'impegno dei ricercatori e di conferire autorevolezza ai centri a cui essi fanno capo. Per promuovere l'attività di pubblicazione, l'AOU nel 2016 ha attuato una strategia di feedback, con l'invio ad ogni singolo professionista di un proprio report contenente le pubblicazioni relative all'anno 2016, confrontate con quelle degli anni precedenti, consentendo di verificare la propria produzione scientifica e quella della UO di appartenenza, e di confrontarla con i valori attesi calcolati in base allo storico degli ultimi 3 anni.

Promuovere la qualità della ricerca

Nel 2016 sono state redatte ulteriori 36 Procedure Operative Standard (SOP) aziendali per la ricerca, alcune relative specificamente agli studi di Fase 1.

Per sostenere i clinici nel loro impegno negli studi è inoltre proseguita l'offerta di formazione adeguata in materia di metodologia della ricerca. Si è svolta la quarta Edizione del corso "Metodologia della ricerca: una

guida per cominciare”, costituito da 4 brevi eventi accreditati ECM dedicati ad aspetti importanti della realizzazione degli studi clinici, a cui hanno partecipato 70 discenti (in prevalenza medici e biologi). La somministrazione di un breve test prima e dopo i corsi ha permesso di verificare l’impatto della formazione sulle conoscenze dei partecipanti. La percentuale di errore nel pre test è stata del 46%, mentre nel post test del 15%. Il gradimento per tutti gli eventi è stato molto buono.

Particolare attenzione nel 2016 è stata posta sulla formazione in materia di Good Clinical Practice (GCP), obbligatoria per poter certificare l’Azienda come idonea per gli studi di Fase I, con l’attuazione di un corso di due giornate (12 ore), comprendente anche esercitazioni pratiche, tenuto dal Dott. Filibeck, docente esperto ex ispettore dell’AIFA.

Assicurare la rendicontazione puntuale ed esaustiva dell’attività di ricerca

L’AOU intende assicurare la rendicontazione della ricerca svolta in Azienda, sia a fini di trasparenza verso l’esterno, sia per consentire alla comunità scientifica di avvalersi dei risultati ottenuti. A tal fine, anche per il 2016 è stato garantito l’inserimento nel database Anagrafe Regionale della Ricerca (ArER) di tutti i progetti avviati nella AOU nell’anno, e la completezza e accuratezza delle informazioni fornite. Ciò è stato possibile anche grazie alla stretta integrazione tra UO Ricerca e Innovazione e Segreteria del Comitato Etico e la realizzazione di un database comune.

Sono state inoltre diffuse sulla intranet aziendale le pubblicazioni realizzate nel 2016 dalle Unità Operative, validate dai professionisti stessi. Infine, è in fase di ultimazione la reportistica annuale delle attività di ricerca aziendale (progetti e pubblicazioni), che sarà diffusa anche sul sito internet della AOU.

Garantire la diffusione dei risultati della ricerca ai pazienti

E’ proseguita la serie di incontri rivolti al pubblico sulla ricerca dal titolo “La ricerca Scientifica spiegata ai pazienti”, a cura di Unità Operative fortemente impegnate nella ricerca . Queste iniziative consentono all’Azienda di mantenere l’impegno con i pazienti che hanno aderito allo studio, informandoli sui risultati ottenuti grazie al loro contributo, e allo stesso tempo mirano ad accrescere la consapevolezza dei cittadini sull’importanza della ricerca.

Sono stati effettuati 3 eventi: il primo a cura della UO Maxillo-facciale, volto principalmente alla presentazione dei tre progetti europei che hanno coinvolto i professionisti della Struttura, il secondo a cura della UO Oncologia, che oltre a descrivere i filoni prioritari di ricerca in corso, ha anche affrontato il tema del lavoro di squadra come elemento essenziale per la buona riuscita di uno studio clinico, il terzo a cura della Clinica Pediatrica relativo alla fibrosi cistica.

Realizzare il Piano Aziendale per la Ricerca Triennio 2016-2018

In adempimento alle Delibere Regionali 1066/2009 e 1495/2010, è stato predisposto il Piano aziendale della Ricerca 2016-2018, che delinea i principali filoni di ricerca su cui l’Azienda intende concentrarsi nel triennio in oggetto, in base alle proposte pervenute dalle singole UUOO . In questa edizione del Piano sono stati ulteriormente valorizzati i team e il contributo dei singoli ricercatori, con l'inclusione in ciascuna proposta dei nominativi dei professionisti coinvolti con relativi ruoli, ciò anche al fine di instaurare in Azienda reti di esperti non-clinici che operano nella ricerca e di costituire collaborazioni tra esperti di diverse discipline e background. Il Piano riporta, inoltre, le tecnologie e i laboratori che si intende coinvolgere, e raccoglie segnalazioni circa la necessità di competenze aggiuntive per la realizzazione del filone di ricerca, anche al fine di una maggiore condivisione di risorse strutturali, tecnologiche e umane. Il

Piano delle attività di ricerca anni 2016-2018 è stato approvato dal Collegio di Direzione in data 28/12/2016, e adottato dall'Azienda con Delibera 297 del 18/04/2017

Verificare la presenza in Azienda dei requisiti minimi necessari per le strutture sanitarie che eseguono sperimentazioni di fase I

Per promuovere un contesto il più possibile favorevole alla conduzione di sperimentazioni cliniche, anche in fase precoce, l'AOU PR ha intrapreso un percorso di verifica e adeguamento ai quesiti stabiliti dall'AIFA (Determina 809/2015) per l'esecuzione di studi di Fase I. Il lavoro ha comportato un forte impegno per l'Azienda, coinvolgendo la UO Ricerca e Innovazione per le attività di coordinamento, il Board per la Ricerca, gruppi di lavoro di professionisti clinici e rappresentanti dei servizi aziendali. A seguito di importanti adeguamenti strutturali e organizzativi, è stato possibile trasmettere l'autocertificazione dell'AOU di Parma ad AIFA con nota prot. 12958 del 13/04/2016, rendendo l'AOU sede idonea alla conduzione di ricerca di Fase I.

Rispetto dei doveri delle risorse umane dell'Università

Nel contesto dei rapporti tra l'Università e l'Azienda, i compiti e le attività assistenziali svolti dai docenti universitari sono regolati in funzione dell'assolvimento dei loro incarichi didattici e di ricerca, con i quali si integrano.

In tale ambito, per quanto riguarda il personale docente di Area Medico-Chirurgica, considerato che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e ricerca, si rappresenta nell'ambito del complessivo numero dei docenti afferenti ai Dipartimenti Universitari di Area Medico Chirurgica, l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale nell'anno 2016 presso Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda in attuazione dell'Accordo Attuativo Locale stipulato tra l'Azienda e l'Università in data 18.12.2006. Al 31/12/2016 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 126 unità.

Parimenti, il personale universitario tecnico-amministrativo e socio sanitario, inserito nell'elenco del personale convenzionato, che svolge funzioni di supporto, anche organizzativo, alle attività assistenziali ed alla diagnostica all'interno dei vari Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda era di 67 unità.

Impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e le Facoltà di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell'apporto del personale del SSR alle attività formative.

Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma all'attività didattica pre e post laurea attraverso l'attività di docenza e di tutorato.

Per quanto riguarda i corsi di laurea delle professioni sanitarie, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concorre, mediante l'impiego di personale dipendente dell'Azienda e di personale delle Aziende Sanitarie di Parma e Piacenza, alla realizzazione dei seguenti corsi di laurea delle professioni sanitarie:

- Corso di Laurea in Infermieristica
- Corso di Laurea in Ostetricia
- Corso di Laurea in Tecniche di Laboratorio Biomedico
- Corso di Laurea in Fisioterapia
- Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

- Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
- Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Si segnala inoltre il particolare apporto reso dai professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nell'ambito dei processi di formazione post laurea degli specializzandi.

Flussi economici della regione a favore delle attività didattiche e di ricerca dell'Università

In base a quanto previsto dall'art. 13 dell'Accordo Attuativo Locale in relazione al contributo dell'Università, si rimanda al paragrafo C.6.9. del Bilancio di esercizio 2016 relativo alla "Relazione sulla gestione" dove sono riportati il valore degli emolumenti corrisposti dall'Ateneo a docenti, ricercatori e tecnico-amministrativi convenzionati, trasmesso dall'Università degli Studi di Parma.

Condivisione di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie

Ai fini della razionalizzazione della spesa e dell'uso integrato e sinergico degli spazi, delle attrezzature scientifiche, delle risorse informatiche e delle biblioteche, l'Azienda ha tenuto nella dovuta considerazione il patrimonio che l'Università mette in condivisione, nel reciproco interesse.

Impegno a sostegno dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Nell'ambito del sistema di relazioni con l'Università, al fine di definire meglio il contesto nel quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria opera, vengono brevemente richiamate le principali attività formative pre-laurea e post-laurea realizzate dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma attraverso i quattro Dipartimenti sopra menzionati nonché le linee di sviluppo previste a breve-medio termine.

Per quanto riguarda i Corsi di laurea, attualmente sono in essere 16 corsi, di cui 2 magistrali a ciclo unico (Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e Protesi Dentaria), 3 di laurea magistrale (Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Scienze e tecniche delle attività motorie preventive e adattate. Psicobiologia e neuroscienze cognitive) 9 triennali delle professioni sanitarie (Fisioterapia, Infermieristica, Logopedia, Ortottica ed Assistenza Oftalmologica, Ostetricia, Tecniche Audioprotesiche, Tecniche della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro, Tecniche di Laboratorio Biomedico, Tecniche di Radiologia Medica per Immagini e Radioterapia), 1 di laurea magistrale interdipartimentale (Biotecnologie mediche, veterinarie e farmaceutiche), 1 di laurea triennale non appartenente alle professioni sanitarie (Scienze delle Attività Motorie, Sport e Salute). Inoltre è stato attivato 1 corso di laurea triennale interateneo con UNIMORE (Scienze e Tecniche Psicologiche). Il numero complessivo degli studenti iscritti nei Corsi di Laurea nell'anno 2015/16 è stato pari a 4.487 unità.

Per quanto riguarda le Scuole di specializzazione post-laurea in ambito sanitario, sono in essere 40 corsi, di cui 18 di area medica, 11 di area chirurgica e 11 di area dei servizi (le Scuole autonome sono 17; 5 sono le Scuole aggregate la cui sede amministrativa è Parma e 18 le Scuole aggregate aventi come sede amministrativa un altro Ateneo) . Il numero complessivo dei medici in formazione iscritti nell'anno 2015/16 che hanno frequentato l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato pari a 674 unità.

Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2015/2016 ne sono stati attivi 15.

Infine, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma si sono svolti alcuni Corsi di Dottorato e di perfezionamento.

Rapporto con l'Azienda USL e l'area vasta per gli aspetti universitari

Per particolari esigenze assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca l'Università, come previsto dal D.Lgs. 517/99 e dal Protocollo d'intesa Regione/Università, concorda con la Regione l'utilizzazione di ulteriori strutture pubbliche e/o di strutture assistenziali private.

Entro tale contesto sono in essere le seguenti convenzioni:

- Convenzione tra l'Università degli Studi di Parma, la Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus di Milano, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda USL di Parma, per l'utilizzazione, tramite l'Azienda di riferimento, della struttura assistenziale Centro "S.Maria dei Servi" della Fondazione Don Carlo Gnocchi con sede in Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni di didattica e ricerca individuate nell'Unità Operativa di Riabilitazione Cardiovascolare di tale Centro.
- Accordo di Programma tra l'Azienda USL di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, l'Università degli Studi di Parma e la Fondazione Don Carlo Gnocchi per la realizzazione di un "Centro Territoriale per la prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria".
- Convenzione tra Università degli Studi di Parma e Azienda USL di Parma per l'utilizzazione di una U.O. complessa di Chirurgia Generale presso l'Ospedale di Fidenza-San Secondo Parmense per attività essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università degli Studi di Parma.

Inoltre, l'art. 18 del nuovo Protocollo d'Intesa Regionale approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1207 del 29/07/2016, ha stabilito l'individuazione di sedi ulteriori rispetto all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Tali sedi diventano parte integrante della forma strutturale di collaborazione fra il SSR e l'Università, ferma restando la centralità dell'Azienda medesima che è chiamata ad agevolare e facilitare, per quanto di competenza, i rapporti di collaborazione tra l'Università e le altre aziende sanitarie. Nell'esercizio della programmazione congiunta di cui all'art. 3 e mediante il ruolo del Comitato di Indirizzo Regionale di cui all'art. 4 del Protocollo d'Intesa Regionale, le sedi ulteriori vengono puntualmente identificate e vengono stabilite le disposizioni del Protocollo d'Intesa Regionale ed il regime di finanziamento ad esse applicabili.

Area Ricerca e Didattica: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2015	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Impact factor normalizzato (Ifn) °	2135		Miglioramento	2178
Ifn per ricercatore [§]	6		Miglioramento	4
Numero di progetti di ricerca finanziati con Bandi competitivi a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante) *	40		Decremento	28
Grado di qualità ^{&}	10%		Miglioramento	10%

° Il valore è il totale dell'Impact Factor Normalizzato (IFN) misurato nell'anno di riferimento su tutti i professionisti dipendenti dell'AOU di Parma, i convenzionati (dipendenti dell'Università) e i contrattisti. Il calcolo è effettuato sul totale delle pubblicazioni nell'anno, ad esclusione di "meeting abstract", "corrections", "Biographical items" e "Book review". Ad ogni pubblicazione selezionata da ISI è stato aggiunto il valore dell'IFN, desunto dal Science Citation Index, riferito all'ultimo anno disponibile.

[§] Il valore è la mediana dell'IFN misurato su tutti gli articoli nell'anno di riferimento, secondo le modalità summenzionate.

* Il valore dipende dalla pubblicazione dei Bandi Pubblici e dai tempi necessari per espletare l'iter di valutazione.

& Il valore è il numero di articoli pubblicati sulle migliori riviste del proprio settore, convenzionalmente intese come con IFN >6

La strategia di feedback, messa in atto nell’Azienda e descritta in precedenza, ha consentito di ottenere un incremento del numero di pubblicazioni del 2016 rispetto all’anno precedente (477 vs 435 – aumento del 10%), accompagnato conseguentemente a un aumento dell’Impact Factor Normalizzato (IFN 2178 vs 2135, rispettivamente nel 2016 e nel 2015).

Non si è invece registrato un aumento del numero di pubblicazioni su riviste di alta qualità (alto IFN), ma un mantenimento, dato comunque di rilievo.

ii. Area di performance dello sviluppo organizzativo

Valorizzazione del capitale umano

Integrare la ricerca e la formazione come parte della sua missione istituzionale

Il 16 luglio 2016 sono iniziate le attività del “Centro di Formazione e Ricerca su organizzazione, qualità e sostenibilità dei sistemi sanitari”. Il Centro nasce dalla volontà dei tre enti firmatari (Azienda Ospedaliero-Universitaria, Università degli studi e Azienda USL di Parma) di sviluppare processi d’integrazione fra formazione–ricerca, con particolare attenzione al collegamento fra la formazione di base della professione medica e delle professioni sanitarie (quest’ultime saranno coinvolte solo dal 2018), e contesti di lavoro clinico-assistenziali.

In particolare gli obiettivi di lavoro del Centro si sostanziano nei seguenti punti:

1. supportare le conoscenze dei medici in ordine alla struttura e alla complessità del sistema sanitario nazionale e dei sistemi sanitari regionali;
2. approfondire le conoscenze dei medici in ordine alla struttura e le funzioni dei principali modelli sanitari europei ed extraeuropei;
3. collegare la formazione medica ai ruoli e alle funzioni esercitabili nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali;
4. coinvolgere gli studenti e i giovani medici in programmi di studio e ricerca su particolari aspetti e prospettive dei sistemi sanitari moderni.

Le attività formative sono state declinate in 5 aree prioritarie di lavoro (relazioni di cura e lavoro, ricerca scientifica, organizzazione sanitaria, politiche sanitarie nazionali e sovranazionali, promozione della salute e prevenzione), coinvolgendo circa 150 partecipanti.

In particolare poi nel 2016 si sono poste le basi per la costruzione di un importante progetto dedicato alla formazione alla sicurezza delle cure, commissionato dall’Assessorato alle Politiche per la Salute della nostra regione, che coinvolgerà a partire dal 2017 circa 100 professionisti provenienti dalle diverse aziende sanitarie della Regione. È stata, inoltre, progettata nell’ambito del Centro sopra citato una ricerca, “Continuità delle Cure e nuovi Setting Assistenziali”, finalizzata all’individuazione di modalità d’apprendimento efficaci su 7 fattori che attendono alla cronicità: epidemiologia, tipologie di cronicità, evoluzione dell’organizzazione sanitaria, attivazione delle cure intermedie e delle case della salute, PDTA specifici della cronicità, integrazione socio-sanitaria, comunicazione paziente-professionista-caregiver.

Avviare azioni tese alla razionalizzazione dell'offerta formativa ECM, anche a livello di area vasta, con riguardo a tutti i professionisti sanitari interessati

Nel corso del 2016, per quanto concerne l'erogazione formativa interna, l'orientamento generalizzato della formazione è stato quello di razionalizzare le proposte formative attraverso la riduzione della loro frammentazione e replicazione.

A tal fine, nella programmazione dell'attività formativa si è incentivata la realizzazione dei Programmi Formativi (P.F.) ovvero l'organizzazione di iniziative formative complesse, costituite da tipologie differenti di eventi e di destinatari, che concorrono alla realizzazione del medesimo obiettivo strategico prevedendo altresì la valutazione di efficacia. Per dare risalto a questa scelta, tale tipologia di formazione è stata inserita nella seconda sezione del PAF che accorpava tutti i Programmi formativi proposti sia a livello trasversale che dipartimentale, al fine di strutturare un Piano formativo secondo le "Linee di indirizzo per la stesura del Piano aziendale della formazione e del Rapporto annuale della formazione (PAF e RAF)" - Giugno 2015.

In coerenza con queste premesse, il 2016 è stato caratterizzato dal decremento dell'attività formativa erogata, intesa come numero complessivo di eventi (fonte RAF 2016).

Fra le azioni tese alla razionalizzazione dell'offerta formativa, si segnala inoltre la condivisione dei programmi di formazione manageriale organizzati dalle singole Aziende, con possibilità di frequenza al corso anche da parte di professionisti non dipendenti dell'Azienda organizzatrice.

In particolare, il Coordinamento delle Direzioni Aziendali di AVEN ha valutato di coinvolgere nell'organizzazione del progetto di formazione manageriale promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma anche l'Azienda Sanitaria Locale di Piacenza al fine di esaurire il fabbisogno formativo delle due Aziende.

Progettare percorsi ed esperienze formative innovative, avanzate e specialistiche a supporto dei cambiamenti della demografia professionale, delle riconfigurazioni organizzative e delle modalità di erogazione delle prestazioni

L'Azienda si è impegnata nel 2016 nella progettazione e realizzazione di tre importanti iniziative formative mirate allo sviluppo di competenze professionali con previsione di strumenti per la valutazione dell'efficacia degli apprendimenti e valutazione di ricaduta formativa e misurazione della capacità di trasferire il contenuto appreso nel contesto di lavoro.

I primi due progetti formativi presentati sono caratterizzati dalla metodologia blended e finalizzati al trasferimento degli apprendimenti dei partecipanti nei propri contesti di lavoro. Essi sono:

- Potenziamento delle clinical competences delle diverse figure professionali, nella gestione del paziente sieropositivo (dall'accoglienza alla dimissione)
- Formazione manageriale dei coordinatori infermieristici e tecnici

Segue un terzo progetto che si caratterizza inoltre per la presenza di una valutazione di outcome del processo formativo:

- Corso Acute Cardiovascular Care HF SIM & CRM ANMCO-SIMEU esecutore

Migliorare i sistemi di valutazione delle competenze e orientare i sistemi premianti (economici e non economici) nonché i profili di sviluppo individuali agli esiti della valutazione.

Sistema d'incentivazione del personale dirigente

Per quanto riguarda la retribuzione di risultato per il personale dell'area dirigenziale, che si fonda su principi definiti dalla contrattazione collettiva nazionale e in ambito aziendale in correlazione alla realizzazione degli obiettivi specifici dei Dipartimenti e delle Strutture Organizzative Aziendali, prefissati e concordati con i Direttori dei Dipartimenti in sede di negoziazione di budget, nell'anno 2016 si è mantenuto l'impianto generale già delineato nei precedenti accordi aziendali, ribadendo i seguenti criteri generali:

- definizione di un sistema premiante collegato al raggiungimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni aziendali (dipartimenti/Strutture complesse e semplici) secondo i risultati prefissati in occasione della negoziazione di budget 2016;
- processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica;
- valutazione dei direttori/responsabili delle strutture complesse e semplici sulle modalità adottate nel processo di rassegna degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono definiti con riferimento alle specifiche aree di attività riportate nelle schede di budget 2016.

Per l'anno 2016 viene prevista la valutazione dei Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa e Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale in ordine alla verifica dell'andamento e del conseguimento degli obiettivi negoziati in sede di budget, che si esplica mediante l'analisi della reportistica di monitoraggio infrannuale e mediante l'effettuazione di incontri direzionali con il Comitato di budget, con particolare riferimento ad obiettivi ritenuti critici, e mediante l'eventuale inoltro di relazioni esplicative richieste dalla Direzione aziendale in caso di mancato conseguimento, nonché mediante l'inoltro di relazione annuale di andamento e conseguimento degli obiettivi di budget.

Con riferimento al Servizio di guardia, l'obiettivo di mantenimento della continuità assistenziale rappresenta obiettivo strategico individuale di tutti i dirigenti medici il cui conseguimento dà titolo all'erogazione di quote di incentivo.

Il processo di attribuzione degli obiettivi si realizza annualmente attraverso la "cascata" delle responsabilità, partendo dalla concertazione degli obiettivi di équipe tra la Direzione Strategica Aziendale e i Direttori di Dipartimento. Successivamente i Direttori di Dipartimento e a scendere i Direttori di Struttura complessa e di struttura semplice, attraverso appositi incontri interni, attribuiscono gli obiettivi a tutti i dirigenti di afferenza.

La promozione del contributo di tutti i dirigenti si realizza attraverso specifiche riunioni, delle quali è redatto verbale da far pervenire alla Direzione Aziendale, finalizzato alla redazione delle evidenze e da cui acquisire la formale accettazione degli obiettivi.

La fase valutativa avviene a consuntivo e con cadenza annuale da parte della Direzione strategica aziendale per tutti i dirigenti circa il conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni/strutture di

riferimento e per i Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale relativamente agli obiettivi individuali come più sopra declinati.

L'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), costituito con atto n. 124 del 11.03.2015, sulla base delle indicazioni regionali in materia a seguito della costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del SSN (di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1520 del 11.09.2014) verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di riscontrare la conformità rispetto al processo in essere in Azienda e agli accordi con le OOSS e trasmette all'OIV regionale gli esiti di tale processo.

Sistema d'incentivazione del personale dell'area comparto

Il sistema di incentivazione del personale dell'area comparto per l'anno 2016 conferma, relativamente alle modalità di gestione del premio di produzione, la validità dell'impianto complessivo già delineato nei precedenti accordi aziendali sulla produttività, correlando la distribuzione delle risorse alla realizzazione degli obiettivi generali dell'azienda.

Il percorso valutativo connesso agli obiettivi aziendali prefissati in sede di negoziazione di budget per l'anno 2016 è così strutturato:

- da parte della Direzione Strategica Aziendale per tutti gli operatori del Comparto circa il conseguimento degli obiettivi di équipe assegnati alle articolazioni di riferimento;
- l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), costituito con atto n. 124 del 11.03.2015, sulla base delle indicazioni regionali in materia a seguito della costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del SSN (di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 1520 del 11.09.2014) verifica la coerenza e la correttezza metodologica della valutazione di prima istanza al fine di riscontrare la conformità rispetto al processo in essere in Azienda e agli accordi con le OOSS e trasmette all'OIV regionale gli esiti di tale processo.

Progressione economica orizzontale

Nel corso del 2016 si è data applicazione ad un accordo con le Organizzazioni Sindacali del comparto in ordine ad interventi di progressione economica orizzontale basati su procedure selettive di valutazione del personale.

d. Dimensione di performance della sostenibilità

i. Area di performance economico-finanziaria

Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa

Governo economico delle risorse assegnate a garanzia dell'equilibrio economico finanziario di bilancio attraverso il controllo costante dell'andamento della spesa

L'obiettivo di mandato delle Direzioni Generali ha fortemente impegnato le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio. Le azioni prioritarie, riprese anche nel 2016, hanno riguardato:

- costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le CTSS sono state informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

L'Azienda ha evidenziato sia capacità a rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili, a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali.

Nel corso del 2016, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, si rileva un costante miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D. Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D. Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;
- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE e SP.

Il Bilancio Economico 2016, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 322 del 27/04/2017 e approvato dalla Regione Emilia-Romagna, ha assicurato una situazione di pareggio civilistico. Il risultato di esercizio al 31 dicembre 2016 evidenzia infatti un utile di euro 5.348 che risulta in linea rispetto al risultato atteso dalle disposizioni nazionali del D. Lgs. n. 118/2011.

E' stata assicurata, sia nella predisposizione dei bilanci aziendali (preventivo 2016 e consuntivo 2016), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce, non solo uno strumento di scambio di informazioni, ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web ha permesso le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

Monitoraggio costante dell'andamento economico e patrimoniale al fine di valutare la necessità di porre in essere eventuali azioni correttive per rispettare il vincolo di bilancio e assicurare l'equilibrio economico-finanziario

Le Aziende sanitarie sono tenute ad applicare la normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Nel corso del 2016 l'Azienda è stata impegnata a dare attuazione alle seguenti misure di contenimento della spesa:

- revisione dell'organizzazione aziendale funzionale all'individuazione di politiche di razionalizzazione compatibili con il mantenimento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e con la necessità di conseguire economie di spesa ed a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico;
- contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'aumento degli acquisti centralizzati e la pianificazione dell'attività dell'Agenzia Intercent-ER (dematerializzazione del processo di ciclo passivo e sviluppo dell'e-procurement);
- contenimento della spesa del personale e governo delle risorse umane;
- la revisione dei criteri di valutazione dei rischi sulla base di specifiche linee guida regionali che consentano l'uniforme rideterminazione dei fondi rischi ed oneri;
- potenziamento delle piattaforme logistiche e informatiche;
- gestione del patrimonio immobiliare;
- uso razionale dell'energia e gestione ambientale;
- massimizzazione dell'utilizzo delle tecnologie biomediche.

Al fine di rispettare l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario attraverso l'individuazione e la realizzazione tempestiva delle possibili azioni a livello aziendale garantendo, contestualmente, l'erogazione dei LEA e gli obiettivi di salute e assistenziali, il Servizio Economico Finanziario si è impegnato ad effettuare incontri strutturati con gli altri Servizi, coinvolti nella gestione economico-finanziaria aziendale, al fine di monitorare puntualmente l'andamento economico-finanziario.

L'azione si è sviluppata anche attraverso un'analisi costante della sostenibilità patrimoniale dell'Azienda, l'esame della struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali, delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti e la convocazione di incontri periodici del board degli investimenti per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento al rinnovamento e al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali.

Durante gli incontri sono state individuate eventuali aree di criticità e valutate le possibili azioni correttive da porre in essere. Questo ha permesso un costante confronto tra i servizi e la Direzione aziendale e la condivisione delle problematiche e delle possibili soluzioni, così da predisporre tempestivamente opportune azioni di contenimento.

Ottimizzazione della gestione finanziaria: riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi attraverso un impegno efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio-lungo termine

Nel corso del 2016 è proseguito l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).

L'Azienda sanitarie ha dato applicazione all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, che prevede l'attestazione da parte del rappresentante legale dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (art. 33 D.Lgs. n. 33/2013).

L'obiettivo di riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi sotto la soglia dei 90 giorni, con l'obiettivo di tendere ai 60 giorni, è stato raggiunto grazie ad un impiego efficiente della liquidità disponibile e a un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (l'Azienda non è in anticipazione di tesoreria).

L'indicatore aziendale di tempestività dei pagamenti del 1° trimestre 2016 è stato pari a 15 giorni, nel 2° trimestre 2016 pari a 0 giorni, nel 3° trimestre 2016 pari a -16,66 giorni e nel 4° a -15 giorni. L'indicatore annuale 2016 è di -0,50 giorni. Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda è prevista una sotto-sezione dedicata ai pagamenti dell'Amministrazione ove l'indicatore annuale è pubblicato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento e l'indicatore trimestrale entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre a cui si riferisce.

Si ricorda inoltre, dall'esercizio 2014, alla Relazione al Bilancio di Esercizio dell'Azienda è allegato un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale, attestante l'importo dei pagamenti, relativi a transazioni commerciali, effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal D. Lgs. 231/2002, nonché l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, di cui all'articolo 33 del D. Lgs. 33/2013, e le misure adottate o previste per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti.

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato. Obiettivo aziendale è il rispetto della tempistica di adesione (1° gennaio 2018). Sono state pertanto attivate le procedure per il recesso anticipato dalla convenzione in essere e dal 1° gennaio 2018, l'Azienda aderirà, secondo il calendario programmato, alla gara per il servizio di tesoreria unica regionale.

Governo delle risorse umane

Per l'anno 2016, per quanto riguarda gli obiettivi sulla gestione delle risorse umane delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, rimane largamente confermato il quadro normativo e finanziario già delineato dalle vigenti disposizioni di legge e contrattuali, che impegnano anche il Servizio Sanitario Nazionale all'adozione di misure di efficientamento della spesa per il personale.

Nello specifico contesto relativo al governo delle risorse umane, la programmazione aziendale è stata definita tenendo conto degli obiettivi e degli standards contenuti nella delibera regionale di programmazione annuale, attraverso la predisposizione di Piani Assunzione annuali, fermo restando il blocco del turn over del personale tecnico-amministrativo salvo specifiche deroghe, al fine di garantire le necessarie sostenibilità e il regolare svolgimento delle attività istituzionali.

Con riferimento all'anno 2016 il piano assunzioni dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato trasmesso alla Regione Emilia-Romagna con nota prot. 16825 del 12.05.2016 e successivamente autorizzato con nota prot. 25438 del 20.07.2016.

Non sono stati adottati provvedimenti di adeguamento in aumento della pianta organica aziendale ma esclusivamente delibere di trasformazione di tipologia di posto nell'ambito della medesima area contrattuale, al fine di razionalizzare l'assetto del personale alle dinamiche organizzative in atto, ovvero per gli adeguamenti connessi con le qualifiche professionali ad esaurimento (es. infermieri generici).

L'attuazione del piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2016 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico, ed è stata completata tenendo conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.

In particolare lo sviluppo del piano assunzioni ha tenuto conto delle politiche occupazionali delineate con l'accordo relativo alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema sanitario sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali confederali. Nell'ambito di tali intese, dirette a garantire la copertura del turn over sul settore sanitario pari al 90%, alla prosecuzione del processo di stabilizzazione del personale e all'assunzione principalmente nell'area del comparto, al fine di garantire i livelli di adeguatezza ed efficienza del sistema anche in relazione alle criticità derivanti dagli effetti dell'applicazione della legge 161/2014, l'Azienda ha avviato i relativi percorsi assunzionali, che troveranno completamento, per quanto riguarda l'area della dirigenza sanitaria, nell'anno 2017.

Per quanto concerne i processi di stabilizzazione a tempo indeterminato gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014 erano già stati completati nel 2015, mentre in coerenza con il piano assunzioni e le disponibilità di bilancio sono state realizzate ulteriori n. 20 assunzioni (n. 7 di personale dirigente e n. 13 di area comparto) quali stabilizzazione di contratti a tempo determinato nonché n. 15 di trasformazione di lavoro atipico con una contrazione, seppur limitata, della spesa relativa ai contratti libero professionali ed una rilevante riduzione (da Euro 2.532.990,70 a Euro 1.576.212,45) della spesa per lavoro interinale, peraltro limitata alla sola area assistenziale.

Tali linee di azione unite ad un'oculata gestione del turn over e di sostituzione delle assenze ha permesso di assicurare in modo adeguato i livelli di assistenza pur garantendo il rispetto delle previsioni di bilancio.

Per quanto attiene agli obiettivi di integrazione dei servizi di supporto, nell'ottobre del 2016 si è completato il processo di integrazione delle attività tecnico-amministrative e di supporto tra l'Azienda Ospedaliera e l'Azienda Usl di Parma con l'approvazione dei relativi atti deliberativi e la firma delle correlate convenzioni.

In tale contesto sono stati istituiti i Dipartimenti Tecnico-Logistico e delle Risorse Umane, la S.C. Interaziendale Servizio Economico Finanziario, la SSD Internal Auditing, la S.C. Affari Generali quali strutture ad integrazione strutturale e si è confermato il Dipartimento Interprovinciale ICT.

Controllo di gestione e Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale sono invece state individuate come strutture dell'integrazione funzionale e il Servizio Attività Giuridico Amministrativa ed il Settore Comunicazione individuate come aree di collaborazione.

Al fine di rendere compiuta la suddetta integrazione, nei primi mesi del 2017 si sono avviati gli accorpamenti degli uffici nelle sedi individuate presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma o presso l'Azienda Usl in modo da garantire una logistica che assicuri la massima efficienza possibile dei servizi stessi.

Sempre nel corso del 2016 l'Azienda ha garantito la costante e fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro del nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU), contribuendo alla creazione delle condizioni per l'avvio della prima fase di attuazione dell'applicativo per le Aziende del Gruppo 1.

Analogamente tutte le componenti aziendali hanno partecipato ai tavoli di confronto a livello regionale di e di Area Vasta ed in particolare, per quanto riguarda la gestione del personale sia al tavolo di lavoro della Direzione Sanità e Politiche Sociali sia ai gruppi di Area Vasta per la predisposizione dei regolamenti per il conferimento di borse e contratti libero professionali, per l'autorizzazione di incarichi extraistituzionali.

Infine l'Azienda ha garantito l'applicazione della risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro nei confronti di tutti i soggetti (comparto e dirigenza) per i quali fosse verificato il possesso dei requisiti normativi, addivenendo a n. 34 cessazioni.

Area Economico-Finanziaria: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	93,7	95,65	Consolidamento	92,89
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	326,62	281,77	Miglioramento	332,4
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	33,3		Diminuzione	-0,5
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio (introdotto dalla programmazione 2016)		90%	90%	90%
Alimentazione della piattaforma degli scambi in tutte le sessioni previste e rispetto delle scadenze prestabilite (introdotto dalla programmazione 2016)		100%	100%	100%

Sono state sostanzialmente rispettate le previsioni relative agli indicatori dell'Area economico-finanziaria. Il tasso di copertura flusso DiMe è in linea con l'anno precedente, la spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG è in leggero aumento ma, se confrontata con le altre aziende ospedaliere, risulta comunque tra le più basse. L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti presenta valore negativo, vale a dire che nel 2016 le fatture sono state pagate, in media, prima della scadenza delle stesse, performance in netto miglioramento rispetto al 2015.

Risultano rispettate anche le previsioni relative ai due indicatori proposti da questa azienda.

ii. Area di performance degli investimenti

Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti

Piano Investimenti

Nell'ambito del "Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 Legge 67/88 – Addendum", approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna (D.G.R. n. 305 del 7 marzo 2016) è stato assegnato a quest'Azienda un finanziamento, pari a 5 mil. di euro (4,75 mil. da risorse statali e 0,25 mil. risorse regionali), destinato alla realizzazione di un nuovo Day Hospital Oncoematologico e Centro Prelievi. A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma, quest'Azienda ha avviato la progettazione preliminare dell'opera che dovrà essere sottoposta al competente esame del Gruppo Tecnico Regionale.

Gestione del Patrimonio Immobiliare

Con riferimento alla costituzione, da parte della Regione Emilia Romagna, di un fondo immobiliare destinato a gestire, valorizzare o dismettere il patrimonio edilizio delle Aziende Sanitarie, ed a seguito della nota regionale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (in atti al prot. 42427 del 05/12/2016), l'Azienda ha sottoposto a perizia di stima i beni non più ritenuti funzionali all'attività sanitaria, sulla base delle quali è in corso di valutazione l'avvio di procedure di alienazione dei beni stessi.

Inoltre, in ossequio alle vigenti normative in materia di sicurezza antincendio nelle strutture sanitarie, sono stati realizzati gli interventi programmati di adeguamento del Padiglione "Barbieri". Relativamente, invece, ai restanti padiglioni che necessitano di interventi di adeguamento alle norme in parola, l'esecuzione dei lavori è stata avviata solo successivamente all'avvenuta concessione di apposito finanziamento. Gli interventi sono in corso di realizzazione.

Nel corso del 2016 sono state effettuate le valutazioni di vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali presso le Unità Critiche individuate all'interno del sedime ospedaliero e sono stati quindi individuati gli interventi necessari alla mitigazione del rischio sismico. Gli esiti di tali valutazioni sono stati riepilogati in appositi report, che forniscono il quadro complessivo delle vulnerabilità rilevate nell'80% delle Unità Critiche individuate e delle misure previste per la loro mitigazione.

Manutenzione

Le attività di manutenzione ordinaria edile ed impiantistica, svolte nel corso del 2016 sui padiglioni dell'Ospedale Maggiore e sulle aree verdi di pertinenza, hanno comportato un costo pari a 24,47 Euro/mq, in diminuzione rispetto al corrispondente valore aziendale dell'anno 2015.

Il costo verrà confrontato con la media regionale per l'anno 2016 non appena il dato sarà disponibile.

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali in materia di contenimento dei consumi energetici e di utilizzo di fonti rinnovabili di energia, quest'Azienda ha imperniato l'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di ristrutturazione e manutenzione straordinaria, su criteri aderenti alle specifiche norme del settore. Nel corso del 2016 sono stati avviati i primi studi di fattibilità per la realizzazione di azioni mirate al contenimento dei consumi energetici nei diversi padiglioni ospedalieri, la cui concreta realizzazione è programmata a partire dal 2017.

Con particolare riferimento ai consumi di energia elettrica e termica, durante il 2016 è stato assicurato il monitoraggio dei consumi stessi relativamente ai padiglioni ospedalieri, con predisposizione delle relative schede. Relativamente, invece, alle azioni di mobilità sostenibile, quest'Azienda ha aderito al bando pubblico, indetto dal Comune di Parma per il finanziamento di azioni e interventi a favore della sostenibilità ambientale degli spostamenti sistematici – casa lavoro.

Programmazione aziendale degli investimenti in tecnologie biomediche

Il percorso di programmazione delle tecnologie biomediche è stato completamente ristrutturato nel corso del 2016, con l'obiettivo di perseguire una riorganizzazione delle strategie di acquisizione, ottimizzare le risorse, rendere il piano degli investimenti fortemente correlato con gli obiettivi strategici aziendali e garantire una piena tracciabilità delle attività e dei tempi.

È opportuno sottolineare che la progettazione del piano di rinnovamento tecnologico è stata infine effettuata utilizzando tutti gli strumenti aziendali e finanziari disponibili, in modo da integrarli in una visione omogenea e funzionale agli obiettivi aziendali.

Vale la pena sottolineare che, in questo contesto, tutti i progetti realizzati con finanziamenti regionali sono tracciati e rendicontati secondo le specificità previste.

Area Investimenti: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2015	Valore RER 2016	Risultato atteso 2016	Risultato raggiunto 2016
% di realizzazione del piano investimenti aziendale	43%		Aumento	64%
Avvio predisposizione progetti di interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (introdotto dalla programmazione 2016)			Miglioramento	100%
Richieste di liquidazione relative a lavori già terminati sul totale degli interventi terminati (introdotto dalla programmazione 2016)			Miglioramento	100%

Relativamente all'area degli investimenti, l'azienda ha conseguito un'ottima performance per la totalità degli indicatori previsti.

4. Conclusioni

Osservando la performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria rispetto agli indicatori di valutazione individuati per le diverse dimensioni e aree all'interno del Piano delle Performance, si può affermare che i risultati raggiunti per il 2016 sono complessivamente in linea con le indicazioni previsionali. Particolarmente performanti sono stati i risultati conseguiti per le Aree dell'Accesso e domanda, degli Esiti, della Ricerca e Didattica, Economico-Finanziaria e degli Investimenti.

L'**Area dell'Accesso e domanda**, riguardante gli accessi in PS in base al codice colore, ha visto un mantenimento rispetto alla % di pazienti registrati con codice giallo e visitati entro 30 minuti (quasi 91% contro una media regionale del 67%), e una lieve contrazione della % di pazienti con codice verde e visitati entro un'ora comunque al di sopra della media regionale e giustificabile dal trend in costante crescita del numero di accesso in Pronto Soccorso e presso gli ambulatori di accettazione diretta in urgenza.

L'**Area degli Esiti**, particolarmente rappresentativa della qualità dei livelli di assistenza di una struttura sanitaria operante nel contesto del servizio sanitario nazionale, presenta risultati più performanti rispetto alla media regionale o comunque in miglioramento rispetto all'anno precedente per l'80% degli indicatori. Rispetto alle poche criticità riscontrate (come la mortalità a 30 gg. per valvoloplastica e la mortalità a 30 gg. dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon) questa Azienda ha già provveduto a porre in essere le adeguate azioni correttive istituendo specifici Gruppi di Lavoro di Audit interno.

Le Aree della **Ricerca e Didattica**, **Economico-Finanziaria** e degli **Investimenti** presentano ottimi risultati; infatti tutti gli indicatori proposti dall'azienda hanno visto rispettate le previsioni per il 2016, mentre tra quelli già proposti particolarmente positivi sono quelli sulla spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG (se confrontata con quella delle altre aziende ospedaliere) e l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (notevolmente migliorato rispetto al 2015).

Per l'Area dell'**Anticorruzione e Trasparenza** si evidenzia una buona performance seppur non esattamente in linea con l'anno precedente per le ragioni già esposte nella sezione dedicata, così come per l'Area dell'**Organizzazione** relativamente alla tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza, dove il valore è in lieve flessione rispetto al 2015 pur attestandosi al di sopra della media regionale. Alcune criticità si evidenziano nell'Area della **Produzione Ospedaliera**, rispetto alla quale l'indicatore "% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età ≥ 65 anni" presenta un valore non ancora in linea con la media regionale (sono in atto progetti di riorganizzazioni in collaborazione con l'Azienda USL di Parma per rendere più efficiente la fase di dimissioni di questa tipologia di pazienti fragili e pluripatologici).

Quanto infine all'Area dell'**Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico** sussiste una criticità rispetto alla % di ricoveri in Day Surgery per i DRG LEA Chirurgici, con un valore 2016 ancora distante dai risultati più performanti ma in miglioramento di 5 punti percentuali sul 2015, segno dell'attenzione da parte di quest'Azienda a garantire i migliori livelli di appropriatezza per l'utenza.

5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2016 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle “azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 1003/2016”, già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d’esercizio 2016 (Deliberazione n.322 del 27/04/2017).

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato alla stesura della Delibera n. 19502 assunta il 29/01/2016 dall'AUSL di Parma avente come oggetto: "Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna: approvazione del Piano Locale Attuativo AUSL di Parma". In seguito, l'Azienda, tramite i suoi professionisti, si è impegnata alla realizzazione del Piano di Attuazione Locale (PLA), declinando a livello aziendale obiettivi e azioni previsti per i vari setting del PRP. In data 14/02/2017, a cura del Referente Regionale e responsabile del PLA, sono state inviate le schede di valutazione relative alle attività svolte nell'anno 2016 per i progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. Gli obiettivi dei programmi del Piano della Prevenzione Regionale 2015-2018 esplicitamente richiamati nei vari setting sono stati raggiunti per il 2016.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Raggiungimento degli standard previsti negli indicatori sentinella	95%	95%

Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Il coordinamento per garantire i livelli di tutela della salute e della sicurezza

In applicazione del D. Lgs. 81/08 il Servizio Prevenzione e Protezione ed il Coordinatore dei Medici Competenti coadiuvano il Datore dei Lavoro nelle attività volte a tutelare la salute e sicurezza dei lavoratori. Con queste premesse, sono state condotte accurate indagini ambientali e personali per la prevenzione dei rischi legati all'esposizione dei lavoratori alla sostanza aldeide formica, recentemente classificata internazionalmente come cancerogeno. A fronte di ciò sono stati individuati contesti fisici e operatori potenzialmente esposti alla sostanza; le risultanze hanno consentito di adeguare gli ambiti lavorativi con procedure, nuove tecnologie acquisite e momenti formativi/addestrativi che hanno coinvolto tutto il personale interessato. Vale la pena di segnalare con l'occasione l'introduzione anche di nuovi presidi, i quali consentono la conservazione ed il trasporto in sicurezza di campioni biotici in formalina, riducendo in tal modo la probabilità di accadimento di un evento espositivo che possa portare nocimento ai singoli operatori coinvolti.

In applicazione dei protocolli di sorveglianza sanitaria vigenti, sono in continua redazione le schede dei dati occupazionali dei lavoratori che vengono richiamati da parte dei Medici Competenti a visita medica, pre-assunzione o periodica o a seguito di sospetta malattia professionale. Lo strumento in questione consente ai medici stessi di acquisire elementi fondamentali per la verifica dell'idoneità del soggetto visitato al tipo di attività assegnatagli ed all'ambiente di lavoro fisico in cui lo stesso opera.

Tutti i documenti di valutazione del rischio ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. 81/08 vengono elaborati dal RSPP e dal Coordinatore dei Medici Competenti. Le indicazioni riportate tra le azioni di miglioramento, condivise dai soggetti sopra richiamati, costituiscono di fatto una forma di

coordinamento tra servizi, essendo dette azioni legate a tematiche che possono sì riguardare lavorazioni tecniche e tecnologiche, ma anche e soprattutto aspetti procedurali, formativi ed addestrativi con carattere preventivo sugli infortuni.

Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori

Infortuni a rischio biologico

E' proseguita l'attività di gestione degli infortuni a rischio biologico occorsi al personale dipendente. In caso di infortunio a rischio biologico, in Azienda è operativa la procedura "La gestione degli infortuni a rischio biologico" in cui sono contenute le indicazioni per ridurre il rischio di trasmissione di infezioni virali a seguito di infortunio. La procedura identifica i percorsi, le strutture e i compiti da adempiere per il trattamento degli infortuni.

Si evidenzia che, nel corso del 2016, non sono state osservate sier conversionsi.

La segnalazione degli incidenti occupazionali è stato anche momento di confronto ed educazione/formazione degli operatori sanitari, anche alla luce del recepimento della Direttiva UE 2010/32, in materia di prevenzione delle ferite da taglio o da punta.

Vengono riportati sinteticamente i dati 2016 relativi agli infortuni a rischio biologico:

Infortuni a rischio biologico: totale n. 134

Caratteristiche pazienti-fonte:

Pazienti fonte HCV +	19
Pazienti fonte HIV +	7
Pazienti con infezione associata (HCV+ E HIV+)	0
Paziente sconosciuto o esami sconosciuti	13
Pazienti con HIV sconosciuto	3
Pazienti fonte negativi per infezioni HCV E HIV	88
Paziente con Hbsab +	4
Paziente sconosciuto HCV	2

Modalità di esposizione:

Puntura	77
Taglio	12
Graffio/morso	2
Contatto muco-cutaneo	43

Errore di procedura (smaltimento scorretto, reincappucciamento...): n. 9

Categoria professionale:

Medico	19
Medico specializzando	25
Infermiere	57
Ostetrica	1
OSS	16
Tecnici sanitari	4
Studenti corsi sanitari	7
Figure supporto	3
Dirigenti non medici	2

Le profilassi post-esposizione dell'HIV iniziate sono state 56, di cui solo 5 sono state proseguite fino a conclusione (4 settimane), 2 sospese per intolleranza, le altre sospese per la negatività del paziente fonte

Rispetto al 2015, anche a seguito dell'introduzione dei DM con dispositivo di Sicurezza, **si è assistito ad una diminuzione degli infortuni.**

Sorveglianza tubercolosi

L'Azienda, tramite la UOC d'Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva, ed in coerenza con le indicazioni regionali "Linee di indirizzo per la sorveglianza sanitaria degli Operatori delle Aziende Sanitarie della RER" e delle Linee Guida Accordo Stato Regioni 7.02.103, ha sviluppato i seguenti interventi:

- Aggiornamento della Valutazione del Rischio Aziendale
- Implementazione della sorveglianza e del controllo in ambito assistenziale,
- Realizzazione d'iniziative di sensibilizzazione/informazione degli operatori sanitari volti ad approfondire sia gli aspetti epidemiologici, diagnostici, preventivi e terapeutici, sia quelli legati al rischio occupazionale
- Verifica della corretta gestione del paziente affetto da TBC, con particolare riferimento alle misure d'isolamento e di controllo della trasmissione
- Implementazione dell'attività di sorveglianza che è proseguita tramite la segnalazione degli eventi infettivi sospetti/accertati individuati in ambito nosocomiale, agli Organi istituzionali preposti per gli opportuni adempimenti di competenza (Circolare n. 9 del 26 aprile 2005 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, "Sistema regionale di sorveglianza della Tubercolosi")
- Controllo dei neoassunti tramite test di screening per l'infezione tubercolare latente (ITBL) (2 casi ITLB positivi su 253 assunti)
- Valutazione dei soggetti a rischio per quel che concerne l'idoneità specifica alla mansione

Nel 2016 l'attività di controllo sugli operatori sanitari si è sviluppata come segue:

Procedure	Quantità	Esiti positivi
Test di Mantoux	2016	49
Test Interferon Gamma	167	13
Valutazioni pneumologiche effettuate a seguito della positività del soggetto	11	-
Profilassi proposte	4	-
Profilassi rifiutate	1	-
Profilassi sospese (per tossicità....)	1	--
Profilassi concluse	0	-
Profilassi in corso	2	-

Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive

La promozione della cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive è stata promossa tramite:

- seminari per i neoassunti (cadenza semestrale): 2
- corsi e seminari teorico-pratici per l'impiego di pungenti e taglienti: 2
- approfondimenti svolti nelle riunioni del Nucleo Strategico per la Prevenzione delle Infezioni Ospedaliere: 6
- incontri di sensibilizzazione sulla gestione dei rischi infettivi: 15
- partecipazione al CIO Regionale: 100%
- promozione di iniziative teorico-pratiche sull'igiene delle mani: 4
- incontri di condivisione sugli aspetti igienici delle matrici ambientali: 20
- promozione comportamenti igienicamente virtuosi dal punto di vista igienico: 45 iniziative
- ideazione promozione e sviluppo delle campagne vaccinali contro le principali malattie infettive (influenza, morbillo eccetera): 4

Promuovere la cultura della prevenzione in altri ambiti

- Sulla base della statistica annuale infortuni aziendali risulta che la forma di esposizione ai rischi lavorativi degli operatori ospedalieri maggiormente incisiva è rappresentata dalle problematiche derivanti dalla movimentazione dei pazienti. Allo scopo di verificare quali sono gli ambiti lavorativi presso i quali si manifestano i valori più elevati, è stata pianificata un'attività di riscontro con sopralluoghi, in applicazione del **metodo New Mapo**; in tal modo è stato possibile procedere ad una dettagliata mappatura delle aree maggiormente a rischio sotto detto profilo, in ragione di cui è possibile pianificare gli interventi correttivi che potranno incidere sull'abbassamento dell'indice calcolato.
- Formazione del personale autorizzato all'utilizzo in sicurezza delle apparecchiature laser in dotazione: al 31/12/2016 è stato formato il 72,5% degli operatori interessati, ossia 256 operatori a fronte di un totale, pari a 353, di operatori con obbligo di frequentazione.
- Per gli operatori esposti a rischio da movimentazione pazienti e posture disergonomiche sono stati progettati corsi dedicati denominati "back school", con un percorso di educazione fisica della schiena a scopo preventivo che può determinare efficace agevolazione.

L'indice VAS rappresenta un valore numerico valutato su una scala che indica la percezione dello stato di dolore. Volendo applicare il concetto ad un contesto lavorativo, allo scopo di misurare con un numero il livello di dolore percepito, la somministrazione di specifici questionari in fase di inizio e di fine corso, consente di riscontrare l'eventuale miglioramento dello stato di salute dell'operatore attraverso il calcolo della differenza di valori VAS di inizio e fine corso. Nel caso argomentato, sono stati progettati corsi di rieducazione fisica (back school), in occasione dei quali sono stati proposti i questionari sopra richiamati; dall'esame dei risultati acquisiti si è potuto registrare un miglioramento dello stato di salute dei partecipanti.

Attraverso una verifica post percorso con test VAS somministrati in fase di avvio dei corsi (limitatamente a quelli svolti nell'anno solare 2016) ed in fase finale, si è riscontrata l'efficacia prodotta dal percorso formativo-rieducativo fisico sull'operatore; infatti il miglioramento dello stato di salute dei lavoratori partecipanti (differenza indice VAS inizio-fine corso: positiva) è stato riscontrato sul 60,6% dei partecipanti, superiore all'indicatore di risultato fissato al 60%.

Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino

Prevenzione del rischio infettivo negli operatori sanitari

In linea con gli obiettivi del DGR 1003/2016 ed alla luce del nuovo Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2016-2018, nel corso del 2016 è stata ulteriormente implementata la campagna di promozione vaccinale morbillo, rosolia, varicella, epatite B per tutti i Dipendenti dell'Azienda Ospedaliera al fine di promuovere la più alta copertura vaccinale possibile.

In particolare, è stata intrapresa una specifica campagna di informazione/formazione allo scopo di sensibilizzare il Personale Sanitario in forza all'Azienda relativamente alla vaccinologia ed alle strategie vaccinali in essere sulla base delle migliori evidenze condivise dalla comunità scientifica.

Successivamente, l'attività si è sviluppata attraverso l'individuazione, Dipartimento per Dipartimento, degli operatori sanitari suscettibili per morbillo, rosolia, parotite, varicella ed epatite B, o con stato sierologico non noto, e successiva convocazione scritta per sottoporli a vaccinazione o a prelievo ematico per la ricerca anticorpale. Nel 2016 sono state analizzate le posizioni di 972 dipendenti, individuando 120 operatori suscettibili che sono stati sottoposti alle conseguenti procedure.

È proseguita inoltre l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni indicate agli operatori in fase pre-assuntiva, durante le visite periodiche, in seguito ad infortuni a rischio biologico e a seguito di contatto con pazienti con patologie infettive in corso.

Nel 2016 sono state somministrate le seguenti dosi di vaccini:

Vaccino	Dosi
ANTI EPATITE B	281
ANTIDIFTOTETANICO	420

ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA	102
ANTIVARICELLA	56
ANTINFLUENZA	558

Prevenzione e controllo dell'Influenza

Per quanto riguarda le azioni messe in campo per la prevenzione e controllo dell'Influenza sono state trasmesse le indicazioni, pervenute dalla Direzione Sanità e Politiche Sociali della RER, riguardanti:

- raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo dell'influenza stagione 2016-2017,
- sorveglianza delle forme gravi e complicate di influenza (richiesta consulenza centri ECMO, modalità di accesso ed invio dei campioni ai laboratori di riferimento regionali per la diagnosi di influenza),
- dati sull'andamento epidemiologico.

Come ogni anno, è stata attivata e realizzata apposita *campagna di vaccinazione antinfluenzale*, con ampia informazione al personale sanitario sulla necessità di sottoporsi alla vaccinazione e sull'importanza che essa riveste in termini di prevenzione del rischio infettivo in ambito assistenziale, responsabilizzando Direttori e Preposti di ciascuna U.O. nella messa in capo di precise azioni atte a sensibilizzare i Professionisti sulla tematica.

È stata data ampia diffusione, anche tramite la Intranet aziendale, di tutto il materiale informativo ricevuto dalla RER.

La vaccinazione ha coinvolto il Personale dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria ed i Pazienti ricoverati considerati a rischio.

Per agevolare quanto più possibile tutti i Professionisti presenti in Azienda, con particolare riguardo al Personale Sanitario, ad aderire alla vaccinazione, oltre all'ambulatorio attivo presso la Medicina Preventiva, aperto dal lunedì al venerdì con ampia fascia oraria dedicata, è stato attivato un preciso "ambulatorio itinerante", composto da un Medico ed un Infermiere del Servizio Medicina Preventiva, che giornalmente, per oltre un mese, secondo specifico calendario, si è recato direttamente presso tutte le UU.OO./SS Aziendali.

Sono stati vaccinati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria 560 operatori sanitari, registrando un raddoppio dei vaccinati rispetto al 2015.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>34%	11,5%

Assistenza territoriale

Mantenimento dei tempi attesa e garanzia dell'accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Mantenimento dei tempi di attesa

Nel corso del 2016 il monitoraggio dell'offerta e la verifica degli indici di performance sono stati puntuali e continuativi con il costante presidio dell'offerta di prestazioni finalizzata al mantenimento dei tempi di attesa entro lo standard.

L'impegno continuo si è estrinsecato sia attraverso l'apertura di agende di garanzia sia attraverso un incremento dell'offerta per le prestazioni che presentavano di volta in volta criticità in termini di volumi e/o di priorità (colonscopia, ecografia muscolo-tendinea, ecografia capo e collo, TC bacino, TC torace, TC addome, TC muscolo-scheletriche, TC massiccio facciale, Angio-TC, RM cuore, EMG, EcoColorDoppler Cardiaco e Holter pressorio, gastroenterologica, cardiologica, urologica, dermatologica, ortopedica, nefrologica, allergologica, angiologica, neurologica, orl, chirurgia vascolare, infettivologia, endocrinologia, endocrinologia pediatrica), facendo anche ricorso all'utilizzo della quota derivante dall'applicazione del 5% prevista dall'art. 2 del D.L. 13/09/2012 n. 158.

Relativamente al miglioramento dell'accesso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL per il popolamento della piattaforma cup web con tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Per quanto riguarda l'anno 2016 è stato raggiunto l'obiettivo relativo agli indici di performance, con particolare riferimento alle prestazioni di primo accesso, mentre è stato più difficile il bilanciamento dell'offerta per le urgenze differibili.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Indici di performance per le prestazioni di primo accesso	>=90%	96%
Indici di performance per le prestazioni in urgenza differibile (*)	>=90%	65%

(*) dato a monitoraggio a partire dal 1/1/2017

Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016

Nel corso del 2016 è stata introdotta la L.R. 2/2016 che all'articolo 23 prevede l'obbligatorietà della disdetta anticipata delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali i cui contenuti sono stati in seguito declinati con le circolari regionali 4 e 4 bis.

A livello aziendale è stata predisposta la piattaforma informatizzata per l'estrazione dei casi sanzionabili ed è stata predisposta e condivisa una procedura seguita da tutti i servizi implicati nel percorso sanzionatorio.

Il monitoraggio dell'applicazione, di competenza USL come da indicazione regionale, ha evidenziato i risultati riportati in tabella.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Numero di disdette	incremento rispetto al 2015	166.461
Numero di abbandoni	riduzioni rispetto al 2015	56.468

Promozione e verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa

Sin dalla diffusione della DGR 704/2013 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL nell'organizzazione di eventi informativi e formativi rivolti agli specialisti e dei medici di medicina generale.

Il coinvolgimento attivo dei Direttori delle UU.OO. di Radiologia delle due Aziende per la definizione degli elementi su cui stabilire l'appropriatezza prescrittiva, sia sotto il profilo clinico che organizzativo, ha portato alla predisposizione e diffusione di griglie ad hoc costruite che consentono la valutazione dei possibili quesiti diagnostici che rispettano la corretta applicazione della DGR 704/13.

La prescrizione complessiva delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016 si è sensibilmente contenuta, è inoltre migliorata l'appropriatezza delle prescrizioni sino a raggiungere il 59,5% del totale delle prescrizioni, grazie al monitoraggio dei criteri di appropriatezza prescrittiva e del volume dell'erogato ai sensi della D.G.R. 704/2013 e relativo invio di Circolari informative ai Medici Prescrittori. Si è registrata una diminuzione dell'indice di consumo standardizzato per 1000 residenti sia per quanto riguarda le TC osteoarticolari, meno 13 % (valori 2015 confrontati con i valori 2012) che le RMN osteoarticolari, meno 15% (valori 2015 confrontati con i valori 2012).

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Prescrizioni delle prestazioni soggette a condizioni di erogabilità nel 2016	riduzione \geq 10% rispetto al 2015	22%
Analisi delle prescrizioni (RM muscolo scheletriche e TC osteoarticolari e nuovi LEA se definitivi) distinte per tipologia di prescrittore e azioni per la riduzione dell'inappropriatezza	per almeno il 50% delle prescrizioni effettuate	59,5%
Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nell'anno 2015 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	riduzione \geq 20%	TC osteoarticolari riduzione 13% (valori 2015 confrontati con i valori 2012) RM osteoarticolari riduzione 15% (valori 2015 confrontati con i valori 2012).

Prescrizione e prenotazione dei controlli

Per favorire la prescrizione dematerializzata e la prenotazione dei controlli e degli esami strumentali successivi ad una prima visita è stato redatto un "manuale" contenente le modalità operative per ciascuna Unità Operativa. Inoltre è stata effettuata specifica formazione per utilizzo degli applicativi aziendali per la corretta prescrizione dematerializzata, prenotazione e registrazione attraverso l'organizzazione di corsi a Professionisti e Operatori.

Il totale di prescrizioni effettuate dagli specialisti con ricetta dematerializzata è progressivamente aumentato dal 2015 ad oggi.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto SOLE/DEMATERIALIZZATA)	incremento rispetto al 2015	141.000 (su ambito provinciale)

Monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità

Per quanto attiene il monitoraggio delle prestazioni non erogabili in SSN in quanto non presentano le condizioni di erogabilità (DM 9 dicembre 2015) è stata prevista l'aggiunta della condizione di erogabilità o di appropriatezza in uno specifico campo, tale inserimento rende possibile ex post la rendicontazione distinta delle prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle che vedono inserita una condizione di erogabilità. E' stato, inoltre, redatto un manuale per facilitare gli operatori di sportello nella prenotazione delle prestazioni che presentano e che non presentano le condizioni di erogabilità.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Evidenza della capacità del sistema informativo aziendale di rendicontare distintamente le prestazioni senza condizioni di erogabilità da quelle con condizioni di erogabilità	SI	SI

La continuità dell'assistenza

Ospedali di Comunità – Cure intermedie

Richiamandosi al passaggio della DGR 1003/2016, che sottolinea che si “*dovrà proseguire il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione. Tali strutture che rappresentano un valido strumento di integrazione ospedale-territorio e di continuità delle cure, devono rispettare i principi contenuti nel DM 2.4.2015 n. 70 e della DGR 2040/2015*”, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha attivato nell'anno 2016 un gruppo di lavoro multidisciplinare, facente riferimento alla Direzione Aziendale, per portare a termine il “Progetto di creazione di Cure Intermedie in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma”.

Dopo l'analisi della normativa nazionale e regionale a supporto del progetto, il gruppo di lavoro ha individuato sedi (conversione di n.14 posti letto di degenza ordinaria dell'U.O.C. di Geriatria posti al 1° piano del Padiglione Barbieri dell'AOU di Parma), criteri di inclusione ed esclusione all'accesso, percorsi di assistenza dedicati, necessità di risorse, competenze, responsabilità e procedure.

La prima fase del percorso, dedicata prevalentemente al rodaggio del sistema finalizzato al rientro sicuro a domicilio con attenzione al recupero delle capacità del paziente, alla riduzione della degenza ospedaliera e rischi correlati ed all'empowerment di paziente e caregiver, è funzionale all'attivazione del percorso di condivisione di presa in carico con gli MMG (2^ fase), già comunque coinvolti ed informati in fase attuale.

Successivamente all'invio del progetto alla *Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare* dell'Ente Regionale, in data 12/12/2016, a conclusione di questa prima fase progettuale, è stato richiesto il riconoscimento alla nascente struttura mediante attribuzione di codice regionale, costruito ad hoc per un'azienda ospedaliera. La Regione ha attribuito alla Struttura di Cure Intermedie-OsCO dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, attivata presso il padiglione Barbieri, codice regionale 080617. Tale codice è attivo dal 19/12/2016.

Essendo l'attuazione avviata a fine 2016 e in piena sperimentazione, appaiono non valutabili per l'anno 2016 il raggiungimento del target di degenza media in Ospedale di Comunità e la corretta alimentazione del Flusso Informativo SIRCO.

Cure palliative

La rete di cure palliative del territorio di Parma comprende 4 nodi: nodo ospedale, nodo domicilio, nodo ambulatorio e nodo Hospice.

In applicazione della DGR 560/2015 “Riorganizzazione della rete locale di cure palliative” e della successiva DGR 1770/2016 “Requisiti specifici per l’accreditamento della Rete locale di Cure Palliative”, l’Azienda ha dato mandato nel mese di Novembre 2016 ad uno specifico gruppo di lavoro di elaborare un progetto finalizzato a:

- creazione di un’*équipe* multidisciplinare, in forma di Team o Unità di Cure Palliative specialistiche, in grado di garantire nell’ambito dell’assistenza ospedaliera le cure palliative ai malati con malattie croniche evolutive (non solo oncologiche) in fase avanzata in funzione dei bisogni, individuando anche specifici posti letto dedicati alle cure supportive integrate e alla palliazione,
- attività ambulatoriale di cure palliative rivolta a pazienti che, pur conservando un buon grado di autosufficienza, necessiteranno di un controllo programmato ambulatoriale e /o di una nuova valutazione multidimensionale specialistica per il controllo ottimale dei sintomi o delle altre problematiche legate al percorso di malattia, assicurando la continuità di cura verso il nodo assistenziale della rete più idoneo alla fase di malattia (nodo domiciliare – nodo hospice – nodo ospedale) anche al fine di ridurre l’ospedalizzazione impropria favorendo una maggiore permanenza del paziente nel proprio ambito familiare.

In particolare, il progetto prevede che l’*équipe* di cure palliative specialistica sia multi professionale e multidisciplinare (medici specialisti con esperienza in cure palliative -ai sensi del DM 28/03/13-, infermieri, psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti), al fine di favorire l’identificazione precoce del malato con bisogni di cure palliative e garantire, sulla base di una valutazione multidimensionale puntuale e completa, la presa in carico precoce.

Il concetto di cure palliative che si sta sviluppando in AOU è fortemente orientato al principio della *Simultaneous Care* che non attiene solo al paziente terminale ma a diversi target di bisogni clinico-assistenziali. Tra gli obiettivi si ricordano la garanzia dell’assistenza medico ed infermieristica di cure palliative e l’identificazione del bisogno attraverso gli strumenti di valutazione multidimensionale, la presa in carico integrata nell’ambito dei percorsi di cure palliative domiciliari o residenziali in hospice, l’integrazione con tutti gli ambiti ospedalieri ove ne necessiti l’apporto, nonché interagire con il nodo territoriale per la continuità della presa in carico del paziente.

Progetto C.A.P.O.

È proseguito nel 2016 il Progetto di Continuità Assistenziale del **Paziente Oncologico (CAPO)**, indirizzato ai pazienti oncologici residenti a Parma, in carico all’UOC Oncologia Medica, con necessità di terapie di supporto o palliative e/o di controlli emato-chimici, eseguibili anche a domicilio.

Si tratta di una modalità di presa in carico del paziente che ha portato ad una migliore gestione e controllo dei sintomi di fine vita, evitato accessi impropri sia presso il Day Hospital dell’UOC Oncologia Medica che presso il Pronto Soccorso, con conseguente riduzione di ricoveri e disagio per i pazienti e i loro familiari, garantendo un percorso di fine vita a domicilio o in alternativa presso hospice, a seconda delle volontà del paziente e della famiglia

La continuità assistenziale del paziente così garantita ha prodotto importanti effetti:

- una migliore qualità del fine vita,
- una migliore accettazione del termine dei trattamenti oncologici attivi,
- una migliore gestione delle tossicità da terapie oncologiche (chemioterapia e terapie target),
- un maggiore controllo dei sintomi legati alla malattia.

Nel 2016 una riorganizzazione dell'attività, che tra le altre cose ha visto l'inserimento nel progetto di Specialisti in formazione a supporto del personale strutturato, ha permesso di incrementare i pazienti in carico al progetto che sono deceduti a domicilio dal 50% del 2015 al 62% nel 2016; mentre sono diminuiti i decessi in ospedale 25% vs i 37% del 2015 pur con una sostanziale stabilità dei nuovi pazienti presi in carico che sono stati 62 nel 2016.

Le visite mediche effettuate nel 2016 sono state 258 e 528 gli accessi infermieristici, supportati dalla fisioterapista e dalla psicologa, quest'ultima con una presenza non solo a domicilio rivolta al paziente ma supporto ambulatoriale alla famiglia, anche nell'accompagnamento e nelle fasi successive all'exitus e soprattutto per il supporto interno dei professionisti, indispensabile all'intero gruppo.

Le prestazioni erogate a domicilio sono state: visite specialistiche, terapie di supporto e nutrizionali parenterali, prelievi, medicazioni, paracentesi, posizionamento di pompe infusive, terapie antalgiche, eccetera.

Continuità assistenziale – dimissioni protette

L'Azienda, anche nel 2016, ha espresso, mediante i propri Professionisti, la partecipazione al Progetto RISKER, sviluppato dall'Agenzia Regionale Sociale e Sanitaria dell'Emilia Romagna in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia, partecipando alla stratificazione della popolazione adulta per livelli di rischio di ospedalizzazione, attraverso lo sviluppo e l'applicazione di un modello di analisi della popolazione in carico ai NCP e ai Medici di Medicina Generale del territorio provinciale al fine di identificare i soggetti a più alto rischio di ospedalizzazione e mettere in atto azioni proattive e di medicina di iniziativa per ridurre sia la quota di pazienti "hospital-dependent" che la numerosità delle ospedalizzazioni ripetute con i rischi correlati.

Tale approccio rientra anche nel progetto di Partecipazione al Programma dell'Unione Europea "Sunfrail" e costituisce un ulteriore elemento di operatività nel quadro sia della gestione del paziente acuto che della gestione del paziente cronico e/o da indirizzare alle cure palliative.

L'attività di cui sopra ha proceduto in coerenza anche agli obiettivi di lungo periodo del Progetto Regionale READ HEALTH con consolidamento dell'infrastruttura informatica per il rafforzamento della rete tra strutture ospedaliere e territoriali (progetto Sanità On Line), potenziamento delle attività esistenti di telemedicina e nuove proposte progettuali in merito (a supporto delle reti cliniche provinciali) e la concreta collaborazione con le altre componenti della rete per la messa a regime del "Profilo di salute del paziente" (Patient Summary).

Inoltre, all'interno dei processi di integrazione ospedale-territorio si è inserito il percorso rivolto ai pazienti fragili per i quali si attivano le dimissioni difficili e/o protette e che richiede l'integrazione tra i professionisti delle Aziende Sanitarie della Provincia di Parma.

Tale percorso, promosso dalle due direzioni aziendali, è volto a conoscere la rete e programmare gli interventi più idonei da attuare in funzione della continuità assistenziale ed è esitato nel corso del 2016 nella istituzione di tre gruppi di lavoro con i seguenti mandati come da nota prot. n. 0007104 del 29/2/2016:

- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio
- Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani, finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione
- Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro attivi di carattere sanitario e sociosanitario

I tre gruppi di lavoro hanno prodotto un documento che riporta la sintesi delle proposte operative elaborate presentato alle due Direzioni aziendali in data 27/7/2016.

Nell'ambito dei lavori dei gruppi e sottogruppi istituiti si inserisce la proposta progettuale sulle dimissioni difficili e/o protette che ha previsto:

- la predisposizione nuovo Protocollo su Dimissioni Difficili e Dimissioni Protette e aggiornamento delle rispettive schede di segnalazione (attualmente ancora in bozza);
- l'adozione scheda BRASS per l'individuazione dei livelli di "basso", "medio" e "alto rischio" per consentire l'intercettazione in tempi rapidi di quelle caratteristiche che richiedano l'attivazione di percorsi territoriali alla stabilizzazione clinica dei pazienti ricoverati;
- l'attivazione di un percorso formativo/informativo per i professionisti operanti a livello territoriale (NCP, UVG, Poli Sociali) e Ospedaliero.

All'interno dei percorsi sulla fragilità nati dall'attività dei gruppi di lavoro si inseriscono, inoltre, una serie di azioni tra cui la stesura di un progetto chiamato "CONSULENZA IN CRA".

Il progetto è volto a garantire la migliore risposta assistenziale ai bisogni di anziani fragili istituzionalizzati, obiettivo che indirettamente apporta benefici anche all'operatività delle organizzazioni coinvolte.

Il progetto coinvolgerà tutti i soggetti istituzionalizzati nelle strutture territoriali del Distretto di Parma e del Distretto Sud Est dell'Azienda USL (RSA, CRA). Nell' UOC di Medicina Interna e Lungodegenza Critica dell'AOU di Parma verranno attivati 5 posti letto dedicati.

L'obiettivo si inserisce in una tematica complessa, amplificata da una connotazione delle CRA non più aderente al profilo epidemiologico dell'utenza, rappresentata dalla prevalente istituzionalizzazione di ospiti fragili e polipatologici quale conseguenza dei profondi cambiamenti del contesto demografico e sociale. Il paziente fragile, polipatologico, istituzionalizzato rappresenta un problema sanitario rilevante per l'alto peso assistenziale, le frequenti riacutizzazioni e la necessità di ricoveri ripetuti.

Obiettivi principali del progetto sono:

1. ottenere una riduzione del tasso di ospedalizzazione mediante creazione di un'attività di consulenza specialistica sul Territorio da parte dei professionisti dell'UOC Medicina Interna e Lungodegenza Critica;
2. migliorare i percorsi clinico-assistenziali Territorio-Ospedale e Ospedale-Territorio a favore del paziente fragile polipatologico istituzionalizzato.

Obiettivi secondari saranno la valutazione dei tassi di mortalità e di riospedalizzazione non programmata e la soddisfazione degli operatori e dei pazienti/caregiver.

L'organizzazione dell'intervento prevede l'attivazione dell'équipe medica dell'UOC Medicina Interna e Lungodegenza Critica che avverrà a giudizio del MMG mediante numero telefonico dedicato attivo dalle ore 8 alle ore 18 dal lunedì al venerdì. Il codice di priorità verrà assegnato da un Medico responsabile del processo (Bed manager). Il Bed manager potrà eseguire consulenza telefonica, ricoverare direttamente c/o l'AOU o inviare personale medico ospedaliero per trattamento e stabilizzazione in loco. Una volta valutato il paziente, se dovesse rendersi necessario il ricovero, l'équipe medica predisporrà ingresso diretto c/o UOC Medicina Interna e Lungodegenza Critica o l'invio in PS.

La chiamata al numero verde sarà effettuata di norma dal Medico della struttura territoriale responsabile del caso. L'équipe medica sarà munita di un ecografo portatile, di emogasanalizzatore, broncoaspiratore, elettrocardiografo, pulsossimetro, dotazione per terapia infusiva e farmaci utili nell'urgenza.

Dal lavoro dei gruppi interaziendali è stato avviato un percorso avente per obiettivo lo snellimento delle procedure finalizzate all'erogazione di presidi a pazienti ricoverati presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Il percorso definisce le azioni che permettono un contenimento dei tempi per la fornitura di ausili, protesi e ortesi codificate dal Nomenclatore Tariffario, a pazienti fragili in

previsione della dimissione, assicurando le condizioni più idonee e le risposte più adeguate ai loro bisogni per ritrovare o mantenere una possibile autonomia.

Il percorso integrato ha condotto ad una collaborazione diretta tra alcune UO dell'Azienda, che individuano il bisogno del paziente, e l'Ufficio Protesica del Distretto di Parma.

Si è partiti sperimentalmente con la SSD di Medicina Interna e Reumatologia per estendere la procedura ad altre quattro Unità Operative internistiche, tra cui la UO di Geriatria. Il percorso, tutt'ora in fase di completamento, prevede il graduale coinvolgimento di altre UO dell'Azienda che vedono un particolare interesse nei confronti delle richieste di protesica per i loro ricoverati.

In particolare il reparto di Medicina Interna e Lungodegenza Critica dell'AOU, che già aveva attivato una collaborazione diretta con l'Ufficio protesica del distretto di Parma, ha sperimentato e portato a regime la collaborazione anche con il Distretto Sud Est.

Le attività dei gruppi interaziendali e le azioni ad esse correlate trovano sviluppo anche nell'anno in corso.

Infine, nel 2016 è stato realizzato un corso di formazione aziendale "*Sicurezza della continuità assistenziale: la dimissione del paziente*". In tale incontro formativo sono state diffuse le Raccomandazioni aziendali per la sicurezza del processo di dimissione ed in particolare la scheda check-list "Dimissione del paziente", strumento per garantire la continuità assistenziale nel paziente fragile. Tale strumento, già in uso nel Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo, è stato quindi diffuso a tutte le UU.OO. dell'Azienda.

I percorsi formativi continueranno nel corso del 2017 attraverso interventi multiprofessionali mirati ad affrontare problematiche specifiche presso le unità operative dell'Azienda.

Percorso nascita

Nel 2016 presso l'AOU di Parma sono nati 2687 bambini da 2621 parti, con un trend pressoché costante rispetto all'anno precedente.

Nel corso del 2016, nel rispetto del concetto di Hub & Spoke e di una correlata rete assistenziale socio-sanitaria, sono stati istituiti gruppi di lavoro tra professionisti ospedalieri, territoriali, dell'area sociale e del volontariato che in una serie di incontri hanno aggiornato e ridefinito le connessioni fra i distinti nodi della rete. L'evidenza del lavoro svolto si compendia nella nuova stesura del protocollo d'Intesa tra il Comune di Parma, il Comune di Colorno, il Comune di Torrile, il Comune di Sorbolo, il Comune di Mezzani, le due Aziende Sanitarie, i servizi sociali e del volontariato. Evidenza ulteriore della cura e dell'importanza accordata alla rete assistenziale provinciale è stata la condivisione del protocollo del Trasferimento in utero sottoscritto dalle Aziende Ospedaliere Hub & Spoke (Delibera n. 621 del 30/12/2016).

E' proseguita anche nel 2016 l'attenzione ad un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 (n. 1540 gravide seguite in autonomia) e nel percorso Basso Rischio in Sala Parto (12% dei parti vaginali), in conformità alle linee guida internazionali e alla normativa regionale sul percorso nascita. Tale assistenza si basa sull'utilizzo di protocolli che individuano criteri di selezione predefiniti del livello di rischio sul quale definire il bisogno assistenziale, nell'ottica di una maggiore appropriatezza e sicurezza delle cure in travaglio/parto nel rispetto dei tempi della fisiologia del parto.

Il progetto prevede la valorizzazione del ruolo dell'ostetrica nel percorso a basso rischio, nel rispetto del proprio ruolo professionale e secondo le responsabilità medico-legali attribuite allo stesso dalla normativa in essere. L'ostetrica ha, inoltre, fornito la propria assistenza, per quanto di competenza, nel percorso Day Service Ambulatoriale della Gravidanza a Rischio, che ha proseguito nell'offerta di prestazioni specialistiche su attivazione territoriale.

Il Direttore dell'UO Ostetricia e Ginecologia ha partecipato, in qualità di membro nominato, ai lavori dei gruppi della Commissione regionale nascita. È inoltre componente del Comitato Percorso Nascita nazionale, insieme a Istituto Superiore di Sanità, AGENAS e Ministero della Salute.

Si è garantito l'accesso ai Corsi di accompagnamento alla nascita presso l'Azienda Ospedaliera, con progressiva ricollocazione di tale funzione all'attività consultoriale. Sono stati realizzati n. 11 Corsi costituiti ciascuno da 8 incontri pre-nascita, più un incontro post-nascita.

In collaborazione con la 2^a Anestesia, rianimazione e Terapia antalgica, si è rivisitato il percorso di accesso alle metodiche farmacologiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07 (questionario LEA) con l'istituzione a partire dal 2017 di un incontro quindicinale con la popolazione di donne gravide al fine di produrre una migliore e più equa informazione. Si è proseguito nel sostegno non farmacologico al dolore nel parto con l'utilizzo delle posizioni alternative, dell'acqua e dell'assistenza one-to one.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Tagli cesarei primari effettuati nel 2016	obiettivo Centro HUB <25%	21,5 %*
Cesarei nella classe I di Robson	obiettivo Centro HUB <=9%	10,49% **

* Fonte Banca Dati Regionale SISEPS

** Fonte Banca Dati Regionale SIVER

Percorso IVG

Nel 2016, l'accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica) non ha registrato difformità, pur tenendo conto delle indicazioni date per l'accesso al percorso medico a livello nazionale e regionale. I tempi di attesa medi tra certificazione ed esecuzione IVG, considerando che devono trascorrere 7 giorni di legge, sono intorno ai 10 gg.

Nello stesso periodo, il gruppo di lavoro interaziendale, costituito da professionisti ginecologi dell'AOU e dell'AUSL di Parma, ha revisionato la "Procedura interaziendale sulla legge 194 art. 6 e 7. Sono stati rivisti alcuni punti della precedente procedura, specificando meglio i campi di applicazione, le responsabilità e la gestione. Inoltre, è stato rivisto il percorso relativo alla consulenza psichiatrica per accedere all'iter dell'IVG. La procedura è in fase di formalizzazione.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	<= 25%	21,13%*

*Elaborazione interna su Fonte Banca dati regionale I.V.G.

Procreazione Medicalmente Assistita

L'Azienda ha aderito al percorso per la conferma dell'Autorizzazione regionale alle attività di PMA e sostenuto le attività previste per la preparazione della visita (in riferimento alla delibera 853 luglio 2015). In esito alla visita dei Valutatori Nazionali e Regionali,effettuata in data 7 luglio 2016, sono state fornite all'Azienda indicazioni per alcune modifiche strutturali e procedurali del Centro, puntualmente messe in atto dall'AOU. Sono quindi state inviate in Regione le evidenze degli interventi e dei cambiamenti e miglioramenti realizzati. L'impegno ha comportato oltre alla definizione di alcune procedure e documenti, anche un investimento per la realizzazione di adeguamenti impiantistici volti a corrispondere a pieno ai requisiti previsti per l'Autorizzazione regionale. In data 09/02/2017 è stata trasmessa alla RER l'evidenza delle attività realizzate in base alla pianificazione presentata in data 01/12/2016.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/13 e 1487/14 nei Centri di PMA di II e III livello	SI	SI

I professionisti del Centro PMA hanno partecipato a tutti gli incontri svolti in Regione per l'implementazione delle direttive 927/2013 e 1487/2014, in particolare sulle seguenti tematiche:

- sistema informativo della donazione (piattaforma comune in regione), per la richiesta di ovociti sia da banche italiane che estere;
- approvvigionamento dei gameti per la fecondazione eterologa;
- partecipazione alla promozione della donazione coordinando interventi informativi attraverso opuscoli da distribuire ai cittadini, campagne sui quotidiani e Open-day aperti alla cittadinanza.

Il percorso di fecondazione eterologa non è attivato in Regione per l'assenza di donazioni e in quanto non ancora completata la procedura della gara regionale rispetto alla banca per l'approvvigionamento dei gameti.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati	> = 90%	NV (in corso la procedura della gara regionale per la banca dei gameti)

Di seguito si riporta lo schema delle attività del Centro PMA nel 2016

Accessi per prima visita	289
Accessi pazienti oncologici	9
Inseminazioni intrauterine	139
Stimolazioni per PMA vitro	114
Pick-up ovocitari	111
Embryotransfer	86
Scongelamento E/B/O	13
Trasferimento E/B/O	12
Crioconservazione ovociti	10
Crioconservazione embrioni	23
Crioconservazione liquido seminale	17
Spermiogrammi	803

Nel 2016 il Centro PMA ha eseguito oltre 4200 prestazioni.

Nell'ambito delle collaborazioni interaziendali con l'azienda territoriale, nel 2016 è stato formato un professionista del laboratorio di Patologia Clinica del Presidio Ospedaliero di Fidenza dell'Azienda USL per consentire la riattivazione del Centro PMA di 1° livello del P.O. di Fidenza.

Alla fine del 2016 è stato avviato un Progetto di miglioramento, "PROGRAMMA AZIENDALE PER L'INFERTILITA' DI COPPIA", che riprende e aggiorna un progetto già redatto nel 2011 dall'AOU di Parma in collaborazione con Centro PMA di Vaio e del Consultorio di Parma, per l'accesso alle cure per l'infertilità. Il citato progetto riguarda la gestione provinciale del percorso sull'infertilità di coppia, attraverso un coinvolgimento dei consultori di Parma e i due centri di 1° e 3° livello della provincia.

Gli obiettivi sono:

- promuovere reti aziendali ed interaziendali di servizi che si facciano carico del percorso della coppia infertile per ridurre le liste di attesa e la mobilità passiva;
- contribuire a migliorare la qualità assistenziale con la condivisione di protocolli assistenziali;
- garantire una corretta informazione alle coppie sulla modalità di accesso presa in carico, terapie e risultati;
- garantire una presa in carico integrata con riferimento alla componente relazionale ed emotiva;
- garantire interventi specifici a donne e uomini affetti da patologia neoplastica che intendono preservare la loro fertilità;
- attuare il percorso regionale della fecondazione eterologa.

Contrasto alla violenza

In relazione al monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni delle linee di indirizzo di contrasto alla violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati, sono state compilate le check list predisposte dal gruppo di coordinamento regionale che sono state successivamente inviate dal Referente delle due Aziende (Neuropsichiatra infantile dell'Azienda Usl) accreditato in Regione, per la trasmissione formale.

Nel 2016, nell'ambito del tavolo di coordinamento, è stata condivisa l'opportunità di strutturare percorsi comuni a livello regionale attraverso la connessione tra Regione, Aziende Ospedaliere/Territorio ed il livello di pianificazione territoriale per quanto concerne la Formazione nei Servizi. Tali percorsi formativi verranno organizzati prossimamente per area vasta. In questo ambito saranno realizzate le attività di implementazione e diffusione delle Linee guida.

Un gruppo polispecialistico composto da dirigenti medici (pediatri, medici legali, radiologi) e dall'assistente sociale dell'Azienda ha partecipato al Seminario Regionale, tenutosi a Bologna il 27 Aprile 2016, dedicato a "Maltrattamento fisico del bambino: le fratture. Dalle raccomandazioni regionali alla riflessione sui casi clinici".

In merito alla raccolta di buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori si è già iniziato uno specifico percorso che ha visto coinvolti diversi professionisti di varie branche specialistiche (pediatri, radiologi, ginecologi, chirurghi pediatrici) in adesione a eventi formativi organizzati dalla Regione in tale materia.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Compilazione della check-list regionale	SI	SI
Numero eventi formativi realizzati	> = 1 per Azienda sanitaria	L'Azienda ha aderito agli eventi formativi promossi e attuati per il tramite del Referente interaziendale accreditato c/o la RER. Nel 2016 è, inoltre, iniziata la progettazione di eventi formativi dedicati ai Quaderni insieme al Referente interaziendale
Raccolta buone prassi locali sulla prevenzione del maltrattamento/abuso sui minori	> = 1 per Azienda sanitaria	Iniziato uno specifico percorso per l'individuazione e raccolta delle buone prassi locali

Formazione specifica in medicina generale

Nel corso del 2016, l'Azienda ha consolidato i percorsi di accoglienza e accesso alle attività formative già definiti nell'organizzazione dell'attività formativa di natura pratica dei medici frequentanti del Corso triennale di formazione specifica in medicina generale. In continuità con gli altri anni, si è proceduto alla formalizzazione di una referente aziendale e all'individuazione della rete di tutor che definiscano appropriati percorsi di apprendimento. La rete è strutturata su due aree, ciascuna supportata da 1 tutor di area, relative alle branche specialistiche di medicina-laboratorio e chirurgia, individuate dal programma regionale. Inoltre, è attiva una rete di tutor in ogni unità operativa afferente alle 2 aree.

Indicatori

Indicatore	Risultato
Evidenza di percorsi formalizzati attraverso documento di sintesi sulle azioni intraprese	SI

Assistenza alle persone con disturbo dello spettro autistico

Al fine di garantire l'individuazione precoce anche dei disturbi dello spettro autistico, l'adeguato approfondimento diagnostico secondo le linee guida regionali, la continuità delle cure, il raccordo tra ospedale e servizi territoriali, il coordinamento delle attività di presa in carico e cura, garantendo facilità di accesso alle strutture di cura, già nel marzo 2013 veniva stipulato un accordo per il percorso terapeutico diagnostico integrato per le patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza tra Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Parma e Azienda USL di Parma (AUSL). Nel 2017 sono iniziati i lavori di revisione dei contenuti di tale accordo da parte di un gruppo di lavoro interaziendale.

Il percorso ha definito le linee clinico-organizzative, i percorsi diagnostico-terapeutici tra i Pediatri di Libera scelta ed i Neuropsichiatri Infantili dell'AOU e dell'AUSL, creando un sistema integrato con al centro il bambino e la sua famiglia, in grado di garantire dopo l'accesso, in qualsiasi punto avvenga, percorsi di accoglienza, valutazione, diagnosi e trattamento secondo i principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Per il bambino con disturbo o sospetto disturbo dello Spettro Autistico in regime ospedaliero vengono eseguiti gli esami diagnostici strumentali al fine di una precisa definizione eziologica e per la valutazione di eventuali condizioni cliniche associate come ritardo mentale ed epilessia, condizioni frequentemente riscontrabili. A tal fine si possono effettuare esami ematico-urinari, esami metabolici di I e II livello (quest'ultimi con invio di campione ematico presso laboratori di riferimento regionale o extraregionale), esami neurofisiologici (potenziali evocati ed EEG in veglia e sonno), indagini di neuroimaging (Risonanza magnetica cerebrale), valutazione ORL, oftalmica e qualora sospettata valutazione genetico-dismorfologica. Tali controlli vengono eventualmente ripetuti secondo necessità clinica, in accordo con i colleghi AUSL.

L'accesso alla Neuropsichiatria infantile (NPIA) dell'AOU avviene su invio del Pediatra di Libera scelta previa prenotazione CUP o tramite consultazione con lo specialista NPIA. Inoltre l'accesso alla NPIA dell'AOU può avvenire tramite invio diretto da parte dei colleghi della NPIA dell'AUSL qualora quest'ultimi ritengano necessari ulteriori approfondimenti diagnostico-strumentali come supporto alla diagnosi clinica ed eziologica.

Promozione e tutela della salute negli Istituti Penitenziari

Per il 2016, nell'ambito dell'attuazione del Programma salute negli istituti penitenziari, l'Azienda ha puntualmente rispettato tutti i bisogni di salute della popolazione detenuta sia per quanto riguarda il regime di ricovero in degenza ordinaria che in regime ambulatoriale, per prestazioni con carattere di urgenza e programmate, nonostante le difficoltà riscontrate in seguito alla necessità di effettuazione di lavori di adeguamento alla normativa antincendio all'interno del Padiglione Ortopedie, che ospita la Sezione Detentiva Ospedaliera. Tali esigenze hanno portato ad una maggiore collaborazione e coordinamento con la Direzione degli Istituti Penitenziari e con la Prefettura, al fine della migliore tutela dei pazienti detenuti all'interno dell'ospedale.

L'attività erogata è stata svolta modulando le necessità assistenziali rispetto alle risorse disponibili per i posti letto della Sezione ad hoc esistente.

Nel 2016 presso l'Unità Operativa di Medicina Interna sezione Detenuti sono stati effettuati 86 ricoveri in regime di degenza ordinaria, il 19% in meno rispetto all'anno precedente, proprio in conseguenza dei lavori sopra citati. La degenza media è stata pari a 8,03, ridotta del 22% rispetto all'anno 2015 (10,27).

Il complesso delle attività è stato, inoltre, fortemente espresso anche attraverso una copiosa azione di rilievo medico-legale, al fine di rispondere a quesiti contingenti posti dai Magistrati di Sorveglianza rispetto a casi o situazioni specifici.

Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2016

L'incremento della spesa per l'acquisto dei farmaci si è mantenuto ampiamente entro il limite fissato del +5,9% rispetto al 2015.

Aziende Sanitarie	Spesa per Acquisto ospedaliero farmaci - escluso ossigeno e nuovi farmaci HCV	Δ 16/15
gen.-dic. 2016		
902 Parma AO-U	43.742.845	4,0%

L'obiettivo comprende la quota destinata ai farmaci della "Lista innovativi 2015" che per la AOU Parma è stata 2.556.010 €.

Acquisto ospedaliero di farmaci

Il governo dell'area della farmaceutica è stato condotto in continuo e con particolare attenzione all'analisi dell'appropriatezza prescrittiva e d'uso dei farmaci secondo i percorsi regionali e aziendali, le Linee Guida e Raccomandazioni, con il monitoraggio della prescrizione da parte di Centri autorizzati, con il monitoraggio su singolo paziente negli ambiti più critici di cura. La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso ai "Registri di monitoraggio AIFA" è stata sottoposta ad un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione.

Con riferimento ai documenti AIFA, tenuto conto degli obiettivi regionali sui farmaci biosimilari e al contributo che essi rappresentano per la sostenibilità del sistema sanitario, sono stati condotti incontri con gli specialisti dell'area di nefrologia, oncologia, ematologia, dermatologia al fine di ricondurre la prescrizione verso le molecole biosimilari consentendo il raggiungimento delle % d'impiego indicate dalle Linee d'indirizzo regionali. In particolare per le epoetine biosimilari è stato raggiunto l'obiettivo del 60% della prescrizione (nonostante la carenza, protrattasi per alcuni mesi, del biosimilare aggiudicato in gara centralizzata); per l'anti TNF alfa è stato raggiunto l'obiettivo con una prescrizione pari al 35%; per l'insulina glargine la gara centralizzata è stata aggiudicata all'originator.

E' stato garantito il massimo ricorso al generico nel trattamento dell'HIV in funzione dei profili clinici dei pazienti presi in carico ed è stata garantita la corretta trasmissione dei flussi informativi regionali attraverso il flag HIV (95%).

L'impiego dei nuovi farmaci per l'Epatite C è avvenuto secondo i criteri e le priorità definiti dalla Commissione Regionale del Farmaco in funzione del profilo clinico del paziente e selezionando il trattamento secondo il miglior rapporto costo/opportunità.

Per i farmaci impiegati nel trattamento della degenerazione maculare legata all'età si è evidenziato un aumento della casistica trattata (occhi trattati) a cui non è conseguito un incremento della spesa in virtù della maggior prescrizione della molecola a più basso costo.

E' stato perseguito l'uso appropriato degli antibiotici secondo il programma pianificato dal Gruppo Strategico e dal Gruppo Operativo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici; sono state elaborate le Linee Guida Aziendali in Tema di Profilassi Antibiotica in Chirurgia.

Adozione di strumenti di governo clinico

Al fine di contenere i fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale si è vigilato affinché fossero esclusivamente utilizzati i principi attivi presenti nel Prontuario AVEN nel rispetto degli esiti delle gare regionali e AVEN. E' stato assicurato il monitoraggio rispetto alla compilazione dei Piani Terapeutici cartacei o web based (AIFA, SOLE) rispettando 100% della compilazione per i farmaci dell'Epatite C.

Il 100% dei trattamenti chiusi candidabili a rimborso sono stati correttamente gestiti consentendo un recupero economico pari a 556.023€ (iva esclusa).

Treatments chiusi e già inseriti in una richiesta di rimborso (RdR);	100%
Richieste di rimborso (RdR) inviate all'Azienda farmaceutica	100%

E' stata garantita l'erogazione dei farmaci ai pazienti in dimissione da ricovero (L. 405) per un valore economico di 629.833 €.

E' aumentato il ricorso all'applicativo regionale per le "eccezioni prescrittive" destinato al monitoraggio degli usi off label e "Cnn" ed è stato implementato il software di prescrizione delle terapie oncoematologiche propedeutico ad alimentare il futuro database oncologico regionale.

E' stata garantita la partecipazione alle Commissioni Tecnico Scientifiche regionali e di Area Vasta svolgendo un'azione continua e costante nella gestione del PTAVEN curandone costantemente l'applicazione e l'adesione nell'ottica di assicurare il governo clinico del farmaco. E' stato attivamente aggiornato il sito aziendale dedicato al Prontuario a disposizione di tutto il personale sanitario assicurando l'inserimento dei documenti, Raccomandazioni, Linee Guida regionali.

Si sono tenute con regolarità le riunioni del Nucleo Operativo Provinciale (NOP) sul Farmaco, garantendo la fattiva partecipazione alle attività della Segreteria scientifica per la predisposizione delle istruttorie (118 istruttorie).

E' stata promossa l'applicazione delle Raccomandazioni ministeriali e regionali in tema di qualità e sicurezza delle cure farmacologiche attraverso il consolidamento di percorsi specifici (es. farmaci LASA) e la realizzazione di iniziative formative sulla gestione del rischio clinico con approfondimenti sul tema della ricognizione/riconciliazione farmacologica.

E' stata assicurata la produzione mensile delle Newsletter di FV che nel 2016 si è ulteriormente ampliata con i contenuti della DispositivoVigilanza; si sono tenuti incontri aziendali relativi alla gestione del Rischio Clinico ed è stato garantito il consolidamento delle attività correlate ai 2 Progetti di Farmacovigilanza Attiva in Oncoematologia pediatrica e Pronto Soccorso.

L'attività di DispositivoVigilanza è stata costantemente presidiata, in adesione alla normativa e secondo l'indirizzo regionale con la gestione dei campioni gratuiti DM, e inserita in uno specifico percorso aziendale che prevede l'adozione di un registro dedicato.

L'uso della piattaforma web VigiFarmaco è stato avviato a dicembre una volta risolto il problema tecnico sull'applicativo, segnalato dal Responsabile aziendale di FV agli organi regionali competenti.

L'obiettivo di incremento dell'inserimento di sospetta ADR sulla piattaforma web VigiFarmaco è stato raggiunto.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
% di ADR inserite nella piattaforma web	incremento rispetto al 2015	SI
"VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali	3,16	3,54*

*Rete nazionale farmacovigilanza (SIVER)

Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

Sono stati programmati e realizzati gli incontri volti all'analisi di DM innovativi e alla predisporre di documenti condivisi indirizzati al loro corretto ed efficiente impiego:

- Documento di indirizzo per il "Corretto uso degli emostatici in chirurgia";
- Aggiornamento del documento di indirizzo per il "Corretto uso delle reti chirurgiche nel trattamento di ernie e laparoceli";
- Documento di Analisi costo/efficacia sull'impiego delle matrici dermiche nella ricostruzione mammaria.

Si sono svolte regolarmente le attività della Commissione Aziendale DM e del correlato Gruppo Tecnico Scientifico Gestionale (32 incontri/anno)

Si è garantita la costante partecipazione agli incontri RER e di Area Vasta (CRDM, Gruppo DiME) partecipando alla stesura del nuovo modulo informatizzato unico regionale per la richiesta di introduzione di nuovi DM nella pratica clinica.

In data 20 settembre 2016 il Comitato dei Direttori Generali di Area Vasta ha approvato la convenzione attuativa istitutiva della CADM di Area Vasta Emilia Nord e della relativa segreteria scientifica; la convenzione è stata successivamente sottoscritta e recepita con apposito atto deliberativo nella AOU PR. In data 17 novembre 2016 ha avuto luogo l'insediamento della CADM di Area Vasta che, da tale data, si è riunita con cadenza mensile. Nell'ambito delle attività della CDM AVEN e della Segreteria scientifica è stata garantita la partecipazione con una rappresentanza di clinici, farmacisti e ingegneri clinici.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Spesa generale dispositivi medici, in regime di ricovero, per dimesso corretto per complessità.	Se valore 2015 superiore alla media regionale si chiede riduzione della spesa	Dati non ancora disponibili per l'anno 2016 (Progetto Bersaglio) *
Spesa guanti non chirurgici (CND T0102), in regime di ricovero, per giornata di degenza corretto per complessità.	Se valore 2015 superiore alla media regionale si chiede riduzione della spesa	Dati non ancora disponibili per l'anno 2016 (Progetto Bersaglio) *
Spesa suture meccaniche (CND H02), per dimesso chirurgico, corretto per complessità.	Se valore 2015 superiore alla media regionale si chiede riduzione della spesa	Dati non ancora disponibili per l'anno 2016 (Progetto Bersaglio) *
Spesa dispositivi per elettrochirurgia (CND K02), per dimesso chirurgico, corretto per complessità	Se valore 2015 superiore alla media regionale si chiede riduzione della spesa	Dati non ancora disponibili per l'anno 2016 (Progetto Bersaglio) *
Spesa ospedaliera per siringhe, guanti e dispositivi per assorbimento, per punto DRG	Se valore 2015 superiore alla media regionale si chiede riduzione della spesa	Dati non ancora disponibili per l'anno 2016 (Progetto Bersaglio) *

*Fonte dati: Progetto Bersaglio data aggiornamento 30/Aprile/2017

In relazione ai consumi di DM si rileva un sostanziale mantenimento della spesa per service e dispositivi medici a largo consumo con un incremento dei conti 9.01.063 (impiantabili non attivi) di

circa un milione di euro e 9.01.064 (impiantabili attivi) di circa € 500.000, correlati rispettivamente ad un incremento dell'attività di chirurgia vascolare, impiantistica ortopedica, impianti TAVI per gli "impiantabili non attivi" e ad un incremento dell'attività di terapia antalgica e protesi cocleari per gli "impiantabili attivi".

Infatti, nel corso del 2016 AOU, quale centro Hub per l'attività di cardiologia interventistica e di cardiocirurgia in AVEN, ha promosso la predisposizione di un apposito protocollo condiviso con le Aziende Usl di Parma, Piacenza e Reggio Emilia e con l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, inerente la gestione dei flussi di pazienti cardiologici da sottoporre a TAVI. Si rammenta a riguardo che, a fronte del budget storico assegnato per l'acquisto di suddetti DM, l'attività di AOU è fortemente incidente sulla riduzione della mobilità passiva dei pazienti afferenti ad AVEN che diversamente fruirebbero di altri centri limitrofi extraregionali. Gli aumenti di spese determinatisi sono stati, pertanto, motivati in tale ambito soprattutto dalle suddette ragioni.

Parimenti si prospetta, a puro titolo conoscitivo, che l'AOU è anche centro Hub di riferimento per la radiologia interventistica, la neuroradiologia interventistica e la terapia antalgica, con inevitabili ripercussioni che potranno osservarsi nel 2017 correlatamente all'aumento delle prestazioni per le aziende sanitarie regionali limitrofe.

Si è data applicazione alle raccomandazioni regionali per l'uso appropriato dei DM; per le medicazioni avanzate il monitoraggio sull'uso ha consentito un risparmio del 30% rispetto al 2015.

In relazione alla terapia a pressione negativa anche nel 2016 è continuata l'attività di controllo e monitoraggio dell'utilizzo per il trattamento delle ferite acute o croniche all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, secondo le indicazioni della CRDM (doc. del 28/11/2013). In AOU, in seguito alla emanazione del citato documento, è stato predisposto un percorso clinico organizzativo, che vede come unici prescrittori di tale tipologia di terapia, con relativi dispositivi, i chirurghi plastici, che dopo specifica consulenza richiesta dagli altri reparti dell'azienda, provvedono alla prescrizione e al monitoraggio della stessa, esclusivamente secondo le indicazioni del documento regionale. Ciò ha permesso di realizzare il controllo dell'appropriatezza prescrittiva dei medesimi e mantenere sotto controllo la spesa per tali dispositivi negli anni

Gli acquisti di DM sono stati indirizzati verso la piena adesione agli esiti delle gare AVEN e Intercenter.

In relazione al debito informativo verso la RER e il Ministero si rileva il raggiungimento dell'obiettivo > 95%.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Tasso di copertura del flusso consumi Di. Me. sul conto economico	> 95%	> 95%

Assistenza Ospedaliera

Facilitazione all'accesso: riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero

Nel corso del 2016 sono state intraprese azioni mirate alla completa alimentazione del cruscotto regionale SIGLA e alla facilitazione dell'accesso alle prestazioni di **ricovero ospedaliero programmato**.

In particolare l'Azienda ha nominato un **referente per il progetto SIGLA** per la partecipazione al gruppo di lavoro regionale e, a livello locale, ha intrapreso le seguenti azioni coerenti con le linee di programmazione e con quanto condiviso nel succitato gruppo:

- Presentazione in Giunta di Dipartimento Chirurgico in data 06/07/2016 delle Linee di indirizzo sui tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmato e sul Progetto SIGLA e conseguente percorso informativo a tutte le UU.OO coinvolte.
- Organizzazione ed esecuzione attività di pulizia liste di attesa da parte delle UU.OO. chirurgiche coinvolte nel Progetto SIGLA.
- Pulizia straordinaria delle liste di attesa delle UU.OO. afferenti a tutte le Discipline con nomenclatore SIGLA, attivazione delle singole liste di attesa per ogni disciplina che afferisce alla Day Surgery aziendale e progressiva migrazione della lista di attesa unica dei pazienti in Day Surgery a alle singole discipline.
- Contestualmente a tali attività, sono stati richiesti ed ottenuti dalle Unità Operative i piani di rientro per le condizioni di elevata criticità nel rispetto dei massimi d'attesa.
- Creazione di un primo Cruscotto Aziendale di monitoraggio prospettico dei tempi d'attesa ad aggiornamento giornaliero a disposizione della Direzione e delle singole UU.OO.

Le azioni elencate hanno consentito di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Miglioramento dei **tempi d'attesa medi prospettici** per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito delle attività di pulizia periodica e straordinaria delle liste d'attesa;
- **Completamento dell'archivio SIGLA** e con invio di tutte le discipline richieste (**100%**)

Situazione invio liste

Cod	Descr. disciplina	AUSL	AUSL	AOSP	AUSL	AO	AUSL	AO	AUSL	AO	IOR	AUSL	AUSL	AO	AUSL	AUSL	AUSL	AUSL	
		Piacenza	Parma	Parma	Reggio Emilia	Reggio Emilia	Modena	Modena	Bologna	Bologna		Imola	Ferrara	Ferrara	Ferrara	Romagna - Sede Ravenna	Romagna - Sede Forlì	Romagna - Sede Cesena	Romagna - Sede Rimini
007	Cardiochirurgie																		
008	Cardiologia																		
009	Chirurgia generale																		
010	Chirurgia maxillo facciale																		
013	Chirurgia toracica																		
014	Chirurgia vascolare																		
030	Neurochirurgia																		
036	Ortopedia e traumatologia																		
037	Ostetricia e ginecologia																		
038	Otorinolaringoiatria																		
043	Urologia																		

Tabella 1 : Situazione invio liste SIGLA (Fonte: Cruscotto SIGLA su Progetto SOLE)

Si ritiene opportuno sottolineare come le attività di pulizia straordinaria delle liste d'attesa, effettuate nel secondo semestre 2016, abbiano avuto come priorità il recupero delle code dei pazienti con sforamenti dei tempi massimi d'attesa, pertanto gli effetti di tali attività danno maggiore evidenza di miglioramento sulla rilevazione prospettica dei tempi d'attesa che su quella retrospettiva.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda ⁽¹⁾		
Per i tumori selezionati ⁽²⁾	90% entro 30gg	Sono prossimi al target: <ul style="list-style-type: none"> tumore mammella 88% tumore prostata 85% tumore utero 88% Presentano percentuali inferiori all'atteso: <ul style="list-style-type: none"> tumore polmone 75% tumore colon-retto 71%
Per le protesi d'anca ⁽³⁾	90% dei casi entro 180gg	<ul style="list-style-type: none"> protesi d'anca 66%
Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio ⁽⁴⁾	90% entro la classe di priorità segnalata	Target raggiunto: <ul style="list-style-type: none"> Intervento di bypass aortocoronarico: 95% Biopsia epatica: 99% Presentano percentuali inferiori all'atteso: <ul style="list-style-type: none"> Emorroidectomia: 71% Patologia erniaria: 32% Tonsillectomia: 30% Endoarterectomia carotidea: 65% PTCA: 60%
Verifica di completezza archivio SIGLA per Azienda		completa adempienza dell'invio delle liste SIGLA per disciplina come da monitoraggio della Regione (fonte Cruscotto SIGLA su Progetto SOLE) (Tabella 1)
Confronto dei % volumi Sigla -SDO	= 80% entro fine 2016	Obiettivo raggiunto al 100% (valore osservato a dicembre 2016: 91%)
Riduzione della attesa media prospettica per le prestazioni oggetto di monitoraggio a seguito dei controlli di qualità		Si è osservata una riduzione dell'attesa media prospettica per tutta la patologia monitorata in seguito a pulizia delle liste
Individuazione del Responsabile Unico Aziendale da parte del Direttore Sanitario per la gestione del Progetto SIGLA	entro settembre 2016	SI (nota prot. n. 21877 del 22/06/2016)
Predisposizione e completamento del piano di informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa (obiettivo monitorato in collaborazione con il servizio strutture e tecnologie in ambito sanitario, socio sanitario e sociale)		SI Obiettivo raggiunto al 100%

Note alla tabella indicatori:

1) Fonte: tempi di attesa su portale SISEPS Emilia Romagna (rif. DGR 925/2011).

2) Si precisa che i ricoveri oltre il target di riferimento presentano, nella maggior parte dei casi, tempi d'attesa complessivi comunque inferiori ai 35 giorni.

Tumore polmone: il 74% dei pazienti con attesa oltre lo standard, sono stati trattati entro 35 giorni, con un'attesa mediana di 19 giorni. Si segnala, inoltre, che da Cruscotto Regionale SIGLA, l'indice di performance retrospettivo rilevato nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2017, si è mantenuto costantemente al 100%.

Tumore maligno colon-retto:

Le azioni correttive in merito alla criticità dei tempi di attesa per il Tumore Colon-Retto rientrano negli obiettivi del gruppo di lavoro multidisciplinare, formalizzato con nota del Direttore Generale prot. 45878 del 30/12/2016, per la costruzione di un PDTA specifico aziendale.

- 3) Riguardo ai tempi di attesa per intervento di protesi d'anca si richiama la nota prot. 31724 del 15/09/2016 nella quale la Direzione ha segnalato la criticità contingente relativa alla chiusura di 34 posti letto di degenza ortopedica per consentire l'effettuazione di lavori di adeguamento alla normativa antincendio, come finanziati dalla Regione Emilia-Romagna, e ha presentato le misure straordinarie messe in campo per riportare i tempi di attesa entro gli standard entro l'anno 2017.
- 4) La medesima rilevazione retrospettiva, da Cruscotto Regionale SIGLA, dell'indice di performance rilevato nei mesi di gennaio, febbraio e marzo 2017 dimostra un miglioramento per le seguenti patologie monitorate: Patologie di naso e gola: tonsille e adenoidi; Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali.

Riguardo alle altre patologie oggetto di monitoraggio, sono in corso di definizione percorsi specifici interaziendali, anche a seguito dell'istituzione dell'Ufficio di coordinamento provinciale unico per il governo dei tempi di attesa (rif. nota prot. 12176 del 30/03/2017 di nomina del RUA in riferimento alla DGR 272/2017).

Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Completamento del percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti pubblici e privati al 31.12.2016 come indicato nella DGR 2040/2015

Il 30/12/2016 con delibera del Direttore Generale n. 620 l'Azienda ha recepito il documento "Programmazione Integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma – AUSL di Parma" redatto da specifici gruppi di lavoro formati da Professionisti sanitari coinvolti nel percorso terapeutico e condiviso in sede di CSST in data 12/12/2016.

Premesso che la rete ospedaliera pubblica e privata accreditata della provincia di Parma secondo i criteri fissati dal Decreto Ministeriale 70 del 02.04.2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" è delineata da AOU di Parma, dal Presidio Ospedaliero Aziendale dell'AUSL di Parma e dagli Ospedali privati accreditati della Provincia di Parma, sono proseguite per l'anno 2016 le azioni relative al completamento della rete medesima secondo le indicazioni contenute nella DGR n. 2040 del 10/12/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla L. 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM Salute 70/2015", nella DGR n. 463/2016 "Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day Hospital oncologici in Emilia Romagna" e correlata Circolare regionale n. 3 del 2016. Tali azioni si sono svolte coerentemente ai contenuti della Delibera di Giunta Regionale n. 1003 del 28/06/2016 "Linee di Programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale" e alla necessità di ripuntualizzare le discipline relative al modello "Hub and Spoke" e revisione della dotazione di posti letto pubblici e privati accreditati

Il percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati al 31.12.2016 ha considerato i precisi impegni previsti dalla normativa in materia, le esigenze del territorio e la necessità di proseguire nella realizzazione di un sistema sanitario e sociosanitario territoriale organico, integrato e basato sulla progressività e la diversa intensità delle cure, in grado cioè di sviluppare diversi livelli di intervento e di cura, dalla fase acuta a quella post-acuta, fino alla cronicità.

L'obiettivo di adeguamento dell'offerta di posti letto viene definito dalla DGR 1003/2016, che fa riferimento a sua volta alla tabella 2.4 della DGR 2040/2015, che, a fronte di una dotazione complessiva di posti letto pubblici e privati accreditati nella provincia di Parma pari a 2.189 alla data dell'1/9/2015, prevede un numero di posti letto totali massimi di 2.080, da raggiungere al 31/12/2016.

All'1/1/2016, la dotazione complessiva di posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma era corrispondente a 1.136 posti letto (pari al 76% dei posti letto pubblici del territorio provinciale).

Il percorso di definizione ed attuazione dei provvedimenti necessari a conseguire l'obiettivo di diminuzione dei posti letto pubblici come sopra quantitativamente definito, ha tenuto conto, secondo quanto indicato dalla DGR 2040/2015, delle potenzialità di miglioramento dell'efficienza nelle attività di ricovero ordinario e della riconduzione al livello ambulatoriale di attività di Day hospital, prendendo in considerazione, in primo luogo, le discipline non comprese nel livello di programmazione regionale (discipline dell'autosufficienza territoriale).

Di seguito sono esplicitate le azioni poste in atto nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria per conseguire l'obiettivo di maggiore efficienza nell'utilizzo dei posti letto e che si concretizzano in una diminuzione selettiva di posti letto ospedalieri.

Tali elementi sono funzionali all'incremento dell'interfaccia operativa con la residenzialità territoriale e all'adattamento del modello ospedaliero al contesto epidemiologico attuale caratterizzato da un'elevata prevalenza della fragilità e della cronicità.

Con tale documento l'AOU di Parma si è impegnata a ridurre il numero di posti letto in correlazione a trasformazioni organizzative e/o a variazioni di allocazione di specifici reparti sono avvenuto come schematizzato di seguito:

- riduzione di complessivi n. 15 posti letto in area internistica;
- riduzione di complessivi n. 2 posti letto di Day Hospital in area chirurgica, questi ultimi per trasformazione dell'attività chirurgica in ambulatoriale chirurgica;
- riduzione di posti letto n. 14 posti letto di Day Hospital (da 20 a 6 posti letto), conseguente alla trasformazione di posti letto di Day Hospital oncologico (codice 64) in posti tecnici a carattere ambulatoriale;
- la conversione di 14 posti letto di degenza ordinaria in posti letto di Cure Intermedie, a valenza territoriale, idonei ad ospitare pazienti afferenti ai setting di cura previsti nella fattispecie nel contesto del progetto di riorganizzazione delle degenze presso il Padiglione Barbieri.

Le azioni di cui sopra inerenti alla rimodulazione di posti letto in regime ordinario e di Day Hospital presso l'Azienda costituiscono piano di adeguamento in attuazione delle indicazioni regionali potendosi configurare ulteriori opportunità/scenari in ragione delle azioni di riorganizzazione delle aree internistiche e chirurgiche, con particolare riferimento all'anno 2017, che andranno a concretizzarsi e potranno essere oggetto di ulteriori e più specifiche comunicazioni al Tavolo ed agli Organi Istituzionali preposti.

DGR 463/2016 e circolare 3/2016 della Regione Emilia-Romagna

L'Azienda ha intrapreso a partire dall'aprile 2016 un nuovo percorso organizzativo destinato ad innovare l'assistenza sanitaria in un ambito epidemiologicamente di rilevanza fondamentale, quale quello dei trattamenti chemioterapici.

La Circolare n. 3 del 2016 e la DGR 463/2016 della Regione Emilia Romagna hanno guidato i passaggi nodali della transizione del setting dei trattamenti chemioterapici dal regime di Day Hospital al regime ambulatoriale, precisando forme e modalità di attività prestazionali di Day Service che andranno a sostituire, in particolare, le prestazioni di degenza in Day Hospital oncologico definite dal DRG-410 e dal DRG-492.

La conversione di 14 posti letto di Day Hospital oncologico (codice 64) in posti tecnici a carattere ambulatoriale, come prescritto dai citati documenti regionali, è funzionale al nuovo modello organizzativo avviato a decorrere dal 1 gennaio 2017.

A tal proposito sono stati predisposti i canali comunicativi formali e sostanziali per un'adeguata informazione sia sui dispositivi normativi regionali che sugli atti conseguenti aziendali mediante apposite note formali:

- nota prot. n. 31176 del 12/09/2016, recante oggetto “Regole per la gestione del trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale” contenente indicazioni progettuali aziendali per il trasferimento di setting ed in allegato la normativa deliberata;
- nota prot. n. 43051 del 07/12/2016, recante oggetto “Azioni conseguenti la Circolare 3/2016 e DGR 463/2016 – trasferimento trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale” (con diffusione dei codici regionali per: a) DSA Oncologico - Oncologia Medica -; b) DSA Oncologia – Ematologia e C.T.M.O. – c) DSA Oncologico – Day Hospital, Day Service e Ambulatori di Medicina Interna; d) DSA Oncologico – Pediatria e Oncoematologia; e) DSA Oncologico – Day Hospital Pneumologico). Nella stessa comunicazione si informava del completamento della fase organizzativa per il trasferimento delle attività di trattamento chemioterapico a far tempo dal 14/12/2016 nei Day Service Ambulatoriali creati, uno per ciascuna Unità Operativa coinvolta;
- nota prot. n. 0275 del 04/01/2017, recante oggetto “Indicazioni operative per la corretta rendicontazione dell’attività specialistica per il trattamento chemioterapico in regime ambulatoriale”.

La nuova organizzazione è supportata da apposito sistema informatico configurato in base alle specifiche regionali.

Indicatori volumi ed esiti ed indicatori adempimenti LEA

Si riportano di seguito gli indicatori del paragrafo 3.2 della DGR 1003/2016 (volumi ed esiti della DGR 2040/2015 e adempimenti LEA) per i quali è disponibile il dato complessivo o parziale del 2016.

1- MONITORAGGIO INDICATORI DI VOLUME ED ESITO SECONDO LE INDICAZIONI DELLA DGR 2040/2015 E DM 70/2015

INDICATORE	ATTESO	OSSERVATO ANNO 2016	Raggiungimento obiettivo
% INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUMI DI ATTIVITA' > 150/ANNO	> = 150/anno per Unità Operativa	324 (82,65%)	SI
% INTERVENTI PER COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE EFFETTUATE IN REPARTI CON VOLUMI DI ATTIVITA' > 100/ANNO	> = 100/anno per Unità Operativa	511 (99,03%)	SI
PROPORZIONE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE (51.23) CON DEGENZA P.O. < = 3 giorni	>=75%	91%	SI
INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA DI FEMORE	>=75/anno per Unità Operativa	468	SI
% INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA DI FEMORE ENTRO 48 ORE	>= 70%	70%	SI

FONTE: BANCA DATI REGIONALE SDO E PORTALE SIVER

2- DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

INDICATORE	ATTESO	OSSERVATO ANNO 2016	Raggiungimento obiettivo
RAPPORTO TRA RICOVERI ATTRIBUITI A DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA E RICOVERI ATTRIBUITI A DRG NON A RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA IN REGIME ORDINARIO	<= 0,21	0,19	SI

RAPPORTO TRA I RICOVERI EROGATI IN DH SUL TOTALE DEI RICOVERI (RO E DH)	VALORI > 2015	ANNO 2016: 47% ANNO 2015: 45%	SI
IN PARTICOLARE PER I DRG 8 - 538 - 266	VALORI > 2015	DRG 008 - ANNO 2016: 8% - ANNO 2015: 8% DRG 538 - ANNO 2016: 37% - ANNO 2015: 39% DRG 266 - ANNO 2016: 21% - ANNO 2015: 11%	SI ¹

FONTE: BANCA DATI REGIONALE SDO E PORTALE SIVER

3- RETI HUB & SPOKE TEMPO DIPENDENTI (IMA, TRAUMI, STROKE) SOGLIE DM 70/2015

INDICATORE	ATTESO	OSSERVATO 6 mesi 2016	Raggiungimento obiettivo
VOLUMI IMA	=150/anno	431	SI
VOLUMI TRAUMI GRAVI	=240/anno	118	SI
VOLUMI PTCA	=250/anno	440	SI
% PTCA PRIMARIE	=30% del totale	68,46%	SI
% CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA LABORATORI DI EMODINAMICA	=75%	Valori non disponibili	Valori non disponibili
% CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA TRAUMA CENTER	> 5% RISPETTO AL 2015	Valori non disponibili	Valori non disponibili
% CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA STROKE UNIT	=80%	Valori non disponibili	Valori non disponibili

FONTE: INVIO DA RER IN DATA 17/10/2016 PROTOCOLLO N. 35900

INDICATORE	ATTESO	OSSERVATO ANNO 2016	Raggiungimento obiettivo
VOLUMI STROKE	=500/anno	527	SI
% TROMBOLISI	9,92 % MEDIA RER	13%	SI
MORTALITA' A 30 GIORNI PER STROKE	10% MEDIA RER	9,77%	SI
% DI ICTUS IN RIABILITAZIONE	> 2015	2016: 11%	SI ²
CODICI 56 E 60		2015: 9%	

¹ Il dato relativo al trasferimento dei DRG ad alto rischio di inappropriatezza verso il setting di DH mostra un risultato complessivamente positivo con un incremento della casistica relativa alla suddetta tipologia di DRG in regime di DH nel corso del 2016 rispetto all'anno precedente. Tale trasferimento è confermato anche dai DRG per i quali viene richiesta una particolare attenzione, fatta eccezione per il DRG 008 che comunque mantiene valori stabili rispetto all'anno precedente.

² In assenza di un riferimento atteso per l'indicatore si è considerato il confronto del valore osservato nel corso del 2016 con l'anno precedente. Tale risultato mostra l'incremento dei casi di Stroke per i quali è stato avviato un percorso riabilitativo sia di tipo intensivo che estensivo.

VOLUMI BY PASS ISOLATI	=200/anno	465	SI
BY PASS ISOLATI MORTALITA' A 30 GIORNI	< 3%	1,94	SI
MORTALITA' VALVOLE ISOLATE	= 4%	4,67 (il dato è riferito all'indicatore n. 276 del portale SIVER – mortalità a 30 gg da intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola)	SI

FONTE: BANCA DATI SDO E PORTALE SIVER

Piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nel Pronto Soccorso

In relazione alla gestione dei picchi di afflusso nel Pronto Soccorso, l'Azienda ha in essere un piano operativo per le condizioni di iperafflusso in PS con conseguente incremento di richieste di ricovero, approvato dal Collegio di Direzione e formalizzato in data 06/11/2015. Il suddetto piano ha riguardato l'emergenza posti letto per il periodo autunno-inverno 2015-2016 e, dopo la citata approvazione del Collegio, è stato presentato in apposito incontro interaziendale cui sono stati invitati tutti i Professionisti dell'Azienda, in data 10/11/2015 e trasmesso a questi ultimi mediante nota della Direzione Sanitaria (prot. n. 40708 del 06/11/2015).

Le condizioni per l'attivazione del piano o delle sue singole fasi sono valutate anche secondo monitoraggio quotidiano da parte della Direzione Sanitaria dell'afflusso in Pronto Soccorso e le correlate richieste di ricovero per pazienti da quest'ultimo.

Si sintetizzano di seguito le misure organizzative presenti nel piano e attuabili:

- 1) Disponibilità giornaliera di posti letto internistici entro lo standard tra 38 e 45 posti letto, la cui distribuzione viene parametrata su base prioritaria secondo le modalità espone al seguente punto 2;
- 2) I posti letto, di cui al punto precedente, devono essere dichiarati entro e non oltre le ore 11:00 di ogni giorno della settimana, attraverso apposita modulistica. La mancata disponibilità giornaliera di posti letto da parte delle UU.OO., benché motivata, sarà oggetto di ulteriori valutazioni da parte della Direzione Sanitaria;
- 3) Individuazione di aree di intervento, attivabili secondo criteri di priorità in base alle necessità evidenti gestite dalla Direzione sanitaria elencate in altra parte del piano.

La sequenza delle misure organizzative sopraelencate è adottata e comunicata dalla Direzione Sanitaria in base al contesto epidemiologico e di iperafflusso.

Le modalità operative nel piano 2015-2016, riguardanti le disponibilità standard di posti letto in area internistica per i ricoveri da Pronto Soccorso e le misure organizzative da adottare in caso di richiesta oltre lo standard sono state oggetto, in riferimento al periodo 2016-2017, di aggiornamento in base all'attuale configurazione dei reparti di degenza, all'andamento della stagione influenzale ed al verificarsi di eventi eccezionali e contingenti, prevedendo la seguente cascata di eventi organizzativi:

- Blocco dei ricoveri programmati delle UU.OO. di area internistica ed incremento della disponibilità di posti letto per ricoveri da Pronto Soccorso presso la degenza della S.S. Cardiologia Clinica per il periodo di picco influenzale;
- Potenziamento degli ambulatori ortopedici e delle diagnostiche radiologiche presso il Pronto Soccorso per far fronte all'iperafflusso di pazienti, prevalentemente traumatologici, nei giorni di condizioni meteorologiche potenzialmente pericolose (ad esempio gelicidio nei giorni 13 e 14 gennaio 2017);

- Incremento della disponibilità di posti letto per ricovero da Pronto Soccorso mediante rimodulazione dei ricoveri programmati per patologia non oncologica dalle UU.OO. di Otorinolaringoiatria ed Otoneurochirurgia, Chirurgia Maxillo-Facciale, Dermatologia e della S.S. Cardiologia Clinica (come accaduto nel periodo del 03/02/2017 al 26/02/2017).

Il “Piano dell’emergenza posti letto autunno-inverno 2015-2016” e gli aggiornamenti delle modalità operative previste per il periodo 2016-2017 sono state oggetto di formali comunicazioni alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ed al Servizio Presidi Ospedalieri della Regione Emilia Romagna, di cui la più recente con nota prot. n. 8374 del 07/03/2017.

Nel corso del 2016 sono proseguite le attività di verifica della qualità del flusso EMUR, regolarmente inviato secondo le specifiche regionali, con valutazione ed intervento in merito agli scostamenti/criticità segnalate.

Indicatori

Indicatore	Risultato
Le Aziende devono predisporre un piano operativo per la gestione dei picchi di afflusso nei Pronti Soccorso	SI
Le Aziende devono contribuire a migliorare il flusso ed uniformare il flusso di Pronto Soccorso (EMUR)	Invii regolari

Piano Emergenza Ospedaliero

Un apposito gruppo di lavoro multidisciplinare aziendale (coordinato da *Centrale Operativa 118 e Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale*) ha redatto il Piano Emergenza Ospedaliero comprensivo di “Piano Emergenza Massiccio Afflusso Feriti (PEMAF)” e “Piano Evacuazione (PEVAC)” al fine di fornire una modalità omogenea di comportamento da adottare per la gestione tempestiva ed efficace di situazioni di emergenza o di maxiemergenza ospedaliera quali:

- iperafflusso di feriti a seguito di maxiemergenza, compresi atti terroristici, così da consentire, attraverso l’ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili e/o immediatamente reperibili, l’accettazione contemporanea di un elevato numero di pazienti e, al contempo, l’erogazione di cure quanto più possibile qualificate e comunque adeguate alla gravità delle lesioni dei soggetti coinvolti;
- danneggiamenti a causa di eventi naturali e non (terremoti, incendi, ecc.) della struttura ospedaliera e che questo comporti la diminuzione della sua operatività, fino ad arrivare a casi estremi di evacuazione parziale o totale dei degenti.

Il documento, la cui redazione è stata ultimata in data 21/12/2016, è stato deliberato con Delibera del Direttore Generale n. 81 del 06/02/2017.

Il piano di emergenza ospedaliero oltre che essere semplice, in modo da divenire rapidamente operativo, riduce al minimo il margine di improvvisazione lasciato ai singoli operatori coinvolti, al fine di garantire lo stesso standard di assistenza anche nei periodi in cui possono verificarsi flessioni nel numero del personale a causa di ferie, festività o di fascia oraria (ore notturne).

Tale documento è corredato dalla specifica definizione e descrizione di composizione, ruoli e funzioni di:

- Unità di Crisi,
- Ambiti lavorativi ed aree assistenziali coinvolte,
- Servizi coinvolti
- Job Actions
- Action Cards
- Addestramento del personale coinvolto

Il documento in oggetto costituisce adempimento alle prescrizioni in materia di gestione dell’emergenza di cui alla seguente normativa di riferimento:

- D.M. 03/08/2015 - Approvazione di norme tecniche di prevenzione incendi, ai sensi dell’articolo 15 del Decreto Legislativo 8 Marzo 2006, n. 139

- D.M. 19/3/2015 - Aggiornamento della regola tecnica di prevenzione incendi per la progettazione, la costruzione e l'esercizio delle strutture sanitarie pubbliche e private di cui al decreto 18 settembre 2002
- Testo Unico sulla sicurezza - D.Lgs. 81/08 e ss.mm.ii.
- D.M. 18/09/2002 Approvazione regola tecnica prevenzione incendi strutture sanitarie
- Circolare Ministero Interno 1 Marzo 2002, n. 4
- Decreto del Ministro dell'Interno 13 febbraio 2001 "Adozione dei Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" - Linee Guida per la "Pianificazione dell'emergenza intraospedaliera a fronte di una maxi-emergenza" Settembre 1998 - Dipartimento della Protezione Civile-Ministero Sanità
- D.M. 10/03/1998 - Allegato IX
- D.M. 16/06/1989 n. 236

E' opportuno precisare che le ondate epidemiche influenzali non rientrano nel presente piano, in quanto le misure da intraprendere sono attese e pianificabili in modo diverso dall'evento grave e imprevedibile.

STAM e STEN

La DGR 1603/2013 definisce le modalità organizzative per lo sviluppo e la realizzazione del trasporto materno assistito (STAM) e il trasporto neonatale in emergenza (STEN) da un centro Spoke a un centro Hub.

Nell'Area Vasta Emilia Nord sono presenti 3 strutture ospedaliere con TIN, centri Hub, e 13 punti nascita, Spoke. In particolare, sul centro Hub di Parma insistono la provincia di Parma, con i punti nascita di Fidenza e Borgotaro, e quella di Piacenza.

Nel 2016, i referenti ginecologi delle province di Parma e Piacenza, in collaborazione con i neonatologi e pediatri, hanno predisposto un protocollo clinico per lo STAM, a cui è seguita la stesura della procedura clinica e organizzativa, che è stata formalizzata a luglio 2016.

Sempre nel corso del 2016, continuando i lavori iniziati nel 2015, sono stati effettuati incontri tra i referenti neonatologi dell'area Parma-Piacenza, con la definizione della procedura interaziendale per il Servizio di Trasporto Neonatale in Emergenza (STEN), che è stata formalizzata dalle rispettive Direzioni a dicembre 2016.

I citati documenti sono stati deliberati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma con atto n. 621 del 30/12/2016.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Entro fine 2016 dovrà essere deliberata in ogni ambito territoriale l'attivazione di STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR n. 1603/2013 (indicatore LEA)	SI	SI

Attività trasfusionale

Nel corso dell'anno 2016 l'attività più rilevante dei servizi trasfusionali è stata di dare risposta alle indicazioni normative del DM 2/11/2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Questa normativa ha determinato importanti cambiamenti imponendo una revisione dei modelli organizzativi e dei percorsi clinico assistenziali comprese le sinergie con le associazioni donatori.

Le disposizioni del DM 2/11/2015 sono state inserite nell'annuale documento "Programma regionale annuale per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti (anno 2016)" nel punto 7 degli obiettivi.

In riferimento ai diversi obiettivi previsti dal documento indicato, si evidenzia che:

Obiettivo 1: mediante attenta programmazione e successivo rispetto della stessa si è mantenuta l'autosufficienza di sangue nelle necessità locali e si è raggiunto l'obiettivo richiesto di unità inviate al Centro Regionale Sangue di Bologna (invio settimanale di 45 unità): Raccolta = 24758 unità di globuli rossi; Utilizzo Clinico = 21513 unità di globuli rossi; invio a CRS = 2427 unità di globuli rossi. Sono stati arruolati 3616 nuovi Donatori con 2215 Donatori che hanno effettuato la prima donazione. E' stata implementata presso la UdR Associativa la donazione su prenotazione che ha fine anno ha raggiunto una percentuale del 70% di tutte le donazioni.

Obiettivo 2: sono stati rispettati gli obiettivi regionali di unità eliminate (totale richiesto < 3%; ottenuto 2,82%).

Obiettivo 3: per la donazione in aferesi è stato rispettato l'obiettivo di 600 procedure per macchina per anno. Procedure effettuate 4330; macchine utilizzate = 7. Indicatore = 618.

Obiettivo 4: è stato mantenuto il livello di qualità operativa richiesto dall'accreditamento producendo tutti i documenti di convalida dei processi richiesti.

Obiettivo 5: è stato promosso il PBM (Patient Blood Management); ricondotta la pratica dell'autotrasfusione alle indicazioni previste; inviata la relazione di bilancio annuale del COBUS.

Obiettivo 6: sono stati organizzati e seguiti adeguati piani di formazione e mantenimento della professionalità. Tutti gli Operatori della raccolta utilizzati dall'UdR dell'AVIS Provinciale hanno effettuato il corso richiesto dalla normativa nazionale.

Obiettivo 7: a) tutte le unità di globuli rossi raccolte sono state scomposte e non è stato utilizzato sangue intero a scopo trasfusionale; b) è stata adeguata a minimo 600 ml la quantità di plasma donato; c) la donazione di sangue è stata adeguata a 450 ml; d) lo screening sierologico delle donazioni è stato effettuato secondo le indicazioni di legge; e) sono stati applicati i profili previsti per legge per lo screening delle donazioni e per il controllo della salute dei Donatori; f) è stato adottato il questionario anamnestico unico; g) è stata attuata l'autotrasfusione per le sole indicazioni previste; h) non è stato utilizzato il plasma ricco di piastrine per la produzione di emocomponenti; i) è stata introdotta la leucodeplezione pre-storage degli emocomponenti entro 24 ore dalla raccolta; j) sono stati introdotti i braccialetti identificativi per tutti i pazienti candidati alla trasfusione.

Nel corso del 2016 è stata diffusa la normativa di riferimento con nota prot. n. 9801 del 18/03/2016. Come sempre, al fine di facilitare la diffusione delle informazioni, le indicazioni nazionali e regionali sono state diffuse anche sulla pagina Intranet del COBUS e in quella del Governo Clinico. È stata redatta la scheda n. 11 Sicurezza Sangue del Piano Programma per la sicurezza e la gestione del rischio 2016-2018 nonché gli obiettivi annuali e poliennali riferiti a tale area di intervento. In Cobus è stata condivisa la pianificazione delle attività e la necessità di programmare momenti specifici di formazione per il 2016.

A seguito di una FMEA/FMECA condotta nel 2014 è stata strutturata una scheda per la Sicurezza del Processo Trasfusionale per seguire e guidare i professionisti dalla richiesta ai controlli post-trasfusione. Lo Strumento è stato presentato al 41° Convegno Nazionale di Studi di Medicina Trasfusionale (SIMTI) e ha ricevuto il Riconoscimento Scientifico SIMTI per il miglior lavoro presentato sull'argomento "Rischio Clinico" con la seguente motivazione: "coniugando una grafica efficace con contenuti metodologicamente corretti descrive l'applicazione di uno strumento semplice ma potenzialmente molto efficace come la check list pre-trasfusionale allo scopo di abbattere l'errore nella somministrazione degli emocomponenti".

La Scheda Trasfusione è stata diffusa in tutta l'Azienda mediante momenti di formazione ECM specifici: Governo Clinico "Nuovi Strumenti di gestione del rischio: le Buone Pratiche per la sicurezza del Processo Trasfusionale" (6 corsi aziendali 2014-15: 428 partecipanti; 2 corsi aziendali 2016: 142 partecipanti). Nelle edizioni del 2016, in linea con il DM 2 novembre 2015 e le indicazioni del Centro Nazionale Sangue e del Centro Regionale Sangue, è stata diffusa la Scheda Trasfusione aggiornata.

Nel corso del 2016 è stata aggiornata la Procedura Aziendale P026 Trasfusione di Emocomponenti che è stata diffusa a tutti i reparti dell'AOUPR. Si è inoltre proceduto a condividere e poi a

diffondere l’Istruzione Operativa Regionale sulla Reazione Trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 (flusso SISTRA) prot. n. 13026 del 13/04/2016.

Il DM 2 novembre 2015 prevede che tutti i pazienti che effettuano trasfusione di sangue all’interno di una struttura sanitaria (anche non in regime di ricovero) siano dotati di braccialetto identificativo unico. Su questo tema di sicurezza l’AOU aveva già avviato nel 2011-2012 un progetto che, messo a sistema, ha permesso di garantire a tutti pazienti ricoverati e a tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso la dotazione di braccialetto identificativo unico perfettamente aderente a quelle che sono le indicazioni regionali sulla sicurezza di questi dispositivi.

La dotazione dei braccialetti identificativi, dal primo semestre 2016, è stata estesa a tutti i pazienti che effettuato trasfusioni all’interno di strutture aziendali ambulatoriali e di day hospital.

L’Azienda nel 2016 ha aderito al Programma di Audit da parte della ditta Kedrion, convenzionata con la regione Emilia-Romagna per la produzione di farmaci derivati dal plasma.

La normativa italiana in tema di raccolta di plasma da donatori della Regione e del suo invio alla ditta Kedrion per la produzione di farmaci plasmaderivati, prevede che la ditta stessa verifichi presso i suoi “fornitori”, cioè i servizi trasfusionali, il rispetto delle procedure di qualità che consentono di garantire il rilascio da parte del Ministero (AIFA) l’autorizzazione alla distribuzione dei farmaci prodotti. La visita è stata effettuata in data 20/09/2016. A seguito del ricevimento del report di audit in data 29/12/2016 la struttura ha inviato la documentazione di risposta alle osservazioni contenute nel Report della visita ispettiva Kedrion.

L’Azienda Ospedaliero-Universitaria ha provveduto, inoltre, nel 2016, come da indicazioni regionali e in collaborazione con ADMO, all’invio settimanale dei prelievi salivari al Laboratorio di Immunogenetica dell’Azienda Ospedaliera Sant’Orsola Malpighi di Bologna. Inoltre, per quanto riguarda le tempistiche delle tipizzazioni HLA su sangue, il Laboratorio di Immunogenetica della U.O. Genetica Medica dell’AOU di Parma ha rispettato nel 95% dei casi i 15 giorni richiesti, evidenziando che eventuali sforamenti sono dovuti alla necessità di garantire l’ottimizzazione dei costi raccogliendo un numero adeguato di campioni.

Indicatori

Indicatore	Risultato
umentare il livello di sorveglianza ed attenzione alle procedure per evitare situazioni di errore AB0 e per un livello di sicurezza maggiore del paziente, applicare pertanto quanto previsto dal DM 2/11/2015: il braccialetto identificativo del paziente	Esteso l’utilizzo del braccialetto identificativo, già in uso in regime di ricovero ordinario e in PS, a tutti i pazienti candidati a trasfusione anche in regime ambulatoriale e di DH
garantire il livello di autosufficienza regionale e garantire, mediante un’attività di programmazione, coordinamento, indirizzo e verifica del sistema sangue regionale e locale. Per le strutture sanitarie pubbliche e private attraverso la donazione volontaria, non remunerata, periodica e responsabile e attraverso l’estensione generalizzata dell’accesso alla donazione su prenotazione	Arruolati 3616 nuovi Donatori 2215 Donatori hanno effettuato la prima donazione. implementata la donazione su prenotazione che a fine 2016 ha raggiunto il 70% di tutte le donazioni
smaltire le liste di attesa presenti in Regione con il prelievo salivare da inviare al Laboratorio di Immunogenetica di Bologna AOSP ed evitare la perdita dei donatori	Invio settimanale dei prelievi salivari dei donatori ADMO al Laboratorio di Immunogenetica dell’Azienda Ospedaliera Sant’Orsola Malpighi di Bologna
effettuare i prelievi di sangue che persistono nelle diverse sedi dell’ Area Vasta Nord; è necessario pertanto che siano tipizzati entro e non oltre 15 giorni. In caso di impossibilità dei Laboratori di Immunogenetica saranno inviati a Bologna AOSP	Tipizzazione entro i 15 giorni in oltre il 95% dei casi

Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Come ogni anno il Procurement Aziendale ha presentato e consegnato al Centro di Riferimento Trapianti della Regione Emilia Romagna, in un incontro congiunto con la Direzione Sanitaria, un report indicante l'Attività annuale 2016 dell'Ufficio Locale di Coordinamento. In tale incontro è stato altresì consegnato il Progetto Aziendale inerente l'identificazione in Pronto Soccorso dei pazienti con lesioni cerebrali severe, ricoverati in reparti non intensivi.

Nel corso del 2016 tale tematica è stata altresì oggetto di specifico Audit Clinico sulla documentazione sanitaria, al fine di poter verificare l'appropriatezza del percorso.

In merito al numero di donazioni di cornee effettuate nel corso del 2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha raggiunto e superato il numero assegnato in sede di programmazione annuale (132 rispetto 128).

In merito alle donazioni multitessuto, si precisa che sono state confermate le difficoltà al raggiungimento dell'obiettivo assegnato per il 2016 (n. 14 donazioni multitessuto), anche se l'Azienda si è impegnata in n. 2 donazioni multitessuto e n. 11 donazioni multitessuto associate a prelievi multiorgano.

Si segnala che l'Azienda, una delle poche in Emilia-Romagna, si è negli anni resa autonoma per l'effettuazione dei prelievi di cute sia nei prelievi multiorgano che multitessuto.

Nel corso degli incontri annuali con i Dipartimenti per la concertazione del Budget il Direttore Sanitario ha individuato l'Area Procurement e Trapianti come area specifica di aggregazione tematica dei professionisti.

Nel corso del 2016, l'Azienda ha provveduto a coordinare l'aggiornamento delle certificazioni dei professionisti impiegati a vario titolo nel trapianto di rene come richiesto dal Centro Regionale Trapianti.

Nel corso del 2016 è stata effettuata la prima "donazione a cuore fermo" (DCD) che ha coinvolto non solamente il gruppo Aziendale Procurement, ma anche numerosi altri professionisti della nostra Azienda (Cardiochirurghi, Radiologi, Perfusionisti) con ottimi risultati sugli organi trapiantati. A seguito di tale esperienza i Professionisti sono stati coinvolti attivamente in confronti regionali e nazionali su questo tema, e in particolare hanno partecipato, collegialmente alla Rete Nazionale, ad una riunione tecnica tenutasi a Roma il 21/12/2016, convocata dal Presidente Nazionale del CNT per la discussione e l'approfondimento delle tematiche dei donatori a cuore fermo.

Nel corso dell'ultimo trimestre del 2016 i professionisti dell'Area Procurement e Trapianti hanno partecipato a "Gli Stati Generali della Rete Trapiantologica Italiana 2016" tenuti a Roma 10-11 novembre 2016 con l'obiettivo di aggiornare la Rete dei professionisti sulle novità e le priorità che riguardano l'attività di donazione e trapianto, nonché la promozione di un confronto sui modelli operativi dei livelli e delle strutture in cui è articolata la rete. In tale consesso è stata coinvolta l'AOUPR, per la prima volta, per la realizzazione di una catena di solidarietà di trapianto di rene (crossover). Le attività di coordinamento della catena sono state tutte concertate con la Direzione Sanitaria.

In data 7/12/2016 si è tenuto il Congresso Regionale organizzato dal Centro Regionale Trapianti dal titolo "Trapianto, Attività fisica e Sport" a cui hanno partecipato professionisti dell'Azienda dichiarando la propria disponibilità a verificare la fattibilità di estendere il Progetto nella realtà dell'AOUPR.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Report indicante l'Attività annuale dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla donazione da trasmettere al Centro di Riferimento Trapianti (CRT-ER)	SI	SI
Report con percorso aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e successivo monitoraggio di tutti i pazienti con	SI	SI

lesioni cerebrali severe, ricoverati in reparti non intensivi da trasmettere al CRT-ER		
N. donazioni di cornee pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni, oppure mantenimento dei valori 2015, qualora i Centri superino il 16%	pari ad almeno il 16% dei decessi (dell'anno 2015)	SI (132 donazioni effettuate vs. 128 assegnate)
Numero di donazioni multitessuto (donazione di soli tessuti, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) pari ad almeno il 2% dei decessi (dell'anno 2015) con età compresa tra i 15 e i 78 anni.	pari ad almeno 2% dei decessi (dell'anno 2015)	Sviluppo e applicazione di percorsi aziendali finalizzati al raggiungimento

Sicurezza delle cure

Piano programma aziendale per la sicurezza delle cure

La gestione del rischio, componente essenziale della funzione di governo clinico, è un processo complesso che l'Azienda vuole rendere sistematico e sistemico ricomponendo in un modello integrato attività svolte in settori diversi, ma tutte finalizzate alla promozione della sicurezza di utenti e operatori. All'interno di questo modello le differenti competenze, cliniche, tecniche, medico-legali, legali, amministrative, vedono declinate le loro professionalità rispetto al perseguimento del comune obiettivo finale di una efficace *safety governance* aziendale.

In tal senso, per la sicurezza delle cure, la Direzione si è avvalsa della SSD Governo Clinico, Gestione del rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento che ha coordinato le principali Direzioni Tecniche Aziendali, le Direzioni Operative Attuative, gli Uffici e i Servizi di Staff alla Direzione Generale per la redazione del Piano Programma Sicurezza delle cure e gestione del rischio 2016-2018.

Le Direzioni e i Servizi coinvolti nella stesura del Piano Programma sono:

- Servizio di Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera, Sicurezza Igienico-Sanitaria
- SSD Governo clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento
- Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- SS Settore Medicina Legale
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Servizio Assistenziale
- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale
- Servizio di Ingegneria Clinica
- Settore Alberghiero e servizi alla persona.

Il Piano Programma è stato redatto seguendo le seguenti indicazioni Regionali e Aziendali:

- Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (marzo 2016)
- Piano Triennale delle Performance 2015-2017 – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia Romagna
- Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

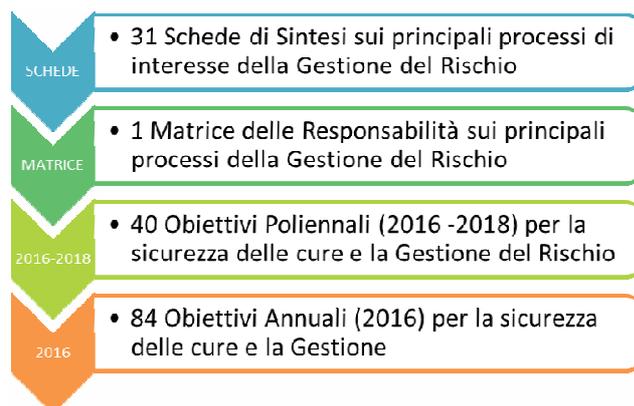
Come indicato dalle Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (Direzione Generale cura della persona, salute e welfare, marzo 2016) il Piano ha delineato l'assetto organizzativo per la gestione del rischio e la sicurezza delle cure definendo i ruoli e le principali

funzioni in Azienda (Direttore Sanitario, Collegio di Direzione, Risk Manager, Dipartimenti, Strutture Aziendali per la sicurezza), i principi ispiratori e la strategia di riferimento.

Il Piano ha dato evidenza, descrivendoli sinteticamente, ai vari processi di gestione del rischio presenti in azienda.

Infatti, uno dei momenti fondamentali per individuare e raggiungere gli obiettivi correlati alla gestione del rischio è legato alla conoscenza e alla descrizione puntuale della “situazione di partenza” necessaria per poter procedere alla raccolta delle informazioni di interesse, attraverso una gestione integrata dei flussi informativi esistenti o di nuova istituzione.

Il Piano Programma della Sicurezza delle cure 2016-2018 si sviluppa in:



La redazione delle Schede di Processo, degli obiettivi triennali e annuali è stata effettuata con il supporto delle Direzioni, dei Servizi Aziendali e degli Uffici in staff alla Direzione.

La SSD Governo Clinico, gestione del rischio e coordinamento qualità e accreditamento ha la responsabilità del coordinamento complessivo della stesura del Piano Programma e del monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi secondo i tempi previsti nelle specifiche tabelle.

Il Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2016-2018 è stato adottato dal Direttore Generale con atto n. 318 del 23 agosto 2016 su proposta del Collegio di Direzione (22/06/2016).

Eventi Sentinella

L'Azienda ha assolto il debito informativo previsto per gli eventi sentinella (n. 9 casi nel 2016) garantendo la segnalazione alla Regione, così come previsto dal Flusso SIMES (Scheda A e scheda B per le azioni di miglioramento) e indicato nella procedura aziendale P017AOUPR Gestione Evento Critico.

In linea con le indicazioni regionali e con i contenuti del Piano Programma si è continuato nella promozione e consolidamento del sistema di segnalazione aziendale mediante gli Incident Reporting (68 segnalazioni su format regionale) e mediante la Scheda di segnalazione cadute-Incident Reporting (290 segnalazioni su specifico format aziendale).

Check list di sala operatoria

In linea con le indicazioni Nazionali “Raccomandazione Ministero della Salute n. 2 Prevenzione della ritenzione di garze strumenti o altro materiale chirurgico nel sito di intervento - Anno 2008” e le “Raccomandazioni della Regione Emilia Romagna per la Sicurezza in Sala Operatoria – Anno 2010” lo strumento Check List è in uso in tutte le Strutture di chirurgia generale e specialistica dell'Azienda fin dal 2011.

Nel corso del 2016, con l'introduzione del nuovo sistema informativo Ormaweb, si sono verificate alcune criticità nell'inserimento delle Schede A e B (non conformità), mentre l'invio del flusso informativo è stato mantenuto e garantito dal Servizio Informativo Aziendale.

L'Azienda, inoltre, ha garantito la partecipazione agli eventi formativi regionali e alla successiva rilevazione prevista dal Progetto "Osservare" nelle sale operatorie identificate (Ortopedia, Chirurgia Generale). Nel corso del 2016 sono state effettuate n. 50 osservazioni, in linea con le indicazioni progettuali regionali, sull'utilizzo della check list in sala operatoria; le informazioni sono state inserite nel data base regionale.

Raccomandazioni per la sicurezza delle cure

Nel corso degli ultimi anni l'Azienda si è impegnata nella diffusione delle Raccomandazioni Nazionali e Regionali per la sicurezza delle cure, proponendo momenti di formazione, elaborando strumenti per la promozione della sicurezza specifici, Buone Pratiche e Procedure aziendali e diffondendo tutta la documentazione nazionale regionale e aziendale in un apposita pagina intranet. L'Azienda ha inoltre partecipato al Monitoraggio Nazionale (AGENAS) sulle Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico e ai Monitoraggi Regionali e anche nel 2016 ha partecipato (vedi nota di riscontro prot. n. 16286 del 9/05/2016) allegando ad ogni raccomandazione ministeriale le procedure e le evidenze richieste. La SSD ha risposto alla richiesta regionale "Adempimenti LEA – Monitoraggio raccomandazioni sulla sicurezza delle cure – Focus Regionale con nota prot. n. 17174 del 17/05/2016.

Nel corso del 2016 è stato elaborato e trasmesso (nota prot. n. 13806 del 19/04/2016) ai Direttori di Dipartimento e ai Referenti Assistenziali di Dipartimento il Report "Monitoraggio dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure", prodotto in Azienda sulla base degli esiti di un questionario interno.

Nel corso del 2016 è stata aggiornata la Procedura Aziendale P026 Trasfusione di Emocomponenti che è stata diffusa a tutti i reparti dell'AOUPR. Si è inoltre proceduto a condividere e poi a diffondere l'Istruzione Operativa Regionale sulla Reazione Trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0 (flusso SISTRA) prot. n. 13026 del 13/04/2016.

Nel 2016 sono state proposte ad Agenas ulteriori 3 nuove Buone Pratiche Aziendali:

1. Il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma: dal linkage dei flussi informativi alle buone pratiche;
2. Morbilità psichiatrica dei pazienti e sicurezza: il linkage di un nuovo flusso informativo per l'analisi e la gestione dei rischi;
3. Scheda Trasfusione: una Check-List per la sicurezza.

Tali Pratiche Aziendali sono state valutate come "Pratica Sicuraⁱ" ovvero: Pratica Sicura per la quale è presente una adeguata rappresentazione tramite la compilazione di tutti in campi della scheda e di un documento contenente una descrizione completa e dettagliata dell'esperienza; pratica ritenuta trasferibile e per la quale è disponibile un'accurata rappresentazione dei metodi utilizzati per la valutazione e sono riportati i risultati utilizzando dati di processo e/o di esito (Classificazione PaSQ Network europeo PaSQ - Patient Safety and Quality of Care)

Prevenzione e gestione delle cadute

L'Azienda ha strutturato, già dal 2014, un'attività per la prevenzione del fenomeno caduta nel paziente degente (procedura aziendale P015AOUPR "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale", scheda di rilevazione del fenomeno caduta-incident reporting, corsi di formazione aziendali annuali, rilevazione del fenomeno e trasmissione dei report ai Dipartimenti) e nel Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2016-2018 tale tema è stato affrontato alla stregua delle altre tematiche.

L'Azienda nel corso del 2016 ha partecipato al tavolo regionale per la definizione delle linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale, con tre professionisti. Tali Linee di indirizzo sono state emanate alle Aziende con la circolare n. 21 del 23/12/2016 e prontamente diffuse a tutte le UU.OO. dell'Azienda e ai Professionisti mediante il sito Intranet della Gestione del Rischio & sicurezza.

L'Azienda partecipa, inoltre, al percorso formativo regionale con i professionisti richiesti, al fine di formare i formatori sulle Linee di indirizzo regionali per la prevenzione delle cadute.

Indicatori

Argomento	Indicatore	Standard	Risultato
Piano programma aziendale per la sicurezza delle cure	Presenza di un Piano Programma deliberato	SI/no	SI (atto n. 318 del 23 agosto 2016)
Eventi sentinella	Segnalazione alla Regione degli eventi	Evidenza segnalazioni e azioni di miglioramento	SI (9 eventi sentinella e piani di miglioramento)
Check List Sala Operatoria	Assolvimento del debito informativo	SI/no	SI
Raccomandazioni per la sicurezza delle cure	Implementazione delle Raccomandazioni ministeriali	SI/no	SI
	Presenza di specifico documento aziendale per ciascuna raccomandazione	SI/no	SI
Prevenzione e gestione delle cadute	Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo	SI/no	SI (in corso)

118 e Centrali Operative

Conclusa la fase di concentramento delle funzioni di ricezione e gestione delle chiamate di emergenza sanitaria nelle 3 Centrali Operative 118 di Parma, Bologna e Ravenna, nel 2016 è stato consolidato il percorso tecnologico per garantire la completa l'interoperabilità (Disaster Recovery) tra le Centrali Operative attraverso la omogeneizzazione dei sistemi informativi e gestionali necessari per la gestione della fase di call-taking. È stato inoltre avviato il progetto per il riordino e l'implementazione degli strumenti tecnologici e delle procedure gestionali-organizzative necessarie per garantire la fase di call-dispatch.

Nel 2016 la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest ha avviato il percorso formativo per l'acquisizione sul campo delle competenze per gestire la fase di ricezione delle richieste di soccorso provenienti dalle aree geografiche di competenza territoriale della Centrale Operativa 118 Emilia Est (Bologna, Imola, Modena, Ferrara).

La funzione regionale di interoperabilità in caso di Disaster Recovery è stata concretamente attuata a febbraio 2017 in seguito al default temporaneo della CO118 di Romagna: in questa occasione la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest ha coadiuvato le funzioni di vicariamento della CO118 Romagna attraverso l'invio di infermieri presso la CO118 Emilia Est con sede a Bologna.

In coerenza con le indicazioni contenute nella nota PG/2016/0336654 del 09/05/2016, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha contribuito alla realizzazione dell'obiettivo di rivalutazione, aggiornamento e completamento dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 27 marzo 1992. Nello stesso anno è stato definito il percorso formativo regionale per assicurare in maniera sistemica la diffusione, l'apprendimento e l'utilizzo degli algoritmi Infermieristici Avanzati.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Effettiva messa in funzione entro il 2016 di tale capacità	SI	SI

Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

Miglioramento nella produttività e nell'efficienza degli Enti del SSN, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia dei LEA

L'obiettivo di mandato delle Direzioni Generali ha fortemente impegnato le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio. Le azioni prioritarie, riprese anche nel 2016, hanno riguardato:

- costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare e le CTSS sono state informate degli esiti delle verifiche straordinarie;
- presentazione alla Regione della certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato.

L'Azienda ha evidenziato sia capacità a rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato, sia di perseguire tale obiettivo individuando e realizzando con tempestività tutte le azioni possibili, a livello aziendale, assicurando contestualmente il rispetto della programmazione sanitaria regionale e degli obiettivi di salute ed assistenziali.

L'impegno ha previsto l'applicazione della normativa nazionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamata in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA e la possibilità di individuare misure alternative di riduzione della spesa sanitaria, purché equivalenti sotto il profilo economico.

Nel corso del 2016 l'Azienda è stata impegnata a dare attuazione alle seguenti misure di contenimento della spesa:

- revisione dell'organizzazione aziendale funzionale all'individuazione di politiche di razionalizzazione compatibili con il mantenimento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e con la necessità di conseguire economie di spesa ed a completare i processi di integrazione e di unificazione, con particolare riferimento all'integrazione strutturale delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico-logistico;
- contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'aumento degli acquisti centralizzati e la pianificazione dell'attività dell'Agenzia Intercent-ER (dematerializzazione del processo di ciclo passivo e sviluppo dell'e-procurement);
- governo delle risorse umane;
- revisione dei criteri di valutazione dei rischi sulla base di specifiche linee guida regionali che consentano l'uniforme rideterminazione dei fondi rischi ed oneri;
- potenziamento delle piattaforme logistiche e informatiche;
- gestione del patrimonio immobiliare;
- uso razionale dell'energia e gestione ambientale;
- massimizzazione dell'utilizzo delle tecnologie biomediche.

Al fine di rispettare l'obiettivo di equilibrio economico-finanziario attraverso l'individuazione e la realizzazione tempestiva delle possibili azioni a livello aziendale garantendo, contestualmente, l'erogazione dei LEA e gli obiettivi di salute e assistenziali, sono stati promossi incontri strutturati con i Servizi coinvolti nella gestione economico-finanziaria aziendale al fine di monitorare puntualmente l'andamento economico-finanziario.

L'azione si è sviluppata anche attraverso un'analisi costante della sostenibilità patrimoniale dell'Azienda, l'esame della struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali, delle relazioni

che intercorrono tra investimenti e finanziamenti e la convocazione di incontri periodici del board degli investimenti per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento al rinnovamento e al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali. Questo ha permesso un costante confronto e la condivisione delle problematiche e delle possibili soluzioni così da predisporre tempestivamente opportune azioni di contenimento.

Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2016 è proseguito l'impegno per consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi e per rispettare le disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria) e a medio lungo termine (mutui).

L'Azienda sanitaria ha dato applicazione all'art. 41 del D.L. n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, che prevede l'attestazione da parte del rappresentante legale dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (art. 33 D.Lgs. n. 33/2013).

L'obiettivo di riduzione dell'esposizione debitoria al fine di contenere i tempi medi di pagamento dei fornitori di beni e servizi sotto la soglia dei 90 giorni, con l'obiettivo di tendere ai 60 giorni, è stato raggiunto grazie ad un impiego efficiente della liquidità disponibile e a un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (l'Azienda non è in anticipazione di tesoreria).

L'indicatore aziendale di tempestività dei pagamenti del 1° trimestre 2016 è stato pari a 15 giorni, nel 2° trimestre 2016 pari a 0 giorni, nel 3° trimestre 2016 pari a -16,66 giorni e nel 4° a -15 giorni. L'indicatore annuale 2016 è di -0,50 giorni. Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet dell'Azienda è prevista una sotto-sezione dedicata ai pagamenti dell'Amministrazione ove l'indicatore annuale è pubblicato entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento e l'indicatore trimestrale entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre a cui si riferisce.

Alla presente Relazione al Bilancio di Esercizio dell'Azienda è allegato un prospetto, sottoscritto dal rappresentante legale, attestante l'importo dei pagamenti, relativi a transazioni commerciali, effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal D. Lgs. 231/2002, nonché l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti, di cui all'articolo 33 del D. Lgs. 33/2013, e le misure adottate o previste per consentire la tempestiva effettuazione dei pagamenti.

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, le Direzioni aziendali dovranno aderire secondo il calendario programmato. Obiettivo aziendale è il rispetto della tempistica di adesione (1° gennaio 2018). Sono state pertanto attivate le procedure per il recesso anticipato dalla convenzione in essere e dal 1° gennaio 2018 l'Azienda aderirà, secondo il calendario programmato, alla gara per il servizio di tesoreria unica regionale.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Indice di tempestività dei pagamenti	60 giorni	59,5 giorni

Il miglioramento del sistema informativo contabile

Nel corso del 2016, tenuto anche conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, si rileva un costante miglioramento dell'omogeneità, della confrontabilità e dell'aggregabilità dei bilanci attraverso:

- un'accurata compilazione degli schemi di bilancio previsti dal D. Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario);
- la verifica della correttezza delle scritture contabili tenuto conto delle disposizioni del D. Lgs. n. 118/2011, della relativa Casistica applicativa e delle indicazioni regionali;

- il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale, economico e patrimoniale;
- la puntuale e corretta compilazione dei modelli ministeriali CE e SP.

E' stata assicurata, sia nella predisposizione dei bilanci aziendali che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la corretta alimentazione della Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce, non solo uno strumento di scambio di informazioni, ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti, propri e delle altre Aziende.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	90% del livello di coerenza	100%
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e rispetto delle scadenze prestabilite	100%	100%

Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei bilanci delle Aziende sanitarie

Premessa

Il Percorso Attuativo della Certificabilità presenta requisiti comuni e modalità di predisposizione cadenzati in un “**cronoprogramma**”, che per ogni area e per ogni obiettivo dettaglia azioni e loro tempistica di realizzazione secondo la predisposizione di “*Linee Guida*”.

Le “*Linee Guida*” disposte dalla RER si articolano nelle seguenti Aree tematiche:

Obiettivi Generali	Ciclo Attivo	Ciclo Passivo e Netto
Regolamenti	Immobilizzazioni	Patrimonio Netto
Budget	Rimanenze	Debiti e Costi
Rilievi suggerimenti del Collegio Sindacale e della Regione	Crediti e Ricavi	Fondi Rischi ed Oneri e per Trattamento di fine Rapporto
	Disponibilità Liquide	

Adempimenti delle attività del PAC secondo cronoprogramma

Sulla base delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015 si evidenzia quanto segue:

1. Sono state recepite e condivise con i Servizi coinvolti le indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali
2. È stata data diffusione e riscontro alle Linee Guida Regionali tempo per tempo disponibili
3. Sono state predisposte Procedure e Istruzioni Operative sulle seguenti Aree tematiche:
 - Budget
 - Rilievi e suggerimenti Collegio Sindacale
 - Rilievi e Suggerimenti Regione
 - Area Immobilizzazioni
 - Area Rimanenze
 - Area Patrimonio Netto
 - Area Crediti e Ricavi
 - Area Disponibilità Liquide
 - Area Debiti e Costi: predisposti gruppi di lavoro per la stesura delle procedure sulla base del percorso condiviso dalle Aziende AVEN
4. E' stata eseguita la ricognizione dei Regolamenti

5. Sono state formalizzate le Procedure secondo un percorso condiviso con l'Ufficio Qualità e Accreditamento. E' stato attribuito un numero identificativo, una protocollazione e l'inserimento della procedura nella intranet aziendale. Infine la trasmissione del carteggio con lettera di accompagnamento a tutti gli attori coinvolti
6. Sono state effettuate le Revisioni Limitate (ruolo svolto dal Collegio Sindacale) secondo programmazione regionale. E' stata effettuata una preparazione alle Revisioni Limitate costituita dalla Fase di Pre-Audit; sulle aree oggetto di indagine sono stati eseguiti incontri attraverso la predisposizione di check-list e verbali predefiniti. I Pre-Audit eseguiti nell'anno 2016 sono stati circa 20 tra Servizi Amministrativi e Unità Operative. Tutte le Revisioni Limitate hanno avuto esito positivo
7. Attraverso l'istituzione della Struttura Semplice Interaziendale a valenza trasversale di Internal Auditing è stato attivato il processo di integrazione tra l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma assicurando l'omogeneizzazione di metodi e percorsi, l'ottimizzazione delle procedure, dei costi, efficienza, efficacia e attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità. E' stato pianificato un percorso al fine di supportare le Direzioni Strategiche nell'attività di armonizzazione delle procedure amministrative assicurandone la rispondenza alla mission aziendale.
8. L'Internal Auditing ha intrapreso verifiche e controlli delle procedure amministrativo-contabili sulle Aree tematiche indicate
9. Si è aderito al Progetto di Formazione in aula e sul campo AVEN "Sviluppo del Percorso Attuativo della Certificabilità" (PAC) attraverso gruppi di lavoro interaziendali ed è sempre stata garantita la partecipazione dei componenti dell'Internal Auditing ai Gruppi Operativi regionali attivati

Monitoraggio

La metodologia del percorso ha previsto un sistema monitoraggio e verifiche costituito da interventi di audit interni e supervisioni del Collegio Sindacale.

In particolare sono state attivate *revisioni limitate*, ruolo svolto dai Collegi Sindacali sulle seguenti aree:

Revisione limitata (DGR 150/2015)	
Area	Scadenza
Ciclo Attivo: Area Immobilizzazioni	31/12/2016
Ciclo Attivo: Area Rimanenze	31/10/2016
Ciclo Passivo: Area Patrimonio Netto	30/09/2016

Coerentemente alle check list già trasmesse dalla RER per le Revisioni Limitate in scadenza nel 2016, è stata data diffusione dei verbali sottoscritti dal Collegio Sindacale alle UU.OO. oggetto di indagine.

Indicatori

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Ricognizione Regolamenti	n. Regolamenti elaborati	N. 15 regolamenti	Regolamenti in fase di revisione a livello ai Area Vasta (AVEN)
Adeguamento e implementazione del Regolamento di Budget aziendale	Documento di Budget	100% Evidenza documento	100%
Procedure Rilievi Revisori e Regione	n. Procedure Rilievi Revisori e Regione	100% Evidenza documenti	100%
Redazione delle Procedure	Procedura	100%	100%

aziendali sulle Immobilizzazioni (materiali e immateriali)	Immobilizzazioni materiali e immateriali	Evidenza documento	
Definizione e redazione delle procedure aziendali Area Rimanenze	n. Procedure Area Rimanenze	100%	100%
Redazione delle procedure aziendali sul ciclo passivo: Area Patrimonio Netto	Procedura Patrimonio netto	100%	100%
Redazioni delle procedure aziendali sul ciclo attivo: Area Crediti e Ricavi	n. Procedure Area Crediti e Ricavi	100%	100%
Redazione delle procedure Area Disponibilità Liquide	n. Procedure Area Disponibilità Liquide	100%	100%
Redazione delle procedure Area Debiti e Costi	n. Procedure Area Debiti e Costi	100%	95% Obiettivo in corso di perseguimento Le procedure relative all'Area Debiti e Costi sono in fase di ultimazione a livello di Area Vasta (AVEN)
Revisioni Limitate: procedure di verifica eseguite dal Collegio Sindacale circa la completa e corretta applicazione delle azioni del PAC ed il raggiungimento dei relativi obiettivi.	Compilazione check-list Collegio Sindacale	Revisioni Limitate 1. Area Immobilizzazioni 2. Area Rimanenze 3. Area Patrimonio Netto	100%
		Evidenza documenti Evidenza documenti Evidenza documenti Evidenza documenti Evidenza documenti Evidenza check-list	

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Nel corso del 2016 sono state ultimate le attività necessarie per la definizione delle caratteristiche tecniche e funzionali del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, per la predisposizione del capitolato di gara per l'individuazione del sistema informativo e l'avvio della gara.

L'Azienda ha assicurato, al livello regionale, la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative.

A far data dalla pubblicazione della Convenzione, l'Azienda provvederà alla emissione degli ordini di fornitura per la realizzazione del Progetto GAAC che prevede il deployment e l'attivazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entro il 31 dicembre 2018 e relativa messa in esercizio al 1° gennaio 2019.

Il governo di processi di acquisto di beni e servizi

Preliminarmente si ritiene di fare cenno alle disposizioni di cui al DPCM 24 dicembre 2015, in combinato disposto con quanto previsto dall'art.1, commi da 548 a 550 della legge di stabilità, che hanno sancito la competenza esclusiva dei soggetti aggregatori per l'approvvigionamento di 19 tra le principali categorie merceologiche di ambito sanitario, al di sopra delle soglie ivi previste. Alla luce della circolare MEF/Ministero della Salute prot. 20518 del 19 febbraio 2016, nelle more della conclusione delle gare da parte del Soggetto Aggregatore, o comunque in assenza di iniziative attive, per l'approvvigionamento dei beni e servizi compresi nel DPCM che superino le soglie

economiche ivi indicate, gli enti del SSN hanno facoltà di stipulare “contratti ponte” per il tempo strettamente necessario, mediante procedure negoziate, oppure procedere al rinnovo o alla proroga dei contratti.

La definizione di un unico documento di Programmazione degli acquisti a livello regionale (“Masterplan”), che stabilisce i livelli di aggregazione previsti per ogni singola gara programmata, e che viene definito in modo coordinato fra il Soggetto Aggregatore, le Aree Vaste e le Aziende sanitarie, ha garantito la piena attuazione delle previsioni di cui al DPCM 24/12/2015. Peraltro l’attività di approvvigionamento nelle 19 categorie di beni e servizi previste dal DPCM 24/12/2015 si è sempre svolta in stretta sinergia con Intercent-ER ovvero nessuna iniziativa è stata assunta né a livello di Area Vasta, né a livello aziendale senza averla prima concordata con il soggetto aggregatore.

Inoltre, entro i termini stabiliti dal D.Lgs. 50/2016 (31/10/2016), è stato recepito l’aggiornamento del Masterplan regionale e conseguentemente sono stati comunicati al tavolo dei soggetti aggregatori gli acquisti di importo superiore al milione di euro.

Dematerializzazione del processo di ciclo passivo

Proseguiranno nel 2016 le attività già avviate nel 2015 in ordine al processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti. In particolare, si è dato corso a quanto previsto dalla DGR 287/2015, inserendo nei capitolati di gara con decorrenza 31/01/2016, una clausola che prevede l’obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER. Di concerto con i competenti uffici regionali, ci si è attivati per dare altresì corso all’obbligo, a partire dal 30 giugno, di emettere esclusivamente ordini elettronici e DDT attraverso il NoTI-ER. Sotto tale profilo, un ruolo di particolare rilievo viene svolto dal magazzino Unità Logistica Centralizzata (ULC) di AVEN, in ragione dell’importanza economica dei contratti ivi gestiti.

Le clausole contrattuali relative all’obbligatorietà del rispetto della dematerializzazione del ciclo passivo da parte di operatori economici e aziende sanitarie sono state puntualmente inserite nella documentazione di gara a partire dal 2016.

Ancor prima del termine del 30 giugno si è dato corso all’inoltro di ordini e alla ricezione di DDT in modalità elettronica con i fornitori che si sono resi disponibili.

In una prima fase è stata attivata l’emissione degli ordini con modalità elettronica; emissione a cui si è accompagnato un flusso parallelo di invio ordini tramite fax per garantire in primo luogo gli approvvigionamenti e consentire ai fornitori di rodare il sistema.

Successivamente si è iniziato a ricevere dai fornitori DDT elettronici.

Nel 2016 l’Azienda USL di Reggio Emilia che ha visto come principale mittente di Ordini l’Unità Logistica Centralizzata ha generato complessivamente 27.907 ordini elettronici al 31/12/2016 e sono stati ricevuti n. 14.365 DDT. E’ stato significativo anche il numero di ordini generato da AOU Parma, risultata tra le prime aziende ad essere entrata a regime.

Sviluppo dell’e-procurement

Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi.

L’adesione alle gare viene trimestralmente monitorata attraverso una specifica reportistica prodotta dalla Direzione di AVEN e pubblicata sul portale della ULC.

Nel corso del 2016 è stata regolarmente prodotta e resa disponibile sul portale AVEN la reportistica trimestrale in cui si evidenzia il livello di adesione alle gare centralizzate relativamente ai prodotti sanitari gestiti dalla Unità Logistica centralizzata.

Con riferimento al livello di adesione alle gare centralizzate, che sarà oggetto di specifica rilevazione regionale nei prossimi mesi, si evidenzia che i livelli raggiunti nell’anno 2015 saranno sicuramente confermati e che sarà possibile registrare un ulteriore incremento. Questo in quanto nel corso dell’anno 2016 risultano aggiudicate un numero di procedure centralizzate molto alto, alcune delle quali relative a prodotti non ancora oggetto di centralizzazione contrattuale.

Più nello specifico, dai dati esposti nella suddetta reportistica, si evince per esempio che il livello di adesione a gare centralizzate relative ai farmaci passa dal 94,7% al 97%.

È stata sperimentata la piattaforma di eprocurement mediante la pubblicazione sulla piattaforma della gara Aven dissettori per neurochirurgia a dicembre 2016.

Integrazione organizzativa tra Intercent-er e le aziende sanitarie

La DGP 1501/2015 “Approvazione dello schema di convenzione per l’assegnazione temporanea di personale finalizzata alla realizzazione delle riorganizzazione degli acquisti” prevede la sperimentazione di una nuova forma di collaborazione funzionale attraverso il coinvolgimento di personale qualificato appartenente alle aziende sanitarie nelle attività centralizzate degli acquisti.

Nel corso del 2016 è stata attribuita ad AOU Parma la responsabilità della gara Intercent-ER DM per Emodinamica, con assunzione di funzioni di responsabile del procedimento e predisposizione documentazione di gara e gestione della gara in via telematica. Le attività sono state svolte a partire da maggio 2016 dal Direttore del Servizio Acquisizione Beni in qualità di RUP coadiuvato da funzionario qualificato nel settore DM con gestione di gruppo di capitolato nominato da Intercent-ER. Entro il 2016 è stato prodotto il capitolato e rilevato il fabbisogno direttamente sulla piattaforma informatizzata. La gara verrà pubblicata in primavera 2017 e avrà un importo presunto a base d’asta di circa € 37.000.000.

Indicatori

Indicatore	Risultato
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria pari ad almeno il 78% del totale degli acquisti di beni e servizi	In elaborazione in AVEN
Totale degli importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e Gas stipulati nel 2016 facendo ricorso alle convenzioni Intercent-ER pari o superiore al 85% dell'importo totale di tutti i contratti stipulati nel 2016 per le medesime categorie	In elaborazione in AVEN
Implementazione dell'Ordine Elettronico	A regime
Effettuazione di almeno una procedura di gara utilizzando la piattaforma di eprocurement regionale	Pubblicata la gara Aven dissettori per neurochirurgia

Il governo delle risorse umane

Con riferimento all’anno 2016, il Piano Aziendale annuale di Assunzione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato trasmesso alla Regione Emilia-Romagna con nota prot. 16825 del 12.05.2016 e successivamente autorizzato con nota prot. 25438 del 20.07.2016.

Nel medesimo non era prevista la copertura di ulteriori strutture complesse. Sono state invece concluse due procedure riconducibili al piano assunzioni 2015.

Non sono stati adottati provvedimenti di adeguamento in aumento della pianta organica aziendale ma esclusivamente delibere di trasformazione di tipologia di posto nell’ambito della medesima area contrattuale, al fine di razionalizzare l’assetto del personale alle dinamiche organizzative in atto, ovvero per gli adeguamenti connessi con le qualifiche professionali ad esaurimento (es. infermieri generici).

L’attuazione del Piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2016 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico, ed è stata completata tenendo conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.

In particolare lo sviluppo del piano assunzioni ha tenuto conto delle politiche occupazionali delineate con l'accordo relativo alle politiche regionali di innovazione e qualificazione del sistema

sanitario sottoscritto tra la Regione Emilia-Romagna e le Organizzazioni Sindacali confederali. Nell'ambito di tali intese, dirette a garantire la copertura del turn over sul settore sanitario pari al 90%, alla prosecuzione del processo di stabilizzazione del personale e all'assunzione principalmente nell'area del comparto, al fine di garantire i livelli di adeguatezza ed efficienza del sistema anche in relazione alle criticità derivanti dagli effetti dell'applicazione della legge 161/2014, l'Azienda ha avviato i relativi percorsi assunzionali, che troveranno completamento, per quanto riguarda l'area della dirigenza sanitaria, nell'anno 2017.

Indicatori

Indicatore	Risultato
Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	SI
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	SI

Processi di integrazione

Il processo di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico si è sviluppato secondo il seguente percorso attuativo:

- predisposizione del **progetto preliminare** di integrazione, illustrazione alle organizzazioni sindacali delle tre aree di contrattazione, invio in Regione nel mese di settembre 2015, **formalizzazione** del progetto preliminare nel mese di gennaio 2016;
- in esito alla successiva analisi e valutazione di fattibilità, le due direzioni aziendali hanno lavorato congiuntamente per la predisposizione del documento di **progettazione definitiva di integrazione interaziendale**, licenziato nel mese di giugno 2016, a seguito delle consultazioni effettuate con tutti i dirigenti coinvolti, con i Collegi di Direzione, con le organizzazioni sindacali delle tre aree di contrattazione, con il Comitato di Indirizzo, con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Il documento di progettazione definitiva è stato formalizzato mediante l'adozione di speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016;
- l'avvio operativo, mediante adozione di appositi atti deliberativi e correlata approvazione delle convenzioni tra le due Direzioni è avvenuto in data **1° ottobre 2016**, con l'individuazione dei direttori di struttura complessa, di dipartimento, delle risorse umane assegnate alle varie strutture nonché delle attività integrate attribuite alle aree di competenza.

Pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state attivate le nuove strutture interaziendali con avvio delle attività integrate.

In tale contesto sono stati istituiti i Dipartimenti Tecnico-Logistico e delle Risorse Umane, la S.C. Interaziendale Servizio Economico Finanziario, la SSD Internal Auditing, la S.C. Affari Generali quali strutture ad integrazione strutturale e si è confermato il Dipartimento Interprovinciale ICT.

Il Controllo di gestione e il Settore Comunicazione sono invece stati individuati come strutture a integrazione funzionale e il Servizio Attività Giuridico Amministrativa e il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale come aree di collaborazione.

La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda UsI di Piacenza.

Le sedi logistiche, finalizzate all'accoglimento dei nuovi servizi interaziendali, sono per lo più situate nel perimetro dell'azienda ospedaliera, previa definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento.

Al fine di rendere compiuta la suddetta integrazione, nei primi mesi del 2017 si sono avviati gli accorpamenti degli uffici nelle sedi individuate presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria o presso

l'Azienda UsI in modo da garantire una logistica che assicuri la massima efficienza possibile dei servizi stessi.

Dal 1° gennaio del 2017 è stato dismesso il magazzino tecnico economale dell'Azienda UsI di Parma e le attività sono state trasferite al corrispondente magazzino dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, che nel contempo ha adeguato i propri percorsi amministrativi e fiscali, similmente a quanto realizzato dall'Azienda UsI di Reggio Emilia per il magazzino farmaceutico.

In merito al contenimento dei costi a regime, il percorso di razionalizzazione delle risorse umane interessate dalla integrazione strutturale è stato illustrato alla Regione con nota prot. 17107 del 16 maggio 2016, alla quale si rinvia.

Azioni intraprese

Il disegno organizzativo del progetto definitivo è stato modulato su tre livelli di integrazione:

- **STRUTTURALE**, che comporta il pieno superamento delle strutture aziendali e la creazione delle nuove strutture interaziendali. Il livello di integrazione strutturale comprende la grande maggioranza dei servizi tecnici ed amministrativi: Risorse Umane, Formazione e Sviluppo Organizzativo, Acquisti, Logistica, Magazzino Economale, Tecnico, Ingegneria Clinica, Economico Finanziario, Internal Auditing (nuova struttura interaziendale creata per un adeguato presidio del percorso attuativo della certificabilità di bilancio di entrambe le aziende e per la valutazione ed il controllo dei processi tecnico-amministrativi aziendali), Anticorruzione e Trasparenza, Affari Generali e Information and Communication Technology, quest'ultima su base interprovinciale unitamente all'Azienda UsI di Piacenza.
- **FUNZIONALE**, che pur non incidendo sulle strutture esistenti, è finalizzata a creare importanti e costanti sinergie programmatiche ed operative tra gli ambiti interessati, rappresentati dall'area della Programmazione, Valutazione e Controllo e dall'area della Comunicazione, Stampa e Rapporti con l'utenza.
- **COLLABORAZIONI Tecnico-Professionali**, nelle quali sono coinvolte l'area dei Servizi Legali e Assicurativi nonché i Servizi Prevenzione/Protezione, che sono chiamati a lavorare di volta in volta su progetti specifici di interesse comune.

In totale sono state coinvolte nel progetto definitivo, a vario titolo, circa 400 persone.

Sempre nel corso del 2016 l'Azienda ha garantito la costante e fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro del nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU), contribuendo alla creazione delle condizioni per l'avvio della prima fase di attuazione dell'applicativo per le Aziende del Gruppo 1.

Analogamente tutte le componenti aziendali hanno partecipato ai tavoli di confronto a livello regionale e di Area Vasta ed in particolare, per quanto riguarda la gestione del personale sia al tavolo di lavoro della Direzione Sanità e Politiche Sociali sia ai gruppi di Area Vasta per la predisposizione dei regolamenti per il conferimento di borse e contratti libero professionali, per l'autorizzazione di incarichi extraistituzionali.

Indicatori

Indicatore	Risultato
Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione:	
In ordine al progetto preliminare	Nota prot. n. 33727 del 16 settembre 2015 di invio alla Regione, delibere n.420 del 22 dicembre 2015 e n. 18 del 29 gennaio 2016 di formalizzazione del progetto
In ordine al progetto definitivo	delibera n. 283 del 20 luglio 2016 di approvazione del progetto, trasmissione alla Regione tramite posta certificata della nota prot. n. 26352 del 27 luglio 2016 di accompagnamento

In ordine all'attuazione dell'integrazione Numero processi completati sul totale processi avviati	del progetto definitivo delibere n.366/367/368/369/370/371/372/373 del 27 settembre 2016 di avvio operativo con decorrenza 1 ottobre 2016, delibere n. 378 del 10 ottobre 2016 e delibera n. 448 del 8 novembre 2016 relative alle stipule di convenzioni tra le due Direzioni per l'utilizzo di spazi comuni presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU	SI
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico normativo o di contrattazione collettiva	Partecipato ai tavoli di confronto a livello regionale e di Area Vasta

Processi di stabilizzazione

Per quanto concerne i processi di stabilizzazione a tempo indeterminato gli obiettivi già previsti dalla DGR 1735/2014 erano già stati completati nel 2015, mentre in coerenza con il piano assunzioni e le disponibilità di bilancio sono state realizzate ulteriori n. 20 assunzioni (n. 7 di personale dirigente e n. 13 di area comparto) quali stabilizzazione di contratti a tempo determinato nonché n. 15 di trasformazione di lavoro atipico con una contrazione, seppur limitata, della spesa relativa ai contratti libero-professionali ed una rilevante riduzione (da Euro 2.532.990,70 a Euro 1.576.212,45) della spesa per lavoro interinale, peraltro limitata alla sola area assistenziale.

Tali linee di azione unite ad un'oculata gestione del turn over e di sostituzione delle assenze ha permesso di assicurare in modo adeguato i livelli di assistenza pur garantendo il rispetto delle previsioni di bilancio.

Infine l'Azienda ha garantito l'applicazione della risoluzione unilaterale del rapporto di lavoro nei confronti di tutti i soggetti (comparto e dirigenza) per i quali fosse verificato il possesso dei requisiti normativi, addivenendo a n. 34 cessazioni.

Indicatori

Indicatore	Risultato
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati e della normativa nazionale sul ricorso al lavoro flessibile	SI
Rispetto delle previsioni di bilancio e più generalmente garantire il contenimento della spesa del personale rispetto all'anno precedente	SI

Programma regionale gestione diretta dei sinistri

Con DGR n. 1889 del 24 novembre 2015, ad oggetto "Gestione diretta dei sinistri in sanità. Individuazione di ulteriori aziende ammesse alla sperimentazione regionale", l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con decorrenza 1/12/2015, è stata ammessa - unitamente alle aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord - alla fase sperimentale del programma regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile. In applicazione delle istruzioni operative di cui alla determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 4995 del 10 aprile 2014, l'Azienda ha adeguato il processo aziendale di gestione dei sinistri nella nuova ottica di assunzione diretta ed esclusiva dell'intera trattazione delle richieste di danno, in assenza di cogestioni con enti assicurativi, al fine di rendere omogenee ed uniformi le procedure interne di gestione del contenzioso ed allo scopo di regolamentare i rapporti con i soggetti privati, gli enti, le Autorità e gli organismi istituzionali esterni, tra i quali il Nucleo Regionale di Valutazione.

L'adeguamento del processo di gestione dei sinistri in ritenzione totale è avvenuto con l'adozione della deliberazione n. 248 del 28 giugno 2016 a seguito della quale sono state definite le modalità di "gestione diretta", legale e medico-legale delle richieste di risarcimento danni da responsabilità civile sanitaria, con assunzione, da parte dell'Azienda, della "ritenzione totale del rischio" (economico e non), in assenza di coperture e/o cogestioni garantite da compagnie assicurative.

L'adozione della nuova procedura ha avuto come obiettivo quello di revisionare e formalizzare le competenze, le attività e i processi aziendali di gestione del contenzioso da responsabilità civile sanitaria, come di seguito descritto:

- Definizione delle modalità di trasmissione delle informazioni necessarie per la gestione medico-legale e legale dei sinistri;
- Riduzione dei tempi necessari all'istruzione documentale del sinistro;
- Sviluppo della discussione all'interno degli organismi, delle équipes e fra i professionisti coinvolti nei singoli casi;
- Definizione delle funzioni del Comitato Valutazione Sinistri (CVS) rispetto alle peculiari modalità di gestione medico-legale e legale dei sinistri così come richieste dal Programma Regionale;
- Promozione dello studio in CVS dei sinistri al fine di individuare eventuali azioni correttive/preventive per la promozione di una corretta gestione proattiva del rischio, da realizzarsi per il tramite di segnalazione alla struttura individuata per la gestione del rischio e il conseguente coinvolgimento delle U.O. interessate;
- Applicazione della normativa relativa all'obbligo di segnalazione alla magistratura contabile dei danni liquidati a terzi;
- Applicazione della normativa contrattuale per i professionisti coinvolti in un sinistro (es. Tutela legale in caso di procedimenti penali).

La procedura di gestione diretta dei sinistri individua i compiti e le funzioni dei soggetti coinvolti in ciascuna fase della gestione del sinistro, come di seguito descritto:

- Denuncia-apertura di sinistro
- Implementazione del database contenzioso regionale, anche al fine di monitorare la sinistrosità aziendale;
- Formulazione di risposta al/ai richiedente/i;
- Istruttoria documentale e valutazione medico-legale del sinistro;
- Disamina del caso in Comitato Valutazione Sinistri (CVS);
- Gestione della negoziazione e transazione;
- Liquidazione della somma stabilita per il risarcimento;
- Gestione del contenzioso civile;
- Gestione del contenzioso penale;
- Segnalazione per eventuale accertamento responsabilità erariale.

Conformemente alle indicazioni regionali e alla procedura aziendale sopra descritta, il Servizio Attività Giuridico Amministrativa si è attenuto alle indicazioni e alle tempistiche di presa in carico ed istruttoria con una percentuale pari al 100%.

Con riferimento alla reportistica regionale, con particolare riguardo all'alimentazione del data base regionale "Contenzioso legale", è stato rispettato il grado di completezza per i casi aperti al 31 gennaio dell'anno successivo con una percentuale pari al 100%.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Rispetto dei tempi di processo	SI	SI

All'interno del programma regionale di gestione diretta dei sinistri, nell'anno 2016, si è proseguito nell'implementazione del database regionale denominato "Contenzioso Legale". Si è data piena

attuazione del programma regionale per la gestione diretta dei sinistri, adottando anche uno schema di lavoro interno alla S.S. di Medicina Legale dell’Azienda in collaborazione con il S.A.G.A. mirato ad un miglioramento delle performance e ad una più attenta gestione dell’istruttoria dalla segnalazione dell’infortunio sino alla trattazione con la controparte.

Nello specifico è possibile affermare che l’alimentazione del database è stata continua e costante tanto da raggiungere il target previsto del 100% dei casi aperti nell’anno in corso entro il 31/1/2017, con una durata mediana tra apertura e dati di registrazione di 1 giorno.

Nel 43% dei casi all’interno dell’istruttoria (nei dati estrapolati dal database Reportistica Gestione dei Sinistri Anno 2016) è presente anche la relazione medico-legale finale.

Le istruttorie dei sinistri denunciati negli ultimi mesi del 2016 sono ancora in via di completamento o sono state inserite in data successiva all’ultimo report regionale (17/1/2017). Nel 67,3% dei casi determinati in CVS risulta presente la valutazione Medico Legale in quanto i restanti casi (smarrimento protesi, danni a cose, eccetera) non necessitano di una relazione medico legale per essere trattati.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Grado di completezza del database regionale	100% dei casi aperti nell’anno entro il 31/1 dell’anno successivo	100%

Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

Information and Communication Technology (ICT)

L’Azienda ha supportato l’avviamento dei progetti regionali, fornendo dati e procedure richieste, secondo le scadenze. Si consideri in particolare due dei progetti principali (GRU e GAAC) vedranno l’avviamento effettivo in AOUPR a gennaio 2018 e gennaio 2019.

Per quanto attiene la Scheda Sanitaria Individuale l’Azienda Ospedaliero–Universitaria non è direttamente coinvolta non avendo rapporti diretti con MMG/PLS tuttavia ha partecipato alle presentazioni del progetto.

Relativamente al progetto ARA l’Azienda ha definito il modello a regime di integrazione della propria Anagrafe Pazienti Centralizzata con l’anagrafe territoriale della AUSL la quale rappresenta, in linea con i dettami RER, il punto di collegamento provinciale con ARA.

Il sistema informatico di prescrizione dematerializzata all’interno di Azienda Ospedaliera è un sistema unico e richiamabile in contesto; il sistema di dematerializzazione della ricetta è diffuso in tutti gli ambiti aziendali. I dati presentati da CUP2000 nel Fascicolo di Bilancio 2016 evidenziano come AOUPR sia prima per volumi di ricette di farmaceutica e specialistica tra le aziende ospedaliere regionali.

Rispetto all’alimentazione del FSE dei documenti l’Azienda ha reso disponibili, come evidenziato nei SAL SOLE relativi ai livelli di utilizzo, i documenti nella piattaforma SOLE definiti come prioritari (laboratorio, radiologia) sono versati sul FSE. Gli applicativi sono stati adeguati per la gestione del consenso. Parimenti sono presenti su CupWeb le prestazioni definite come nucleo comune regionale.

L’Azienda ha perseguito gli obiettivi di dematerializzazione e di informatizzazione di tutto il percorso logistico-contabile proseguendo il percorso già intrapreso con le fatture elettroniche andando a collaudare per tempo ordini e bolle elettronici come da specifiche NotiER/IntercentER e raggiungendo importanti livelli di utilizzo.

La partecipazione al sistema SIGLA da parte dell’Azienda è stato completato per tutte le liste d’attesa chirurgiche interessate dal nomenclatore SIGLA. L’Azienda ha inoltre partecipato attivamente nella costruzione del sistema informativo chirurgico correlato alle potenziali evoluzioni del sistema SIGLA.

Indicatori

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto
GRU	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	AOU non ancora nel progetto esecutivo – come da previsioni
GAAC	% conclusione del capitolato di gara	100%	AOU non coinvolta
ARA	Rispetto tempistiche come da pianificazione definita per ARA	100%	AUSL PR 2017
Sistema trasfusionale regionale	Rispetto delle tempistiche relative all’adesione al bando come da pianificazione definita nel progetto	Adesione secondo scadenze prestabilite	Procedure non ancora concluse
Dematerializzazione delle prescrizioni	% adeguamento dei software di prescrizione nel rispetto della normativa vigente	100%	100%
FSE	% adeguamento dei software aziendali all’utilizzo dei nuovi consensi	100%	100%
	% offerta di documenti sanitari disponibili su FSE come da specifiche fornite dai servizi regionali competenti	100%	100%
	% offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB / FSE / APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti	100%	100%
Dematerializzazione delle fatture	Rispetto delle tempistiche richieste da Intercenter relative alla fase 2	Rispetto delle scadenze prestabilite	100%

Sistema informativo regionale

L’Azienda ha proseguito nell’invio dei flussi informativi ed ha iniziato un percorso di revisione degli step organizzativi correlati con l’alimentazione dei flussi contraddistinti dalla “funzione cancello”.

Particolare impegno è stato profuso per costruire flussi di integrazione tra il sistema della SDO e gli applicativi dipartimentali interessati al fine di permettere la compilazione e alimentazione del flusso SDO in tempo reale con le pratiche cliniche (es. chirurgia) maggiormente interessate dai nuovi flussi informativi.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto
Per la valutazione degli obiettivi saranno monitorate <u>tempestività e completezza</u> delle rilevazioni oggetto di alimentazione NSIS e Sistema TS: SDO, ASA, PS, CEDAP, AFO, FED, DIME, Hospice, ADI, FAR, Salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, Dipendenze patologiche e SIRCO. Inoltre sul flusso PS e 118 sarà richiesto il miglioramento della qualità del dato	Indicatore di tempestività target: 90% nel 2016	La valutazione cumulativa dei flussi in carico all’Azienda soddisfa l’obiettivo regionale

Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare. Le tecnologie Biomediche ed informatiche

Piano Investimenti

Nell'ambito del "Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 Legge 67/88 – Addendum", approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna (D.G.R. n. 305 del 7 marzo 2016) è stato assegnato a quest'Azienda un finanziamento, pari a 5 mil. di euro (4,75 mil. da risorse statali e 0,25 mil. risorse regionali), destinato alla realizzazione di un nuovo Day Hospital Oncoematologico e Centro Prelievi (intervento n. APb 03).

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo di Programma, avvenuta il 2 novembre 2016, e in considerazione delle scadenze previste dall'art.1 – comma 310 e 311 della L. 23/12/2005, n. 266 e dal disciplinare di cui alla DGR 708 del 15/06/2015, quest'Azienda ha avviato la progettazione preliminare dell'opera che dovrà essere sottoposta al competente esame del Gruppo Tecnico Regionale.

Relativamente alle richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati tra il 2003 ed il 2011, nel corso del 2016 sono state trasmesse, a riscontro della nota regionale n. 24668 del 14/07/2016, le richieste di liquidazione dei residui relativi agli interventi di seguito elencati:

- Richiesta di liquidazione prot. n. 27383 del 04/08/2016 - Intervento L07 – Appalto integrato per la progettazione esecutiva ed esecuzione interventi di manutenzione straordinaria, miglioramento strutturale e prevenzione incendi;
- Richiesta di liquidazione prot. n. 27390 del 04/08/2016 – Intervento M03 – Adeguamento Server Farm Aziendale alle direttive di sicurezza dati;
- Richiesta di liquidazione prot. n. 27372 del 04/08/2016 – Intervento H04 – Acquisizione apparecchiature ed adeguamento locali per radiologia interventistica;
- Richiesta di liquidazione prot. n. 27380 del 04/08/2016 – Programma di odontoiatria – Terza Fase;
- Richiesta di liquidazione prot. n. 27377 del 04/08/2016 – Intervento H06 – Nuovo Ospedale dei Bambini Arredi e Attrezzature.

Indicatori

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato
Intervento APB 03 - DH Oncologico e Centro Prelievi	Avvio predisposizione progetti	100%	Avviata la predisposizione del progetto preliminare nei tempi previsti 100%
Richieste liquidazione interventi ultimati 2003 - 2011	Richiesta di liquidazione relative a lavori già terminati	75%	Tutte le richieste di liquidazione relative ai lavori già ultimati sono state inviate

Gestione del Patrimonio Immobiliare

Con riferimento alla costituzione, da parte della Regione Emilia Romagna, di un fondo immobiliare destinato a gestire, valorizzare o dismettere il patrimonio edilizio delle Aziende Sanitarie, ed a seguito della nota regionale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare (in atti al prot. 42427 del 05/12/2016), l'Azienda ha sottoposto a perizia di stima i beni non più ritenuti funzionali all'attività sanitaria, sulla base delle quali è in corso di valutazione l'avvio di procedure di alienazione dei beni stessi.

Inoltre, in ossequio alle vigenti normative in materia di sicurezza antincendio nelle strutture sanitarie, sono stati realizzati gli interventi programmati di adeguamento del Padiglione "Barbieri"

ed è stata depositata il 22/09/2016 prot. 11645 al Comando Provinciale VV.F. di Parma la relativa SCIA ai sensi dell'art. 2 comma 1 lett. b) del Decreto Interministeriale 19 marzo 2015. Relativamente, invece, ai restanti padiglioni che necessitano di interventi di adeguamento alle norme in parola, l'esecuzione dei lavori è stata avviata solo successivamente all'avvenuta concessione di apposito finanziamento ex art. 20 L.67/88 (intervento AP7 per 1,5 mil + Intervento PI.1 per 2,048 mil di euro). Gli interventi sono in corso di realizzazione e le relative SCIA verranno depositate nel corso del 2017 al termine delle opere di adeguamento.

Nel corso del 2016 sono state effettuate le valutazioni di vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali presso le Unità Critiche individuate all'interno del sedime ospedaliero e sono stati quindi individuati gli interventi necessari alla mitigazione del rischio sismico. Gli esiti di tali valutazioni sono stati riepilogati in appositi report, in atti al prot. n. 14092 del 13/04/2017, che forniscono il quadro complessivo delle vulnerabilità rilevate nell'80% delle Unità Critiche individuate e delle misure previste per la loro mitigazione.

Indicatori

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato
Programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico delle strutture alla normativa sulla prevenzione incendi	Segnalazione Certificata (SCIA) attestante il rispetto dei requisiti di sicurezza antincendio	Presentazione SCIA competente comando VVF	SCIA depositata il 22/09/2016 prot. 11645 (Padiglione Barbieri)
Valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi	Valutazione vulnerabilità sismica degli elementi non strutturali e programmazione interventi	Predisposizione report	Report predisposti relativi alla quasi totalità delle Unità Critiche (80%) prot. n. 14092 del 13/04/2017

Manutenzione

Le attività di manutenzione ordinaria edile ed impiantistica, svolte nel corso del 2016 sui padiglioni dell'Ospedale Maggiore e sulle aree verdi di pertinenza, hanno comportato un costo pari a 24,47 Euro/mq, in diminuzione rispetto al corrispondente valore aziendale dell'anno 2015.

Il costo verrà confrontato con la media regionale per l'anno 2016 non appena il dato sarà disponibile.

Indicatori

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato
Costi €/mq di manutenzione ordinaria alle strutture e agli impianti	Allineamento del costo della manutenzione ordinaria €/mq alla media regionale	Scostamenti non superiori al 10% della media regionale	Il costo €/mq di manutenzione ordinaria per l'anno 2016 è in diminuzione rispetto al 2015

Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi regionali in materia di contenimento dei consumi energetici e di utilizzo di fonti rinnovabili di energia, quest'Azienda ha impennato l'attività di progettazione degli interventi sia di nuova costruzione, sia di ristrutturazione e manutenzione straordinaria, su criteri aderenti alle specifiche norme del settore (D. lgs. 192/2005 e

D.lgs. 311/2006). Nel corso del 2016 sono stati avviati i primi studi di fattibilità per la realizzazione di azioni mirate al contenimento dei consumi energetici nei diversi padiglioni ospedalieri, la cui concreta realizzazione è programmata a partire dal 2017 (sistemi di spegnimento luci automatici, installazione di inverter, sostituzione pompe, eccetera).

Con particolare riferimento ai consumi di energia elettrica e termica, durante il 2016 è stato assicurato il monitoraggio dei consumi stessi relativamente ai padiglioni ospedalieri, con predisposizione delle relative schede. Relativamente, invece, alle azioni di mobilità sostenibile, quest'Azienda ha aderito al bando pubblico, indetto dal Comune di Parma con propria determina dirigenziale n. 1629 del 27/07/2015 e rivolto ad aziende pubbliche e private, per il finanziamento di azioni e interventi a favore della sostenibilità ambientale degli spostamenti sistematici – casa lavoro. In tale ambito, il Comune di Parma ha concesso, con propria determinazione n. 2977 del 14/12/2015, un primo finanziamento di euro 1.500,00, successivamente integrato da un finanziamento aggiuntivo di euro 1.000,00 acquisito agli atti dell'Azienda Ospedaliera con delibera del Direttore Generale n. 617 del 28/12/2016. Con nota prot. n. 496 del 05/01/2017 è stato rendicontato il contributo proveniente dal Comune di Parma e destinato ad incentivare i dipendenti all'acquisto di abbonamenti TPL per gli spostamenti casa-lavoro (n. 23 abbonamenti attivati per un importo complessivo di euro 4.694,26,). Infine, con nota prot. n. 43534 del 13/12/2016, l'Azienda ha aderito ad un avviso esplorativo del Comune di Parma per l'individuazione di partners pubblici e privati per la partecipazione al programma sperimentale di mobilità sostenibile casa – scuola e casa – lavoro.

Indicatori

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato
Contenimento dei consumi energetici	Monitoraggio dei consumi di energia elettrica e termica e delle azioni per l'uso razionale dell'energia	Predisposizione schede di monitoraggio	Sono state predisposte le schede di monitoraggio dei consumi energetici (in particolare gas metano ed energia elettrica) e delle azioni per l'uso razionale dell'energia Attivati n. 23
Azioni di mobilità sostenibile	Azioni di mobilità sostenibile		abbonamenti TPL e partecipazione attività del Comune di Parma

Gestione rifiuti

In sintonia con gli obiettivi regionali e con le linee di indirizzo della DGR 27 luglio 2009 n. 1155 è stata assicurata la partecipazione costante dei Referenti aziendali agli incontri periodici del Gruppo Regionale Rifiuti Sanitari, per allineare la programmazione locale, realizzata tramite il Gruppo Aziendale Gestione Ambientale.

I Referenti aziendali hanno anche partecipato agli incontri periodici del gruppo ristretto Regionale AVEN, per attivare il nuovo appalto (2° lotto della Gara Intercent-ER).

Avvio appalto Intercent-ER. E' stato reso operativo in data 01.07.2016. Per l'applicazione dell'Appalto Intercent-ER sono state implementate le seguenti iniziative:

- Realizzazione del deposito temporaneo per la raccolta dei rifiuti previsto dal Capitolato Intercent-ER, con gestione affidata al fornitore. La struttura è stata consegnata a fine maggio 2016. La Ditta ha provveduto, in accordo con l'UO Igiene Ospedaliera, ad allestire l'area con attrezzature per la raccolta dei rifiuti e la pesatura degli stessi.

- Comunicazione alla Ditta aggiudicataria della tipologia e delle quantità dei contenitori da consegnare per la gestione delle varie tipologie di rifiuti ricompresi nel progetto tecnico.
- Stesura del Piano Organizzativo dei ritiri dei rifiuti, in linea con le frequenze previste dal Capitolato di Gara.
- Predisposizione dei facsimile dei FIR, Schede SISTRI ed omologhe per agevolare nel cambiamento la corretta esecuzione degli adempimenti burocratici richiesti per il ritiro e lo smaltimento dei rifiuti.
- Implementazione della pesatura prima della partenza dei rifiuti.
- Revisione della procedura di rilevazione radiometrica, secondo le clausole contrattuali del nuovo appalto. La misurazione è effettuata sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 180103) e i medicinali citotossici citostatici (CER 180108) ed è eseguita durante le attività di carico sugli automezzi.
- Realizzazione di un incontro informativo per tutti i Coordinatori delle strutture Aziendali, in cui sono stati illustrati i cambiamenti introdotti con il Nuovo Contratto, con particolare riferimento alle corrette procedure d'utilizzo dei nuovi contenitori. La partecipazione da parte dei reparti è stata soddisfacente (presenti 92 Coordinatori).
- Trasmissione ad ogni contesto aziendale di tutte le informazioni utili a gestire i cambiamenti portati dal nuovo appalto Intercent-ER per la gestione dei rifiuti sanitari speciali, ad integrazione della procedura aziendale "La Gestione dei rifiuti sanitari".
- Introduzione utilizzo delle nuove etichettature.

In conclusione l'avvio dell'Appalto Intercent-ER rifiuti, nonostante le sue importanti novità, è avvenuto senza disservizi e discontinuità.

L'utilizzo di contenitori per i rifiuti infettivi pluriuso dovrebbe ridurre i quantitativi di rifiuti totali prodotti, con una riduzione delle spese di gestione.

Monitoraggio quali/quantitativo rifiuti prodotti

Il monitoraggio dei quantitativi di rifiuti prodotti è effettuato utilizzando il sistema informativo AEM (Ambiente Energia e Mobilità) CUP 2000, della Regione. I dati, con cadenze prefissate, vengono inviate in RER per le opportune verifiche di competenza. Per ogni singolo CER prodotto si è provveduto ad inserire i dati di produzione ed i relativi costi. Analizzando le principali tipologie di rifiuti speciali prodotti si evince che:

Rifiuti infettivi: nel corso del 2016 si è constatata una riduzione dei quantitativi prodotti come richiesto dalla Regione. Tale riduzione è stata registrata sia in quantità assolute che per Kg/giornate di degenza e kg/DRG

Rifiuti assimilati agli urbani: la raccolta differenziata è in costante aumento con picchi significativi per carta e della plastica.

Monitoraggio gestione rifiuti

Effettuato con le seguenti modalità:

- I sopralluoghi di verifica svolti nel 2016 nei punti di raccolta dei rifiuti a piè di Padiglione sono stati 110 (solo in 5 occasioni le verifiche hanno evidenziato non conformità).
- Sono state gestite anche le segnalazioni di rifiuti abbandonati nelle aree esterne aziendali (aree verdi, piazzole rifiuti, parcheggi).
- Nel corso del 2016 l'UO Igiene Ospedaliera ha effettuato presso la "Stazione Ecologica Aziendale" 12 sopralluoghi, con cadenza mensile: solo in un caso si è registrata una non conformità. Le attività di pesatura sono effettuate secondo quanto concordato e le difformità tra il peso alla partenza e quello presso l'impianto di destinazione, superiori al 5% (limite indicato dal Capitolato Intercent-ER), sono del tutto occasionali e irrilevanti le non conformità.
- Le verifiche effettuate presso il punto di raccolta-deposito rifiuti chimici sono state 6 con cadenza bimestrale. Le frequenze di smaltimento dei rifiuti "chimici" rispettano quanto previsto dal Capitolato Intercent-ER.

- Nel corso dell'anno sono stati eseguiti n. 9 sopralluoghi nelle UUOO per la verifica diretta della gestione delle varie matrici di rifiuti urbani e speciali, in funzione della tipologia di attività sanitaria svolta. Nessuna criticità è stata rilevata.

Per quanto riguarda il sistema SISTRI (Sistema Informatizzato sulla tracciabilità dei Rifiuti), si è provveduto ad adempiere ai numerosi provvedimenti amministrativi informatici, entrati in vigore nel 2014, affiancandoli a quelli cartacei tuttora in vigore (FIR e registro di carico e scarico).

Il trasferimento di alcuni Reparti ed aree ambulatoriali ha richiesto la ridefinizione, all'interno delle singole UUOO del processo di gestione dei rifiuti: verifica delle le varie tipologie di rifiuto prodotto, definizione dei percorsi "puliti-sporchi", individuazione dei punti di stoccaggio.

Indicatori

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato
Gestione ambientale	Monitoraggio produzione rifiuti sanitari	predisposizione schede di monitoraggio	SI

Tecnologie biomediche

Flussi informativi sulle tecnologie biomediche

Il Servizio di Ingegneria Clinica di Parma partecipa attivamente alle attività del Gruppo Regionale Tecnologie Biomediche, collaborando alle attività di sviluppo ed analisi dei dati relativi all'installato regionale.

Nel corso dell'anno, sono stati ottemperati tutti gli obblighi informativi legati all'alimentazione dei flussi istituzionali legati alle tecnologie sanitarie, come dettagliato nel seguito.

Osservatorio Tecnologie:

- Trasmissione dei dati di installato al 30/06/2016 (scadenza 15/09/2016 - inviati 14/09/2016)
- Trasmissione dei dati di installato al 31/12/2016 (scadenza 10/02/2017 - inviati 13/02/2017)

Monitoraggio utilizzo delle diagnostiche:

- Dati di utilizzo dei Tomografi assiali computerizzati e dei tomografi a Risonanza Magnetica (scadenza 31/03/2016 - inviati 30/03/2016)
- Dati di utilizzo dei Mammografi (scadenza 28/10/2016 - inviati 28/10/2016)

Alimentazione di portale GrAP Ministeriale (Grandi Apparecchiature)

Il portale è stato aggiornato con i dati aziendali per tutte le classi di apparecchiature previste dal flusso nel corso del 2016.

Istruttorie GRTB

Nel 2016 è stata presentata l'istruttoria relativa alla donazione del sistema di imaging tomografico intraoperatorio.

Indicatori

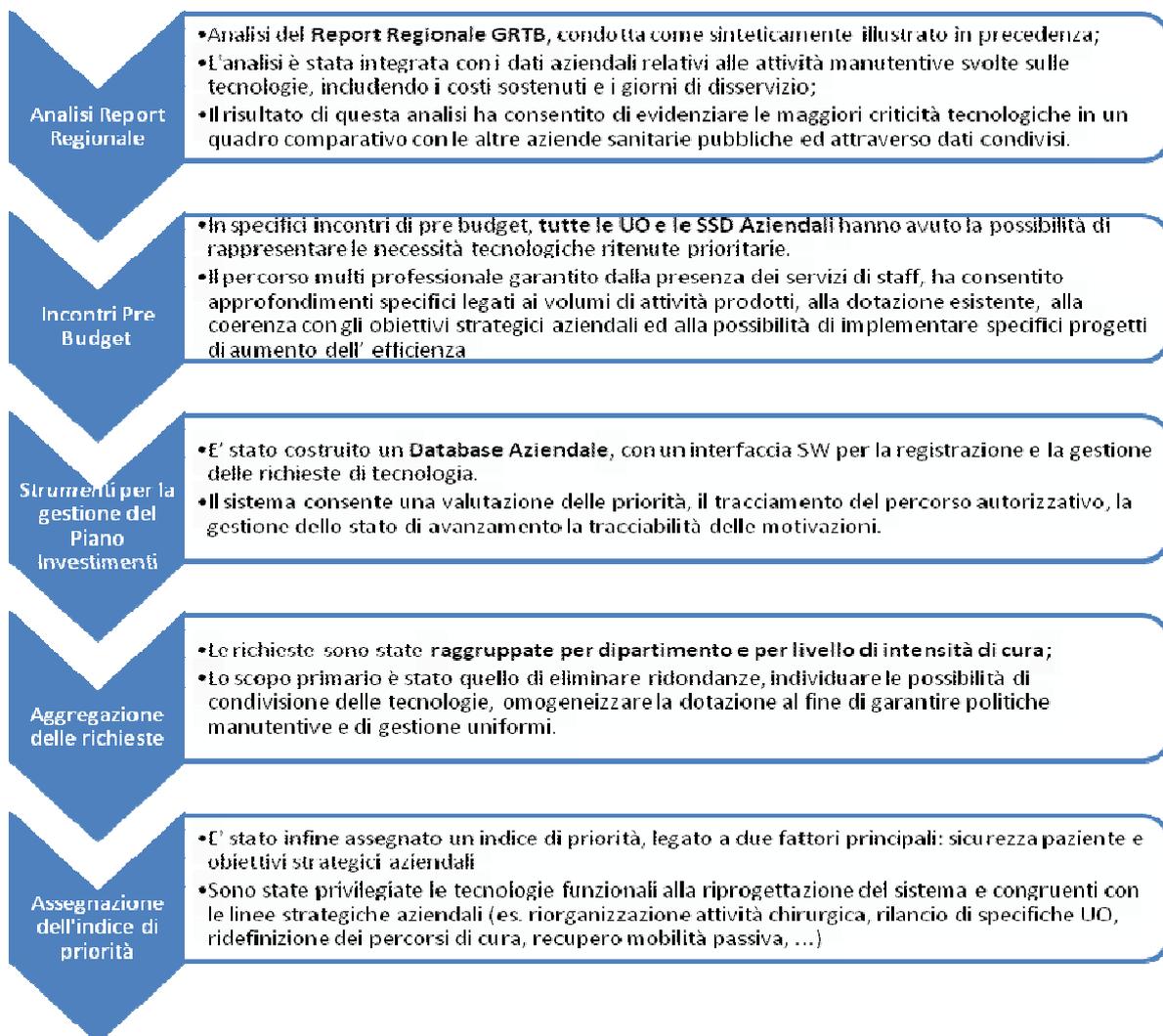
Indicatore	Target	Risultato
Trasmissione flusso informativo parco tecnologico installato	Secondo scadenze prestabilite	Le due trasmissioni annue sono state inviate secondo le modalità e le tempistiche stabilite
Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	100%	100% Tutte le tecnologie oggetto di istruttoria sono state sottoposte

Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici	Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite	I dati sono stati inviati secondo le scadenze e le modalità tecniche stabilite
--	---	--

Programmazione aziendale degli investimenti in tecnologie biomediche

Il percorso di programmazione delle tecnologie biomediche è stato completamente ristrutturato nel corso del 2016, con l'obiettivo di perseguire una riorganizzazione delle strategie di acquisizione, ottimizzare le risorse, rendere il piano degli investimenti fortemente correlato con gli obiettivi strategici aziendali e garantire una piena tracciabilità delle attività e dei tempi.

Lo schema seguente riporta i passaggi fondamentali seguiti, sono riportati gli strumenti specifici sviluppati per garantire il corretto ritorno informativo e una pianificazione in linea con le attività previste per i progetti finanziati con fondi regionali specifici .



In figura seguente, l'interfaccia principale dello strumento software per la gestione della tracciabilità delle richieste e la gestione del piano investimenti aziendale in tecnologie biomediche.

Piano Investimenti
Servizio Ingegneria Clinica

Utente
Giovanni Arcuri

Inserisci Investimenti
Verifica Investimenti

Unità operativa: Tutte
Finanziamento: Investimenti Fondi Aziendali 2016
Progetto/Budget: 1 Ristrutturazione UTIC 2016 Ristrutturazione UTIC 2016
2 Adeguamento sala E221 Adeguamento sala E221 per elettrofisiologia
5 Sostituzioni Urgenti 2016 Rinnovo AB per emergenze derivanti da FU
6 Richieste 2016 Richieste pervenute al SIC - Richieste formalizzate
8 Avvio Attività Chirurgia Vascolare Investimenti urgenti per avvio attività vascolari

Stato ACC: INI Da Iniziare, SOS Sospeso, APP Procedura in Corso, DEL Procedura conclusa e delib., VAL Procedura in corso di valuta, COL Fornitura Collaudata

Parere Board: -1 Approvato, 0 Non Approvato, * Tutti, ParereSIC: 1 Approvato, 0 Non Approvato, * Tutti

Elenco Investimenti

Classe	Descrizione	Totale	SIC	Board
		€ 2.816.696,17		
31	AOSP Parma Cardiologia MON Modulo per sistema di mor1	€ 2.500,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Ristrutturazione UTIC 2016 INI SI No
32	AOSP Parma Attività Comuni DipartimECL Ecografo portatile 1	€ 22.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 INI SI SI
35	AOSP Parma Chirurgia Vascolare TOP Piano radiotrasparente per 1	€ 48.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Avvio Attività Chirurgia Vascolari INI SI SI
36	AOSP Parma Chirurgia Vascolare PRD Portatile per radioscopia 1	€ 220.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Avvio Attività Chirurgia Vascolari INI SI SI
38	AOSP Parma Otorinolaringoiatria e OtonELB Bisturi a risonanza molecoli 1	€ 28.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 INI SI SI
45	AOSP Parma Pneumologia ed EndoscopiVBR Videobroncoscopi (vedi Not5	€ 50.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
46	AOSP Parma Neurochirurgia MOP Microscopio Operatorio 1	€ 220.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
48	AOSP Parma Radiologia TAC Tomografo Assiale Comput 1	€ 400.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
52	AOSP Parma Urologia STE Colonna per endoscopia diel 1	€ 70.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 INI SI No
54	AOSP Parma Urologia UTE Urteroscopia flessibile 1	€ 9.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 INI SI No
55	AOSP Parma Clinica Chirurgica e Terapia STE colonia laparoscopica 2	€ 200.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 INI SI No
57	AOSP Parma Radiologia TTE tavolo telecomandato 1	€ 220.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI SI
60	AOSP Parma Ortopedia TOR Trapani ortopedici 4	€ 80.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 INI SI No
62	AOSP Parma Cardiocirurgia UTE Telemeria + centrale per 221	€ 150.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
63	AOSP Parma 1° Anestesia e RianimazionANS Sistemi di anestesia + Moni 11	€ 330.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
64	AOSP Parma Ortopedia LSC Lampada scialitica 5	€ 200.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
67	AOSP Parma Attività Comuni DipartimECL Elettrobisturi 4	€ 60.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
71	AOSP Parma Ortopedia TOP Tavoli operatori 5	€ 350.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
80	AOSP Parma Ortopedia IPC Diafanoscopi Digitali 5	€ 100.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Sostituzioni Urgenti 2016 INI SI No
29	AOSP Parma Cardiologia PIN Rack infusionali completi di 4	€ 20.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Ristrutturazione UTIC 2016 APP SI SI
43	AOSP Parma Medicina Interna e LungodiACI Micromotore 1	€ 1.945,88	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Richieste 2016 APP SI No
44	AOSP Parma Cardiologia POG Polizza per emodinamica 1	€ 22.000,00	Investimenti Fondi Aziendali 2016	Adeguamento sala E221 APP SI SI

I risultati dell'analisi preliminare sono stati in seguito riuniti ed analizzati alla luce dei progetti di riorganizzazione trasversale delineati dalla direzione strategica.

Da ultimo, sono state individuate quattro principali aree di intervento, necessarie al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

<p>Sostituzioni per obsolescenza</p> <ul style="list-style-type: none"> •Garantire adeguati livelli di sicurezza paziente; •Limitare il rischio di interruzione della continuità assistenziale dovuti a indisponibilità tecnologica per guasto; •Sostituire tecnologie con costi manutentivi elevati; •Sostituire tecnologie con produttività inadeguata. 	<p>Trasferimenti di attività</p> <ul style="list-style-type: none"> •Assicurare l'opportuno assetto tecnologico ai trasferimenti delle UO necessari alla riorganizzazione dei processi clinici e/o a lavori di adeguamento 	<p>Fondo di garanzia</p> <ul style="list-style-type: none"> •Necessario per far fronte ad emergenze da Fuori Uso per apparecchiature non riparabili; •L'analisi sull'installato ha evidenziato molte Tecnologie critiche in "End Of Life", ovvero non supportate dalla casa madre e non più riparabili; •Necessario per garantire sicurezza pazienti e continuità assistenziale in caso di guasto imprevisto 	<p>Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività</p> <ul style="list-style-type: none"> •Riorganizzazione Attività Chirurgica •Interventi Integrati sulle SSOO - Aree Critiche •Sistemi informativi dipartimentali e loro integrazione •Rilancio di specifiche funzioni HUB: <ul style="list-style-type: none"> •Chirurgia Vascolare •Neurochirurgia •Ortopedia •...
--	--	--	--

Figura 1 - Azioni garantite dal piano di rinnovo tecnologico

È opportuno sottolineare che la progettazione del piano di rinnovamento tecnologico è stata infine effettuata utilizzando tutti gli strumenti aziendali e finanziari disponibili, in modo da integrarli in una visione omogenea e funzionale agli obiettivi aziendali, come sintetizzato nello schema seguente.

Vale la pena sottolineare che, in questo contesto, tutti i progetti realizzati con finanziamenti regionali sono tracciati e rendicontati secondo le specificità previste.

Investimenti	Service	Noleggio	Contratti di manutenzione	Piani di redistribuzione	Donazioni
<ul style="list-style-type: none"> •Tecnologie strategiche nel tessuto aziendale per potenziamento delle funzioni HUB; •Tecnologie a supporto della ridefinizione dei percorsi assistenziali; •Sostituzione delle tecnologie obsolete per garantire continuità assistenziale e/o livelli di erogazione adeguati 	<ul style="list-style-type: none"> •Tecnologie caratterizzate da elevati volumi di dispositivi consumabili e/o caratterizzate da elevati costi di gestione; •Tecnologie in cui è configurabile un piano sostenibile di rendicontazione e a prestazione 	<ul style="list-style-type: none"> •Tecnologie in cui è opportuno includere in fornitura specifici livelli di servizio manutentivo (apparecchiature sostitutive, limitati tempi di risoluzione del guasto, servizi di reperibilità) •Tecnologie che prevedono la sostituzione periodica di specifici componenti. 	<ul style="list-style-type: none"> •Riconfigurazione dei sistemi software dipartimentali (es. integrazione delle immagini ortopantografi che ed ecografiche sul sistema RIS\PACS); • Manutenzioni evolutive; •Rete Cardiologica elettrocardiografica 	<ul style="list-style-type: none"> •Redistribuzione delle apparecchiature e in uso per garantire: <ul style="list-style-type: none"> •Omogeneizzazione dell'installato; •Immunità dal primo guasto; 	<ul style="list-style-type: none"> •Piano delle donazioni integrato con le linee guida strategiche aziendali; •Presentazione di progetti tecnologici integrati a supporto di più funzioni cliniche

Figura 2 - Strumenti finanziari utilizzati per il piano di rinnovo tecnologico

Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Il sostegno alle attività di ricerca

L'Azienda nel corso del 2016 ha garantito la puntuale alimentazione dell'anagrafe della ricerca. L'AOU di Parma nell'anno 2016 ha registrato un numero di accessi totali all'applicativo (Tabella 1) pari a 174 che corrispondono a circa 44 accessi medi a trimestre mostrando così il pieno raggiungimento del target assegnato.

Accessi totali a TARGET Anno 2016	Media trimestrale
174	43,5

Tabella 1: Numero di accessi

I progetti di ricerca inseriti in ArER dall'AOU di Parma per gli anni 2012-2016, mostrati in Tabella 2, evidenziano come nel 2016 vi sia stato un incremento del numero di progetti inseriti e che il relativo contributo è stato quasi del 20% di tutti i progetti inseriti dalle Aziende della Regione.

Anno	Progetti inseriti in ArER		
	AOU di Parma	Totali in Regione	Contributo AOU di Parma su Totali in Regione
2012	139	989	14%
2013	106	938	11%
2014	119	828	14%
2015	150	815	18%
2016	159	827	19%

Tabella 2: Numero di Progetti inseriti in ArER

La media dei progetti inseriti dall'AOU di Parma nei quattro anni precedenti (Tabella 3) è pari 129/anno. Nel 2016 il numero di progetti inseriti è stato pari a 159, evidenziando un aumento del 24%, valore molto superiore agli anni precedenti, a differenza del dato complessivo regionale che ha subito un calo del 7%.

	Media storica Anni 2012-2015	Schede inserite Anno 2016	Differenza %
AOU di Parma	129	159	24%
Totali in Regione	893	827	-7%

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Le Aziende dovranno assicurare l'accesso regolare all'applicativo	almeno un accesso a trimestre	44 accessi in media a trimestre

Le Aziende dovranno assicurare l'inserimento dei progetti di ricerca nell'ArER	il numero di schede inserite dovrà essere in linea con quello degli anni precedenti (media dei 4 anni precedenti)	+24% Rispetto alla media dei 4 anni precedenti
---	---	---

Il contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Sorveglianza e Controllo delle ICA

In linea con il DGR 318/2013 “*Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all'Assistenza e uso responsabile degli antibiotici*”, è stato incrementato il presidio delle attività legate alla prevenzione e controllo del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza.

L'Azienda, tramite i propri Referenti, partecipa attivamente e regolarmente agli incontri agli incontri del CIO Regionale, ed ai conseguenti programmi proposti.

Al riguardo, in Azienda, sono stati realizzati con regolarità gli incontri del Nucleo Strategico che nel 2016 sono stati 3 (cadenza quadrimestrale).

Gli argomenti sviluppati sono stati i seguenti:

- Utilizzo del farmaco sperimentale Pexa-vac, presso la UO Malattie Infettive per il trattamento degli epatocarcinomi: autorizzazione rilasciata in data 12.07.2016, dopo un'analisi particolarmente approfondita.
- Progetto SICHER: sono stati presentati e discussi con i Commissari i dati delle rilevazioni e le risultanze condivise con i Reparti partecipanti.
- Presentazione dello Studio di Prevalenza Europeo sulle Infezioni Correlate all'Assistenza ed Uso degli Antibiotici negli ospedali per acuti in cui è stato discusso il protocollo di studio, gli aspetti organizzativi e le modalità di realizzazione.

Con carattere più informale ed a cadenza più ravvicinata, si sono svolte le Riunioni del Nucleo Operativo. All'interno di tale Gruppo vengono affrontate tematiche emergenti di particolare rilevanza, che richiedono interventi più mirati e tempestivi, rispetto all'ordinaria programmazione.

Studio di Prevalenza Europeo (PPS)

L'indagine, promossa dall'ECDC (European Centre for Disease Control) e coordinata a livello regionale dall'Agenzia Sanitaria e Sociale, si è svolta nei mesi di Novembre/Dicembre.

Ha interessato 58 UU.OO/SSD (escluso 1 solo Reparto – Ortopedia Traumatologica). Sono stati raccolti dati su 717 pazienti. La copertura dell'indagine è stata dell' 86,7%: 34% nell'Area Medica, 22% nell'Area Chirurgica, 22% nell'Area Geriatrico-Riabilitativa, 7% nell'Area Cardiologica, 7% nell'Area Pediatrica, 5% nelle Terapie Intensive, 3% nell'Area Ostetrico-Ginecologica.

I pazienti che non hanno accettato di partecipare all'indagine o di cui mancava il consenso sono stati <10%.

La prevalenza di pazienti con almeno una ICA è stata del 9,3% (8% dato Regionale). Le infezioni più frequentemente riscontrate sono state quelle sul tratto respiratorio, seguite da batteriemie, infezioni alle vie urinarie ed infezioni del sito chirurgico. La prevalenza di pazienti con in corso terapia antibiotica al momento dello studio è stata pari al 51,6%. I dati sono preliminari. Non appena disponibile verrà diffusa la reportistica ufficiale a cura dell'ASSR-RER.

I dati grezzi sono stati presentati e discussi all'interno del Comitato Infezioni Ospedaliere Aziendale e condivisi con ciascuna Unità Operativa.

Il data-base è stato inviato ai Referenti l'ASSR, che cureranno la reportistica sia dell'Azienda Ospedaliera, sia Regionale e l'invio dei dati al Centro di Riferimento Nazionale e all'ECDC Europeo.

Rispetto ai programmi per il buon uso degli antibiotici, è stata garantita la partecipazione a tutti gli incontri del Gruppo Aziendale URA (Uso Responsabile Antibiotici). E' stata completata la stesura del Documento "*Linee Guida Aziendali di profilassi antibiotica in Chirurgia*".

Sorveglianza e controllo dei microrganismi multifarmaco-resistenti

Anche nel corso del 2016 sono proseguite in ambito aziendale le attività di sorveglianza e controllo della diffusione di microrganismi sentinella (*specie microbiche con particolari profili di resistenza agli antibiotici quali MRSA, VRE, C.difficile, eccetera*), compresi gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) in particolare se produttori di carbapenemasi (CPE) che, com'è noto, rappresentano un importante problema di sanità pubblica. Tutte le segnalazioni pervenute sono state registrate ed il relativo data-base locale regolarmente alimentato.

Nel 2016 le segnalazioni totali pervenute sono state oltre 2500, di cui 297 (12%) riguardavano isolamenti di CPE. Viene sistematicamente inviato un feed-back dei dati alle singole UU.OO./SSD (cronologico dell'isolamento, riepilogativo delle specie microbiche isolate).

E' stato mantenuto anche il monitoraggio tramite mappatura delle CPE nei vari contesti organizzativi. E' stato garantito l'invio all'ASSR (Area Rischi Infettivo).

E' inoltre proseguita la rilevazione, tramite apposita scheda, di tutti i casi di batteriemia causati da *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia-coli* non sensibili ai carbapenemi e produttori di carbapenemasi.

In base all'andamento della diffusione sono stati inoltre realizzati oltre 50 (>25% dei pazienti isolati) sopralluoghi per verificare la corretta implementazione delle misure d'isolamento per contatto. Gli esiti sono stati condivisi con i reparti coinvolti.

Progetto SICHER

L'attività si è sviluppata attraverso la verifica e controllo randomizzato dei dati caricati sull'applicativo; il caricamento ed invio dei dati in Regione; la restituzione dei dati, elaborati a livello regionale, alle Unità Operative coinvolte.

Il SICHER è stato dato come obiettivo di budget alle UU.OO. Chirurgiche Generali e Specialistiche. Gli incentivi sono stati assegnati a coloro che avevano raggiunto almeno il 70% degli interventi sorvegliati

Questi i dati più significativi inviati in regione:

- 8154 Interventi totali sottoposti a sorveglianza,
- 7422 Interventi non ortopedici,
- 732 interventi ortopedici.

Sono state riscontrate tutte le segnalazioni di evento infettivo e numerosi controlli *random* sono stati effettuati sulle schede di sorveglianza che non avevano esitato infezione. I tassi di infezione rilevati sono risultati in linea con quelli attesi a livello regionale.

L'adesione al sistema SICHER è stata complessivamente del **87%**: l'obiettivo regionale è stato quindi pienamente raggiunto.

La reportistica è stata regolarmente inviata ai Reparti ed è consultabile anche sulla pagina intranet dell'Azienda.

A metà 2016 è stato reso operativo il nuovo sistema informatico di Registro Operatorio Ormaweb presso tutti i Blocchi Operatori e con esso aggiornato l'applicativo "**Sorveglianza Infezioni**" per il progetto SICHER.

Visti i cambiamenti in atto non si è ritenuto opportuno procedere alla revisione della procedura in uso. Si è pertanto provveduto a fornire le indicazioni ai Reparti chirurgici rispetto alle nuove tempistiche di sorveglianza.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Partecipazione al sistema di sorveglianza SICHER calcolato come % di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza (il valore di copertura è stato calcolato considerando, per ciascuna Azienda, le tre categorie di intervento con il maggior numero di interventi sorvegliati)	75% di interventi non ortopedici sorvegliati sul totale di quelli inclusi nella sorveglianza	87%
Partecipazione al flusso "Laboratori - LAB" del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali (riferito alle aziende che hanno un laboratorio che effettua e referta esami di batteriologia)	invio quadrimestrale dei file nel rispetto della normativa e delle specifiche tecniche vigenti in termini di completezza e qualità dei dati	100%

Malattie Infettive Emergenti

Vengono trasmesse sistematicamente ai Responsabili/Coordinatori delle UU.OO./SS. Aziendali, le Circolari del Ministero della Salute riguardanti gli aggiornamenti epidemiologici internazionali. La documentazione è resa immediatamente disponibile e consultabile ai Professionisti tramite la pubblicazione sul sito intranet Aziendale.

Malattie Infettive e Parassitarie

E' proseguita l'attività di monitoraggio del flusso di denunce di Malattie Infettive provenienti dalle varie strutture aziendali e dirette all'ASL territoriale.

Nel corso del 2016 sono state inviate 1324 segnalazioni di malattie infettive.

A tal proposito, con l'intento di migliorare la qualità dei dati trasmessi al DSP dell'ASL di Parma. Sulla base delle indicazioni pervenute dal Ministero della Salute e dall'Assessorato Regionale Sanità e Politiche Sociali, è stato mantenuto il flusso ai Reparti delle indicazioni per la sorveglianza, prevenzione e controllo di alcune malattie di particolare rilievo epidemiologico: Malattie Creutzfeldt Jakob, MIB (Malattie Invasive Batteriche), Influenza, Epatite A, Malattia di Lyme, Poliovirus, Malaria, Infezione da Zika virus, eccetera).

Sono stati inoltre resi immediatamente disponibili, tramite pubblicazione sulla intranet aziendale, gli aggiornamenti epidemiologici internazionali riguardanti determinate malattie infettive (*Sindrome di Guillain Barrè, Infezione da Zika virus, Dengue, Ebola, Coronavirus, eccetera*).

Piano di sorveglianza e controllo malattia West Nile, Chikungunya, Dengue ed altre arbovirosi in Emilia Romagna 2016"

Sono state puntualmente rese operative le direttive regionali relative alla tematica in questione

Antisepsi e disinfezione

In AVEN, è stata garantita la partecipazione dei referenti aziendali agli incontri di valutazione (principi attivi, concentrazioni d'impiego, applicabilità sul campo, formati disponibili, ecc.) della gamma di antisettici/disinfettanti, che sono andati a comporre la lista della gara INTERCENT-ER.

Tra le attività realizzate nel corso dell'anno si segnala:

- l'estensione dell'impiego di salviettine pre-inumidite di clorexidina gluconato 2%, per l'igiene dei pazienti colonizzati/infetti di MDR;
- l'introduzione di clorexidina gluconato al 2% con colorante per la preparazione della cute all'intervento;

- l'esecuzione di corsi di formazione per favorire il corretto impiego dei nuovi dispositivi;
- l'implementazione del formato monodose di clorexidina gluconato 2% in alcool al 70%, da utilizzarsi dal personale del Team Picc Aziendale.

Sterilizzazione

La Centrale di Sterilizzazione Aziendale ha sviluppato attività di coordinamento e verifica dei monitoraggi microbiologici effettuati sulle sterilizzatrici a vapore e sulle sterilizzatrici STERIS e ISA System in dotazione a livello aziendale.

Nel corso del 2016 è continuato il coordinamento della sterilizzazione dei materiali termolabili da sottoporre a trattamento con ossido di etilene ricorrendo ad una ditta esterna. La sicurezza dei materiali è stata certificata tramite l'esecuzione di analisi chimiche e microbiologiche.

E' stata redatta apposita istruzione operativa per il test di controllo penetrazione vapore nei corpi cavi.

E' stata garantita la partecipazione alla Commissione di Gara Intercent-ER per la valutazione dell'idoneità dei prodotti (materiale confezionamento, indicatori chimici e biologici, eccetera) per la sterilizzazione dei dispositivi medici riutilizzabili.

Ampliata la sterilizzazione a perossido d'idrogeno (sistema STERRAD) a tutti i Pneumotacografi aziendali.

Igiene dei comportamenti

La UOC d'Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva ha provveduto a implementare le indicazioni igieniche da osservare per l'accesso dei Visitatori nei Reparti. Per facilitare l'adesione ai comportamenti suggeriti, le indicazioni sono state trasmesse a tutti i Reparti sotto forma di poster, da appendere all'ingresso e nelle camere di degenza.

Tali indicazioni non riguardano, ovviamente, i Reparti con Pazienti ad alta criticità, in cui restano in vigore le indicazioni restrittive a suo tempo fornite.

Sono state riviste le modalità comportamentali d'adottare per la gestione degli ambulatori dell'Ematologia ove si eseguono procedure assistenziali a maggior rischio infettivo. Anche in questo caso, si è ritenuto opportuno formalizzarle anche tramite poster.

Igiene delle mani

E' proseguita ed implementata l'analisi delle *check-list* di autocontrollo inviate dalle UU.OO. a cadenza trimestrale, ed utilizzate per supportare i reparti nell'analisi degli aspetti organizzativo-strutturali legati all'igiene delle mani.

Nell'ambito della realizzazione dell'Indagine di Prevalenza sulle Infezioni Correlate all'Assistenza ed uso degli antibiotici negli ospedali per acuti, sono stati verificati con i Coordinatori tipologia e collocazione dei dispenser, percentuale di erogatori presso il letto del paziente/il punto di cura; presenza di remainder nei *setting* assistenziali, loro collocazione e manutenzione.

Ove necessario, è stato richiesto il potenziamento dei punti dispenser di gel idroalcolico in modo da rendere la procedura immediatamente fruibile al punto d'impiego.

Per quanto riguarda i dati relativi al consumo di gel idroalcolico, si registra un *trend* in costante aumento negli ultimi quattro anni:

Anno	2013	2014	2015	2016
Consumo gel	8,3	11,6	12,2	13,4

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
------------	--------	-----------

Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	20lt./1000gg/degenza	13,4lt./1000gg/degenza
---	----------------------	------------------------

Sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi

Argomento presentato nel precedente paragrafo “Sorveglianza e controllo dei microrganismi multifarmaco-resistenti”, si specificano qui gli indicatori riportati in tabella.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Partecipazione al sistema di sorveglianza dei CPE con caricamento dei file mensili di sintesi sul sito sharepoint "ER-ReCI (Emilia-Romagna - Rete Controllo Infezioni)"	caricamento del file mensile con i dati CPE nel rispetto delle modalità fissate (caricamento del file da effettuare mensilmente anche in assenza di casi "zero reporting")	80%
Partecipazione al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE con compilazione delle relative schede sul sistema SMI (Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	compilazione di una scheda per ciascuna batteriemia da CPE diagnosticata in ospedale, in altra struttura di ricovero o in ambito territoriale nell'area di competenza dell'azienda sanitaria (invio dei dati da effettuare nel rispetto delle indicazioni ministeriali "Circolare del Ministero della Salute DGPRES 0004968-P-26/02/2013" e delle modalità di invio dati definite nel sistema SMI)	100%

Sicurezza Igienico-ambientale

Sono state mantenute e consolidate le attività di verifica e controllo degli di locali per salvaguardare e mantenere condizioni di sicurezza igienica ambientale idonee agli standard di riferimento (requisiti di autorizzazione ed accreditamento di struttura).

Nel corso del 2016 il programma di intervento è stato sviluppato attraverso la verifica ed il controllo di tutte le Unità Operative aziendali sottoposte a visite per l'autorizzazione all'esercizio e/o accreditamento.

Per ogni Struttura oggetto di Procedura Autorizzativa o di Accreditamento (Corelab, laboratorio Genetica Medica, CPMA, UO Ematologia e CTMO DH, SS Medicina Interna Dipartimento Emergenza Urgenza, SS Medicina d'Urgenza, Degenza Carcere, UO Clinica e Terapia Medica) si è provveduto a tutta la necessaria attività di verifica, aggiornamento e supporto alla certificazione.

La sanificazione ambientale

Per tutte le aree oggetto di manutenzione/ristrutturazione e lavori tecnici straordinari, al fine di ripristinare adeguate condizioni igieniche prima dell'avvio delle attività assistenziali, sono state predisposte precise indicazioni igieniche:

- disposizioni di sicurezza igienica per la gestione del cantiere
- organizzazione degli interventi igienici per l'attivazione delle nuove strutture (pulizia, disinfezione, flussaggio, ecc)
- aggiornare ai fini igienico-preventivi, la mappatura di classificazione delle destinazioni d'uso di tutti i locali.

Per l'Area Ambulatoriale e Day Hospital dell'UO Ematologia e CTMO e l'UO Cardiologia Terapia Intensiva e post-intensiva, ad elevata complessità, sono stati revisionati gli specifici protocolli di sanificazione/sanitizzazione ambientale.

Servizio Appaltato di Disinfestazione e Derattizzazione Ambientale

L'attività si è articolata su più livelli:

- Stesura del calendario annuale degli interventi programmati e controllo del rispetto da parte della ditta appaltatrice delle frequenze e modalità previste. Il monitoraggio attivo con esche per artropodi e ratti è stato sviluppato, utilizzando anche la mappatura sulle planimetrie degli edifici Aziendali.
- Nel Post-Intervento: verificate le relazioni delle coordinatrici sull'esito delle operazioni; la registrazione dei verbali degli interventi eseguiti dalla ditta appaltatrice; realizzati, sopralluoghi (n.25) per rilevare eventuali criticità emerse.
- Gestione delle segnalazioni di infestazioni pervenute dalle UU.OO., organizzando gli interventi necessari straordinari di bonifica (tot. 150).

Particolare impegno ha comportato il controllo della colonia dei piccioni sul territorio aziendale.

Nell'ambito della realizzazione di interventi strutturali preventivi e non cruenti, nel corso del 2016 al SAT ha provveduto ad installare le reti protettive per impedire la posa e lo stazionamento dei volatili.

E' stata attivata una collaborazione con la Multi-utility ambientale (Iren) che ha condotto, sulla base dell'attinente piano provinciale, alla stesura di un progetto tecnico per la cattura dei piccioni.

E' proseguita la lotta alla zanzara all'interno del territorio aziendale in conformità alle indicazioni contenute nel "Piano di sorveglianza e controllo malattia West Nile, Chikungunya, Dengue ed altre arbovirosi in Emilia Romagna 2016".

Si rileva con soddisfazione che gli interventi preventivi messi in atto sono stati efficaci, in quanto le infestazioni delle aree esterne sono state poco significative e non è stato necessario effettuare alcun intervento abbattente - adulticida per infestazioni nei reparti o strutture aziendali.

Il Sistema di monitoraggio microbiologico ambientale delle aree a carica microbica controllata

L'attività in questione, prevista dalle normative sull'accreditamento delle strutture sanitarie, si è sviluppata con le seguenti iniziative:

Monitoraggi ambientali delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici - in conformità a quanto previsto dalle UNI EN ISO 14644:2001, 14698:2004 e 11425:2011, nonché dal Documento ISPESL del 2009 "Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio" e la Circolare Regionale PG/2012/188026 del 31.07.2012, è stata realizzata l'attività di monitoraggio ambientale delle sale operatorie e dei locali equiparabili per attività ad una sala operatoria.

Nel rispetto delle indicazioni regionali, è stata predisposta la programmazione dei monitoraggi particellari e microbiologici delle sale operatorie, secondo quanto previsto dalle UNI EN ISO 11425:2011.

Sono stati verificati 46 ambienti in totale di cui 32 Sale Operatorie in 13 Comparti Operatori; 2 Sale Angiografiche; 3 Sale Cardiologia Interventistica (Emodinamica ed Elettrofisiologia) e 9 Ambulatori Chirurgici.

In totale sono stati svolti n. 60 monitoraggi particellari e n. 55 monitoraggi microbiologici.

Tutti gli ambienti sono stati classificati conformemente a quanto previsto dalle norme, ciascuno in funzione della tipologia di attività svolta.

Monitoraggi ambientali delle Camere Bianche e dei Laboratori adibiti a lavorazione di cellule e tessuti umani -in linea con quanto previsto dalle GMP Annex-1 2008 ed, in ottemperanza alla legislazione in vigore sono stati inoltre verificati con cadenza semestrale i locali adibiti a "camera bianca" o a Laboratorio per la lavorazione di cellule e tessuti umani, comprese le cappe/isolatori ivi presenti.

I locali interessati dai controlli "at rest" ed in "operational" sono stati: Laboratorio Cellule Staminali, Unità di Manipolazione Chemioterapici Antitumorali (UMaCa), Centrale di Sterilizzazione, Locale Preparazione Parenterali della Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Centro Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), per un totale di 23 ambienti e 10 cappe.

In linea con le Linee Guida CDC “Prevenzione delle infezioni opportunistiche nei trapianti di cellule staminali emopoietiche”, si è provveduto ad eseguire i monitoraggi ambientali anche presso il Centro Trapianti Midollo Osseo.

La programmazione complessiva prevista è stata ampiamente rispettata e gli ambienti sono stati classificati conformemente ai parametri previsti dalla normativa di riferimento. I controlli ambientali hanno inoltre consentito di presidiare gli aspetti di sicurezza igienica ambientale dei processi assistenziali svolti.

Monitoraggio microbiologico delle preparazioni parenterali: è stata pianificata e coordinata l’attività di sia presso l’UMaCA, sia presso la TIN, atta a validare il processo di allestimento delle preparazioni. In collaborazione con l’Unità di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Parma, sono stati realizzati i controlli sulle preparazioni allestite in UMaCA (376) ed in TIN (51). Gli esiti hanno confermato l’appropriatezza delle procedure in essere. Gli esiti delle indagini sono stati regolarmente notificati ai Responsabili/Referenti dei vari Settori.

Prevenzione e controllo della Legionellosi

Le attività poste in essere sono state approvate e condivise nell’ambito degli incontri del Gruppo Multidisciplinare Rischio Legionella Aziendale ed hanno riguardato:

Sorveglianza attiva delle polmoniti ricorrendo alla ricerca dell’antigene urinario della Legionella ed al dosaggio degli anticorpi specifici, per i casi in cui esiste un fondato sospetto clinico-epidemiologico di diagnosi per Legionellosi.

Nel corso del 2016 l’AOUPR ha segnalato al competente Servizio Igiene pubblica dell’AUSL di Parma n. 71 polmoniti da legionella sospette/accertate tutte di origine comunitaria: 5 rivelati NON casi (diagnostica di laboratorio negativa) e 66 con antigene urinario positivo. Non sono stati segnalati casi di Legionellosi di origine nosocomiale.

Alla fine di Settembre 2016, l’Azienda Ospedaliera è stata partecipata all’inchiesta epidemiologica avviata da AUSL di Parma relativa al Cluster Epidemico evidenziato sul territorio del Comune di Parma (Quartiere Montebello). In tale contesto si è provveduto a:

- Trasmettere le segnalazioni al competente Servizio di Igiene Pubblica dell’AUSL di Parma, secondo modi e tempi previsti da normativa.
- Inviare quotidianamente a RER ed AUSL di Parma per tutto il mese di Ottobre 2016, un bollettino aggiornato dei casi segnalati dall’AOUPR (nuovi ingressi, ricoveri/dimissioni, condizioni cliniche, eccetera).
- Partecipare agli incontri del Gruppo Tecnico istituito a livello comunale.
- Partecipare agli incontri ed alle attività dell’Unità di Crisi Regionale istituita Determinazione n. 15703 del 07/10/2016 del Direttore - Direzione Generale Cura Della Persona, Salute e Welfare.
- Revisionare le cartelle cliniche dei pazienti trattati presso AOUPR per raccogliere i dati relativi ai predittori clinici per legionellosi individuati dalla RER e da ISS.
- Effettuare indagini colturali di materiale respiratorio (escreato, BAS e BAL) ai pazienti ricoverati, compatibilmente con le condizioni cliniche e la presenza di tosse produttiva, processati dal Laboratorio Regionale di riferimento del Policlinico di Modena.
- Eseguire monitoraggi microbiologici supplementari sulle Torri evaporative della Centrale Frigorifera Aziendale a Gestione SIRAM, peraltro mai segnalate dal Gestore positive per presenza di Legionella (ultimi controlli effettuati da SIRAM maggio 2016): i campionamenti sono stati eseguiti contemporaneamente da tre Organismi differenti: ARPA per conto AUSL, Laboratorio CONAL per conto di SIRAM e Istituto di Igiene per AOUPR.

In ottemperanza all’ordinanza sindacale del 7.10.2016, in data 10.10.2016 le Torri evaporative sono state oggetto di bonifica straordinaria (pulizia e disinfezione).

Monitoraggi microbiologici sull’impianto idrico aziendale: sono stati realizzati tutti i monitoraggi previsti dalla programmazione. I campionamenti sono stati suddivisi tra la Ditta SIRAM in qualità di Gestore degli impianti e l’Unità di Sanità Pubblica dell’Università degli Studi di Parma.

Al Gestore degli impianti sono stati affidati i monitoraggi microbiologici dei punti individuati come critici dal Documento di Valutazione del Rischio Aziendale: centrale termica, sotto-centrali dei vari Padiglioni e terminali idrici considerati più distali rispetto alla distribuzione dell'impianto idrico di tutti i Padiglioni.

Il Gestore degli Impianti ha provveduto a formalizzare la Procedura adottata per l'esecuzione dei monitoraggi di competenza, revisionata ed integrata dall'UO Igiene Ospedaliera, per essere completamente in linea con le Linee Guida Ministeriali.

In ottemperanza a quanto indicato nelle nuove Linee Guida Ministeriali del 2015, è stata incrementata la frequenza di monitoraggio da annuale a semestrale

I campionamenti eseguiti nei mesi di Maggio e Novembre 2016 sono stati 120 su acqua calda sanitaria, 64 su acqua fredda sanitaria e 4 su acqua fredda delle Torri evaporative. Le analisi hanno contemplato la ricerca quantitativa e tipizzazione di Legionella.

L'Unità di Sanità Pubblica si è occupata dell'esecuzione dei monitoraggi microbiologici dei terminali idrici dei reparti individuati dalla VDR.

Le verifiche hanno compreso la ricerca quantitativa e la tipizzazione di Legionella, il rilievo delle temperature e la quantificazione del cloro attivo presente nell'acqua. In totale sono stati eseguiti 80 campionamenti.

Gli esiti hanno mostrato che *Legionella spp* è presente praticamente in quasi tutti gli impianti idrici delle Strutture aziendali. Però, solo in due Padiglioni è stato necessario eseguire interventi di bonifica atti a ricondurre i valori microbiologici nei livelli d'accettabilità previsti da Linee Guida.

Alla luce di quanto emerso, il SAT ha provveduto a verificare, sia gli interventi correttivi posti in essere dal Gestore sugli impianti, sia le attività di manutenzione ordinaria previste da Appalto.

Gestione Filtri antibatterici per terminali idrici: è continuata l'attività di gestione /manutenzione dei filtri antibatterici applicati sui terminali idrici installati nei reparti considerati a maggior rischio. Nel 2016 erano presenti i filtri antibatterici su 507 terminali, tutti acquisiti tramite Intercent-ER.

Gli esiti dei test di integrità di membrana svolti con cadenza bimestrale su un campione di filtri esausti, hanno sempre mostrato l'integrità della membrana di filtraggio dopo i 62 giorni d'utilizzo, a dimostrazione della corretta funzionalità dei dispositivi anche al termine del periodo di impiego previsto.

Flussaggio dei terminali idrici: è stata data ribadita l'informativa a tutte le UU.OO. sull'importanza di realizzare questa attività preventiva. Particolare riguardo ed attenzione rispetto al flussaggio è stata richiesta per tutti i terminali idrici presenti nei reparti temporaneamente chiusi, prima della loro riapertura.

Valutazione del rischio: ha preso avvio la stesura di un nuovo Documento di Valutazione dei Rischi secondo le direttive impartite dai competenti uffici regionali .

Controlli di qualità dell'acqua destinata a trattamenti dialitici

La depurazione dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici avviene tramite un complesso sistema di preparazione della stessa a più stadi, ognuno dei quali partecipa a determinarne la qualità.

In linea con quanto previsto dal Documento di riferimento del S.I.N. "Linee Guida su acque e soluzioni per dialisi - 2005", sono stati eseguiti, con cadenza periodica, controlli chimici e microbiologici dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici, per garantire e documentare il corretto funzionamento del sistema di produzione della stessa entro limiti costanti di sicurezza.

I monitoraggi microbiologici in questione sono affidati all'Unità di Sanità Pubblica del Dipartimento S.Bi.Bi.T. dell'Università degli Studi di Parma, mentre i monitoraggi chimici all'ARPA Sezione Provinciale di Reggio Emilia.

L'attività è stata svolta in base ad una programmazione annuale predisposta in collaborazione con i Direttori delle UU.OO. interessate.

I campionamenti svolti sull'impianto di pretrattamento hanno consentito d'individuare alcune criticità che sono state risolte con interventi di bonifica impiantistica.

Allo stato attuale i controlli di qualità effettuati evidenziano che tutti i parametri chimici e microbiologici dell'acqua sono conformi ai valori soglia indicati dal S.I.N.

Non vi sono evidenze di eventi avversi sui pazienti sottoposti a dialisi correlabili a livelli qualitativi non idonei del dialisato.

Il supporto alle attività di verifica dei requisiti di accreditamento

Come previsto dalla DGR 1604/2015, al fine di analizzare i Requisiti dell'Intesa Stato Regioni per l'Accreditamento, definire e standardizzare le evidenze necessarie per la soddisfazione dei criteri, sono stati programmati e realizzati specifici incontri tra i RAQ (Referenti Aziendali per la Qualità) delle Aziende sanitarie pubbliche dell'AVEN (Modena, Reggio Emilia, Parma, Piacenza). Grazie a tali incontri è stato condiviso un documento che è stato inviato in ASSER-Funzione Accreditamento come contributo all'applicazione della precitata Intesa.

L'AOU di Parma ha inoltre aderito al Progetto Regionale "Accompagnamento delle Aziende per l'implementazione dei requisiti previsti dall'Intesa" che ha previsto la formalizzazione di un gruppo di lavoro, composto da rappresentanti della Funzione Accreditamento, rappresentanti delle Aziende sanitarie pubbliche, a cui hanno partecipato 3 professionisti dell'Azienda, finalizzato all'analisi comparativa dei requisiti in rapporto al modello attualmente vigente, alla definizione dei livelli di applicabilità dei nuovi requisiti e alla individuazione delle specifiche evidenze.

Tutta la documentazione è in fase di valutazione da parte dell'ASSER-Funzione accreditamento.

La SSD Governo Clinico, gestione del rischio, coordinamento qualità accreditamento, ha inoltre elaborato un percorso formativo, parte integrante del PAF, e tutto il materiale didattico. I contenuti di tale formazione sono stati strutturati sulla base del confronto e autovalutazione sulla corrispondenza tra i requisiti del modello regionale e i requisiti dell'intesa e sull'analisi delle novità emergenti. In attesa dei nuovi requisiti regionali e in considerazione del fatto che il nuovo modello, a partire da quello attuale, probabilmente coinvolgerà maggiormente la Direzione Aziendale nella valutazione del Sistema Qualità, la SSD Governo Clinico ha programmato con il Direttore Sanitario di inserire nel tavolo di formazione, promosso dalla Direzione Sanitaria, i nuovi contenuti su questo tema allargando la partecipazione ai Servizi Aziendali specificatamente coinvolti dal nuovo modello di Accreditamento.

La documentazione relativa ai criteri dell'Intesa è stata da tempo condivisa con tutti i professionisti dell'Azienda sulla pagina Intranet dedicata ai Nuovi Modelli organizzativi & Accreditamento, nonché diffusa nei corsi di formazione dedicati all'Accreditamento Istituzionale della Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

L'Azienda ha da sempre sostenuto la partecipazione dei propri professionisti inseriti nell'elenco dei valutatori regionali, per l'effettuazione delle visite di verifica e la partecipazione alle iniziative di formazione e aggiornamento funzionali al mantenimento delle competenze. Nel corso del 2016 sono stati prevalentemente impegnati i professionisti dell'Azienda, valutatori del sistema sangue, per le visite ai Servizi Trasfusionali della Regione.

La formazione dei valutatori è stata anche mantenuta mediante la partecipazione dei valutatori stessi agli Audit interni, che nel corso del 2016 è continuata, così come programmata, nelle UU.OO. dell'Azienda.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Produzione di un report di audit e di autovalutazione	SI	SI
Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica / numero di valutatori convocati	70%	100%
Numero di valutatori partecipanti alle attività formative/ numero di valutatori convocati	90%	100%

La promozione di politiche di equità e partecipazione

In linea con le indicazioni dell’Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, nell’ambito delle attività dell’Osservatorio Equità & Diversità, l’Azienda ha individuato un referente aziendale della SSD Governo Clinico per il tema regionale Equità.

Il Referente Aziendale ha partecipato ai corsi di formazione regionali previsti per l’utilizzo dello strumento EqIA (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nel Piano Regionale della Prevenzione nella prospettiva dell’Equità.

Inoltre il Referente Aziendale ha coinvolto i professionisti dell’AOUPR ai momenti di formazione regionali sullo strumento EqIA insieme all’Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e alle altre Aziende dell’AVEN. In tali giornate sono state sperimentate utilizzate per la prima volta le schede EqIA.

Congiuntamente al Referente Aziendale Equità dell’AUSL le schede EqIA sono state utilizzate per il Progetto 6.6 del Piano Regionale della Prevenzione “Prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche” con particolare riferimento a “Sovrappeso ed obesità in età pediatrica”.

Il gruppo Interaziendale e multiprofessionale coinvolto per agire lo strumento EqIA ha formulato contributi e spunti utili alla risoluzione delle criticità generate dalla prescrizione dell’esercizio fisico e dalle opportunità di accesso agli impianti sportivi cittadini, proponendo l’istituzione di gruppo di lavoro permanente su questi aspetti.

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Partecipazione di un gruppo di operatori definito in azienda alla giornata di formazione per area vasta sull’applicazione dell’EqIA nel PRP e partecipazione all’incontro di follow up concordato localmente	SI	SI
Valutazione tramite EqIA su almeno un Progetto specifico per ciascuna delle schede del PRP individuate in accordo con il Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica, ovvero scheda 6.6	SI	SI

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

L’Azienda si è impegnata nel 2016 nella progettazione e realizzazione di tre importanti iniziative formative mirate allo sviluppo di competenze professionali con previsione di strumenti per la valutazione dell’efficacia degli apprendimenti e valutazione di ricaduta formativa e misurazione della capacità di trasferire il contenuto appreso nel contesto di lavoro. Tali progetti sono dettagliati nelle schede descrittive di seguito riportate, che specificano anche il numero di edizioni realizzate o in corso di realizzazione e che danno la misura dell’impegno profuso per tale attività.

I primi due progetti formativi presentati sono caratterizzati dalla metodologia *blended* e finalizzati al trasferimento degli apprendimenti dei partecipanti nei propri contesti di lavoro.

TITOLO	OBIETTIVI	TEMPISTICA	MODALITA’ DI VALUTAZIONE
Potenziamento delle clinical competences delle diverse figure professionali, nella gestione del paziente sieropositivo (dall’accoglienza alla dimissione)	Rafforzare e aggiornare le competenze in merito a: epidemiologia, farmaci anti-HCV, rischio biologico, lotta contro lo stigma, al fine di migliorare le capacità di affrontare le diverse emergenze infettive connesse all’HIV- AIDS, anche in riferimento alla	Inizio: aprile 2016 Termine: dicembre 2016 Valutazione di ricaduta: aprile 2017	<u>Ricadute organizzative</u> Produzione di strumenti e prodotti relativi alle Clinical Competence in area infettiva, di cui sono valutati i livelli di autonomia e responsabilità
Progetto realizzato in 2 edizioni		ore di formazione	
Tipologia formativa: blended			

Target: medici, infermieri, ostetriche, OSS (68 partecipanti in totale)	donna in gravidanza	residenziale (attiva e interattiva): 36 ore di fsc: 40	posseduti dai professionisti, con <u>checklist operative</u>
Formazione manageriale dei coordinatori infermieristici e tecnici Formazione in realizzazione per almeno 4 edizioni Tipologia formativa: blended Target: coordinatori infermieristici e tecnici (in totale circa 100 partecipanti previsti)	Acquisire conoscenze e abilità nell'analisi e progettazione organizzativa Acquisire competenze comunicative per la comunicazione interna ed esterna Acquisire competenze di network Acquisire competenze in tutorship per l'apprendimento clinico Sviluppare le capacità di formazione on work	Inizio: dicembre 2016 Termine: giugno 2017 Valutazione di ricaduta: ottobre 2017 ore di formazione residenziale (attiva e interattiva): 47 ore di fsc: 20	1) presentazione di un piano di riorganizzazione della propria U.O. (cut off – 70% dei partecipanti al corso); 2) numero di coordinatori che formulano gli indicatori di performance organizzativa per il budget 2017 (cut off – 70% dei partecipanti al corso).

Segue un terzo progetto che si caratterizza inoltre per la presenza di una valutazione di outcome del processo formativo.

TITOLO	OBIETTIVI	TEMPISTICA	MODALITA' DI VALUTAZIONE
Corso Acute Cardiuvascular Care HF SIM & CRM ANMCO-SIMEU esecutore Tipologia formativa: simu-learning Corso realizzato in 2 edizioni Target: medici, infermieri (16 partecipanti totali)	Diffusione delle tecniche di simulazione ad alta fedeltà con principi di Crisis Research Management, CRM, per la formazione del personale sanitario, medici ed infermieri che operano nel settore emergenza/urgenza; miglioramento della performance dei singoli operatori e dei team assistenziali; miglioramento delle technical e non technical skills, miglioramento degli outcome dei pazienti colpiti da ACC, aderenza alle Linee Guida "International Liaison Committee On Resuscitation" (ILCOR).2015	Inizio: aprile 2016 Termine: maggio 2016 ore: 6 di simulazione +2 di valutazione di trasferimento degli apprendimenti nei comportamenti Valutazione di ricaduta: dicembre 2016	Valutazione delle no technical skills attraverso l'analisi comparativa di registrazioni video relative alla simulazione d'interventi in emergenza rappresentati all'interno del corso in sala dedicata Questionari di valutazione di ricaduta proposti a 6 e 12 mesi di distanza dalla fine del corso sul miglioramento degli outcome dei pazienti colpiti da ACC

Indicatori

Indicatore	Target	Risultato
Progettazione di eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	Almeno 2	2 eventi progettati e realizzati in più edizioni
Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	Almeno 1	1 evento progettato e realizzato