



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOO000

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000472

DATA: 28/06/2018 13:59

OGGETTO: Approvazione "Relazione alla performance anno 2017" dell'Azienda Ospedaliero –
Universitaria di Parma.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Fabi Massimo in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Balestrino Antonio - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Bodrandi Paola - Direttore Amministrativo

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-12]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale

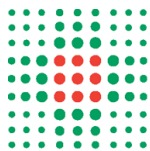
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000472_2018_delibera_firmata.pdf	Bodrandi Paola; Fabi Massimo; Balestrino Antonio	7B8EE013203C316A76A7DF104B89DD9A 854874222CCD192399D27E75E6EAFBB
DELI0000472_2018_Allegato1.pdf:		5D76DBA4209E183186BFB2C19DDE7393 6C32E0D1B2E5D7EB6A5E2BFE7283FAE3
DELI0000472_2018_Allegato2.pdf:		DA973B63838E5ADBD7C73BC2EB18F41E AD04C40FE7F65F7DBE731A4BD1D22258 0



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

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



DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione “Relazione alla performance anno 2017” dell’Azienda Ospedaliero – Universitaria di Parma.

IL DIRETTORE GENERALE

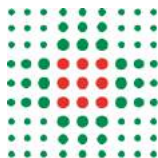
VISTO il D.Lgs n.150 del 2009 e ss.mm.ii avente oggetto “Attuazione della Legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, ed in particolar modo gli articoli:

- n.14 il quale istituisce l’Organismo indipendente di Valutazione della performance;
- n.10 nel quale viene stabilito che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente “un documento, da adottare entro il 30 giugno, denominato: «Relazione sulla performance» che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato”;
- n.16 che definisce le modalità applicative agli enti del Servizio sanitario nazionale di principi e disposizioni contenuti nel decreto stesso, prevedendo l’emanazione di specifica disciplina regionale in materia;

RICHIAMATI inoltre:

- la Legge n. 190/2012, così come modificato dall’art.41 del D.Lgs n. 97 del 2016, che all’art. 1 comma 8-bis definisce che “L’Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza”;
- il D.Lgs. 33/2013, così come sostituito dall’Art.1 comma 1 del D.Lgs. n.97 del 2016, e in particolare l’art.44, che prevede che l’OIV verifichi la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l’integrità e quelli indicati nel Piano della performance, valutando altresì l’adeguatezza dei relativi indicatori;
- l’Art.49 della Legge della Regione Emilia Romagna n.43 del 2001, sostituito dall’Art. 6 della L.R. n. 26 del 2013 con il quale viene istituito l’Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Regionale;

DATO ATTO che la Regione Emilia Romagna con propria Delibera di Giunta Regionale n.334 del 2014 inerente “Approvazione della disciplina per l’attivazione e il funzionamento dell’organismo indipendente di valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l’Agenzia Regionale per la Prevenzione e l’Ambiente (ARPA)” ha introdotto il Ciclo di Gestione delle Performance, con il quale si definiscono i processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione



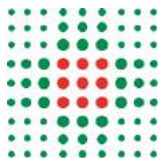
verso il sistema degli stakeholders, le cui modalità e tempi sono definiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario regionale e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (nel seguito OIV-SSR);

CONSIDERATO, inoltre, che la Regione Emilia Romagna con propria Deliberazione di Giunta n. 705/2015, ha rafforzato i principi di imparzialità, trasparenza e terzietà dei processi di valutazione dei Direttori generali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale, ed ampliato le competenze dell'OIV-SSR, già definite con DGR 334/2014, includendo anche “la valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali, ivi compresa quella relativa ai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale”;

RICHIAMATA la Delibera 1/2014 dell'OIV-SSR inerente “Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS” nella quale viene promossa l'adozione del Piano della Performance aziendale, mediante il quale si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati, di fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder. Attraverso il Piano delle Performance, l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, il grado di performance che intende conseguire e di evidenziare le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare gli eventuali scostamenti da tale valore atteso, in linea con gli obiettivi nazionali, le linee di indirizzo regionali ed il principio generale di contenimento della spesa, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino e più in generale di tutti gli stakeholder coinvolti;

RICHIAMATE altresì le deliberazioni, di seguito elencate, dell'OIV-SSR:

- n. 2/2015 ad oggetto “Linee guida ed indirizzi operativi per Azienda e OAS” con la quale vengono confermati e sviluppati i contenuti della deliberazione n. 1/OIV ;
- n. 3/2016 ad oggetto “Aggiornamento delle linee guida sul Sistema di misurazione e valutazione della performance” definisce l'indice ed i rispettivi contenuti del documento “Piano delle Performance” e di conseguenza una nova struttura e dei nuovi contenuti del documento “Relazione sulla Performance”;
- n. 4/2016 ad oggetto “Prevenzione Corruzione e Trasparenza: prime indicazioni, ai sensi del D.Lgs. n. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali” di aggiornamento della delibera n. 2/2015 dell'OIV-SSR predisposto alla luce delle modifiche normative intervenute con D.Lgs. 97/2016 e con il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016;
- n. 5/2017 ad oggetto “Sistema di valutazione integrata del personale: Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali” che, in coerenza con quanto stabilito dalle citate delibere n. 1/2014 e n. 2/2015 dell'OIV-SSR, fornisce un quadro di riferimento metodologico per le Aziende nell'ambito dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali per la realizzazione di un Sistema aziendale di valutazione integrata del personale.



RITENUTO necessario procedere alla formale adozione del documento “Relazione sulla Performance 2017” in cui sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2017, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano delle Performance 2016-2018 adottato con propria deliberazione n.257/2016, 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;

DATO ATTO CHE: Il documento allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, è stato redatto dall'Ufficio Programmazione e Controllo di Gestione in collaborazione con i Servizi Amministrativi, Tecnici, Servizi in Staff e la Direzione Sanitaria, ed è stato elaborato sulla base degli indirizzi previsti nelle sopracitate delibere;

CONSIDERATO che in applicazione dell'art.11 comma 3 del decreto legislativo 27 ottobre 2013 n.150 corre l'obbligo per la pubblica amministrazione della pubblicazione della relazione nella sezione Amministrazione Trasparente, al fine della consultazione da parte di portatori di interessi esterni;

Delibera

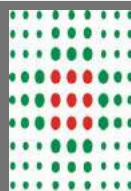
Per le motivazioni esposte in premessa:

1. di adottare il documento “Relazione sulla Performance 2017”, allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, secondo le indicazioni dall'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV) così come declinate in preambolo;
2. di pubblicare la presente delibera e la suddetta Relazione sul sito Internet dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (www.ao.pr.it) nella sezione Amministrazione Trasparente – Performance;
3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Elisa Aliani

2018



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

Relazione sulla Performance 2017

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2017, 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

Sommario

1. Premessa	4
2. Executive summary	5
Facilitazione all'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero	5
Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico.....	6
Attività di prevenzione e promozione della salute	6
Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza	7
Riordino dell'Assistenza Ospedaliera	8
Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico.....	8
Governo della domanda ed appropriatezza degli interventi in ambito ospedaliero, specialistico e farmaceutico.....	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
Anticorruzione e Trasparenza.....	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
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
Condivisione di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie.....	14
La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie	14
Valorizzazione capitale umano	14
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa	15
Governo 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.....	27
iii. Area di performance degli esiti: Indicatori	29

a.	Dimensione di performance dei processi interni.....	30
i.	Area di performance della produzione.....	30
ii.	Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico	33
iii.	Area di performance dell'organizzazione	40
iv.	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza	44
b.	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo.....	45
i.	Area di performance della ricerca e della didattica	45
ii.	Area di performance dello sviluppo organizzativo.....	50
c.	Dimensione di performance della sostenibilità	53
i.	Area di performance economico-finanziaria	53
ii.	Area di performance degli investimenti	59
4.	Conclusioni	69
5.	Allegati.....	69

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 2017, 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”, n. 3/2016 “Aggiornamento delle Linee Guida sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance” e n. 4/2016 “Prevenzione, Corruzione e Trasparenza”; vi sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2017, 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 2017 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 830/2017” 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 2017 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. Nel corso del 2017 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 facendo anche ricorso all’utilizzo della quota derivante dall’applicazione del 5% prevista dall’art. 2 del D.L. 13/09/2012 n. 158. Per quanto riguarda l’anno 2017 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. 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.

Per quel che riguarda la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, l’Azienda ha proseguito le diverse azioni intraprese nel 2016 atte a riposizionare le regole del sistema di gestione delle liste d’attesa, delle attività ad esse correlate per il raggiungimento degli obiettivi regionali. Inoltre sono state progettate e pianificate numerose strategie per il miglioramento degli indici di performance in coerenza con la normativa regionale e con le linee di indirizzo per la gestione delle liste d’attesa dei ricoveri programmati che integrano ed implementano quelle già intraprese a partire dal 2016 relative alla riorganizzazione delle attività chirurgiche per linee di patologia e l’identificazione del Responsabile Unico Aziendale nel Responsabile Organizzativo delle Attività Chirurgiche.

(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

In merito al DRG 008, con particolare riferimento all'asportazione di neurofibromi, eseguiti in questa Azienda elettivamente presso la U.O.C. di Chirurgia Plastica, si rappresenta che la scrivente rimane in attesa di riscontro da parte della regione a nota del Direttore Sanitario in cui, documentando casistica e complessità chirurgica dei casi, si richiedeva il riconoscimento di Centro di Riferimento Regionale per il trattamento chirurgico della patologia neurofibromatosi, essendo già riconosciuta questa Azienda come Centro di Riferimento Regionale per la fase diagnostica di tale patologia

E' proseguita anche nel 2017 l'attenzione ad un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 e nel percorso Basso Rischio in Sala Parto (180 parti vs 160 del 2016), in conformità alle linee guida internazionali e alla normativa regionale sul percorso nascita.

Anche nel 2017 è stata assicurata l'assistenza appropriata al parto, con l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07, ottenendo una percentuale di donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto (farmacologica e non farmacologica) pari al 4,13%.

In relazione agli obiettivi previsti per le funzioni di Procreazione Medicalmente Assistita all'interno della D.G.R. 830/2017, il CPMA di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2017 ha completato l'invio dei dati relativi alle prescrizioni contenute nella DET. 13623 del 28-08-2017 per l'accreditamento del Centro. **(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.

L'Azienda, attraverso la SSD Governo Clinico ha diffuso, implementato e messo a disposizione lo strumento dell'EqIA (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nel presente Piano Regionale della Prevenzione nella prospettiva dell'equità.

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 2017 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.

Durante l'anno 2017, la nostra Azienda, si è attivata per dare corso alle disposizioni contenute nella Circolare Regionale n. 18 - prot. PG/2016/0749669 del 05/12/2016 - Specifiche *per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL* e Infezione del sito chirurgico (SIChER) - Anno 2017, con cui la Regione dava precise indicazioni per portare a sistema due flussi informativi, fino ad allora separati, integrando i contenuti con la nuova SDO.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma offre attività di II livello e III livello rispetto al Servizio di Screening tumori collo dell'utero della AUSL di Parma, mentre per quel che riguarda lo Screening del tumore colon-retto l'AOU esegue attività come II livello. La collaborazione tra Servizio di screening dell'AUSL e i servizi dell'AOU permane anche con riferimento al tumore alla mammella, sia a livello diagnostico che chirurgico.

Nel 2017 è stata formalizzata la realizzazione del Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale, con il completamento della formazione degli infermieri di CO 118 all'utilizzo dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico.

(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 STAM e STEN

Con delibera n. 621 del 30/12/2016, sono state formalizzate le due procedure Interaziendali che definiscono le modalità operative per la regolamentazione delle connessioni tra i centri Hub and Spoke delle province di Parma e Piacenza. Nel 2017 è proseguita l'attività di Trasporto Assistito Materno (STAM) dai punti nascita del territorio Parma-Piacenza. nel 2017 si sono tenuti due incontri di aggiornamento tra il personale del 118 e il personale ostetrico per la gestione delle urgenze/ emergenze ostetrico/ ginecologiche e per la determinazione del codice colore.

Per quanto riguarda lo STEN, nel corso del 2017 è stato realizzato il corso di formazione dal titolo ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE D'EMERGENZA (STEN). Inoltre nel corso dell'anno alla costituzione di gruppi di lavoro formati da medici ed infermieri dell'Unità operativa di Neonatologia, per condividere e discutere le criticità eventuali presenti nei vari passaggi che costituiscono il processo del trasporto.

Percorso IVG

Nel 2017, 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.

Dimissioni protette in pazienti fragili – Piano unico di Dimissione

All' interno dei processi di integrazione ospedale-territorio è proseguito anche nel 2017 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

I già attivi Gruppi di Lavoro interaziendali hanno proseguito le attività sui seguenti temi:

- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera
- Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani
- Pazienti a rischio di ospedalizzazione

I lavori dei gruppi di cui sopra hanno concretizzato, tra le varie azioni, due macroprogetti interaziendali:

- il progetto “UNITÀ MOBILE MULTIDISCIPLINARE PER IL MALATO FRAGILE POLIPATOLOGICO;
- PROTOCOLLO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE DIMISSIONI PROTETTE E DIFFICILI.

Inoltre, ad integrazione dei processi summenzionati nel Protocollo d’Intesa operativo dal 30/03/2017 sin dalla fine del 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale con l’obiettivo di definire un progetto per la realizzazione di un Punto Unico di Dimissione all’interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria che consentirà di rafforzare la sinergia tra tutte le utili interfacce degli Enti Sanitari e locali che costituiscono la rete dei servizi sul tema.

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

Riordino dell’Assistenza Ospedaliera

Sono proseguite per l’anno 2017 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 alle procedure di soccorso, sono state svolte azioni di miglioramento seguendo linee guida quali l’ampliamento delle postazioni d’accesso al PACS di Piacenza per la trasmissione delle immagini; la 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 e la 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).

E’ proseguita anche nel 2017 l’attenzione ad un’assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l’assistenza ostetrica nell’Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377), 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. seguito dell’approvazione dei nuovi LEA, nel 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale che ha valutato l’applicabilità dell’accesso alla diagnosi prenatale, sia non invasiva che invasiva, a tutte le donne che lo richiedono, che ha esitato nella elaborazione di un documento, interaziendale, contenente le modalità operative.

In riferimento all’Interoperabilità della centrale 118, è 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.

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

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.

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).

Nel corso del 2017 sono stati verificati gli Obiettivi Annuali 2016 per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e sono stati definiti i nuovi obiettivi 2017. La rendicontazione e la programmazione sono state diffuse ai Professionisti (nota prot. n. 32066 del 12/09/2017 “Rendicontazione Obiettivi 2016 del Piano programma per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio 2016-2018 e Obiettivi 2018”).

In base a quanto previsto dagli obiettivi correlati alla sicurezza delle cure nella DGR 830 del 12/06/2017 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del SSR per l’anno 2017”, e in attuazione della L. 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, coordinamento Qualità e Accreditamento ha provveduto anche alla stesura della Relazione Annuale Consuntiva, attenendosi alle indicazioni contenute nella “Guida Regionale per la stesura del Report del Piano Programma Sicurezza delle cure (PPSC).

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

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. Nel 2017 è stato avviato il Polo Distributivo HIV presso la UO Malattie Infettive quale modello organizzativo integrato ospedale-territorio per la gestione delle terapie farmacologiche dei pazienti HIV-positivi con l’obiettivo di garantire un percorso strutturato e standardizzato condiviso tra l’U.O. 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 DMLE 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, avvicinando l’andamento prescrittivo alla media regionale. 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”)

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

Tra gli obiettivi da perseguire nel corso del 2017 di particolare rilevanza ed impegno è stato il completamento del processo di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico avviato nel corso del 2016.

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;
- FUNZIONALE, che pur non incidendo sulle strutture esistenti, è finalizzata a creare importanti e costanti sinergie programmatiche ed operative tra gli ambiti interessati;
- COLLABORAZIONI Tecnico-Professionali, dove i servizi sono chiamati a lavorare di volta in volta su progetti specifici di interesse comune.

Le sedi logistiche, finalizzate all'accoglimento dei nuovi servizi interaziendali, sono per lo più situate nel perimetro dell'azienda ospedaliera e sono state definite in modo da garantire una logistica che assicuri la massima efficienza possibile dei servizi stessi. Nel primo semestre si sono conclusi tutti i trasferimenti degli uffici coinvolti in adesione al nuovo assetto dipartimentale integrato.

Dal 1° gennaio del 2017 è stato dismesso il magazzino tecnico economale dell'Azienda Usl di Parma e le attività sono state trasferite al corrispondente magazzino dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

A settembre 2017 è stata altresì deliberata l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la provincia di Parma che fa seguito allo sviluppo negli ultimi anni di una politica di collaborazione tra le due Aziende rispetto alle azioni di governo clinico del farmaco e alla continuità assistenziale terapeutica tra ospedale e territorio.

(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 supportato l'avviamento dei progetti regionali (in particolare GRU e GAAC), fornendo dati e procedure richieste, secondo le scadenze. Si consideri in particolare che in gennaio 2018 è stato avviato, secondo le tempistiche previste, il nuovo gestionale delle risorse umane, con notevole impegno da parte degli operatori e che vedrà il suo consolidamento nel corso del 2018, in quanto non tutti i moduli previsti risultano attivati.

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.

Rispetto ai progetti correlati con la rete Sole/FSE, l'integrazione socio-sanitaria e l'innovazione dei sistemi per l'accesso l'attività del 2017 ha interessato la prescrizione dematerializzata, l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico e il sistema SIGLA. 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.

(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 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. 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; sono state effettuate le Revisioni Limitate (ruolo svolto dal Collegio Sindacale) secondo programmazione regionale; è 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.

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.

L'Internal Auditing ha intrapreso verifiche e controlli delle procedure amministrativo-contabili sulle Aree tematiche indicate

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.

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

Anticorruzione e Trasparenza

Durante il 2017 è stata data priorità alla diffusione ad organismi e dipendenti delle due Aziende Sanitarie dei contenuti del Piano Integrato per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2017/2019, approvati nel mese di gennaio 2017. Si è provveduto ad avviare l'attuazione della Legge Regionale n. 9/2017 mediante le attività previste dal piano interaziendale. 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.

(Rif. "B. Dimensione di Performance dei processi interni", "iv Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza")

Attività di ricerca e della didattica

Nel 2017 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 2017, 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 2017 è stata effettuata la quinta Edizione del Programma Formativo "Metodologia della ricerca: corso di formazione avanzata", composto da sette brevi eventi dedicati ad aspetti chiave della realizzazione degli studi clinici, effettuati tra giugno e dicembre. Il corso è stato accreditato ECM e ha dato diritto a un Certificato di Competenza. L'ultimo evento del corso è stato dedicato all'applicazione delle norme di buona pratica clinica (GCP), svolto in collaborazione con un docente esperto ex ispettore dell'AIFA.

L'azienda ha assicurato la **rendicontazione puntuale ed esaustiva dell'attività di ricerca**. A tal fine anche per il 2017 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 2017 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 2017 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 31/12/2017 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 119 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 62 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 i Dipartimenti Universitari di area medica 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. 14 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università sottoscritto il 20/10/2016, in relazione al contributo dell'Università si rimanda al paragrafo C.6.9. del Bilancio di esercizio 2017 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")

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 dall'Università degli Studi di Parma attraverso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia 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 2016/2017 ne sono stati attivi 18.

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”)

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”)

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Gli eventi formativi svolti nel 2017 rispetto a quali si è posta particolare attenzione alla qualità del trasferimento degli apprendimenti dal contesto d’aula all’esperienza di lavoro sono stati:

- Formazione manageriale per coordinatori
- La comunicazione delle cattive notizie nel rapporto di cura con paziente e familiari
- Formazione-intervento rivolta al Settore Formazione e Sviluppo del Potenziale della S.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane

(Rif. “C. Dimensione di Performance dell’Innovazione e dello sviluppo”, “ii. Area di performance dello sviluppo organizzativo”)

Valorizzazione capitale umano

Nel corso del 2017, 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 2017 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 2017 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 2017.

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 2017, 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 2017, 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 2017 ha assicurato una situazione di pareggio civilistico.

E' stata assicurata, sia nella predisposizione dei bilanci aziendali (preventivo 2017 e consuntivo 2017), 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 2017 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 2017 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).

Nel corso del 2017 è stata effettuata l'aggiudicazione della gara per la nuova piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC). La realizzazione del Progetto GAAC prevede il deployment e l'attivazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entro il 31 dicembre 2019 e relativa messa in esercizio al 1° gennaio 2020. Inoltre, sono proseguite nel 2017 le attività già avviate nel biennio precedente in ordine al processo di dematerializzazione del ciclo degli acquisti.

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

Governo delle risorse umane

Per l'anno 2017, 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.

L'attuazione del Piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2017 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico ed ha tenuto conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa

(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 nota n°25721 del 14/07/2017, l'Azienda ha proposto al Servizio Regionale Strutture e Tecnologie in Ambito Sanitario la realizzazione, in luogo del previsto Day Hospital Oncoematologico e Centro Prelievi, di un Polo Oncologico Integrato, in grado di accorpare i prevalenti servizi a carattere oncologico, sia diagnostici che di cura, e di offrire ai pazienti la possibilità di usufruirne in un'unica sede, facilitando nel contempo il coordinamento del percorso diagnostico – terapeutico delle patologie oncologiche ed una maggior interazione tra le professionalità sanitarie. La regione Emilia Romagna ha accolto la proposta aziendale ed ha valutato positivamente il progetto di fattibilità tecnico – economica dell'opera. E' in fase di redazione il progetto esecutivo.

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. Le indicazioni in merito agli interventi di adeguamento sismico sono stati elaborati in termini previsionali nel corso dell'anno 2017 e saranno inseriti nel Piano Triennale degli investimenti per il periodo 2018 – 2020, con i parametri stabiliti dalla Regione.

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 2017 sono inoltre state completate le verifiche e le analisi relative all'installazione di un terzo cogeneratore, in grado di assicurare la quasi totale autonomia dal punto di vista elettrico dell'Ospedale Maggiore. L'installazione del 3° cogeneratore è prevista per il 2018.

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 relativo al 2017 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 2017, 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 2017 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 "830/2017 " 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 (INSIDER) 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

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.

In dettaglio, 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. Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.

Monitoraggio dei tempi di attesa

Nel corso del 2017 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. Per quanto riguarda l'anno 2017 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.

Verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa

Prosegue il monitoraggio della appropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 58.19% complessivamente su base aziendale per le prestazioni oggetto della delibera. Il dato definitivo viene normalmente fornito nel contesto dell'osservatorio regionale TA, lo stesso dato viene poi utilizzato dall'OIV regionale per la valutazione dei DG. Non essendo completo il dato ASA sulla mobilità non si è discusso al momento dell'obiettivo nel contesto dell'osservatorio.

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.

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.

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

Per quel che riguarda la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, l'Azienda ha proseguito le diverse azioni intraprese nel 2016 atte a riposizionare le regole del sistema di gestione delle liste d'attesa, delle attività ad esse correlate per il raggiungimento degli obiettivi regionali. Sono state inoltre intraprese azioni mirate alla completa alimentazione del Cruscotto regionale SIGLA e all'aggiornamento degli applicativi in uso per l'adeguamento alla nuova versione del Cruscotto, operativa da gennaio 2018. Si riportano di seguito i dati complessivi di rispetto dei tempi massimi di attesa con particolare riferimento al periodo conclusivo dell'anno 2017, nel quale si evidenzia un trend in aumento degli indici di performance, correlato anche alla ripresa delle attività chirurgiche e di degenza ordinaria presso il padiglione ortopedie, oggetto di lavori di adeguamento antincendio per circa 5 mesi a partire da giugno 2017.

	Anno 2017			NOV-DIC 2017		
Gruppo di intervento	Casi entro priorità	Totale Ricoveri	% Casi su Ricoveri	Casi entro priorità	Totale Ricoveri	% Casi su Ricoveri
Tumori	540	664	81%	90	110	82%
Protesi Anca	47	184	26%	18	50	36%
Altri	592	1.051	56%	104	173	60%
TOTALE	1.179	1.899	62%	212	333	64%

Fonte: tempi di attesa su portale SISEPS Emilia Romagna

Strategie per il miglioramento ulteriore delle performance

Nel secondo semestre 2017 sono state progettate e pianificate numerose strategie per il miglioramento degli indici di performance in coerenza con la normativa regionale e con le linee di indirizzo per la gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati. Tali strategie integrano ed implementano quelle già intraprese a partire dal 2016 relative alla riorganizzazione delle attività chirurgiche per linee di patologia e l'identificazione del Responsabile Unico Aziendale nel Responsabile Organizzativo delle Attività Chirurgiche.

1. **Sinergie di rete provinciale per l'abbattimento delle liste d'attesa dei ricoveri programmati.** In particolare sono stati stabiliti accordi con l'Azienda USL e con il Privato Accreditato per l'effettuazione di interventi di chirurgia di parete (ernia inguinale) a favore di pazienti in lista d'attesa presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per i quali è stato già raggiunto il tempo massimo d'attesa per la classe di priorità assegnata;
2. **Presentazione del Progetto di riorganizzazione delle sale operatorie con particolare riferimento alla separazione dell'attività di urgenza da quella di elezione mediante.** Progetto di istituzione del Comparto Operatorio Emergenza-Urgenza (COE).
3. **Redazione progetto di istituzione del Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP).** L'individuazione di un punto unico d'accesso aziendale per la gestione dell'attività di Prericovero e delle liste di prenotazione dei ricoveri programmati rappresenta una priorità strategica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Il progetto fonda sulle principali indicazioni normative per l'ambito dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, evolute sino alla più recente D.G.R. 272/2017, che ha sancito necessità e **modalità uniformi con cui le Aziende sanitarie devono governare l'accesso alle prestazioni di ricovero programmato nonché la sorveglianza e monitoraggio dei tempi di attesa** delle stesse.
4. **Redazione del Regolamento per la Gestione delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati.** Durante il secondo semestre è iniziata, a partire dall'emanazione delle Linee di Indirizzo regionali, la redazione del Regolamento aziendale che raccoglie tutte le precedenti indicazioni fornite alle UU.OO. e le integra con la nuova funzione di Punto Unico di Prericovero. L'iter di presentazione, informazione ed approvazione sia del Progetto di istituzione del Punto

Unico Aziendale di Pre-ricovero che del Regolamento Aziendale è iniziato nel secondo semestre 2017 al fine di favorirne l'attuazione nel primo semestre 2018.

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

Neurofibromatosi

In merito al DRG 008, con particolare riferimento all'asportazione di neurofibromi, eseguiti in questa Azienda elettivamente presso la U.O.C. di Chirurgia Plastica, si rappresenta che la scrivente rimane in attesa di riscontro da parte della regione a nota del Direttore Sanitario in cui, documentando casistica e complessità chirurgica dei casi, si richiedeva il riconoscimento di Centro di Riferimento Regionale per il trattamento chirurgico della patologia neurofibromatosi, essendo già riconosciuta questa Azienda come Centro di Riferimento Regionale per la fase diagnostica di tale patologia

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

Nel 2017 presso l'AOU di Parma sono nati 2606 bambini da 2549 parti, con un trend in lieve riduzione rispetto all'anno precedente. E' proseguita anche nel 2017 l'attenzione ad un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 e nel percorso Basso Rischio in Sala Parto (180 parti vs 160 del 2016), 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. Tale percorso è centrato sulla 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. E' in corso di aggiornamento il protocollo di assistenza al parto a basso rischio, che è alla sua terza revisione. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, nel 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale che ha valutato l'applicabilità dell'accesso alla diagnosi prenatale, sia non invasiva che invasiva, a tutte le donne che lo richiedono, che ha esitato nella elaborazione di un documento, interaziendale, contenente le modalità operative. 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.

Anche nel 2017 è stata assicurata l'assistenza appropriata al parto, con l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07, ottenendo una percentuale di donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto (farmacologica e non farmacologica) pari al 4,13%. Tale risultato è stato ottenuto anche grazie alla rivisitazione del percorso di accesso alle metodiche farmacologiche di controllo del dolore nel parto, in collaborazione con la 2^ Anestesia, Rianimazione e Terapia antalgica, con l'istituzione 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. Inoltre, sempre nell'ambito dell'appropriata assistenza al parto, nel 2017 il ricorso al taglio cesareo si è avuto nel 20,7% dei casi, a fronte di un dato atteso quale centro HUB inferiore al 25%, mentre la percentuale di parti cesarei nella 1° classe di Robson è stata pari 8,91%, con un risultato atteso quale Centro Hub uguale o inferiore al 9,4%.

PMA: promuovere la donazione di gameti, monitoraggio liste di attesa alla PMA omologa ed eterologa.

In relazione agli obiettivi previsti per le funzioni di Procreazione Medicalmente Assistita all'interno della D.G.R. 830/2017, il CPMA di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2017 ha completato l'invio dei dati relativi alle prescrizioni contenute nella DET. 13623 del 28-08-2017 per l'accreditamento del Centro. Nell'ambito del sistema informativo sulla donazione dei gameti, la struttura si è impegnata con 2 giornate aperte al pubblico nella settimana dedicata alla salute delle donne. Inoltre nella sede della clinica ha affisso le locandine dedicate alla donazione dei gameti redatta dal gruppo di studio regionale. Per quanto riguarda l'inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo /cicli di PMA eterologa effettuati, non sono stati inseriti dati per mancanza di donatori di gameti (ovociti e spermatozoi). Infatti, per questo motivo la RER ha bandito una gara per l'approvvigionamento dei gameti verso banche estere, con un iter che si è concluso il 18-10-2017 (det. 3109) individuando 6 banche (5 spagnole ed 1 danese). Sono attualmente in corso incontri con i referenti regionali per la definizione delle procedure di stipula di contratti con le singole banche, cui il responsabile del CPMA partecipa, insieme alla Direzione Sanitaria. Dopo il conseguimento definitivo dell'accreditamento, al Centro sarà assegnato un numero di codice regionale, nazionale ed europeo, con il quale accedere al sistema informativo unico dei gameti, per richiedere l'importazione dei gameti e quindi inserire i dati relativi ai cicli eterologhi. Per quanto riguarda il monitoraggio delle liste di attesa della PMA eterologa, il CPMA ha rinviato l'inserimento in lista delle coppie che necessitano del percorso eterologo, fino alla conclusione dell'iter sopra citato. Per la PMA omologa, la lista di attesa viene continuamente monitorata e, attualmente, l'attesa è di 6 mesi.

Attività di prevenzione e promozione della salute

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato alla realizzazione del "Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna: approvazione del Piano Locale Attuativo AUSL di Parma". L'Azienda, grazie al lavoro del Coordinatore del PRP e ai propri professionisti, si è impegnata nella realizzazione del Piano di Attuazione Locale (PLA), sostenendo a livello aziendale obiettivi e azioni previsti per i vari setting del PRP. In data 14/02/2017, a cura del Coordinatore sono state inviate le schede di valutazione relative alle attività svolte per i progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. La valutazione congiunta con il Coordinatore del PRP è che gli obiettivi dei programmi del Piano esplicitamente richiamati nei vari setting sono stati raggiunti per il 2017.

L'Azienda, attraverso la SSD Governo Clinico ha diffuso, implementato e messo a disposizione lo strumento dell'EqIA (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nel presente Piano Regionale della Prevenzione nella prospettiva dell'equità. I progetti sono esplicitamente dedicati a tipologie di popolazione che presentano caratteristiche di vulnerabilità sociale e/o fragilità che potrebbero mettere a rischio la loro possibilità di accedere alle opportunità dei progetti di promozione e prevenzione per stili di vita salutari. I progetti sono stati valutati da un gruppo di lavoro che a seconda della patologia è costituito da almeno una presenza di 16 persone, operatori sanitari, cittadini, rappresentanti dei servizi sociali, stakeholder oltre a Professionisti delle due Aziende (medici e infermieri). Sono stati finalizzati ad affrontare le criticità emergenti ed insite nel circuito assistenziale, nell'intento di sviluppare una visione olistica dell'attività e favorire il percorso verso una cultura organizzativa atta a migliorare la presa in carico dei

pazienti; in particolare, sono stati raccolti alcuni contributi e spunti utili alla risoluzione delle criticità generate. Elenco dei progetti del PRP valutati congiuntamente all'AUSL di Parma:

- prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche: è stato preso in considerazione il sottoprogetto “sovrappeso ed obesità in età pediatrica”,
- organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con diabete mellito: è stato preso in considerazione il percorso del piede diabetico della RER Implementazione locale delle indicazioni regionali per il PDTA per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico,
- Alimentazione anziano: sono state prese in considerazione le “Linee di indirizzo per la ristorazione dell'anziano in struttura residenziale”.

Prevenzione delle malattie infettive

L'attività di informazione circa la prevenzione delle malattie infettive si è sviluppata tramite seminari per i neoassunti, corsi teorico-pratici per l'impiego di pungenti e taglienti; approfondimenti svolti nell'ambito degli del Nucleo Strategico per la Prevenzione del CIO. Ai reparti sono state riportate le comunicazioni presentate nel CIO regionale. L'attività è stata implementata anche durante gli incontri di promozione del corretto lavaggio delle mani. Anche gli incontri relativi ai risultati delle sistematiche indagini ambientali, sono state occasione per riprendere in maniera puntuale la tematica della prevenzione delle malattie infettive.

In linea con gli obiettivi del Piano della Prevenzione 2016-2018 e 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 mantenuto il presidio delle attività legate alla prevenzione e controllo del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza. Dette attività si svolgono in stretta sinergia con l'Agenzia Sanitaria e Sociale RER – Area Prevenzione dell'antibiotico-resistenza e delle infezioni in ambito assistenziale, che coordina la Rete CIO delle Strutture Sanitarie regionali. A cura del Coordinamento Regionale, è pervenuta la reportistica definitiva dello Studio di Prevalenza Europeo (PPS) sulle Infezioni Correlate all'Assistenza e sull'uso degli antibiotici negli ospedali per acuti, promosso dall'ECDC (European Centre for Disease Control), che ha visto coinvolti, a livello regionale, 37 ospedali, tra cui la nostra Azienda, di cui 35 pubblici e 2 privati, per un totale di 6.235 pazienti arruolati. Sono stati raccolti dati su 717 pazienti (11.5% del campione); la prevalenza totale di ICA è stata confermata al 9,3% (8% dato Regionale). Le infezioni più frequentemente riscontrate sono state quelle sul tratto respiratorio (2,9%), seguite da batteriemie (2%), infezioni delle vie urinarie (1,8%) ed infezioni del sito chirurgico (1,75%). Il dato di maggior rilievo, anche a livello regionale è l'aumento delle infezioni del tratto respiratorio (2,2%), rispetto alle infezioni del tratto urinario (1,6%) che, da sempre, erano la prima localizzazione delle ICA.

La diffusione di microrganismi resistenti agli antibiotici, come noto, rappresenta un fenomeno in continua evoluzione, sia a livello nazionale che internazionale, con ripercussioni importanti in termini di aumento del rischio infettivo in tutti gli ambiti di cura ed assistenza, sia ospedalieri che territoriali. Nel corso del 2017, sono proseguite le attività di monitoraggio dei microrganismi sentinella (specie microbiche con particolari profili di resistenza agli antibiotici quali MRSA, VRE, C.difficile, ecc.), compresi gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi e produttori di carbapenemasi (CPE), notificati dal Laboratorio di Microbiologia. Il data base con i dati è stato costantemente aggiornato, in modo da intercettare eventuali isolamenti ripetuti di uno stesso microrganismo, su pazienti diversi, nella stessa UU.OO. Le segnalazioni totali pervenute sono state oltre 2300, di cui il 17% riguardava isolamenti di Enterobatteri produttori di carbapenemasi. Nel secondo semestre, è stata predisposta la rilevazione sistematica di tutte le batteriemie segnalate dal Laboratorio di Microbiologia. Sono state verificate quasi la totalità delle segnalazioni ed esaminate oltre 50 cartelle di

pazienti coinvolti, ai fini di verificare l'inizio della sintomatologia, l'origine presunta, l'esito e se fossero casi di origine ospedaliera o comunitaria. A ciascuna UU.OO/SSD è stato garantito il ritorno informativo dei dati, con reportistica personalizzata che, quest'anno, ha ricompreso anche l'andamento dei "casi" osservati nel triennio 2015 – 2017 delle singole specie microbiche. E' stato inoltre fornito, sempre del triennio, il dettaglio delle batteriemie, infezioni particolarmente gravi, soprattutto se sostenute da CPE. I dati confermano ancora una forte predominanza degli enterobatteri produttori di beta lattamasi (ESBL) e, anche in questo caso, la tendenza all'aumento delle batteriemie sostenute da CPE. In specifico per quanto riguarda la prevenzione e sorveglianza delle CPE, ad aprile 2017 l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha trasmesso l'aggiornamento del documento *"Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie"* che è stato puntualmente diffuso a tutti i Reparti e Servizi. Sono state pertanto adottate le nuove modalità di gestione dei pazienti con riscontro di CPE – soprattutto per quanto concerne la realizzazione della sorveglianza attiva e la relativa programmazione dei controlli sia al "caso indice" che ai "contatti" di caso. E' in via di revisione/aggiornamento il documento interno con le indicazioni per il corretto invio dei campioni e la relativa tracciabilità dei controlli effettuati. E' stato inoltre diffuso il materiale informativo destinato a pazienti e care-givers con riscontro di microrganismi multifarmaco-resistenti, particolarmente utile nel corso degli interventi di educazione sanitaria ed il passaggio di informazioni tra Sanitari e paziente. Gli opuscoli sono tre: uno con le precauzioni igieniche da tenere in corso di ricovero e due utili nelle fasi di dimissione a domicilio o in struttura residenziale. Sempre in merito alla sorveglianza e controllo delle CPE, è' proseguita sia la mappatura dei singoli casi, in modo da verificarne l'andamento ed i movimenti all'interno delle varie articolazioni aziendali, con verifica dell'esito alla dimissione, sia 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. Tutte le segnalazioni sono state oggetto di esame della cartella clinica e colloquio con i Medici di riferimento. Le schede sono state caricate sulla piattaforma regionale SMI (Sorveglianza Malattie Infettive), in quanto oggetto di notifica al Ministero della Salute. Sono proseguiti, anche in base all'andamento della diffusione degli MDR (multidrug-resistant), i controlli nei reparti sulla corretta messa in atto delle misure d'isolamento. Le verifiche si sono svolte con l'osservazione dei locali di degenza in cui soggiornavano i pazienti colonizzati/infetti e mediante colloquio con il personale sanitario presente in turno al momento della verifica. In proposito è stata predisposta apposita check-list di autocontrollo, utile al personale di Reparto per verificare la corretta predisposizione del materiale ad uso dedicato previsto e le corrette modalità di realizzazione degli isolamenti "funzionali" al letto del paziente, in caso di indisponibilità di stanza singola. La scheda è in via di perfezionamento e verrà diffusa entro l'anno.

Durante l'anno 2017, la nostra Azienda, si è attivata per dare corso alle disposizioni contenute nella Circolare Regionale n. 18 - prot. PG/2016/0749669 del 05/12/2016 - *Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL e Infezione del sito chirurgico (SICHER) - Anno 2017*, con cui la Regione dava precise indicazioni per portare a sistema due flussi informativi, fino ad allora separati, integrando i contenuti con la nuova SDO. SICHER, come noto, si basa sul protocollo europeo di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (HAI-SSI), definito e aggiornato dall'ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), che utilizza la classificazione delle procedure in categorie di intervento proposta dall'NHSN (National Healthcare Safety Network) statunitense. Tali categorie raggruppano le procedure chirurgiche clinicamente simili rendendo possibili confronti omogenei. Sono state pertanto adottate le nuove Linee Guida Flusso SICHER – Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico (Novembre 2016), aggiornando la casistica degli interventi oggetto di monitoraggio, le nuove tempistiche del follow-up (mantenuti i 30 giorni per interventi non protesici e passati a 90, anziché 365, i giorni di sorveglianza per interventi protesici) ed adeguando il flusso informativo esistente alle nuove specifiche. La

sorveglianza delle ISC è pertanto divenuta attività permanente e continuativa, inserita tra gli obiettivi di mandato delle UU.OO. chirurgiche. Le UU.OO. sono state puntualmente informate riguardo alla necessità di monitoraggio sistematico delle infezioni associate all'atto chirurgico e alle variazioni intervenute nel protocollo SICHER che prevede, tra l'altro, l'invio dei dati a cadenza semestrale anziché annuale. L'attività di controllo dei dati caricati sia sul vecchio applicativo "Registro Operatorio" sia del nuovo "Sorveglianza Infezioni" in *Ormaweb*, è stata mantenuta. Sono state riscontrate tutte le segnalazioni di evento infettivo e realizzati controlli *random* sulle schede di sorveglianza che non avevano esitato infezione.

I dati relativi al 1° semestre (da gennaio ai primi di maggio), complessivamente **3240** procedure sorvegliate, sono stati regolarmente caricati sul GAF Regionale ed inviati in Regione nelle tempistiche indicate. Del periodo in questione i tassi di infezione rilevati per specifica categoria di intervento sono risultati sostanzialmente in linea con quelli attesi a livello regionale. Alcuni scostamenti abbastanza significativi si sono avuti su casistiche, non attribuite a specifiche categoria NHSN. La relativa reportistica è stata regolarmente trasmessa ai Reparti ed è consultabile sulla pagina intranet dell'Azienda. Nel 2° semestre 2016 (indicativamente da metà maggio a fine dicembre), sono state sorvegliate complessivamente **4854** procedure chirurgiche. A seguito del cambiamento di applicativo, sono sopraggiunte criticità in fase di estrazione dei dati che non hanno reso possibile il caricamento ed invio nelle tempistiche definite. Complessivamente, nel 2016, la sorveglianza ha riguardato complessivamente oltre **8000** interventi. Il livello complessivo di adesione, nella maggior parte delle UU.OO. chirurgiche, è stato decisamente buono con valori, in alcuni contesti, pari al 100% degli interventi da sorvegliare, effettivamente sorvegliati. Da sottolineare, come dato negativo, la mancata sorveglianza da parte di due UU.OO, con casistiche di intervento particolarmente indicative. Per quanto riguarda i dati relativi al primo semestre 2017, sono state sorvegliate **2261** procedure su 5684 sorvegliabili in SDO, con una copertura pari al **39%** degli interventi previsti. Nella reportistica, che sarà disponibile a breve, verranno considerate le procedure SICHER per le quali esiste una corrispondenza esatta in SDO per data sessione e ICD-9. Nel periodo considerato, per la nostra Azienda, la corrispondenza rilevata è stata di oltre il **98%** dei dati inviati. La Regione sta monitorando attentamente i flussi di dati inviati. L'obiettivo, per il 2018, è quello di portare a regime la sorveglianza delle ISC (Infezioni Sito Chirurgico), allineando il sistema di rilevazione alle indicazioni regionali ed incrementando ulteriormente il numero di interventi sorvegliati.

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 II livello.

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 sia 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

Nel 2017 è stata formalizzata la realizzazione del Dipartimento Emergenza Urgenza Provinciale Interaziendale.

A dicembre 2017 è stata completata la Formazione di tutti gli Infermieri di CO 118 Emilia Ovest all'utilizzo dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico, e il servizio di elisoccorso notturno della RER con Base di armamento a Bologna, partito il 1° giugno 2017, era operativo. Inoltre 10 Operatori della CO 118 Emilia Ovest hanno raggiunto l'obiettivo formativo per la fase di call taker in riferimento alla capacità degli stessi Operatori di ricevere le chiamate 118 da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della CO 118 in caso di disaster recovery/business continuity).

Area Accesso e domanda: indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	62,99	60,96	Mantenimento	61,1
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	90,5	67,87	Mantenimento	90,63

Durante l'anno 2017 si è verificato un aumento di circa il 3% 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 e visitati entro 30 minuti si conferma anche per il 2017 nettamente superiore alla media regionale, superiore al valore medio regionale è anche la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora.

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 STAM e STEN

Per quanto riguarda l'applicazione dello STAM e dello STEN, sono state formalizzate con delibera n. 621 del 30/12/2016, le due procedure Interaziendali che definiscono le modalità operative per la regolamentazione delle connessioni tra i centri Hub and Spoke delle province di Parma e Piacenza, sia per il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) che per il Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN). Nel 2017 è proseguita l'attività di Trasporto Assistito Materno (STAM) dai punti nascita del territorio Parma-Piacenza, con un solo caso che ha presentato problematiche clinico-organizzative (senza risvolti negativi per i pazienti), che ha portato alla necessità di un audit clinico tra tutti gli operatori coinvolti e la messa a punto di più dettagliate modalità operative in caso di STAM. Per il trasporto interterziario da Parma verso altri Presidi, nel 2017 si sono registrati solo 2 casi di trasferimento materno verso altro centro HUB regionale (Bologna e Reggio Emilia). Inoltre, nel 2017 si sono tenuti due incontri di aggiornamento tra il personale del 118 e il personale ostetrico per la gestione delle urgenze/ emergenze ostetrico/ ginecologiche e per la determinazione del codice colore.

Con il Servizio Informativo Aziendale è stato predisposto sul portale di AVEN un cruscotto dei posti letto disponibili della Terapia Intensiva Neonatale di Parma, visibile da parte dei Centri Spoke del territorio Parma-Piacenza. Tale cruscotto è in fase di sperimentazione, con successiva formalizzazione con le altre aziende sanitarie del territorio PR-PC. Per quanto riguarda lo STEN, nel corso del 2017 (22-23 maggio) è stato realizzato il corso di formazione dal titolo ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE D'EMERGENZA (STEN), in cui i docenti del Gruppo di studio del trasporto neonatale della Società italiana di Neonatologia hanno portato l'esperienza della regione Lazio, della provincia di Pavia e di Cuneo. Al corso hanno partecipato i medici e gli infermieri della Unità Operativa. Nei mesi successivi per meglio conoscere la logistica dei centri SPOKE per l'emergenza neonatale, sono stati effettuati da un gruppo di professionisti costituiti da coordinatrice, 2 infermiere 1 neonatologo ed il direttore della UO, sopralluoghi presso gli ospedali di Piacenza (Ospedale Guglielmo da Saliceto), Fidenza e Borgotaro (Ospedale Santa Maria), concordando con il personale locale la segnaletica migliore per un accesso facilitato alle sale parto e sale operatorie o ai reparti di degenza. Sono anche stati valutati i dispositivi a disposizione e la concordanza con quelli in dotazione a Parma per annullare eventuali incompatibilità tecniche. Si è inoltre proceduto nel corso dell'anno alla costituzione di gruppi di lavoro formati da medici ed infermieri dell'Unità operativa di Neonatologia, per condividere e discutere le criticità eventuali presenti nei vari passaggi che costituiscono il processo del trasporto (dall'attivazione del servizio alla preparazione dello zaino).

IVG

Nel 2017, 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. Le IVG vengono effettuate entro i termini della legge 194, il dato dell'anno 2017 relativo alla percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale delle IVG chirurgiche, pari al 36,28%, presenta un netto miglioramento rispetto all'anno precedente (45,45%).

Dimissioni protette in pazienti fragili – Piano unico di Dimissione

All' interno dei processi di integrazione ospedale-territorio è proseguito anche nel 2017 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. I già attivi Gruppi di Lavoro interaziendali hanno proseguito le attività sui seguenti temi:

- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera
- Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani
- Pazienti a rischio di ospedalizzazione

I lavori dei gruppi di cui sopra hanno concretizzato, tra le varie azioni, due macroprogetti interaziendali:

1. **il progetto “UNITÀ MOBILE MULTIDISCIPLINARE PER IL MALATO FRAGILE POLIPATOLOGICO – UMM”**, il cui obiettivo principale è creare un nuovo modello medico-assistenziale che si adegui ai bisogni dei pazienti più complessi e vulnerabili per migliorare sia il percorso intra-ospedaliero del malato che l'approccio clinico secondo i principi della medicina personalizzata orientata ai problemi e dell'approccio multidimensionale e multiprofessionale. Il progetto coinvolge le UU.OO. Medicina interna e Lungodegenza critica, Pronto Soccorso e il Day Hospital del Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo e in previsione potrà essere esteso alle medicine internistiche dell'Ospedale, nonché alle strutture residenziali territoriali. L'UMM sarà particolarmente dedicata, dopo valutazione e segnalazione del medico di Pronto Soccorso, a quei pazienti frequent users e/o ad alto rischio di ospedalizzazione, generalmente appartenenti alle seguenti 3 categorie: paziente cronicamente critico con dispositivi, hot spotter, hospital dependent.
2. **“PROTOCOLLO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE DIMISSIONI PROTETTE E DIFFICILI”**, già formalizzato e trasmesso a Tutti i Professionisti coinvolti ad inizio 2018 e considerato attivamente operativo dal 30 marzo 2018. Tale documento si sviluppa nel contesto del percorso d'integrazione in tema di costruzione delle reti e programmazione degli interventi, utili a sviluppare e qualificare i percorsi di presa in carico dei pazienti fragili. Si richiamano, in particolare, le principali fasi operative utili ad attivare tali percorsi in opportuna integrazione con le già esistenti modalità operative delle UU.OO. di degenza e dei Servizi Aziendali a supporto dei processi: 1) Somministrazione della Scheda BRASS, 2) Attivazione del percorso di dimissioni protette o di dimissioni difficili, 3) interfaccia delle UU.OO. con i Distretti (PUA, UVM / UVG).

Inoltre, ad integrazione dei processi summenzionati nel Protocollo d'Intesa operativo dal 30/03/2017 sin dalla fine del 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale con l'obiettivo di definire un progetto per la realizzazione di un Punto Unico di Dimissione all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. Su tale struttura convergeranno tutte le segnalazioni di situazioni con difficoltà alla dimissione per la strutturazione e sistematizzazione dei percorsi interno all'AOU di Parma per gestire il problema delle dimissioni appropriate, sicure e tempestive dai Reparti ospedalieri all'interno di percorsi che garantiscano la continuità dell'assistenza più adeguata. Il Punto Unico dovrà essere “il filo che consenta di connettere servizi, operatori e interventi” affinché vi sia un'unica regia del Progetto Personalizzato di Dimissione (PPM). La creazione del Punto consentirà di rafforzare la sinergia tra tutte le utili interfacce degli Enti Sanitari e locali che costituiscono la rete dei servizi sul tema. I risultati del gruppo di lavoro risultano in fase conclusiva e nel primo semestre 2018 è prevista il termine dell'iter di formalizzazione istituzionale.

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 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.	80,95	80,73	Mantenimento	76,78
Mortalità a 30 giorni da intervento di bypass aorto coronarico.	1,7	1,57	Mantenimento	1,85
Mortalità a 30 giorni da intervento di valvoloplastica o sostituzione di valvola.	4,62	1,96	Cons./miglior.	1,92
Mortalità a 30 giorni per IMA.	7,52	9,06	Consolidamento	8,18
% di angioplastiche coronariche percutanea entro 2 giorni dall'accesso per pazienti con IMA.	35,16	43,18	Miglioramento	36,33
Mortalità a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio.	9,4	12,68	Mantenimento	7,48
Mortalità a 30 giorni per riparazione aneurisma non rotto dell'aorta addominale.	0,92	1,53	Miglioramento	1,31
Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico.	9,83	10,66	Mantenimento	11,29
Mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia per tumore cerebrale.	2,46	1,6	Cons./miglior.	1,87
Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata.	6,73	9,99	Mantenimento	8,88
% di reinterventi entro 120 giorni da intervento conservativo per tumore maligno della mammella.	5,55	6,11	Mantenimento	3,38
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del polmone.	0,41	0,78	Mantenimento	1,25
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno dello stomaco	7,96	4,74	Miglioramento	6,92
Mortalità a 30 giorni dall'intervento chirurgico per tumore maligno del colon.	4,65	4,35	Mantenimento	5,04
% di complicanze durante parto e puerperio in parti naturali.	1,17	0,9	Cons./miglior.	1,07
% interventi chirurgici per frattura del collo del femore effettuati entro 2 giorni dall'ammissione	67,04	72,8	Miglioramento	75,19
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	16,94	18,01	Mantenimento	18,92
% interventi per colecistomia laparoscopica effettuati in reparti con volume di attività superiore a 90 casi annui	99,03	82,06	Mantenimento	97,23
% interventi per tumore maligno della mammella effettuati in reparti con volume di attività superiore a 135 casi annui	82,65	81,55	Consolidamento	98,31
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia/perone	4	2	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 hanno riguardato gli indicatori relativi all'area chirurgica con particolare riferimento ad alcuni indici di mortalità e al rispetto dei tempi d'attesa entro lo standard regionale. Tuttavia va considerato che quanto agli indici di mortalità essi sono condizionati dall'incidenza di alcuni fattori critici (es. scarso campione di riferimento, età, regime di ricovero, complessità ect...); per quel che riguarda il rispetto dei tempi d'attesa, invece, l'andamento va letto all'interno dei processi che hanno interessato il piano di riorganizzazione dei ricoveri chirurgici promosso dall'Azienda, con appropriata gestione delle liste d'attesa e valorizzazione del ruolo del RUA oltreché individuazione della figura di riferimento per la gestione dei ricoveri chirurgici volta ad una maggiore appropriatezza. Sempre relativamente al rispetto dei tempi

d'attesa, è importante segnalare che sugli stessi hanno inciso inoltre alcune problematiche legate a manutenzioni strutturali protrattesi per alcuni mesi e che hanno causato rallentamenti e redistribuzioni delle attività chirurgiche.

Ad ogni modo rispetto agli indicatori di accertata criticità l'Azienda si riserva di approfondire le dinamiche alla base mediante specifici Audit.

a. 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.

Materno Infantile - Percorso Nascita

Nel 2017 presso l'AOU di Parma sono nati 2606 bambini da 2549 parti, con un trend in lieve riduzione rispetto all'anno precedente. E' proseguita anche nel 2017 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 (180

parti vs 160 del 2016), 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. Tale percorso è centrato sulla 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. E' in corso di aggiornamento il protocollo di assistenza al parto a basso rischio, che è alla sua terza revisione. A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, nel 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale che ha valutato l'applicabilità dell'accesso alla diagnosi prenatale, sia non invasiva che invasiva, a tutte le donne che lo richiedono, che ha esitato nella elaborazione di un documento, interaziendale, contenente le modalità operative.

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.

Con il Servizio Informativo Aziendale è stato predisposto sul portale di AVEN un cruscotto dei posti letto disponibili della Terapia Intensiva Neonatale di Parma, visibile da parte dei Centri Spoke del territorio Parma-Piacenza. Tale cruscotto è in fase di sperimentazione, con successiva formalizzazione con le altre aziende sanitarie del territorio PR-PC.

Interoperabilità della centrale 118

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.

Area Produzione-Ospedale: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	4,28	0	Consolidamento	0
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	0,09	-0,34	Miglioramento	0,53
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	-0,38	-0,52	Miglioramento	-0,02
Degenza media pre-operatoria	0,73	0,73	Mantenimento	0,73
Volume di accessi in PS	112.933	1.891.003		115.726
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	20.692	359.943		21.782
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	15.717	256.848		14.939
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	5.164	38.898		3.762
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.868	84.951		3.660

Gli indicatori di performance relativi alla degenza media hanno evidenziato, nel 2017, un andamento non esattamente in linea con il valore regionale, con particolare riguardo alla casistica chirurgica. Come già avuto modo di evidenziare nel paragrafo relativo all'area di performance degli esiti, nel corso del 2017 l'Azienda ha promosso un piano riorganizzazione dei ricoveri chirurgici, con appropriata gestione delle liste d'attesa e valorizzazione del ruolo del RUA oltreché individuazione della figura di riferimento per la gestione dei ricoveri chirurgici volta ad una maggiore appropriatezza. Nel breve periodo tale riorganizzazione ha avuto un inevitabile impatto anche sulla durata della degenza nei reparti chirurgici.

Rispetto invece all'andamento della degenza media per ricoveri acuti medici, l'Azienda è costantemente 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 e pluripatologici la cui numerosità è in continua crescita negli ultimi anni (Cure Intermedie, funzione internistica ad alto turnover per pazienti over 65, gruppi di lavoro Ospedale-Territorio).

Naturalmente, oltre alla fase di dimissione, le direzioni delle due Aziende pongono la loro attenzione anche alla fase di ingresso in ospedale, operando una strategia ampia e multidisciplinare collegata al sovraffollamento e prevalentemente all'afflusso da Pronto Soccorso per target di pazienti cronici, fragili e polipatologici.

Ad ogni modo rispetto agli indicatori più critici l'Azienda si riserva di approfondire le dinamiche alla base mediante specifici Audit.

Area Produzione-Territorio: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	248.307	6.839.955	In coerenza con Accordo di fornitura	242.468
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	319.549	6.519.422	In coerenza con Accordo di fornitura	327.196
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.330.901	46.157.827	In coerenza con Accordo di fornitura e progetto laboratorio provinciale	1.430.681

Il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è aumentato in coerenza con quanto previsto dall'accordo di fornitura con l'Azienda USL di Parma e soprattutto con lacune dinamiche assistenziali che hanno comportato il trasferimento in regime ambulatoriale di casistiche precedentemente trattate in regime di ricovero, coerentemente con le indicazioni ricevute dalla Regione (casistica oncologica)

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

Qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico

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 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 stati i seguenti:

- 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:

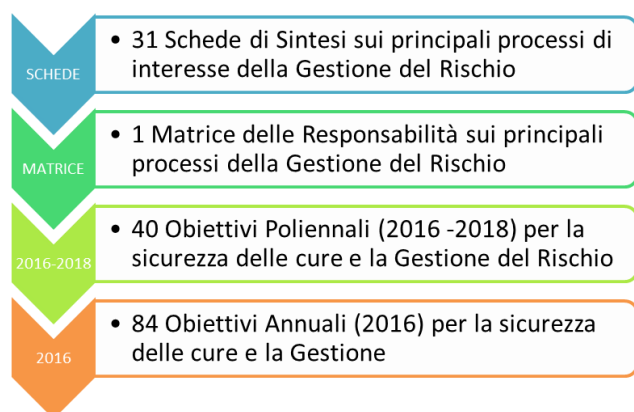
- Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (marzo 2016)
- Piano Triennale delle Performance 2015-2017 – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Linee guida sul Sistema 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:



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).

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.

Nel corso del 2017 sono stati verificati gli Obiettivi Annuali 2016 per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e sono stati definiti i nuovi obiettivi 2017.

La rendicontazione e la programmazione sono state diffuse ai Professionisti (nota prot. n. 32066 del 12/09/2017 “Rendicontazione Obiettivi 2016 del Piano programma per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio 2016-2018 e Obiettivi 2018”).

Tutta la documentazione, per favorire la massima diffusione ai professionisti dell’Azienda è scaricabile dal sito intranet della SSD Governo Clinico.

In base a quanto previsto dagli obiettivi correlati alla sicurezza delle cure nella DGR 830 del 12/06/2017 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del SSR per l’anno 2017”, e in attuazione della L. 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”, la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, coordinamento Qualità e Accreditamento ha provveduto anche alla stesura della Relazione Annuale Consuntiva, attenendosi alle indicazioni contenute nella “Guida Regionale per la stesura del Report del Piano Programma Sicurezza delle cure (PPSC).

Tale Relazione, trasmessa al Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna (prot. n.8547 del 28/02/2018) comprende:

- Report di attuazione delle attività 2016 previste dal Piano- Programma Sicurezza delle Cure (PPSC) 2016-2018, con aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure,
- Report di attuazione delle azioni previste dal Piano per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) 2017.

Eventi Sentinella e Incident Reporting

L’Azienda ha assolto il debito informativo previsto per gli eventi sentinella (n. 6 casi nel 2017) 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 (81 segnalazioni su format regionale) e mediante la Scheda di segnalazione cadute-Incident Reporting (217 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.

L’Azienda ha garantito la partecipazione agli eventi formativi regionali e alla successiva rilevazione prevista dal Progetto “Osservare” nelle sale operatorie identificate (Ortopedia, Chirurgia Generale). 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 2017 l’Azienda ha puntualizzato ulteriormente le indicazioni per la sicurezza del processo chirurgico (nota prot.n. 20247 del

05/06/2017). Con tale nota, oltre a trasferire le informazioni più rilevanti circa le non conformità rilevate, si è anche provveduto ad attivare tre tavoli di lavoro per lavorare sulle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali per la sicurezza dei processi chirurgici. In particolare l'azienda si è impegnata ad implementare con i propri professionisti le seguenti aree di intervento:

- Operare il paziente corretto ed il sito corretto;
- Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria;
- Prevenire il tromboembolismo post-operatorio.

Il Piano di Miglioramento Aziendale è stato formalizzato e trasmesso con nota prot. n. 20844 del 08/06/2017). L'Azienda garantisce anche la partecipazione di un proprio professionista al Gruppo di Lavoro di Coordinamento della Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net), ai sensi dell'art. 40 della L.R.43/2001 (determinazione 17680 del 07/11/2017).

Identificazione Paziente

Come previsto dal DM 70/2015, la SSD Governo Clinico ha mantenuto l'impegno per l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento all'implementazione dell'utilizzo del braccialetto identificativo del paziente.

A tale scopo nel 2017 ha effettuato un monitoraggio, in tutte le UU.OO dell'Azienda, relativo alla "Identificazione del Paziente: verifica sullo stato di applicazione delle indicazioni nazionali e regionali, mappatura impiego braccialetto identificativo" finalizzate alla predisposizione di un piano di miglioramento.

Sono state formalizzate da parte delle articolazioni aziendali n.72 schede che hanno "fotografato", in una giornata definita l'utilizzo del dispositivo.

Il Braccialetto identificativo è in uso per i pazienti che accedono alle seguenti strutture:

- Pronto Soccorso
- Ricovero ordinario
- Ricovero in Day Surgery
- Ambulatori (per effettuare trasfusione di emocomponenti).

Dall'analisi dei dati è emerso che il braccialetto identificativo non era applicato solo nel 3,8% dei pazienti ricoverati. Le motivazioni principali erano legate a particolari condizioni del paziente (obesità, edema, o lesioni/ferite agli arti, esigenza di posizionare un catetere venoso o arterioso, prelievo ematico in zona radiale, problemi cognitivi, bambini che lo rifiutano o lo strappano, bambini prematuri).

La SSD Governo Clinico ha condiviso i suggerimenti apportati dai professionisti, per ridurre le criticità segnalate e pianificare le azioni di miglioramento necessarie per aumentare ulteriormente la % di applicazione braccialetto e ha trasmesso le informazioni al Direttore Sanitario con nota prot. 40869 del 10/11/2017.

Inoltre, a seguito della rilevazione di alcuni Near Miss legati alla prima fase del processo trasfusionale, è stato diffuso a tutti i reparti dell'AOUPR (nota prot. n. 29726 del 22/08/2017), un Alert - Sicurezza del Processo trasfusionale, per richiamare l'attenzione dei professionisti al rispetto di quanto previsto dal DM 2/11/2015 "sicurezza della Trasfusione" e dalle procedure aziendali: P026 - Trasfusione di Emocomponenti e P038 - Processo di identificazione del paziente attraverso Braccialetto identificativo, per la prevenzione della incompatibilità ABO.

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 con metodologia interattiva accreditati ECM, ed elaborando strumenti per la promozione della sicurezza specifici, Buone pratiche e Procedure aziendali.

Tutta la documentazione nazionale, regionale ed aziendale è stata diffusa a tutti i Responsabili delle Articolazioni Aziendali ed è disponibile nel sito intranet della SSD Governo Clinico, nella pagina dedicata alla Gestione del Rischio Clinico.

L'Azienda ogni anno aderisce al Monitoraggio Nazionale (AGENAS) sullo stato di avanzamento dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico; anche nel 2017 si è proceduto all'aggiornamento richiesto.

In particolare si è proceduto ad aggiornare la documentazione probatoria dell'attività effettuata per n. 8 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure).

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 2017 ha partecipato al tavolo regionale per l'implementazione delle linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale (LIRCO), con due professionisti e ha definito il Gruppo Multidisciplinare per la prevenzione delle cadute.

In linea con le indicazioni pervenute dal Servizio Assistenza Ospedaliera del 22/5/2017, l'Azienda ha redatto e diffuso il piano annuale per la prevenzione cadute (PAPC) contenente gli interventi organizzativi, procedurali, formativi, strutturali/ambientali e informativi previsti.

Nel corso del 2017 ha effettuato tutti gli interventi previsti dal PAPC per l'implementazione delle LIRCO. Il gruppo operativo ha supportato la SSD nella elaborazione della nuova procedura Aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute rivolta alle "UU.OO Pilota". La procedura aziendale P047AOUPR "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale per l'implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali sulle cadute in Ospedale " è stata diffusa in Azienda con nota prot. n. 44108 del 30/11/2017. Tutta la documentazione inerente la prevenzione delle cadute è presente nel sito Intranet della SSD Governo Clinico>Gestione del Rischio & sicurezza.

La SSD ha trasmesso al Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna (prot. n.8547 del 28/02/2018) il report di attuazione delle azioni previste dal Piano per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) 2017 e il nuovo PAPC 2018.

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

La spesa per l'acquisto ospedaliero dei farmaci (esclusi fondi farmaci innovativi) si è mantenuto entro il limite fissato del +6,1% rispetto al 2016 (fonte RER)

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 e 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, reumatologia, gastroenterologia

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. Nel 2017 è stato avviato il Polo Distributivo HIV presso la UO Malattie Infettive quale modello organizzativo integrato ospedale-territorio per la gestione delle terapie farmacologiche dei pazienti HIV-positivi con l'obiettivo di garantire un percorso strutturato e standardizzato condiviso tra l'U.O. Malattie Infettive ed Epatologia ed il Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco indirizzato alla qualità e sicurezza delle terapie antiretrovirali con particolare attenzione agli aspetti di appropriatezza prescrittiva, ottimizzazione delle scorte, monitoraggio compliance, farmacovigilanza e corretta gestione flussi informativi regionali. Nel 2017 a fronte di un aumento del numero dei pazienti del 6% ha corrisposto una ottimizzazione della spesa con una riduzione dello 0,6%

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 DMLE 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, avvicinando l'andamento prescrittivo alla media regionale.

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 e sono stati organizzati gli incontri con gli specialisti in particolare del Pronto Soccorso e UUOO mediche. Nel corso del 2017 si è rilevata una riduzione del 50% dei fluorochinoloni nel Pronto Soccorso e del 17% in ambito aziendale

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.

Nel 2017 sono stati presi in carico 548 pazienti trattati con farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio AIFA candidabili a meccanismi di rimborso e con registro attivo sulla piattaforma web, di cui 371 (67.7%) con terapie oncologiche parenterali mentre 177 (32.3%) con terapie orali.

Il 100% dei trattamenti chiusi candidabili a rimborso sono stati correttamente gestiti consentendo un recupero economico pari a 1.022.928,84 € (IVA esclusa).

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.

Nel 2017 sono stati presi in carico 548 pazienti trattati con farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio AIFA candidabili a meccanismi di rimborso e con registro attivo sulla piattaforma web, di cui 371 (67.7%) con terapie oncologiche parenterali mentre 177 (32.3%) con terapie orali.

Il 100% dei trattamenti chiusi candidabili a rimborso sono stati correttamente gestiti consentendo un recupero economico pari a 1.022.928,84 € (IVA esclusa)

Area Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	37,32%	49,65%	Miglioramento	40,52%
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,19%	0,21%	Consolidamento	0,21%
Indice di sepsi x 1.000 pazienti con intervento chirurgico programmato	7,15%	3,91%	Miglioramento	7,21%
Casi di tromboosi venosa profonda o embolia polmonare x 1.000 dimessi con DRG chirurgico	5,22%	1,90%	Miglioramento	3,35%
% di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery o ricovero ordinario 0-1 giorno	65,11%	43,54%	Mantenimento	61,54%

Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area dell'Appropriatelyzza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico, si osserva un effettivo miglioramento rispetto al 2016 della % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici, come atteso per il 2017, anche se ancora sotto la media regionale. Relativamente invece all'indicatore dell'appropriatelyzza dei DRG, il valore conseguito è perfettamente allineato con quello 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 2017 e a una intensificata azione di vigilanza e monitoraggio programmata per il 2018 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 tecnologie logistiche nelle Aziende

Tra gli obiettivi da perseguire nel corso del 2017 di particolare rilevanza ed impegno è stato il completamento del processo di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico avviato nel corso del 2016. A gennaio 2016, infatti, era stato formalizzato il progetto preliminare e, in esito alla successiva analisi e valutazione di fattibilità, nel mese di giugno 2016 era stato predisposto congiuntamente delle direzioni aziendali il documento di progettazione definitiva di integrazione interaziendale, che dopo le opportune 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, è stato recepito con speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016. Il 1° ottobre 2016 sono state approvate le convenzioni tra le due Direzioni con individuazione dei direttori di struttura complessa, di dipartimento e delle risorse umane assegnate alle varie strutture. 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.

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 Economico, 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 Usl 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.

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. Nei primi mesi del 2017 si sono avviati gli accorpamenti degli uffici nelle sedi individuate presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria o presso l'Azienda USL in modo da garantire una logistica che

assicuri la massima efficienza possibile dei servizi stessi. Nel primo semestre si sono conclusi tutti i trasferimenti degli uffici coinvolti in adesione al nuovo assetto dipartimentale integrato.

Dal 1° gennaio del 2017 è stato dismesso il magazzino tecnico economale dell'Azienda Usl 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 Usl di Reggio Emilia per il magazzino farmaceutico.

L'Azienda ha ritenuto opportuno attivare, condividendolo con le organizzazioni sindacali, un percorso di omogeneizzazione della retribuzione di risultato che ha interessato gli operatori dell'area Comparto afferenti tutte le aree dell'integrazione.

Inoltre sono stati ridefiniti congiuntamente le pesature degli incarichi dirigenziali di riferimento e ridisegnati gli accordi di risultato in un'ottica di progressiva integrazione.

A settembre 2017 è stata altresì deliberata l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la provincia di Parma. L'istituzione del Dipartimento fa seguito allo sviluppo negli ultimi anni di una politica di collaborazione tra le due Aziende rispetto alle azioni di governo clinico del farmaco e alla continuità assistenziale terapeutica tra ospedale e territorio. Tale sviluppo non era inizialmente previsto nella iniziale progettazione del processo di integrazione interaziendale, ma risponde alle indicazioni regionali per realizzare un efficace governo delle risorse disponibili in un'ottica di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria.

Sempre nel corso del 2017 l'Azienda ha garantito la costante e fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro del nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU), al fine di assicurare le condizioni per l'avvio dell'applicativo per le Aziende del Gruppo 2, di cui Azienda Ospedaliera fa parte, a decorrere del 1/1/2018. A tal fine l'invio dei flussi di dati richiesti da Cabina di Regia regionale e ATI è stato rispettoso delle scadenze indicate. 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 e ed esercizio libera professione intramuraria adottati entro fine 2017.

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

L'Azienda ha supportato l'avviamento dei progetti regionali, fornendo dati e procedure richieste, secondo le scadenze. Si consideri in particolare che in gennaio 2018 è stato avviato, secondo le tempistiche previste, il nuovo gestionale delle risorse umane, con notevole impegno da parte degli operatori e che vedrà il suo consolidamento nel corso del 2018, in quanto non tutti i moduli previsti risultano attivati.

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 alla presentazione 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.

L'azienda ha attivamente 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 2020.

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. L'Azienda ha perseguito gli obiettivi di dematerializzazione e di informatizzazione di tutto il percorso logistico-contabile 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.

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".

Le Aziende sanitarie nel corso del 2017 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale.

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

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 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
tempestività nell'invio dei dati rispetto al periodo di competenza (Flussi SDO, ASA, FED, DiMe, PS ecc.)	6,8	0	Consolidamento	0

L'indicatore è stato eliminato in quanto ritenuto troppo complesso e scarsamente rappresentativo delle reali performance aziendali.

iv. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza

Durante l'anno è stata data priorità alla diffusione ad organismi e dipendenti delle due Aziende Sanitarie dei contenuti del Piano Integrato per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Trasparenza per il triennio 2017/2019, approvati nel mese di gennaio 2017. Gli incontri divulgativi (es. 24 febbraio 2017), sono stati tutti organizzati e tenuti dal Responsabile aziendale. Si è tenuto inoltre un workshop formativo sull'introduzione (D.lgs 97/2016) dell'istituto dell'Accesso Civico (semplice o generalizzato).

Si è provveduto ad avviare l'attuazione della Legge Regionale n. 9/2017 mediante le attività previste dal piano interaziendale.

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 incontro plenario svolto il 30 novembre.

Il 21 dicembre si è tenuta la Giornata per la Trasparenza 2017, organizzata congiuntamente all'Azienda Ospedaliero Universitaria e all'Università.

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

Area Anticorruzione-Trasparenza: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	88,89%	98,75%	Consolidamento	100,00%
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Intercent-ER	29,98%	45,75%		34,37%
% di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta	36,27%	37,96%		37,91%

Molto buona la performance che si registra per quanto riguarda la percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da iniziative di Area Vasta, mentre in miglioramento ma ancora sotto la media regionale rispetto a quelli derivanti da iniziative di Intercent-ER (vedi relazione conseguimento obiettivi DGR 830/2017 per le motivazioni). Per quanto attiene all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, il risultato non esattamente in linea fatto registrare nel 2016 è stato riportato ad un pieno conseguimento nel 2017.

b. Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo

i. Area di performance della ricerca e della didattica

Attività di ricerca e della didattica

Nel 2017 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (AOU PR) ha profuso l'impegno principalmente nella promozione della qualità e della trasparenza della ricerca svolta. Di seguito le principali azioni.

Promuovere la qualità della ricerca

Per sostenere i clinici nel loro impegno nella realizzazione di studi di alta qualità (conformi alla regolamentazione internazionale) è proseguita l'offerta di formazione in materia di metodologia della ricerca.

Nel 2017 è stata effettuata la quinta Edizione del Programma Formativo "Metodologia della ricerca: corso di formazione avanzata", composto da sette brevi eventi dedicati ad aspetti chiave della realizzazione degli studi clinici, effettuati tra giugno e dicembre. Hanno partecipato 23 professionisti (in prevalenza giovani medici e biologi), su indicazione del proprio Direttore di Unità Operativa. Il corso è stato accreditato ECM e ha dato diritto a un Certificato di Competenza. L'ultimo evento del corso è stato dedicato all'applicazione delle norme di buona pratica clinica (GCP), svolto in collaborazione con un docente esperto ex ispettore dell'AIFA. La giornata è stata aperta anche a professionisti non iscritti al corso e ha consentito di acquisire il Certificato GCP a 35 figure aziendali.

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 2017 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 gestione di un database comune.

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 che realizzano gli studi. A tale scopo, sono state diffuse sul sito web aziendale e sulla intranet tutte le pubblicazioni realizzate nel 2017 dalle Unità Operative, ed è stata realizzata e pubblicata la reportistica relativa al triennio 2013-5 delle attività di ricerca (progetti e pubblicazioni) di ogni singola UO e, in modo aggregato, per Dipartimento.

Garantire la diffusione delle informazioni sulla ricerca realizzata in Ospedale ai pazienti e ai cittadini

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, con l'intento di avvicinare i pazienti alle attività di ricerca in corso in Ospedale, ha scelto di consolidare i rapporti con la rete delle associazioni di volontariato del territorio, coinvolgendole in occasione degli incontri aperti ai pazienti sul tema della Ricerca scientifica. Il 18 marzo 2017 si è svolto il 15° appuntamento del ciclo d'incontri "La ricerca scientifica spiegata ai pazienti" sulle opportunità di trattamento per i pazienti affetti da fibrosi cistica, reso possibile grazie alla collaborazione tra l'U.O. Ricerca e Innovazione, la Struttura Semplice Fibrosi Cistica e l'importante contributo dell'Associazione Fibrosi Cistica Emilia. Nel dettaglio, il volontariato ha preso parte ai tavoli di lavoro preliminari alla realizzazione dell'incontro e ha partecipato in qualità di relatore e portavoce dei pazienti in occasione del convegno. La prima parte si è incentrata sul tema della ricerca scientifica: le azioni volte alla tutela dei diritti dei pazienti che partecipano ad uno studio e la spiegazione dei concetti complessi alla base di un trial clinico. I professionisti dell'Ospedale hanno poi descritto il ruolo della terapia tradizionale nella diagnosi e nel trattamento della patologia specifica ed illustrato le nuove frontiere della ricerca per il miglioramento della qualità della vita. E' stata un'importante occasione di scambio tra il team di ricerca e i pazienti per chiarire meglio aspetti ed eventuali dubbi sorti nel percorso terapeutico. L'appuntamento ha riscosso ampia partecipazione e ha suscitato un forte interesse da parte del pubblico: sono state circa 80 le persone presenti tra medici, pazienti, familiari e amici.

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'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha intrapreso un percorso di verifica e adeguamento ai requisiti stabiliti da AIFA (Determina 809/2015) per l'esecuzione di studi di Fase I. Il lavoro ha richiesto un forte impegno, 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. Nel corso del 2017 sono stati verificati i requisiti della determina AIFA relativi alla certificazione dei laboratori, attività che ha coinvolto vari professionisti e che ha evidenziato la necessità di realizzare/integrare numerose procedure del laboratorio e acquisire strumentazioni/arredi.

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 al Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia, l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale nell'anno 2017 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 31/12/2017 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 119 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 62 unità.

Impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale e i Dipartimenti Universitari di area medica 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. 14 del Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università sottoscritto il 20/10/2016, in relazione al contributo dell'Università si rimanda al paragrafo C.6.9. del Bilancio di esercizio 2017 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.

Impegno a sostegno dell'offerta formativa del Dipartimento 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 dall'Università degli Studi di Parma attraverso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia 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 2017/18 è stato pari a 4.298 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).

A seguito del Decreto Interministeriale n. 402 del 13/06/2017 recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria, dall'aa 2016/2017 le Scuole autonome di Specializzazione in ambito sanitario dell'Università degli Studi Parma sono 31; in aggiunta ad esse l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è sede Collegata ad altri Atenei per 7 Scuole, di cui 5 Scuole (Chirurgia Pediatrica, Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia, Radioterapia, Genetica Medica) all'Ateneo di Bologna e 2 Scuole (Chirurgia Toracica e Urologia) all'Ateneo UniMORE. Il numero complessivo dei medici in formazione che nel 2017 hanno frequentato l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato pari a 686 unità. Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2016/2017 ne sono stati attivi 18. Infine, presso il Dipartimento Universitario 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.

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.

Area Ricerca e Didattica: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 20175	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Impact factor normalizzato (Ifn) °	2178		Miglioramento	2807
Ifn per ricercatore\$	4		Miglioramento	6
Numero di progetti di ricerca finanziati con Bandi competitivi a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante) *	28		Mantenimento	25
Grado di qualità&	10%		Miglioramento	13%

° 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

E' stato ottenuto il trend atteso per il 2017. In particolare:

IFN è migliorato da 2178 (valore 2016) a 2807 (valore 2017)

IFN per ricercatore è migliorato da 4 (valore 2016) a 6 (valore 2017)

Numero di progetti di ricerca finanziati con bandi competitivi a cui l'Azienda partecipa si è mantenuto stabile (28 valore 2016, 25 valore 2017)

Grado di qualità è migliorato da 10% (valore 2015 e 2016) a 13% (valore 2017)

ii. Area di performance dello sviluppo organizzativo

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Gli eventi formativi svolti nel 2017 rispetto a quali si è posta particolare attenzione alla qualità del trasferimento degli apprendimenti dal contesto d'aula all'esperienza di lavoro sono stati:

Formazione manageriale per coordinatori

Attraverso il lavoro impostato in una fase di formazione sul campo, i Coordinatori hanno effettuato un'analisi della letteratura per individuare i migliori strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali e degli elementi prognostici della complessità della dimissione. A seguito dell'intervento formativo sono state implementate nell'attività di reparto le schede C-HOBIC, MEWS e BRASS, che sono state integrate nell'ambito della documentazione infermieristica (cartella infermieristica).

È stata poi sviluppata una valutazione sulla suddetta implementazione misurando il rapporto fra i pazienti presi in carico e le schede compilate.

La comunicazione delle cattive notizie nel rapporto di cura con paziente e familiari

Per questo corso (tenutosi in 2 edizioni), che tratta un tema così delicato e sensibile, è stato predisposto un piano di valutazione del trasferimento degli apprendimenti nei contesti di lavoro che ha previsto una rilevazione intermedia e a fine corso con una scheda a domande aperte intesa ad approfondire la rappresentazione individuale dell'effetto della comunicazione delle cattive notizie sull'interlocutore. I risultati prodotti (documentati nella relazione di fine corso) evidenziano peraltro un buon livello di utilizzo, a seguito della partecipazione al corso, del modello Spikes nella gestione dei colloqui con pazienti e familiari, riducendo l'ansia e la paura che caratterizzano la comunicazione delle cattive notizie.

Con riferimento al tema della misurazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione si richiama il corso:

Formazione-intervento rivolta al Settore Formazione e Sviluppo del Potenziale della S.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane

L'attività di formazione progettata e realizzata nel corso del 2017 era volta a supportare il percorso di costituzione del provider ECM "Dipartimento Interaziendale Risorse Umane dell'Azienda Usl e Ospedaliero

Universitaria di Parma” (attivo dal 1 gennaio 2018). Nel percorso formativo è stata effettuata una analisi organizzativa condivisa dei sistemi della formazione nelle due Aziende e sono state identificate le best practice, creando le basi per la definizione di nuove procedure di lavoro integrate. I risultati prodotti sono stati presentati, al fine di essere legittimati, alle Direzioni Generali nell’ottobre 2017. Attualmente sono in corso gruppi di lavoro che, sulla base dei risultati prodotti nell’attività formativa, stanno operando per la definizione della nuova organizzazione e della nuova documentazione necessaria ai fine dell’accreditamento regionale del provider unico.

La valorizzazione del capitale umano

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 2017 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 2017;
- 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 assegnazione 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 2017.

Per l’anno 2017 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 2017 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 2017 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 2017 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.

c. 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

Il pareggio del bilancio costituisce la condizione per garantire l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, il consolidamento dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, un governo flessibile del personale, l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a finanziamento degli investimenti. Gli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali hanno fortemente impegnato le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio. Sono state riprese, anche nel 2017, le seguenti azioni prioritarie:

- 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. La CTSS è stata opportunamente informata degli esiti della verifica straordinaria;
- 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 la capacità di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e di perseguire l'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.

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

E' stata data applicazione alla 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 2017 l'Azienda è stata impegnata a dare attuazione alle seguenti misure di contenimento della spesa:

- completamento della 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;
- rispetto della programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER;
- contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'adesione alle convenzioni e il rispetto delle percentuali di adesione agli acquisti tramite Intercent-ER e tramite Area Vasta fissati dalla programmazione regionale;

- sviluppo delle infrastrutture ICT di supporto alla semplificazione e al miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
- razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti;
- governo delle risorse umane.

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 gestori di budget al fine di monitorare puntualmente l'andamento economico-finanziario e valutare eventuali criticità così da porre in essere azioni correttive condivise. Questo ha permesso un costante confronto sulle problematiche e le possibili soluzioni per poter predisporre tempestivamente opportune azioni di contenimento.

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. Gli incontri periodici del board degli investimenti sono stati indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento al rinnovamento e al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali.

Ottimizzazione della gestione finanziaria

Nel corso del 2017 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 medio lungo termine (mutui). L'Azienda 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 (l'Azienda non è in anticipazione di tesoreria). L'indicatore annuale 2017, calcolato dall'Azienda, corrisponde a -15,37 giorni. Il sito del Ministero delle Finanze indica -26 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 gli indicatori trimestrali entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre a cui si riferiscono.

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. In ottemperanza a quanto previsto dagli artt. 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016, nel sito istituzionale trovano rappresentazione anche i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, e ne è permessa la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari. A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, la Direzione aziendale ha aderito sulla base di quanto previsto dal calendario programmato. Obiettivo aziendale è stato il rispetto della tempistica di adesione (1° gennaio 2018). Nel corso del 2017 sono state

pertanto attivate le procedure per il recesso anticipato dalla convenzione in essere e dal 1° gennaio 2018 l'Azienda ha aderito alla gara per il servizio di tesoreria unica regionale.

Il miglioramento del sistema informativo contabile

Tenuto conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, nel corso del 2017 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.

Nel corso dell'anno è 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. Al contempo, si è provveduto a identificare e rilevare criticità nel sistema contabile in uso e a richiedere precise e definite implementazioni. Nel corso dell'anno 2018 si verificherà il rispetto delle richieste effettuate.

Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Nel corso del 2017 è stata effettuata l'aggiudicazione della gara per la nuova piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC). Successivamente alla stipula della Convenzione, si è dato avvio ai lavori con la RTI secondo quanto previsto dal piano esecutivo, approvato nel mese di ottobre 2017.

L'Azienda ha assicurato, al livello regionale, la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative. In particolare, la Regione ha attivato diversi gruppi di lavoro, relativamente ai quali sono stati individuati, tra le varie professionalità presenti all'interno dell'Azienda, i referenti che hanno partecipato attivamente agli stessi.

La realizzazione del Progetto GAAC prevede il deployment e l'attivazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entro il 31 dicembre 2019 e relativa messa in esercizio al 1° gennaio 2020.

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 è stato recepito l'aggiornamento del Masterplan regionale per l'anno 2017 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

Sono proseguite nel 2017 le attività già avviate nel biennio precedente 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 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.

Nel corso dell'anno 2017 si è dato continuità 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. Nei prossimi mesi dovrebbero essere forniti in ambito AVEN i dati definitivi relativi all'anno 2017.

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 2017 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 2016 saranno sicuramente confermati e che sarà possibile registrare un ulteriore incremento. Questo in quanto nel corso dell'anno 2017 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 provvisori si può evincere per esempio che il livello di adesione a gare centralizzate relative ai farmaci risulta in linea con quello già molto positivo dell'anno precedente.

È stata sperimentata la piattaforma di eprocurement mediante la pubblicazione sulla piattaforma della gara Aven di n. 23 gare a livello del Dipartimento Interaziendale Tecnico e Logistica.

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 è stata pubblicata nell'autunno del 2017 con un importo a base d'asta di circa € 37.000.000.

Il governo delle risorse umane

Con riferimento all'anno 2017, il Piano Aziendale annuale di Assunzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (predisposto dalla SC Area Giuridica e Area Economica con la collaborazione del Servizio infermieristico e del Servizio Economico-finanziario e la supervisione del Direttore del dipartimento Risorse Umane) è stato trasmesso alla Regione Emilia-Romagna con nota prot. 13293 del 07.04.2017. Con nota prot. 25796 del 17/07/2017 la Regione ha approvato il suddetto piano. Nel medesimo era prevista la copertura di quattro strutture complesse. Era stata anche ricompresa la procedura relativa alla S.C. Oncologia Medica, già inserita nel piano assunzioni 2016. Nel corso del 2017 si sono concluse le selezioni relative alla S.C. 1^ Anestesia, Rianimazione e Gestione Interdipartimentale Siat (già autorizzata con nota RER prot. PG/2017/144348 del 06/03/2017) e Oncologia Medica. Le altre procedure, relative a strutture

attualmente rette da facente funzioni sono avviate ad inizio 2018. L'attuazione del Piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2017 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico ed ha tenuto 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. L'obiettivo oltre alla garanzia del turn over sul settore sanitario e alla prosecuzione del processo di stabilizzazione del personale nell'ottica del superamento del lavoro flessibile, i relativi percorsi assunzionali avviati troveranno completamento, per quanto riguarda l'area della dirigenza medica e sanitaria, nell'anno 2018. Si precisa che nel corso del 2017 sono state effettuate n. 231 assunzioni a tempo indeterminato a fronte di n. 215 cessazioni, nonché al fine di far fronte alla dinamica delle assenze e di nuove attività e riorganizzazioni n. 169 assunzioni a tempo determinato (di cui 48 dirigenti). In questo ambito n. 14 contratti a tempo determinato sono stati stipulati a fronte della cessazione di altrettanti contratti libero professionali. E' stato rispettato obiettivo previsto di riduzione di tali forme di lavoro flessibile che a fine 2017 sono pari a n. 59 rispetto a 74 segnalati nella rilevazione regionale ad inizio anno. 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. 36 cessazioni.

Area Economico-Finanziaria: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	92,89	0	Consolidamento	98,17%
Spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG	332,4	143.39	Miglioramento	164.01
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-0,5	-	Diminuzione	-15.37
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio (introdotto dalla programmazione 2016)	90%	0%	Mantenimento	100%
Alimentazione della piattaforma degli scambi in tutte le sessioni previste e rispetto delle scadenze prestabilite (introdotto dalla programmazione 2016)	100%	0%	Mantenimento	100%

Sono state sostanzialmente rispettate le previsioni relative agli indicatori dell'Area economico-finanziaria. Il tasso di copertura flusso DiMe è in netto miglioramento rispetto all'anno precedente, la spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG è in netta diminuzione, anche se leggermente sopra la media regionale. L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti presenta valore negativo, vale a dire che nel 2017 le fatture sono state pagate, in media, prima della scadenza delle stesse, performance in netto miglioramento rispetto al 2016.

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 (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, come modificato dalla Legge di Bilancio 2018, 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. Con nota n°25721 del 14/07/2017, l'Azienda ha proposto al Servizio Regionale Strutture e Tecnologie in Ambito Sanitario la realizzazione, in luogo del previsto Day Hospital Oncoematologico e Centro Prelievi, di un Polo Oncologico Integrato, in grado di accorpere i prevalenti servizi a carattere oncologico, sia diagnostici che di cura, e di offrire ai pazienti la possibilità di usufruirne in un'unica sede, facilitando nel contempo il coordinamento del percorso diagnostico – terapeutico delle patologie oncologiche ed una maggior interazione tra le professionalità sanitarie. La regione Emilia Romagna ha accolto la proposta aziendale ed ha valutato positivamente il progetto di fattibilità tecnico – economica dell'opera. E' in fase di redazione il progetto esecutivo. Relativamente alle richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati tra il 2003 ed il 2011, nel corso del 2016 e del 2017 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.
- Richiesta di liquidazione prot n.40180 del 6/11/2017 – Intervento O2 - Acquisto arredi e attrezzature per il nuovo ospedale dei bambini.

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 relativi all'AP7 sono in via di ultimazione, al termine dei quali verrà depositata la relativa SCIA. E' stata completata la progettazione esecutiva del 1° stralcio degli interventi compresi nel PI.1, approvata dal gruppo tecnico regionale ed è in fase di redazione la progettazione esecutiva del 2° stralcio. A seguito della definitiva approvazione regionale anche del 2° stralcio, si procederà all'assegnazione dei lavori.

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. Le indicazioni in merito agli interventi di adeguamento sismico sono stati elaborati in termini previsionali nel corso dell'anno 2017 e saranno inseriti nel Piano Triennale degli investimenti per il periodo 2018 – 2020, con i parametri stabiliti dalla Regione.

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 (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 era programmata a partire dal 2017 (sistemi di spegnimento luci automatici, installazione di inverter, sostituzione pompe, eccetera). Nel corso del 2017 sono inoltre state completate le verifiche e le analisi relative all'installazione di un terzo cogeneratore, in grado di assicurare la quasi totale autonomia dal punto di vista elettrico dell'Ospedale Maggiore. L'installazione del 3° cogeneratore è prevista per il 2018.

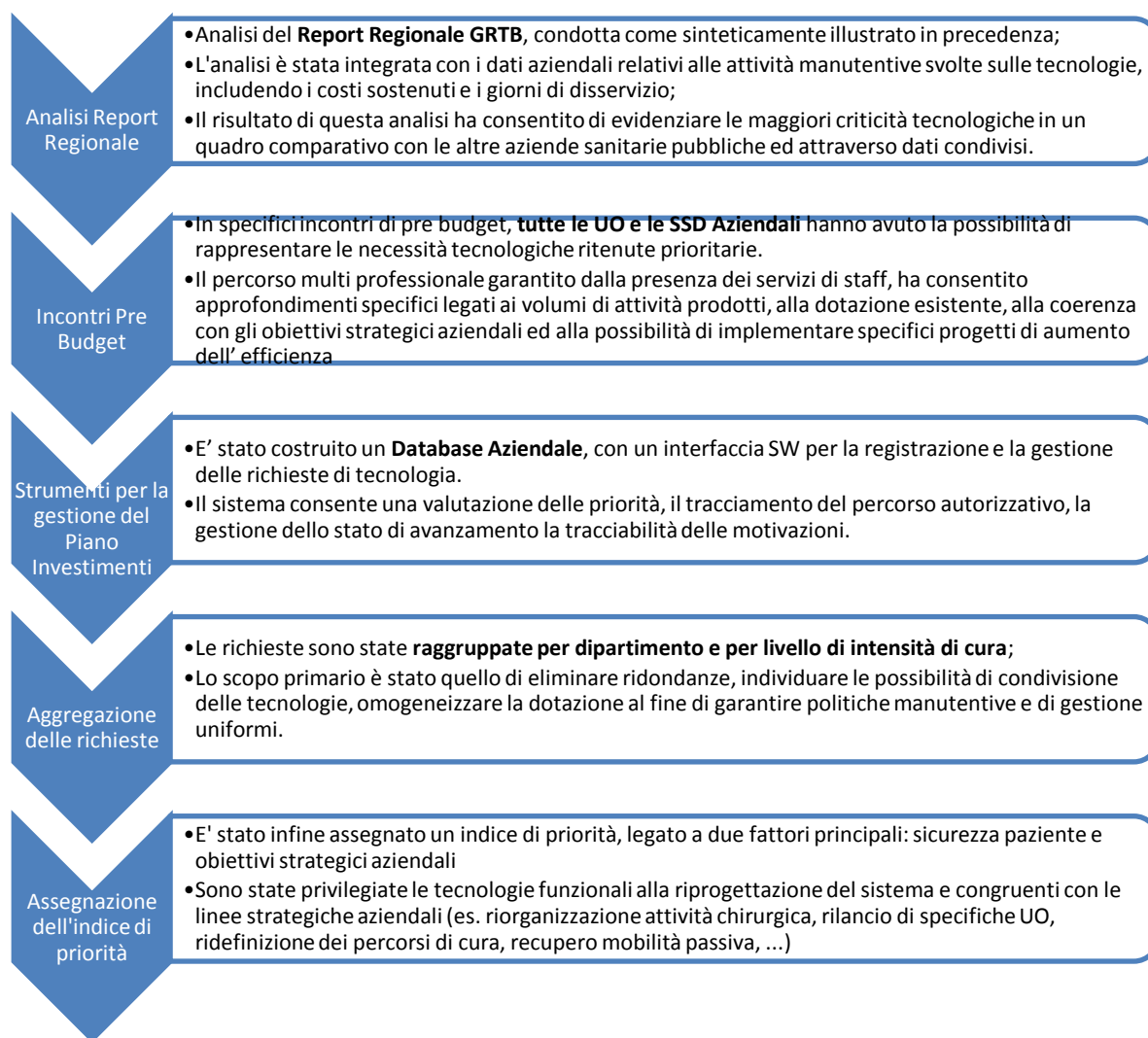
Con particolare riferimento ai consumi di energia elettrica e termica, durante il 2017 è stata assicurata la prosecuzione del monitoraggio dei consumi stessi relativamente ai padiglioni ospedalieri, con predisposizione delle relative schede. Relativamente, invece, alle azioni di mobilità sostenibile, 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. Il Comune di Parma, nell'ambito delle politiche di Mobility Management di sua competenza, ha indetto con Determina Dirigenziale n. dd-2017-3111 del 28.11.2017, un bando pubblico per l'anno 2017, rivolto ad aziende pubbliche e private per conferimento di incentivi finalizzati all'acquisto di titoli di viaggio per il tragitto casa-lavoro dei dipendenti residenti o con sede di servizio nel Comune di Parma. La nostra azienda, al fine di sostenere le azioni di Mobility Management di sua competenza, ha partecipato al suddetto bando, presentando nei termini e con le modalità previste una richiesta di contributo, da finalizzare ad agevolazioni economiche per i dipendenti, indirizzate all'incentivazione dell'utilizzo del Trasporto Pubblico Locale (LTP), delle Ferrovie (FFSS) e del Bike Sharing per i tragitti casa-lavoro, in continuità con analoghe iniziative già attuate nelle precedenti annualità. Con Determina del Direttore del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici n. 82 del 29/12/2017, ha approvato la graduatoria interna relativa al bando pubblico promosso dal Comune di Parma per incentivi finalizzati all'acquisto di titoli di viaggio per tragitto 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.

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.

Plano Investimenti
Servizio Ingegneria Clinica

Utente: Giovanni Arcuri

Inserisci Investimenti
Verifica Investimenti

Unità operativa: * Tutte

Finanziamento: Investimenti Fondi Aziendali 2016

Progetto/Budget: * Tutte

Stato ACQ: Di Iniziare, Sospeso, Procedura in Corso, Procedura conclusa e della, Procedura in corso di valuta, Fornitura Collaudata

Parere Board: Approvato, Non Approvato, Tutti

Parere SIC: Approvato, Non Approvato, Tutti

Bilancio Investimenti

Cla	Descrizione	Totale
		€ 2.816.596,17
31	AOSP Parma: Cardiologia	MON
32	AOSP Parma: Attività Comuni Dipartimen	EDL
35	AOSP Parma: Chirurgia Vascolare	TOP
36	AOSP Parma: Chirurgia Vascolare	PRD
38	AOSP Parma: Otorinolaringoiatria e Oton	ELB
45	AOSP Parma: Pneumologia ed Endoscopi	VBR
46	AOSP Parma: Neurochirurgia	MOP
48	AOSP Parma: Radiologia	TAC
52	AOSP Parma: Urologia	STE
54	AOSP Parma: Urologia	UTS
55	AOSP Parma: Clinica Chirurgica e Terapia	STE
57	AOSP Parma: Radiologia	TTE
60	AOSP Parma: Ortopedia	TOR
62	AOSP Parma: Cardiocirurgia	UTE
63	AOSP Parma: 1° Anestesia e Rianimazione	ANS
64	AOSP Parma: Ortopedia	LSC
67	AOSP Parma: Attività Comuni Dipartimen	ELB
71	AOSP Parma: Ortopedia	TOP
80	AOSP Parma: Ortopedia	IPC
29	AOSP Parma: Cardiologia	PRN
43	AOSP Parma: Medicina Interna e Lungodi	ACI
44	AOSP Parma: Cardiologia	POG

Cerca Reset

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.

Sostituzioni per obsolescenza •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.	Trasferimenti di attività •Assicurare l'opportuno assetto tecnologico ai trasferimenti delle UO necessari alla riorganizzazione dei processi clinici e/o a lavori di adeguamento	Fondo di garanzia •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	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività •Riorganizzazione Attività Chirurgica •Interventi Integrati sulle SSOO - Aree Critiche •Sistemi informativi dipartimentali e loro integrazione •Rilancio di specifiche funzioni HUB: •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
•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	•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	•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.	•Riconfigurazione dei sistemi software dipartimentali (es. integrazione delle immagini ortopantomografi che ed ecografiche sul sistema RIS\PACS); • Manutenzioni evolutive; •Rete Cardiologica elettrocardiografica	•Redistribuzione delle apparecchiature in uso per garantire: •Omogeneizzazione dell'installato ; •Immunità dal primo guasto;	•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

Risultati

Congruentemente con la metodologia descritta, il piano delle attività 2017 per le tecnologie biomediche è stato concluso con le attività principali riportate in sintesi nella tabella seguente.

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
Investimenti	Ristrutturazione Comparti operatori (Comparto operatorio)		Emergenze per Fuori Uso (Rischio continuità assistenziale \ Liste di	Sistemi di integrazione Multimediale per

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
	ortopedia – comparto Ala Ovest) Sistemi completi per chirurgia laparoscopica		attesa): Gamma Camera Monocristallo Ecotomografi per: - Ambulatorio Cardiologico - Ambulatorio Chirurgica Urologica - Ambulatorio chir.Vascolare Dotazione Elettroencefalografica Strumentazione ottica rigida e flessibile.	SSOO integrati con sistemi per l'utilizzo del registro operatorio. Compilazione delle checklist in tempo reale. (Ortopedia, Ala Ovest).
	Sistemi portatili per radioscopia\angiografia intraoperatoria			Attività di integrazione Sistemi Informativi Dipartimentali (es. PARER, FSE, Adeguamento SDO 2017). Sistema Informativo per elettromiografia.
				RIS PACS Ostetrico Ginecologico
Service	Laser per OTR			Rete Provinciale Unificata Laboratorio Analisi
Noleggio				Piano di sostituzione TAC (Fondi Provenienti da ottimizzazione

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
				manutenzione)
Contratti di Manutenzione	Infrastruttura Server Sistema RIS PACS			Sistemi Informativi Aziendali - RIS PACS IS - Cardiology IS - Endoscopy IS
	Workstation di refertazione Sistema informativo Endoscopia			
Piani di redistribuzione	Sistemi portatili per radioscopia	Piano di redistribuzione ecotomografi per attività ambulatoriale		
Donazioni	Sistemi portatili per radioscopia Sistemi completi per videoendoscopia			Sistemi di integrazione Multimediale per SSOO (Pediatria, Ala Ovest)

Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
-------------------------------	---------------------------	-------------------	---

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
Investimenti	Ristrutturazione Comparti operatori (Comparto operatorio ortopedia – comparto Ala Ovest) Sistemi completi per chirurgia laparoscopica		Emergenze per Fuori Uso (Rischio continuità assistenziale \ Liste di attesa): Gamma Camera Monocristallo Ecotomografi per: - Ambulatorio Cardiologico - Ambulatorio Chirurgica Urologica - Ambulatorio chir.Vascolare Dotazione Elettroencefalografica Strumentazione ottica rigida e flessibile.	Sistemi di integrazione Multimediale per SSOO integrati con sistemi per l'utilizzo del registro operatorio. Compilazione delle checklist in tempo reale. (Ortopedia, Ala Ovest).
	Sistemi portatili per radioscopia\angiografia intraoperatoria			Attività di integrazione Sistemi Informativi Dipartimentali (es. PARER, FSE, Adeguamento SDO 2017). Sistema Informativo per elettromiografia.
				RIS PACS Ostetrico Ginecologico
Service	Laser per OTR			Rete Provinciale Unificata Laboratorio Analisi
Noleggio				Piano di sostituzione TAC (Fondi Provenienti

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
				da ottimizzazione manutenzione)
Contratti di Manutenzione	Infrastruttura Server Sistema RIS PACS			Sistemi Informativi Aziendali - RIS PACS IS - Cardiology IS - Endoscopy IS
	Workstation di refertazione Sistema informativo Endoscopia			
Piani di redistribuzione	Sistemi portatili per radioscopia	Piano di redistribuzione ecotomografi per attività ambulatoriale		
Donazioni	Sistemi portatili per radioscopia Sistemi completi per videoendoscopia			Sistemi di integrazione Multimediale per SSOO (Pediatria, Ala Ovest)

Area Investimenti: Indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2016	Valore RER 2017	Risultato atteso 2017	Risultato raggiunto 2017
% di realizzazione del piano investimenti aziendale		0	Mantenimento	In attesa dei dati
Avvio predisposizione progetti di interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (introdotto dalla programmazione 2016)		0	Miglioramento	100
Richieste di liquidazione relative a lavori già terminati sul totale degli interventi terminati (introdotto dalla programmazione 2016)		0	Miglioramento	SI

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 2017 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, La performance, in termini di tempi di attesa per i pazienti con codice giallo e visitati entro 30 minuti si conferma anche per il 2017 nettamente superiore alla media regionale, superiore al valore medio regionale è anche la percentuale di pazienti con codice verde visitati entro 1 ora.

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 in particolare nelle aree cardiologica, vascolare, neurologica, neurochirurgica e ostetrico-ginecologica. Rispetto alle poche criticità riscontrate (riguardanti gli indicatori relativi ad alcuni indici di mortalità e a specifica casistica chirurgica) sono state illustrate nell'apposito paragrafo le principali cause che hanno generato gli scostamenti osservati. Ad ogni modo rispetto agli indicatori di accertata criticità l'Azienda si riserva di approfondire le dinamiche alla base mediante specifici Audit.

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 2017, mentre tra quelli già proposti particolarmente positivi sono quelli sulla spesa farmaceutica ospedaliera per punto DRG (se confrontata con quella fatta registrare nel 2016) e l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti (notevolmente migliorato rispetto all'anno precedente).

Per l'Area dell'**Anticorruzione e Trasparenza** si evidenzia un'ottima performance (in particolare per quanto attiene all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, il risultato è in netto miglioramento e superiore alla media regionale). Alcune criticità si evidenziano nell'**Area della Produzione Ospedaliera**, rispetto alla quale l'indicatore "Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici" e l'indicatore "Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici" presentano un valore non ancora in linea con la media regionale. Rispetto alla durata della degenza per la casistica chirurgica hanno inciso alcuni interventi messi in atto dall'Azienda come il piano di riorganizzazione dei ricoveri chirurgici, mentre per la casistica medica, in integrazione con l'AUSL di Parma, sono stati adottati progetti di riorganizzazione volti a favorire e a rendere più efficiente la fase di dimissione di pazienti fragili, pluripatologici.

Quanto infine **all'Area dell'Appropriatezza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico** si osserva un effettivo miglioramento rispetto al 2016 della % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici, come atteso per il 2017. Relativamente invece all'indicatore dell'appropriatezza dei DRG, il valore conseguito è perfettamente allineato con quello regionale.

5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2017 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 830/2017", già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d'esercizio 2017 (Deliberazione n.304 del 27/04/2018).

Azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della Programmazione annuale regionale di cui alla DGR 830/2017

1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha partecipato alla realizzazione del "Piano della Prevenzione 2015-2018 della Regione Emilia Romagna: approvazione del Piano Locale Attuativo AUSL di Parma". L'Azienda, grazie al lavoro del Coordinatore del PRP e ai propri professionisti, si è impegnata nella realizzazione del Piano di Attuazione Locale (PLA), sostenendo a livello aziendale obiettivi e azioni previsti per i vari setting del PRP. In data 14/02/2017, a cura del Coordinatore sono state inviate le schede di valutazione relative alle attività svolte per i progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018. La valutazione congiunta con il Coordinatore del PRP è che gli obiettivi dei programmi del Piano esplicitamente richiamati nei vari setting sono stati raggiunti per il 2017.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Raggiungimento std per almeno 95% degli indicatori sentinella nei rispettivi PLA aziendali; %indicatori sentinella con valore conseguito >=80%; obiettivo >=95%	Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso	Gli indicatori sentinella sono stati raggiunti	Valutazione congiunta al Coordinatore del PRP

L'Azienda, attraverso la SSD Governo Clinico ha diffuso, implementato e messo a disposizione lo strumento dell'EqIA (Equality Impact Assessment) come garanzia di valutazione dei progetti inseriti nel presente Piano Regionale della Prevenzione nella prospettiva dell'equità. I progetti sono esplicitamente dedicati a tipologie di popolazione che presentano caratteristiche di vulnerabilità sociale e/o fragilità che potrebbero mettere a rischio la loro possibilità di accedere alle opportunità dei progetti di promozione e prevenzione per stili di vita salutari.

I progetti sono stati valutati da un gruppo di lavoro che a seconda della patologia è costituito da almeno una presenza di **16 persone**, operatori sanitari, cittadini, rappresentanti dei servizi sociali, stakeholder oltre a Professionisti delle due Aziende (medici e infermieri).

Sono stati finalizzati ad affrontare le criticità emergenti ed insite nel circuito assistenziale, nell'intento di sviluppare una visione olistica dell'attività e favorire il percorso verso una cultura organizzativa atta a migliorare la presa in carico dei pazienti; in particolare, sono stati raccolti alcuni contributi e spunti utili alla risoluzione delle criticità generate.

Elenco dei progetti del PRP valutati congiuntamente all'AUSL di Parma:

6.6 prevenzione e presa in carico del bambino con condizioni croniche: è stato preso in considerazione il sottoprogetto sovrappeso ed obesità in età pediatrica.

6.4 organizzare e realizzare interventi di medicina di iniziativa per adulti con diabete mellito: è stato preso in considerazione il percorso del piede diabetico della RER Implementazione locale delle indicazioni regionali per il PDTA per la prevenzione e la cura del Piede Diabetico.

3.9 Alimentazione anziano: sono state prese in considerazione le "Linee di indirizzo per la ristorazione dell'anziano in struttura residenziale".

1.2 Sanità Pubblica

1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

(

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Assicurare un'efficace azione di sorveglianza e controllo delle malattie infettive e parassitarie, attuando i piani regionali specifici e garantendo tempistiche, procedure operative e integrazione professionale. Relativamente al sistema informativo delle malattie infettive, monitorare la qualità dei dati inseriti nell'applicativo SMI.	Nr. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus segnalati al DSP e notificati in Regione/Nr. casi sospetti di Dengue-Chikungunya-Zikas virus testati presso il laboratorio di riferimento Regionale	Valore Ottimale 100% Valore Accettabile >90%	Sono stati segnalati n.14 casi di Chikungunya-Dengue-Zika. I casi segnalati di WNV sono stati 4. Come da procedura regionale sono stati segnalati al Servizio di Igiene Pubblica dell'AUSL di Parma. Pertanto il 100% delle denunce pervenute è stato inoltrato
	Dare attuazione alle indicazioni contenute nel documento "Linee Guida regionali per la sorveglianza e il controllo della legionellosi"	Realizzazione di almeno un momento formativo per la corretta applicazione delle Linee Guida regionali	E' stata inserita nel PAF dell'AQUPR. Sono stati realizzati incontri con i reparti a maggior rischio. La Commissione Aziendale sulla Legionellosi si è riunita periodicamente, con cadenza bimestrale. Il monitoraggio degli impianti viene eseguito secondo un programma prestabilito. In caso di manutenzioni i monitoraggi vengono ripetuti

1.2.4 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

Indicatore		Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Puntuale espletamento delle azioni atte alla verifica del possesso dei requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie; socio-sanitarie, e sociali e l'aggiornamento costante dell'anagrafe delle strutture autorizzate		Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie 100% strutture autorizzate/anno	95%	L'AOU PR ha partecipato con regolarità alle riunioni della Commissione per l'Autorizzazione all'Esercizio delle Strutture Sanitarie che sono state n.12
Realizzazione interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, con particolare riferimento ai temi del programma Guadagnare in Salute (fumo, alcool, alimentazione, attività fisica) e utilizzo degli strumenti definiti a livello Regionale per il controllo delle strutture ricettive, scolastiche e degli impianti natatori		Realizzazione interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro Realizzazione di almeno un programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale	95%	L'AOU PR ha partecipato al "Progetto di promozione della salute nei luoghi di lavoro" promosso dall'AUSL di Parma. Sono stati realizzati interventi di informazione e formazione utilizzando il materiale divulgativo messo a disposizione anche dal Servizio Sanitario Regionale. L'educazione sanitaria è stata sviluppata soprattutto per quanto riguarda la movimentazione e la corretta alimentazione, con il supporto, in questo caso del Servizio Dietetico

1.4 Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori nelle strutture sanitarie

Sorveglianza tubercolosi

Nel corso del 2017, è stata aggiornata la Valutazione del Rischio Aziendale. Il controllo e la sorveglianza e del controllo sono restati inalterati. Si sono ripetuti momenti di sensibilizzazione/informazione dei dipendenti, nel corso dei quali sono stati approfonditi i diversi aspetti epidemiologico-preventivi al rischio in questione. Sono state condotte a temine numerose verifiche sull'appropriata gestione del malato con TBS, o sospetto tale, con particolare riferimento alle misure d'isolamento. Sono stati mantenuti i controlli sui neoassunti tramite test di screening per l'infezione tubercolare latente (ITBL) (2 casi ITLB positivi su 171 assunti). Nell'ambito alla idoneità specifica alla mansione, il rischio tubercolare è preso puntualmente in considerazione

Nel **2017** l'attività di controllo sugli operatori sanitari si è sviluppata come segue:

Procedure	Quantità	Esiti positivi
Test di Mantoux	1386	33
Test Interferon Gamma	136	16
Valutazioni pneumologiche effettuate a seguito della positività del soggetto	12	-
Profilassi proposte	7	-
Profilassi rifiutate	4	-
Profilassi sospese (per tossicità....)	1	--
Profilassi concluse	1	-
Profilassi in corso al 31/12/2017	1	-

Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive

L'attività di informazione circa la prevenzione delle malattie infettive si è sviluppata tramite seminari per i neoassunti, corsi teorico-pratici per l'impiego di pungenti e taglienti; approfondimenti svolti nell'ambito degli del Nucleo Strategico per la Prevenzione del CIO. Ai reparti sono state riportate le comunicazioni presentate nel CIO regionale. L'attività è stata implementata anche durante gli incontri di promozione del corretto lavaggio delle mani. Anche gli incontri relativi ai risultati delle sistematiche indagini ambientali, sono state occasione per riprendere in maniera puntuale la tematica della prevenzione delle malattie infettive.

Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino

Prevenzione del rischio infettivo negli operatori sanitari

Durante il 2017 è stata ripresa ed migliorata la campagna di promozione vaccinale morbillo, rosolia, varicella, epatite B rivolta ai Dipendenti dell'Azienda Ospedaliera per incoraggiare la più alta copertura vaccinale possibile.

Momenti di informazione/formazione sono stati realizzati per sensibilizzare il Personale Sanitario dell'AOUPR, nel corso dei quali sono stati condivisi profili di rischio e strategie vaccinali individuate dalle comunità scientifiche.

Per ogni Dipartimento sono stati individuati gli operatori suscettibili a morbillo, rosolia, parotite, varicella ed epatite B che sono stati convocati formalmente a vaccinazione.

Nel 2017 sono state analizzate le posizioni di **510** dipendenti, individuando **96** operatori **potenzialmente** suscettibili che sono stati sottoposti alle procedure del caso.

E' proseguita la vaccinazione attiva e gratuita degli operatori neoassunti.

Particolarmente stretto è il monitoraggio dei dipendenti oggetto di infortuni a rischio biologico ovvero esposti a sospetti contatti con pazienti con patologie infettive attive.

Nel **2017** sono state somministrate le seguenti dosi di vaccini:

Vaccino	Dosi
ANTI EPATITE B	287
ANTI DIFTERITE-TETANO-PERTOSSE	297
ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA	101
ANTIVARICELLA	50
ANTINFLUENZA	i

Prevenzione e controllo dell'Influenza

Ampia diffusione è stata data alle indicazioni, pervenute dalla Direzione Sanità e Politiche Sociali della RER, relativamente alle azioni di prevenzione e controllo dell'Influenza.

In particolare sono state condivise:

- raccomandazioni per la prevenzione ed il controllo dell'influenza stagione 2017-2018,
- 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.

E' 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 474 operatori sanitari, a cui vanno assommati i circa 82 dipendenti vaccinati dal medico di base.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Risultato raggiunto anno 2017
Realizzazione di un modulo formativo sulle malattie infettive , comprese quelle prevenibili da vaccino	1	1	Per quanto concerne i DPI, costante è stata la informazione ai reparti durante i sopralluoghi effettuati, nell'ambito dei controlli previsti dall'81. E' stato realizzato un evento formativo sul campo in merito all'impiego di Taglienti e Pungenti con meccanismo di sicurezza. Tale informazione è stata condivisa sul web aziendale
Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari	>34%	34,2%	In attesa dato consolidato su portale Insider

Prevenzione del rischio infettivo occupazionale

Dispositivi medici taglienti e pungenti con meccanismo di sicurezza

In linea con le disposizioni del D.Lgs. 81/2008 e ss.mm.ii, e le Linee di indirizzo e criteri d'uso dei Dispositivi Medici (DM) con meccanismo di sicurezza per la prevenzione di ferite da ago o da punta, nella nostra Azienda è proseguita la progressiva acquisizione di aghi, aghi cannula, butterfly, siringhe da emogasanalisi, ecc., dotati di meccanismo di sicurezza di protezione dell'ago (NPDs) attualmente disponibili sul mercato, aderendo alla specifica gara IntercentER.

Considerate le diverse peculiarità dei meccanismi a seconda del tipo di dispositivo, propedeuticamente all'introduzione, sono stati organizzati diversi momenti formativi, in modo da far acquisire agli utilizzatori le competenze e manualità necessari ad utilizzarli in sicurezza, dopo specifico addestramento.

E' stato pertanto realizzato, nel mese di Aprile 2017 (ripetuto poi anche a Novembre '17), un evento formativo principale dal titolo "*Dispositivi Medici con Meccanismo di sicurezza: dalla normativa al corretto impiego*" che, oltre ad una valenza strettamente pratica (prova dei DM e modalità di attivazione dei meccanismi di sicurezza) si è focalizzato sulle varie tematiche correlate, in particolare la normativa di

riferimento, gli aspetti igienico – preventivi per la prevenzione del rischio occupazionale, la prevenzione delle ICA associate all'impiego di dispositivi intravascolari e la vigilanza sui dispositivi medici.

Per consentire di realizzare una più ampia informativa e favorire l'accesso a tutto il personale, nel mese di ottobre sono stati inoltre programmati 4 incontri, effettuati in aule o sale riunioni individuate presso i vari Padiglioni. In collaborazione con gli *Specialist* di prodotto delle ditte fornitrici, che si sono resi disponibili per 3-4 ore ad incontro nelle fasce orarie di cambio turno, sono state date ulteriori opportunità di vedere e provare i nuovi dispositivi in dotazione.

Complessivamente sono stati formati **345** Professionisti di cui: **9** Medici, **32** Coordinatori, **281** Infermieri, **13** Ostetriche, **5** Altre figure professionali (Tecnici di Laboratorio/Tecnici di Radiologia/OSS), **5** personale sanitario in formazione (Medici ed Infermieri). Il personale sanitario formato, provvederà con i Preposti, ad effettuare tutoraggio all'interno delle varie UU.OO di afferenza.

Ad ulteriore supporto degli operatori sanitari, sono stati realizzati anche una serie di incontri direttamente presso le singole UU.OO. dove si sono rilevate criticità durante l'impiego, legate essenzialmente ad un'inappropriata metodologia d'uso, a cui è stata data puntuale risposta.

Gli esiti delle nuove introduzioni verranno valutati nel corso del 2018 monitorando le segnalazioni di infortuni a rischio biologico. Le aspettative sono di riscontrare una riduzione di quelli dovuti all'impiego di DM taglienti e pungenti.

Promuovere la cultura della prevenzione in altri ambiti

- Sono state approfondite le problematiche legate all'esposizione a videoterminali degli operatori; infatti, in funzione dell'avvenuta integrazione AOU Parma e Az USL Parma, sono state modificate le postazioni operatori ed in taluni casi anche aumentate nel numero, come nel caso dell'ambito Formazione ed Aggiornamento, in ragione di cui si è resa necessaria una loro rivisitazione e dei relativi ambienti; contestualmente è stata condotta una parziale valutazione degli arredi e delle dotazioni. Lo strumento del documento di valutazione del rischio ha consentito di proporre specifici suggerimenti indirizzati sia agli operatori stessi, ribadendo le vigenti istruzioni operative su posture da assumere e distanze da mantenere, sia ai Servizi Aziendali competenti al fine di procedere, oltre che all'acquisizione di arredi ed ausili migliorativi, anche a modifiche impiantistiche che consentano di ottimizzare i dispositivi informatici utilizzati dagli operatori. L'obiettivo può ritenersi raggiunto.
- La formaldeide, a decorrere dal 1° Gennaio 2016, ha cambiato classificazione di pericolosità, passando da cancerogeno di categoria 2 (H351) a cancerogeno di categoria 1/B (H350). In considerazione di quanto sopra sono state introdotte nuove tecnologie che hanno modificato, in larga parte, il processo lavorativo intervenendo essenzialmente nella mitigazione dell'esposizione degli operatori. E' stato così ritenuto utile avviare una campagna di monitoraggio ambientale e personale finalizzata a verificare tale effettiva mitigazione. Gli esiti di tale indagine hanno confermato che non sussistono situazioni configurabili a rischio per gli operatori, in quanto i valori emersi risultano rassicuranti ed ampiamente sotto soglia: non è pertanto necessario redigere il *registro degli esposti* come previsto all'art. 243 del D. Lgs. 81/08. In conclusione può senz'altro dichiararsi conseguito l'obiettivo di mitigazione dell'esposizione.
- Premesso che ai sensi del D.M. 10/03/98 per ogni edificio ospedaliero viene redatto un Piano di Emergenza contenente le procedure per la gestione dell'emergenza al verificarsi di eventi incidentali di varia natura (incendio, sisma, allagamento/alluvione, black-out, ecc.), allo scopo di procedere ad una sensibilizzazione del personale su dette tematiche è stata organizzata una simulazione evento incendio localizzata presso le degenze del Padiglione Ospedale dei Bambini (3° piano). L'esercitazione ha coinvolto, oltre che il personale ospedaliero, anche i Vigili del Fuoco locali, con i quali è stata pianificata la procedura di gestione dell'evento e di evacuazione controllata degli ambienti coinvolti. Essi pertanto sono intervenuti con personale operativo e mezzi specifici coadiuvando non solo gli operatori di

reparto, ma anche il personale tecnico in servizio componente la Squadra di Emergenza Interna, che presidia stabilmente l'ospedale h 24. Il risultato conseguito ed il debriefing finale, condiviso oltre che con i Vigili del Fuoco anche con il Prefetto di Parma, ha fornito diversi spunti di miglioramento delle procedure da attuare e di ottimizzazione di tempi e risorse disponibili. Per cui l'obiettivo può dirsi conseguito.

- 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%.

2.Assistenza territoriale

2.1 Garanzia dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Mantenimento dei tempi di attesa

Nel corso del 2017 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 2017 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.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Indici di performance per le prestazioni di primo accesso	>=90%	99%	Monitoraggio congiunto con AUSL PR
Indici di performance per le prestazioni in urgenza differibile (*)	>=90%	90%	

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

Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016

Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016 e si è provveduto entro il 31 dicembre 2017 ad inviare 1.623 verbali sanzionatori. E' stato richiesto il dato ad IG, non essendo completo il 13 esimo invio ASA, il dato non può al momento essere estratto. Si fornirà al completamento dell'invio ASA del 2017.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Numero di mancate presentazioni a causa dell'utente	Riduzioni rispetto al 2016	Dato al momento non estraibile, si fornirà al completamento dell'invio ASA 2017.	Monitoraggio congiunto con AUSL PR

Verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa

Prosegue il monitoraggio della appropriatezza prescrittiva di TC ed RMN oggetto della DGR 704/2013 valutando gli esiti del monitoraggio nel contesto dei NCP, l'appropriatezza complessivamente ha raggiunto buoni livelli 58.19% complessivamente su base aziendale per le prestazioni oggetto della delibera. Il dato definitivo viene normalmente fornito nel contesto dell'osservatorio regionale TA, lo stesso dato viene poi utilizzato dall'OIV regionale per la valutazione dei DG. Non essendo completo il dato ASA sulla mobilità non si è discusso al momento dell'obiettivo nel contesto dell'osservatorio.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Indice di consumo di TC e RM osteoarticolari nell'anno 2017 rispetto al 2012 (analisi dati ASA)	riduzione >= 20%	58.19%	Monitoraggio congiunto con AUSL PR

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.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Numero di prescrizioni effettuate dal medico specialista (verifiche a livello regionale sulla banca dati del prescritto (fonte ASA/ARMP/DEMA))	> = valore 2016	164.681	Monitoraggio congiunto con AUSL PR

Monitoraggio delle prestazioni disponibili in prenotazione on line sul CUPWEB regionale

Come da richiesta regionale si è provveduto coinvolgendo gli uffici risorse di entrambe le aziende a popolare il sistema cup web con le prestazioni richieste. Sono state commissionate al fornitore del sistema cup provinciale alcune modifiche di sistema, ovvero, la visibilità delle code che permettono la prenotazione delle UD e dei controlli, rispetto alle quali siamo in attesa di ulteriori sviluppi. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
% visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB rispetto al numero di viste e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP	>= 80%	85%	Monitoraggio congiunto con AUSL PR

2.3 Ospedali di Comunità

Richiamandosi al passaggio della DGR 830/2017, 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.

Per i 12 mesi 2017, in merito all'indicatore *“% di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri”*, avente obiettivo target 50%, l'AOU di Parma ha confermato sul dato semestrale per cui la valutazione multidimensionale dirigente infermieristico e medico della U.O. Geriatria è stata del 72%.

A fine 2017 è stato concluso il disegno progettuale di riorganizzazione delle Medicine (Padiglione Torre delle Medicine + Padiglione Barbieri) che prevede l'ampliamento della dotazione di posti letto di Cure Intermedie già previsto con il Progetto approvato dalla Regione alla fine del 2016 individuando due aree dedicate site rispettivamente al Padiglione Torre delle Medicine ed al Padiglione Barbieri. Il Progetto è stato presentato in Collegio di Direzione in data 02/02/2018 ed alle OO.SS. il 6 e 7 marzo del 2018.

Per tutti i pz ricoverati in Cure Intermedie viene effettuato il Progetto Terapeutico, condiviso fra pazienti e/o familiari, medici, infermieri e la dirigente infermieristica e per il 50% dei pz è stato anche utilizzato lo STRUMENTO PAI. Occorre, però, considerare che la fase 2 del progetto (partecipazione del MMG) non è ancora stata attivata. Si raggiungerà il 100% della compilazione del PAI al completamento del progetto. La Degenza media risulta nel complessivo periodo dell'anno 2017 pari a 24 giorni con una mediana di 18 giorni (banca dati SIRCO).

Si sottolinea che i pazienti *“outlier”* (ossia pazienti la cui degenza presso le Cure intermedie è stata superiore a 6 settimane) sono stati 25 (su 154) di cui 2 superiori a 100 giorni (153 e 118 giorni) e 3 dai 95 ai 96 giorni.

Gli indicatori hanno risentito fortemente della necessità cui l'Azienda ha dovuto fare fronte in relazione alle degenze di due pazienti in stato di detenzione domiciliare presso la struttura di Cure Intermedie, su specifiche richieste dell'Autorità Giudiziaria.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
% di pazienti con proposta di ricovero da UVM/totale dei ricoveri	>= 50%	72%	Valutazione multidimensionale dirigente infermieristico e medico della U.O. Geriatria
Evidenza di un'analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco		A fine 2017 concluso disegno progettuale di riorganizzazione delle Medicine che prevede l'ampliamento della dotazione di posti letto di Cure Intermedie	Già previsto con il Progetto approvato dalla Regione alla fine del 2016 individuando due aree dedicate sirte rispettivamente al Padiglione Torre delle medicine ed al Padiglione barbieri. Il Progetto è stato presentato in Collegio di Direzione in data 02/02/2018, alle OO.SS. il 6 e 7 marzo del 2018
% PAI redatti congiuntamente ai pazienti-caregiver/numero PAI	100%	Per tutti i pz ricoverati in Cure Intermedie viene effettuato il Progetto Terapeutico, condiviso fra pz/familiari, medici, infermieri e la dirigente infermieristica e per il 50% dei pz è stato anche utilizzato lo STRUMENTO PAI	Occorre considerare che la fase 2 del progetto (partecipazione del MMG) non è ancora stata attivata. Si raggiungerà il 100% della compilazione del PAI al completamento del progetto
Degenza in Osco	Media RER 2016 20,48 gg. 2017 <= 20 gg.	Degenza media pari a 24 gg. con una mediana di 18 gg. (banca dati SIRCO)	Si sottolinea che i pz. outlier (pz. con degenza superiore a 6 settimane) sono stati 25 (su 154) di cui 2 superiori a 100 gg (153 e 118 gg) e 3

dai 95 ai 96 gg.

Gli indicatori hanno risentito fortemente della necessità cui l'Azienda ha dovuto fare fronte in relazione alle degenze di due pazienti in stato di detenzione domiciliare presso la struttura di Cure Intermedie, su specifiche richieste dell'Autorità Giudiziaria.

2.5 Assistenza protesica

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Individuare competenze, caratteristiche e modalità organizzative per la formazione di un albo aziendale (o interaziendale ne i territori dove insistono le AOSP) di medici specialisti prescrittori di protesi, ortesi e ausili.	Predisposizione documento aziendale	Si	SI	L'obiettivo è stato raggiunto nel 1° semestre 2017 con la formalizzazione del percorso interaziendale per le prescrizioni ed i rinnovi di protesi acustiche

2.6 Cure palliative

Nel 2017, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU) di Parma, in accordo con le DGR 560/2015 «Riorganizzazione della rete locale di cure palliative» e DGR 1770/2016 "Requisiti specifici per l'accreditamento della rete locale di cure palliative", ha continuato il lavoro, avviato nel 2016, di realizzazione del NODO OSPEDALE delle cure palliative nell'ambito della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) della provincia di Parma. Il Gruppo di Lavoro dell'AOU di Parma, attivato alla fine del 2016, si è interfacciato, attraverso incontri periodici con il Coordinatore della RLCP e con i rappresentanti degli altri NODI (Domicilio, Hospice, Ambulatorio, Ospedali AUSL e del Privato Accreditato) della Rete per definire e coordinare i percorsi, che garantiranno l'integrazione tra i Nodi della RLCP e la continuità delle cure definiranno i percorsi formativi rivolti ai professionisti operanti nelle strutture della RLCP.

Per quanto riguarda il NODO OSPEDALE dell'AOU, il Gruppo di Lavoro ne ha definito il modello organizzativo rappresentato da: 1) Punto Unico di Accesso (PUA) alle Cure Palliative; 2) Infermiera Case Manager; 3) Equipe dell'Unità di Valutazione delle Cure Palliative (UVP), costituita basilarmente da medici specialisti con esperienza in cure palliative e infermieri esperti in cure palliative oltre ad altre figure da attivare ad hoc (psicologi, assistenti sociali, fisioterapisti, etc) in grado di svolgere consulenze in cure palliative ospedaliere ai malati con malattie croniche evolutive (non solo oncologiche) in fase avanzata ed essere interfaccia con gli altri NODI territoriali della RLCP per identificare il setting assistenziale più idoneo per il paziente dopo la dimissione. Per favorire e promuovere la cultura delle cure palliative in AOU di Parma il modello organizzativo prevede l'identificazione di un medico referente per le cure palliative in ogni Unità Operativa.

Oltre al NODO OSPEDALE è stata identificata la necessità di un NODO AMBULATORIO delle cure palliative dell'AOU di Parma, destinato all'offerta di cure palliative precoci (cioè non solo nella fase terminale della vita) e simultanee (cioè erogate contemporaneamente ai trattamenti attivi, come la chemioterapia) a pazienti in fase avanzata di malattia e alle loro famiglie. Per quanto riguarda le Cure Palliative Precoci e Simultanee (CPPS) in Oncologia, nel 2017, si è conclusa una ricerca, finanziata dalla RER, nella forma di uno studio clinico randomizzato multicentrico, a cui hanno partecipato anche le UO di Oncologia di Piacenza, Bologna, e Ferrara, di cui l'AOU di Parma è stata capofila.

I modelli organizzativi del NODO OSPEDALE e NODO AMBULATORIO sono stati elaborati e raccolti in un documento che è tuttora in corso di discussione da parte della Direzione Sanitaria dell'AOU di Parma e del Coordinamento della RLCP di Parma.

In febbraio 2018 il Direttore Generale dell'AOU di Parma ha formalizzato il NODO OSPEDALE e il NODO AMBULATORIO, affidandone l'incarico di implementazione e realizzazione ad un medico oncologo dell'AOU.

Progetto C.A.P.O.

È proseguito anche nel 2017 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.

Scopo del progetto è proseguire anche a domicilio la presa in carico complessiva del paziente oncologico nelle fasi avanzate di malattia, in modo da permettere una continuità assistenziale e una stretta integrazione e collaborazione con il MMG e le strutture assistenziali territoriali.

Spesso in queste fasi il paziente vive il momento del progressivo distacco dal trattamento attivo con un senso di abbandono e di mancanza di continuità.

La scelta di dedicare a questa attività professionisti in formazione afferenti alla UOC di Oncologia ha permesso di accompagnare questa fase con gli stessi professionisti che avevano seguito il paziente per buona parte del trattamento attivo.

Oltre agli aspetti di migliore presa in carico e continuità assistenziale, il progetto ha determinato un migliore controllo dei sintomi con un approccio proattivo che ha comportato minore disagio per il paziente e i familiari che avrebbero dovuto altrimenti accedere alla struttura Ospedaliera sia presso il Day Hospital/DSA dell'UOC Oncologia Medica che presso il Pronto Soccorso.

Le principali ricadute nei confronti del paziente e famiglia sono ascrivibili:

- 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.

A fronte di una sostanziale stabilità dei pazienti presi in carico (60) rispetto agli anni precedenti, vi è stato un incremento delle visite mediche (351) effettuate nel 2017 con 481 accessi infermieristici, supportati dalla psicologa, quest'ultima con una presenza non solo a domicilio rivolta al paziente quando richiesto, 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, posizionamento di pompe infusive, terapie antalgiche, eccetera.

Rimane ancora non ottimale, anche se in linea con le altre realtà regionali dai dati dell'Osservatorio Regionale, la quota di pazienti assistiti a domicilio all'interno del progetto che concludono il loro percorso di vita in Ospedale (circa 40%) pur garantendo nella maggioranza assoluta dei casi, un percorso di fine vita a domicilio (circa 30%) o in alternativa presso hospice, a seconda delle volontà del paziente e della famiglia.

2.7 Continuità assistenziale – dimissioni protette

L'Azienda, anche nel 2017, 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 è proseguito anche nel 2017 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.

I già attivi Gruppi di Lavoro interaziendali hanno proseguito le attività sui seguenti temi:

- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera
- Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani
- Pazienti a rischio di ospedalizzazione

I lavori dei gruppi di cui sopra hanno concretizzato, tra le varie azioni, due macroprogetti interaziendali:

1. il progetto “UNITÀ MOBILE MULTIDISCIPLINARE PER IL MALATO FRAGILE POLIPATOLOGICO – UMM”, il cui obiettivo principale è creare un nuovo modello medico-assistenziale che si adegui ai bisogni dei pazienti più complessi e vulnerabili per migliorare sia il percorso intra-ospedaliero del malato che l’approccio clinico secondo i principi della medicina personalizzata orientata ai problemi e dell’approccio multidimensionale e multiprofessionale. Il progetto coinvolge le UU.OO. Medicina interna e Lungodegenza critica, Pronto Soccorso e il Day Hospital del Dipartimento Medico Geriatrico Riabilitativo e in previsione potrà essere esteso alle medicine internistiche dell’Ospedale, nonché alle strutture residenziali territoriali. L’UMM sarà particolarmente dedicata, dopo valutazione e segnalazione del medico di Pronto Soccorso, a quei pazienti frequent users e/o ad alto rischio di ospedalizzazione, generalmente appartenenti alle seguenti 3 categorie: paziente cronicamente critico con dispositivi, hot spotter, hospital dependent.

2. “PROTOCOLLO INTERAZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE DIMISSIONI PROTETTE E DIFFICILI”, già formalizzato e trasmesso a Tutti i Professionisti coinvolti ad inizio 2018 e considerato attivamente operativo dal 30 marzo 2018. Tale documento si sviluppa nel contesto del percorso d’integrazione in tema di costruzione delle reti e programmazione degli interventi, utili a sviluppare e qualificare i percorsi di presa in carico dei pazienti fragili. Si richiamano, in particolare, le principali fasi operative utili ad attivare tali percorsi in opportuna integrazione con le già esistenti modalità operative delle UU.OO. di degenza e dei Servizi Aziendali a supporto dei processi: 1) Somministrazione della Scheda BRASS, 2) Attivazione del percorso di dimissioni protette o di dimissioni difficili, 3) interfaccia delle UU.OO. con i Distretti (PUA, UVM / UVG).

Inoltre, ad integrazione dei processi summenzionati nel Protocollo d’Intesa operativo dal 30/03/2017 sin dalla fine del 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro aziendale con l’obiettivo di definire un progetto per la realizzazione di un Punto Unico di Dimissione all’interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria. Su tale struttura convergeranno tutte le segnalazioni di situazioni con difficoltà alla dimissione per la strutturazione e sistematizzazione dei percorsi interno all’AOU di Parma per gestire il problema delle dimissioni appropriate, sicure e tempestive dai Reparti ospedalieri all’interno di percorsi che garantiscano la continuità dell’assistenza più adeguata. Il Punto Unico dovrà essere “il filo che consenta di connettere servizi, operatori e interventi” affinché vi sia un’unica regia del Progetto Personalizzato di Dimissione (PPM). La creazione del Punto consentirà di rafforzare la sinergia tra tutte le utili interfacce dei Enti Sanitari e locali che costituiscono la rete dei servizi sul tema. I risultati del gruppo di lavoro risultano in fase conclusiva e nel primo semestre 2018 è prevista il termine dell’iter di formalizzazione istituzionale.

2.8 Materno/Infantile -Percorso nascita

Nel 2017 presso l’AOU di Parma sono nati 2606 bambini da 2549 parti, con un trend in lieve riduzione rispetto all’anno precedente.

E’ proseguita anche nel 2017 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 (180 parti vs 160 del 2016), 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. Tale percorso è centrato sulla 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. E’ in corso di aggiornamento il protocollo di assistenza al parto a basso rischio, che è alla sua terza revisione.

A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, nel 2017 è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale che ha valutato l'applicabilità dell'accesso alla diagnosi prenatale, sia non invasiva che invasiva, a tutte le donne che lo richiedono, che ha esitato nella elaborazione di un documento, interaziendale, contenente le modalità operative.

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.

Anche nel 2017 è stata assicurata l'assistenza appropriata al parto, con l'accesso alle metodiche di controllo del dolore nel parto come previsto dalla DGR 1921/07, ottenendo una percentuale di donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto (farmacologica e non farmacologica) pari al 4,13%, a fronte di un atteso regionale inferiore/uguale al 14% (media RER 2016). Tale risultato è stato ottenuto anche grazie alla rivisitazione del percorso di accesso alle metodiche farmacologiche di controllo del dolore nel parto, in collaborazione con la 2^a Anestesia, Rianimazione e Terapia antalgica, con l'istituzione 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.

Inoltre, sempre nell'ambito dell'appropriata assistenza al parto, nel 2017 il ricorso al taglio cesareo si è avuto nel 20,7% dei casi, a fronte di un dato atteso quale centro HUB inferiore al 25%, mentre la percentuale di parti cesarei nella 1^a classe di Robson è stata pari 8,91%, con un risultato atteso quale Centro Hub uguale o inferiore al 9,4%.

Per quanto riguarda l'applicazione dello STAM e dello STEN, sono state formalizzate con delibera n. 621 del 30/12/2016, le due procedure Interaziendali che definiscono le modalità operative per la regolamentazione delle connessioni tra i centri Hub and Spoke delle province di Parma e Piacenza, sia per il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM) che per il Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN).

Nel 2017 è proseguita l'attività di Trasporto Assistito Materno (STAM) dai punti nascita del territorio Parma-Piacenza, con un solo caso che ha presentato problematiche clinico-organizzative (senza risvolti negativi per i pazienti), che ha portato alla necessità di un audit clinico tra tutti gli operatori coinvolti e la messa a punto di più dettagliate modalità operative in caso di STAM. Per il trasporto interterziario da Parma verso altri Presidi, nel 2017 si sono registrati solo 2 casi di trasferimento materno verso altro centro HUB regionale (Bologna e Reggio Emilia).

Inoltre, nel 2017 si sono tenuti due incontri di aggiornamento tra il personale del 118 e il personale ostetrico per la gestione delle urgenze/ emergenze ostetrico/ ginecologiche e per la determinazione del codice colore.

Con il Servizio Informativo Aziendale è stato predisposto sul portale di AVEN un cruscotto dei posti letto disponibili della Terapia Intensiva Neonatale di Parma, visibile da parte dei Centri Spoke del territorio Parma-Piacenza. Tale cruscotto è in fase di sperimentazione, con successiva formalizzazione con le altre aziende sanitarie del territorio PR-PC.

Per quanto riguarda lo STEN, nel corso del 2017 (22-23 maggio) è stato realizzato il corso di formazione dal titolo ORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE D'EMERGENZA (STEN), in cui i docenti del Gruppo di studio del trasporto neonatale della Società italiana di Neonatologia hanno portato l'esperienza della regione Lazio, della provincia di Pavia e di Cuneo. Al corso hanno partecipato i medici e gli infermieri della Unità Operativa. Nei mesi successivi per meglio conoscere la logistica dei centri SPOKE per l'emergenza neonatale, sono stati effettuati da un gruppo di professionisti costituiti da coordinatrice, 2 infermiere 1 neonatologo ed il direttore della UO, sopralluoghi presso gli ospedali di Piacenza (Ospedale Guglielmo da Saliceto), Fidenza e Borgotaro (Ospedale Santa Maria), concordando con il personale locale la segnaletica migliore per un accesso facilitato alle sale parto e sale operatorie o ai reparti di degenza. Sono anche stati valutati i dispositivi a disposizione e la concordanza con quelli in dotazione a Parma per annullare eventuali incompatibilità tecniche. Si è inoltre proceduto nel corso dell'anno alla costituzione di gruppi di lavoro formati da medici ed infermieri dell'Unità operativa di Neonatologia, per condividere e

discutere le criticità eventuali presenti nei vari passaggi che costituiscono il processo del trasporto (dall'attivazione del servizio alla preparazione dello zaino).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN	Si	Vedi relazione descrittiva del paragrafo	Esiste una procedura Interaziendale PI 001/2016 che definisce le modalità operative per la regolamentazione delle connessioni tra i centri Hub and Spoke delle province di Parma e Piacenza. Nel 2017 si è verificato un trasporto STAM da Borgotaro, con problematiche relative all'applicazione del protocollo EMOG per le emorragie maggiori, che ha determinato la necessità di un audit clinico tra tutti gli operatori coinvolti e la messa a punto di più dettagliate modalità operative in caso di STAM. Per il trasporto interterziario da Parma verso altri Presidi si sono registrati 2 casi di trasferimento (verso Reggio Emilia e verso Bologna). Si sono tenuti due incontri di aggiornamento tra il personale del 118 e il personale ostetrico per la gestione delle urgenze/ emergenze ostetrico/ ginecologiche e per la determinazione del codice colore.

% di donne che eseguono la diagnosi prenatale non invasiva nel pubblico/totale donne che eseguono una diagnosi prenatale non invasiva	<= Media RER 2016	OBIETTIVO AUSL e/o OCCORRONO DATI DELLA PROVINCIA.	Si fa presente che sono stati modificati i criteri di accesso alle prestazioni in oggetto, che comporteranno presumibilmente una variazione del risultato
% di donne che non hanno avuto accesso ad alcuna metodica (farmacologica e non farmacologica) di controllo del dolore nel parto	<= 14% (media RER 2106)		Predisposizione lettera della Direzione Sanitaria per l'unità operativa (2° Anestesia e Rianimazione e Ostetricia e Ginecologia) per i dati richiesti
% di tagli cesarei primari	Hub < 25% Spoke < 15%		Fonte: Banca Dati SDO
% di parti cesarei nella classe I di Robson	Hub <= 9,4% (valore medio 2016) Spoke <= 7,8% (valore medio Spoke con nr. parti > = 1.000 del 2016)		

2.8.2 Percorso IVG

Nel 2017, 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. Le IVG vengono effettuate entro i termini della legge 194, il dato dell'anno 2017 relativo alla percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale delle IVG chirurgiche, pari al 36,28%, presenta un netto miglioramento rispetto all'anno precedente (45,45%).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche	<= 25%	36,28%*	Netto miglioramento rispetto all'anno precedente (45,45%)

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

2.8.3 Procreazione Medicalmente Assistita

In relazione agli obiettivi previsti per le funzioni di Procreazione Medicalmente Assistita all'interno della D.G.R. 830/2017, il CPMA di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2017 ha completato l'invio dei dati relativi alle prescrizioni contenute nella DET. 13623 del 28-08-2017 per l'accreditamento del Centro. Nell'ambito del sistema informativo sulla donazione dei gameti, la struttura si è impegnata con 2 giornate aperte al pubblico nella settimana dedicata alla salute delle donne. Inoltre nella sede della clinica ha affisso le locandine dedicate alla donazione dei gameti redatta dal gruppo di studio regionale.

Per quanto riguarda l'inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo /cicli di PMA eterologa effettuati, non sono stati inseriti dati per mancanza di donatori di gameti (ovociti e spermatozoi). Infatti, per questo motivo la RER ha bandito una gara per l'approvvigionamento dei gameti verso banche estere, con un iter che si è concluso il 18-10-2017 (det. 3109) individuando 6 banche (5 spagnole ed 1 danese). Sono attualmente in corso incontri con i referenti regionali per la definizione delle procedure di stipula di contratti con le singole banche, cui il responsabile del CPMA partecipa, insieme alla Direzione Sanitaria. Dopo il conseguimento definitivo dell'accreditamento, al Centro sarà assegnato un numero di codice regionale, nazionale ed europeo, con il quale accedere al sistema informativo unico dei gameti, per richiedere l'importazione dei gameti e quindi inserire i dati relativi ai cicli eterologhi.

Per quanto riguarda il monitoraggio delle liste di attesa della PMA eterologa, il CPMA ha rinviato l'inserimento in lista delle coppie che necessitano del percorso eterologo, fino alla conclusione dell'iter sopra citato. Per la PMA omologa, la lista di attesa viene continuamente monitorata e, attualmente, l'attesa è di 6 mesi.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Visita di verifica dei requisiti delle DGR 927/2013 e 1487/14 nei Centri di PMA di I livello di quelli di II/III livello di nuova attivazione	SI	La Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della RER ha inviato l'atto amministrativo che esprime parere favorevole in merito all'autorizzazione del CPMA. Nel medesimo documento è richiesto di completare 4 prescrizioni da inviare entro 6 mesi. Il CPMA si è impegnato a completare le prescrizioni entro 3 mesi dall'invio.	Il CPMA di Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma nel 2017 ha completato l'invio dei dati relativi alle prescrizioni contenute nella DET. 13623 del 28-08-2017 per l'accREDITamento del Centro. Il Servizio Qualità e AccREDITamento si sta occupando di rispondere alle prescrizioni regionali di accREDITamento
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati	>= 90%	Percorso sulla donazione nei centri pubblici non è ancora definito.	Pur avendo partecipato in Regione a tutti gli incontri sul sistema informatico relativo all'inserimento dei dati relativi ai cicli PMA eterologa, non abbiamo ancora effettuato cicli di eterologa perché il percorso sulla donazione nei centri pubblici non è ancora definito. Predisposizione lettera della Direzione Sanitaria per l'unità operativa (Ostetricia e Ginecologia) per i dati richiesti Per l'inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo /cicli di PMA eterologa effettuati, il CPMA di questa Azienda non ha inserito nessun dato per mancanza di donatori di gameti (ovociti e spermatozoi).

Monitoraggio liste d'attesa omologa e eterologa	Percorso sulla donazione nei centri pubblici non è ancora definito	La Lista di attesa per la PMA omologa in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è di 6 mesi. La lista di attesa per la PMA eterologa non è attivata in attesa dei chiarimenti (alla cui definizione in Regione partecipa anche lo stesso CPMA di Parma) in merito alla procedura di stipula del contratto con le singole banche per l'approvvigionamento come da gara
--	---	---

Di seguito si riporta lo schema delle attività del Centro PMA nel 2017

Accessi per prima visita	318
Accessi pazienti oncologici	16
Inseminazioni intrauterine	139
Stimolazioni per PMA vitro	199
Pick-up ovocitari	192
Embryotransfer	131
Scongelamento E/B/O	28
Trasferimento E/B/O	25
Crioconservazione ovociti	13
Crioconservazione embrioni	33

2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

2.9.1 Contrasto alla violenza

Nel 2017 sono stati programmati e realizzati due eventi formativi che si sono svolti il 28/11/2017 presso l'Ospedale di viao ed il 12/12/2017 PRESSO l'AOU DI Parma. In particolare con AUSL ci si è concentrati nel 2017 alla raccolta delle buone prassi ed alla formazione locale nonché al monitoraggio delle applicazioni delle linee guida regionali ed i quaderni correlati.

La SS di Medicina Legale ha partecipato alla programmazione ed alla realizzazione di 2 eventi formativi presso AOU di Parma ed AUSL di Parma.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Nr. Eventi formativi realizzati	>=1 per Azienda sanitaria	SI (2 eventi formativi)	La SS di Medicina Legale ha partecipato alla programmazione ed alla realizzazione di 2 eventi formativi presso AOU di Parma ed AUSL di Parma

2.10 Formazione specifica in medicina generale

Sono proseguite anche nel 2017 le attività per favorire la realizzazione dei percorsi formativi dei medici iscritti al Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale facilitando l'inserimento nelle Unità Operative/Servizi attraverso l'individuazione di una rete di tutor che definiscano appropriati percorsi di apprendimento in collaborazione con i coordinatori di tali attività. La Referente aziendale delle attività di natura pratica definisce il percorso di accoglienza per i corsisti e collabora costantemente con il Referente delle attività di natura pratica dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera, i corsisti sono assegnati ai tutor Medici che hanno dato la loro disponibilità. In particolare, i corsisti frequentano le Unità Operative/Servizi sotto la guida dei Tutor aziendali identificati – generalmente si tratta dei relativi Direttori/Responsabili o di altri medici loro collaboratori da essi individuati – che definiscono un appropriato percorso di apprendimento ai fini del raggiungimento degli specifici obiettivi didattici indicati nel programma.

Nel 2017 sono stati accolti 10 tirocinanti del triennio 2017-2020 e 34 dei trienni precedenti. il percorso formativo è stato sviluppato nel rispetto di quanto previsto dal programma regionale. Secondo il programma regionale il totale complessivo dell'attività formativa svolta da ogni corsista in Azienda corrisponde a 1330 ore ed è suddivisa nelle branche specialistiche di medicina-laboratorio e chirurgia supportate rispettivamente da 1 tutor di area.

Inoltre è attiva una rete di tutor in ogni unità operativa afferente alle 2 aree. Sono presenti anche opportunità di tirocini integrati con i servizi dell'AUSL di Parma per i servizi non compresi nelle 2 sopracitate aree.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Evidenza di percorsi formalizzati attraverso documento di sintesi sulle azioni intraprese	SI	SI	(prot. n. 12323 del 26/3/2018)
Individuazione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale	SI	SI	

2.11 Salute Mentale, Dipendenze patologiche

2.11.1 Assistenza territoriale alle persone con disturbo dello spettro autistico (PRIA) obiettivi 2016-2018

Ad integrazione del percorso terapeutico diagnostico integrato per le patologie neuropsichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza tra Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL di Parma, è in corso una revisione dei contenuti di tale accordo da parte di un gruppo di lavoro interaziendale. Tale gruppo si prefigge di incrementare e migliorare i percorsi di accoglienza, valutazione, diagnosi e trattamento secondo i principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Il percorso esistente ha già 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. Il mandato del gruppo di lavoro interaziendale in essere è di individuare le migliori modalità per la gestione degli stati di agitazione psicomotoria medio-grave in questi soggetti, che presentano rilevanti difficoltà comunicative.

Rimane preservato che per i soggetti 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, secondo le raccomandazioni regionali. A tal fine si possono effettuare esami ematico-urinari, esami metabolici di I e II livello, 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.

2.13 Promozione e tutela della salute negli Istituti Penitenziari

In relazione al Programma salute negli istituti penitenziari, l'Azienda nel 2017 ha risposto ai 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. L'attività erogata è stata svolta

modulando le necessità assistenziali rispetto alle risorse disponibili per i posti letto della Sezione ad hoc esistente.

Nel 2017 presso l'Unità Operativa di Medicina Interna sezione Detenuti sono stati effettuati 73 ricoveri in regime di degenza ordinaria, con una degenza media pari a 8,92 .

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.

2.14 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

2.14.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2017

La spesa per l'acquisto ospedaliero dei farmaci (esclusi fondi farmaci innovativi) si è mantenuto entro il limite fissato del +6,1% rispetto al 2016 (fonte RER)

Obiettivi	Target	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Spesa per Acquisto ospedaliero farmaci - escluso ossigeno e nuovi farmaci HCV e farmaci innovativi	+6,1%	Acquisto ospedaliero di farmaci 2017 - variazione rispetto al 2016	42.981.512€ (+4,2%)	

2.14.2 Governo della spesa farmaceutica

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 e 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, reumatologia, gastroenterologia.

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. Nel 2017 è stato avviato il Polo Distributivo HIV presso la UO Malattie Infettive quale modello organizzativo integrato ospedale-territorio per la gestione delle terapie farmacologiche dei pazienti HIV-

positivi con l'obiettivo di garantire un percorso strutturato e standardizzato condiviso tra l'U.O. Malattie Infettive ed Epatologia ed il Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco indirizzato alla qualità e sicurezza delle terapie antiretrovirali con particolare attenzione agli aspetti di appropriatezza prescrittiva, ottimizzazione delle scorte, monitoraggio compliance, farmacovigilanza e corretta gestione flussi informativi regionali. Nel 2017 a fronte di un aumento del numero dei pazienti del 6% ha corrisposto una ottimizzazione della spesa con una riduzione dello 0,6%.

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 DMLE 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, avvicinando l'andamento prescrittivo alla media regionale.

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 e sono stati organizzati gli incontri con gli specialisti in particolare del Pronto Soccorso e UUOO mediche. Nel corso del 2017 si è rilevata una riduzione del 50% dei fluorochinoloni nel Pronto Soccorso e del 17% in ambito aziendale.

Obiettivi	Target	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Promozione dell'uso appropriato dei farmaci respiratori LABA-LAMA in associazione per il trattamento della BPCO			Obiettivo marginale per Azienda OSP PR	Gli obiettivi relativi a farmaci per BPCO, farmaci ipolipemizzanti, incretinomimetici e glifosine sono stati assegnati dopo il II semestre 2017 per cui i risultati saranno meglio osservabili nel corso del 2018
Ottimizzazione delle terapie ipolipemizzanti a base di statine associate o meno all'ezetimibe in prevenzione primaria o secondaria	Adesione alle indicazioni RER sul trattamento delle ipercolesterolemie nella prevenzione vascolare		n/a	Si tratta di farmaci di limitata prescrizione per interni: con la costituzione del Dip.to Farmaceutico Interaziendale si verrà a strutturare un piano di incontri annuali per l'appropriatezza prescrittiva anche verso esterni con particolare attenzione alla

Adesione alle raccomandazioni RER sui farmaci incretinomimetici e gliflozine nei pazienti affetti da diabete di tipo 2		Rispetto del tasso di utilizzo atteso nel PTR 13	Obiettivo marginale per Azienda OSP PR	fase di dimissione da ricovero e visita ambulatoriale che consentirà un sempre più completo monitoraggio H/T Centri non ancora partiti Si tratta di farmaci di limitata prescrizione in ambito ospedaliero (principalmente in fase di dimissione da ricovero). Le prescrizioni sono aderenti ai criteri del Piano Terapeutico. Si tratta di un obiettivo che vede coinvolta la AOU PR per il ruolo svolto dagli specialisti ospedalieri nella prescrizione, nel II semestre sono previsti incontri nell'ambito del Dip.to Farmaceutico Interaziendale per una analisi condivisa.
Farmaci anticoagulanti orali (NAO)	Adesione alle raccomandazioni RER	La quota di pazienti incidenti dovrà essere sovrapponibile a quella dell'anno 2016 Dimezzata		Naive: +27% Switch: +15% Si tratta di farmaci di limitata prescrizione per interni: con la costituzione del Dip.to Farmaceutico Interaziendale si verrà a strutturare un piano di incontri annuali per l'appropriatezza prescrittiva anche verso esterni con particolare attenzione alla fase di dimissione da ricovero e visita ambulatoriale che consentirà un sempre più completo monitoraggio H/T

		rispetto al 2016 la quota dei pazienti che passano da AVK a NAO		Le prescrizioni sono state aderenti ai criteri del PT
Nuovo farmaco trattamento insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan)	Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA		n/a	Centri non ancora partiti. L'obiettivo è su area provinciale; i pazienti in trattamento nel 2017 su prescrizione dei centri di Ausl e aOU PR sono stati 16. (10 pazienti fuori Provincia /regione) Tutti i piani sono redatti da centri autorizzati e riportano il cod Aifa Non si registrano prescrizioni per interni
Contenimento complessivo degli antibiotici sistemici	Attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico a livello territoriale ed ospedaliero		-17%	Riduzione fluorochinoloni del 17% Effettuati incontri Gruppo Strategico e Gruppo Operativo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici; predisposizione LLGG aziendali; effettuati incontri con gli specialisti (PS e UUOO mediche). Nel corso del 2017 si è rilevata una riduzione del 50% dei fluorochinoloni nel Pronto Soccorso e del 17% in ambito aziendale

Farmaci oncologici	Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; applicazione Circolare 17/2016	Alimentazione database regionale	SI	Effettuati gli incontri aziendali e provinciali tra DS, Servizi e UUOO per la pianificazione delle attività di implementazione/correlazione e ICD9. E' stata avviata la prima fase, a cura dei medici referenti (SL e AOU), per l'allineamento delle sedi di terapia nel database prescrittivo Log80, secondo gli indirizzi regionali. Sono stati analizzati i documenti propedeutici alla prescrizione informatizzata delle terapie oncologiche orali
Terapie antitumorali	Ottimizzare gli allestimenti delle terapie al fine di contenere le quote di scarto di produzione di farmaci ad alto costo	Programmazione di giorni di drug day	SI	E' da tempo consolidata la programmazione in UMaCA degli allestimenti/somministrazioni secondo drug day
Aumentare il ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV	Le singole realtà dovranno avviare un approfondimento sulla variabilità prescrittiva e mettere a punto con i professionisti approcci prescrittivi condivisi; fornendo inoltre i dati relativi alla soppressione virologica nel singolo paziente per l'anno 2016	Nr. Piani terapeutici con farmaco generico in prima linea/totale piani terapeutici in prima linea nell'ambito considerato	14%	E' stata garantita l'implementazione del database regionale e in relazione al profilo clinico dei pazienti presi in carico si è ricorso al generico. La presenza di co-infetti ha rappresentato un aspetto che ha orientato la prescrizione sulle terapie non generiche

Farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica	La strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale	SI	La strategia terapeutica avviene secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale. Sono stati condotti incontri con gli specialisti della provincia, al fine di condividere le scelte terapeutiche, anche in considerazione del rapporto costo/ opportunità
Farmaci antiVEGF per uso intravitreale	Allineare la prescrizione alla media regionale nelle realtà con maggior spesa per trattamento	SI	Si registra un aumento globale degli occhi trattati 2238 nel 2017 vs 2025 nel 2016 con un maggior ricorso alla molecola a piu' basso costo 1021 occhi nel 2017 vs 568 nel 2016 e un allineamento della prescrizione alla media regionale
Fattori della coagulazione in pazienti con emofilia A e B	Orientare la prescrizione ad un numero contenuto di prodotti al fine di migliorare la gestione delle scorte ed aumentare la concorrenza nelle procedure di acquisto, concordando con i clinici la strategia più opportuna	SI	Si sono svolti incontri con il Responsabile del Centro HUB Emofilia e la Direzione Aziendale per la condivisione delle strategie terapeutiche con particolare attenzione ai farmaci innovativi (nuove molecole long acting). E' stato predisposto un elenco condiviso di medicinali e relativa scorta minima aziendale
Farmaci Neurologici	Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, e	PTR n. 239 e 271	n/a- NOTE: Doc RER di luglio, si rimanda l'analisi al II semestre.
			Si tratta di farmaci di limitata prescrizione per interni (principalmente in fase di dimissione da ricovero). Sono stati diffusi i documenti regionali per la cura della Sclerosi Multipla (linee guida rer, Piani terapeutici): le prescrizioni sono aderenti ai

sclerosi multipla)		97%	criteri dei Piani Terapeutici.
Adesione agli esiti delle gare regionali sui farmaci			
epoetine	>=70%	epoetine = 81%	
Ormone della crescita prescrizione farmaco vincitore della gara regionale nei nuovi trattamenti e rispetto del risultato della gara per la % del fabbisogno al termine della validità della stessa	>=80%	> 90%	Si tratta di prescrizione territoriale che prevede il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri. Il numero dei nuovi pazienti del 2017 in terapia con somatropina è 18 (in carico al centro di AOUPR) : di questi il 50% è in terapia con Omnitrope, 22,20% con Humatrope e il 16,70% con Nutropin AQ
Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	>= 45% consumo biosimilare infliximab	Utilizzo del biosimilare infliximab per il 40%	
Anti TNF alfa	>= 35% consumo biosimilare etanercept	25% uso biosimilare sui naive	

Introduzione nella pratica della follitropina biosimilare	$\geq 10\%$ consumo totale principio attivo	Si tratta di un obiettivo che vede coinvolta la AOU PR per il ruolo svolto dagli specialisti ospedalieri nella prescrizione Si tratta di prescrizione territoriale che prevede il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri, inoltre molti pazienti si rivolgono a centri fuori RER L'obiettivo è stato attribuito a luglio 2017 e prima di agosto il farmaco era in dpc. Il tema verrà affrontato su dati più concreti nel 2018 dal Dipto Farmaceutico Interaziendale
Aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio	ridurre i consumi complessivi con i due prodotti più costosi di 15 punti percentuali rispetto al 2016	Si rimanda al II semestre. si tratta di un obiettivo che vede coinvolta la AOU PR per il ruolo svolto dagli specialisti ospedalieri nella prescrizione Si tratta di prescrizione territoriale che prevede il coinvolgimento degli specialisti ospedalieri. Levemir e tresiba sono aumentate nel 2017 ma a livello AOUPR rappresentano una quota marginale (2500€ su spesa globale insuline 66035€) Con la costituzione del Dip.to Farmaceutico Interaziendale si verrà a strutturare un piano di incontri annuali per l'appropriatezza prescrittiva anche verso esterni con particolare attenzione alla fase di dimissione da ricovero e visita ambulatoriale che consentirà un sempre più completo monitoraggio H/T

2.14.4 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.

Nel 2017 sono stati presi in carico 548 pazienti trattati con farmaci oncologici sottoposti a monitoraggio AIFA candidabili a meccanismi di rimborso e con registro attivo sulla piattaforma web, di cui 371 (67.7%) con terapie oncologiche parenterali mentre 177 (32.3%) con terapie orali.

Il 100% dei trattamenti chiusi candidabili a rimborso sono stati correttamente gestiti consentendo un recupero economico pari a 1.022.928,84 € (IVA esclusa)

Trattamenti 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 533.015 € per oltre 2mln di unità posologiche.

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) per la valutazione delle prescrizioni off label ed extraprontuario, Cnn, garantendo la completa aderenza al percorso regionale anche attraverso l'adozione della piattaforma "eccezioni prescrittive" (137 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' stata assicurata la produzione mensile delle Newsletter di FV che 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 divulgato all'area sanitaria consentendo il raggiungimento dell'obiettivo di incremento rispetto al 2016

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
% di ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco" sul totale delle segnalazioni aziendali	incremento rispetto al 2016	12%	Su un totale di 285 ADRs
Nr. Eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018	Almeno 1 evento	SI	(2 edizioni 4 eventi)

*Rete nazionale farmacovigilanza (SIVER)

2.14.5 Acquisto ospedaliero dei dispositivi medici

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

- Aggiornamento del documento di indirizzo per il "Corretto uso delle reti chirurgiche nel trattamento di ernie e laparoceli"; l'aggiudicazione della fornitura AVEN "Reti chirurgiche" del 20/06/2017, ha reso indispensabile un nuovo incontro del Gruppo di lavoro aziendale per la selezione delle reti da inserire all'interno del repertorio aziendale.
- Documento di Analisi costo/efficacia sull'impiego delle matrici dermiche nella ricostruzione mammaria; presentando la valutazione realizzata nel corso dei primi due anni di esperienza dall'introduzione delle ADM nella pratica clinica.

E' stata garantita nel corso del 2017 la costante partecipazione agli incontri RER e di Area Vasta (CRDM, Gruppo DiME, Segreteria Scientifica CDM AVEN, Commissione DM VEN, Gruppo Regionale indicatori di Spesa e di Consumo DM, Gruppo regionale Coordinamento Segreterie).

Con la deliberazione della Giunta Regionale n. 1003/2016 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016", la Regione Emilia Romagna ha previsto infatti il superamento delle Commissioni Aziendali DM (CADM) e l'attivazione di una Commissione Unica di Area Vasta, che operi in stretto raccordo con la Commissione Regionale DM (CRDM).

La Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta Emilia-Nord (CDM AVEN) è pertanto istituita, mediante sottoscrizione di apposita convenzione attuativa, su decisione del Comitato dei Direttori Generali dell'AVEN, nel Dicembre 2016.

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.

In accordo alla stessa convenzione con deliberazione N. 375 del 23/05/2017 è istituito il Nucleo Provinciale di Valutazione Dispositivi Medici – NPV – quale punto di collegamento tra le aziende sanitarie e la Commissione Dispositivi Medici di Area Vasta - CDM AVEN .

L'obiettivo del Nucleo è di pervenire ad un utilizzo sicuro, efficace, controllato, omogeneo dei dispositivi medici su tutta la provincia di Parma, nel rispetto delle linee di programmazione aziendali e sempre in accordo alle raccomandazioni regionali ed alla normativa nazionale.

Tra i compiti del NPV, la valutazione di richieste di:

- inserimento in repertorio aziendale di nuovi DM/IVD/Tecnologie,
- aumento di fabbisogno per prodotti già autorizzati,
- donazione di una tecnologia,
- campioni DM di classe III,
- richieste da inviare alla CDM AVEN in accordo al regolamento di Area Vasta

Nel corso del 2017, sono pervenute al Nucleo Provinciale di Valutazione 95 richieste, di cui

- 39 Richieste Ordinarie (che in accordo al Regolamento della CDM AVEN rimangono di competenza locale per importi e/o CND)
- 39 Richieste Urgenti per singolo caso clinico o prosecuzione trattamento
- 8 Richieste inviate alla CDM AVEN (per competenza in accordo al Regolamento)
- 4 Richieste di Donazioni
- 5 Richieste di Campioni DM di classe III
-

Le riunioni del NPV nel 2017 a cadenza mensile sono state 7. Tutte le richieste urgenti sono valutate dal NPV via mail, successivamente ratificate nel primo incontro utile del Nucleo

Nel maggio 2017 si rende operativo, unitamente all'istituzione del NPV, il percorso di informatizzazione del processo di gestione delle richieste di nuovi Dispositivi Medici, con adozione di un modello regionale unico per la richiesta di valutazione dei DM ed utilizzo di un applicativo web che consente di gestire informaticamente l'intero percorso di valutazione dei DM dalla compilazione del modulo di richiesta all'invio alla Commissione di valutazione. Il modulo regionale e l'applicativo web sono realizzati dal gruppo di lavoro "Coordinamento delle Segreterie Scientifiche delle Commissioni Dispositivi Medici" che vede la partecipazione di Farmacisti ed Ingegneri clinici dedicati.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. sul conto economico	> 95%	>95%	
Tasso di copertura del flusso consumi Di.Me. (IVD) sul conto economico	> 25%	>25%	

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

In relazione ai consumi di DM si rileva un sostanziale decremento della spesa per i DM impiantabili attivi (con una riduzione degli impianti di protesi cocleari rispetto allo scorso anno); per gli impiantabili non attivi si registra un incremento della spesa che si giustifica con aumento del numero di impianti TAVI. Si ricorda infatti che, nel corso del 2016 AOU, quale centro Hub per l'attività di cardiologia interventistica e di

cardiochirurgia 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 sottolinea che l'AOU è anche centro di riferimento per le prestazioni specialistiche di Neuroradiologia interventistica; la progressiva centralizzazione di alcune attività potrebbe nel tempo riflettersi in un aumento dei consumi, che si spera possa essere limitato dalla naturale contrazione dei prezzi di vendita legata all'aggiudicazione della prima gara AVEN per DM da Vertebroplastica e Neuroradiologia Interventistica.

In relazione ai DM "vari" – CE 185 e CE 188 - è evidente un aumento dei consumi rispetto allo scorso anno, che in parte trova giustificazione nella realizzazione, alla fine del 2016, del Magazzino Unico Interaziendale con conseguente necessità di aumento delle scorte interne per la gestione dei punti di prelievo provinciali; per altra parte è legato alla progressiva centralizzazione degli acquisti sul magazzino ULC-AVEN, che si traduce nella necessità -per i materiali gestiti in transito - ad un riorganizzazione del riordino di reparto sulla base di tempi di consegna naturalmente dilatati rispetto allo standard.

2.14.7 Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici

Mediante apposito Gruppo di Lavoro, sentite le Rappresentanze Sindacali di Categoria degli Informatori Scientifici e dopo appositi incontri con i deputati Servizi Regionali, un apposito Gruppo di Lavoro ha apportato le modifiche reputate utili (sulla scorta anche delle richieste ed osservazioni delle UU.OO.), nonché trasformato formalmente lo strumento di governance dell'Informazione Scientifica sul Farmaco e sui DM da Procedura Aziendale a Regolamento Aziendale. Lo stesso è in fase di finale condivisione con le succitate OO.SS. per essere quindi deliberato mediante Deliberazione del Direttore Generale.

Obiettivo	Indicatore	Risultato raggiunto anno 2017	Note
La DGR 2309/2016 stabilisce gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco. Le Aziende devono adottare una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF)	Adozione del regolamento aziendale sull'attività di informazione scientifica sul farmaco da parte degli ISF	SI	Trasformato formalmente lo strumento di governance dell'Informazione Scientifica sul Farmaco e sui DM da Procedura Aziendale a Regolamento Aziendale

3.Assistenza Ospedaliera

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

In prosecuzione del percorso iniziato nel corso del 2016, che ha visto la messa in atto, da parte dell'Azienda, di diverse azioni atte a riposizionare le regole del sistema di gestione delle liste d'attesa, delle attività ad esse correlate per il raggiungimento degli obiettivi regionali. Sono state inoltre intraprese azioni mirate alla completa alimentazione del Cruscotto regionale SIGLA e all'aggiornamento degli applicativi in uso per l'adeguamento alla nuova versione del Cruscotto, operativa da gennaio 2018.

Si riportano di seguito i dati complessivi di rispetto dei tempi massimi di attesa con particolare riferimento al periodo conclusivo dell'anno 2017, nel quale si evidenzia un trend in aumento degli indici di performance, correlato anche alla ripresa delle attività chirurgiche e di degenza ordinaria presso il padiglione ortopedie, oggetto di lavori di adeguamento antincendio per circa 5 mesi a partire da giugno 2017.

Gruppo di intervento	Anno 2017			NOV-DIC 2017		
	Casi entro priorità	Totale Ricoveri	% Casi su Ricoveri	Casi entro priorità	Totale Ricoveri	% Casi su Ricoveri
Tumori	540	664	81%	90	110	82%
Protesi Anca	47	184	26%	18	50	36%
Altri	592	1.051	56%	104	173	60%
TOTALE	1.179	1.899	62%	212	333	64%

Fonte: tempi di attesa su portale SISEPS Emilia Romagna

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda ⁽¹⁾			
Per i tumori selezionati ⁽²⁾	90% entro 30gg	82,0%	(nov-dic 2017)
Per le protesi d'anca ⁽³⁾	90% dei casi entro 180gg	36,0 %	(nov-dic 2017)
Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio ⁽⁴⁾	90% entro la classe di priorità segnalata	60 %	(nov-dic 2017)

Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA			
Nr. Di discipline adeguate rispetto ai nomenclatori per disciplina forniti	= 95% entro fine 2017	100%	
Rispetto obiettivi DGR 272/2017- N. obiettivi raggiunti	100%	100%	
Raggiungere i target di completezza del flusso informativo e di adeguatezza dei tempi di attesa- indicatore sintetico RADAR	>= 80%	Dato non disponibile	In attesa di nuova reportistica regionale

Strategie per il miglioramento ulteriore delle performance

Nel secondo semestre 2017 sono state progettate e pianificate numerose strategie per il miglioramento degli indici di performance in coerenza con la normativa regionale e con le linee di indirizzo per la gestione delle liste d'attesa dei ricoveri programmati. Tali strategie integrano ed implementano quelle già intraprese a partire dal 2016 relative alla riorganizzazione delle attività chirurgiche per linee di patologia e l'identificazione del Responsabile Unico Aziendale nel Responsabile Organizzativo delle Attività Chirurgiche.

- 1) **Sinergie di rete provinciale per l'abbattimento delle liste d'attesa dei ricoveri programmati.** In particolare sono stati stabiliti **accordi con l'Azienda USL e con il Privato Accreditato** per l'effettuazione di interventi di chirurgia di parete (ernia inguinale) a favore di pazienti in lista d'attesa presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma per i quali è stato già raggiunto il tempo massimo d'attesa per la classe di priorità assegnata;
- 2) **Presentazione del Progetto di riorganizzazione delle sale operatorie con particolare riferimento alla separazione dell'attività di urgenza da quella di elezione mediante.** Progetto di istituzione del Comparto Operatorio Emergenza-Urgenza (COE).
- 3) **Redazione progetto di istituzione del Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP).**

L'individuazione di un punto unico d'accesso aziendale per la gestione dell'attività di Prericovero e delle liste di prenotazione dei ricoveri programmati rappresenta una priorità strategica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Il progetto fonda sulle principali indicazioni normative per l'ambito dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, evolute sino alla più recente D.G.R. 272/2017, che ha sancito necessità e **modalità uniformi con cui le Aziende sanitarie devono governare l'accesso alle prestazioni di ricovero programmato nonché la sorveglianza e monitoraggio dei tempi di attesa** delle stesse.

- 4) **Redazione del Regolamento per la Gestione delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati.**
Durante il secondo semestre è iniziata, a partire dall'emanazione delle Linee di Indirizzo regionali, la redazione del Regolamento aziendale che raccoglie tutte le precedenti indicazioni fornite alle UU.OO. e le integra con la nuova funzione di Punto Unico di Prericovero.

L'iter di presentazione, informazione ed approvazione sia del Progetto di istituzione del Punto Unico Aziendale di Pre-ricovero che del Regolamento Aziendale è iniziato nel secondo semestre 2017 al fine di favorirne l'attuazione nel primo semestre 2018.

3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

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

L'Azienda ha recepito il documento "Programmazione Integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma – AUSL di Parma" il 30/12/2016 con delibera del Direttore Generale n. 620 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.

Il percorso di riconversione atto a garantire la dotazione massima di posti letto pubblici e privati al 31.12.2016 ha considerato i precitati 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 830/2017, 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.

Indicatori

INDICATORE	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Tabella 2.4 della DGR 2040 : Posti Letto pubblici e privati con dotazione massima	Obiettivo raggiunto il 30/12/2016	
Tabella 2.1 della DGR 2040 : Posti Letto Post-Acuti	Obiettivo raggiunto il 30/12/2016	
Multidisciplinarietà nella gestione dei percorsi oncologici in particolare nella valutazione pre-chirurgica (cancer unit; breast unit)	La Direzione ha realizzato dal suo insediamento i seguenti Percorsi Diagnostico Terapeutici ed Assistenziali per patologie oncologiche: • Percorso Diagnostico Terapeutico Interaziendale Tumore della prostata • Percorso Diagnostico Terapeutico Oncologia Toracica • Percorso Diagnostico Terapeutico delle Lesioni	

	Focali Epatiche (PDTA LFE)	
	Si precisa, altresì, che al momento sono in fase di elaborazione i PDTA relativi al Tumore del Colon-Retto, al Tumore della Tiroide ed al Tumore dell'Ipofisi.	

3.3 Appropriately

DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA			
INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2017	NOTE
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriatezza in regime ordinario	$\leq 0,21$ (Griglia LEA)	0,21; SI	
Per i DRG 008, 088, 158, 160, 429, 503 e 538 raggiungere livelli inferiori al 2016 mediante l'individuazione di percorsi alternativi al ricovero	$< 5\%$ rispetto al 2016	<u>Valori:</u>	
		008 +6,84%;	
		88 -19,54%	
		158 + 9,78	
		160 -12,22%	
		429 -11,34%	
		503 -13,79%	
		538 - 12,33%	
		Media: -9,5%	
		Obiettivo raggiunto	

In merito al DRG 008, con particolare riferimento all'asportazione di neurofibromi, eseguiti in questa Azienda elettivamente presso la U.O.C. di Chirurgia Plastica, si rappresenta che la scrivente rimane in attesa di riscontro da parte della regione a nota del Direttore Sanitario in cui, documentando casistica e complessità chirurgica dei casi, si richiedeva il riconoscimento di Centro di Riferimento Regionale per il trattamento chirurgico della patologia neurofibromatosi, essendo già riconosciuta questa Azienda come Centro di Riferimento Regionale per la fase diagnostica di tale patologia.

3.4 Indicatori volumi ed esiti ed indicatori adempimenti LEA

Si riportano di seguito gli indicatori del paragrafo 3.2 della DGR 830/2017 (volumi ed esiti della DGR 2040/2015 e adempimenti LEA) per i quali è disponibile il dato complessivo o parziale del 2017.

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2017	NOTE
% INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA EFFETTUATI IN REPARTI CON VOLUMI DI ATTIVITA' > 150/ANNO	> = 150/anno per Unità Operativa	Valore: 350 (98%), SI	
% INTERVENTI PER COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE EFFETTUATE IN REPARTI CON VOLUMI DI ATTIVITA' > 100/ANNO	> = 100/anno per Unità Operativa	Valore: 421 (97,23%); SI	
PROPORZIONE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE (51.23) CON DEGENZA P.O. < = 3 giorni	>=75%	Valore: 76,7%,SI	
INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA DI FEMORE	>=75/anno per Unità Operativa	483, SI	
% INTERVENTI CHIRURGICI PER FRATTURA DI FEMORE ENTRO 48 ORE	>= 70%	75,19%, SI	

FONTE: BANCA DATI REGIONALE SDO E PORTALE SIVER

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

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2017	NOTE
VOLUMI IMA	=100/anno	Valore: 777, SI	
VOLUMI TRAUMI GRAVI	=240/anno	Il dato non è disponibili sul portale SIVER	
VOLUMI PTCA	=250/anno	Angioplastica percutanea pari a: 845	

		Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI volume di interventi pari a 191; SI	
% PTCA PRIMARIE	=65% del totale	Valore: 67,14%, SI	
Avanzamento della Rete Stroke - Predisposizione relazione contenente: %trombolisi e.v.; % intra-arteriosa; % riabilitazione codice 50 e 60; mortalità a 30 gg. Per ogni Stroke Unit		% trombolisi: 15,17% % riabilitazione: 25,56% Mortalità a 30gg: 11,14%.	
VOLUMI BY PASS ISOLATI	=220/anno	Valore Bypass Aorto-Coronarico: 235 (99,58%); SI	
BY PASS ISOLATI MORTALITA' A 30 GIORNI	< 3%	Valore: 0,92%, SI	
MORTALITA' VALVOLE ISOLATE	< 4%	Valore: 0,81%, SI	

3.5 Emergenza ospedaliera

Piano Emergenza Ospedaliero

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 elaborato e reso operativo in tutte le fasi previste il "PIANO PER LA GESTIONE DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO E DELL'EMERGENZA POSTI LETTO" redatto da apposito gruppo di lavoro e trasmesso a tutti i Professionisti dell'Azienda, nonché ai Vertici dell'Azienda USL, pienamente coerente, benché anticipatorio temporalmente, con la DGR 1827 del 17 novembre 2017 della Regione Emilia Romagna. Tale piano, operativo dopo formale approvazione in Collegio di Direzione e condivisione ampia con le OO.SS., nonché in seduta pubblica con tutti i Professionisti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e Azienda USL di Parma, prevede i seguenti elementi essenziali:

- STRETTO MONITORAGGIO (apposito cruscotto e calcolo del NEDOCS con adattamento alla realtà aziendale concordata con i Dirigenti Medici del PS)
- DEFINIZIONE (dopo apposita discussione negli incontri di Budget con le singole UU.OO. a partire dalla base storica) della disponibilità giornaliera di posti letto da parte delle UU.OO. internistiche per pazienti da ricovera con provenienza dal Pronto Soccorso,
- MISURE ORGANIZZATIVE ATTIVABILI A CASCATA IN BASE AI CRESCENTI LIVELLI SOGLIA DERIVANTI DALLA VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI DI MONIRAGGIO:
 - 1) Creazione di un Team per il Bed Management composto da:

- Direttore Sanitario (o Suo Delegato)
 - Direttore del Pronto Soccorso (o Suo Delegato)
 - Direttore del Servizio Assistenziale (o Suo Delegato)
 - Bed Manager
- 2) Rispetto dello standard di posti letto resi disponibili da parte di tutte le UU.OO. internistiche e geriatriche,
 - 3) Verifica quotidiana del rispetto standard e scostamento da esso sia complessivo che disaggregato per U.O.
 - 4) Invio quotidiano mediante mail ai Direttori di Dipartimento di Area Medica e Geriatrico Riabilitativa e a ciascun Direttore di U.O. coinvolta relativa al livello di criticità raggiunto giornalmente e dei posti letto messi a disposizione per il Pronto Soccorso da parte di ciascuna U.O. con eventuale indicazione dello scostamento dallo standard degli ultimi 2 giorni.
 - 5) Attivazione di misure nell'ambito della rete provinciale:
 - a. Tavolo di monitoraggio settimanale (e/o in vista di previsione di possibili situazioni di criticità, es. picco influenzale, festività,...) con AUSL per la valutazione della situazione relativa a accessi in Pronto Soccorso, ricoveri da Pronto Soccorso e dimissioni; il Tavolo è composto da Direzione Generale e Sanitaria AOU di Parma, Direzione Generale e Sanitaria di AUSL di Parma, Dipartimento Cure Primarie AUSL di Parma, Direttori di Distretto AUSL Parma, Rappresentanti Medici di Medicina Generale della Provincia di Parma, Direttore del Pronto Soccorso di AOU di Parma e/o delegati, Rappresentanti CRA
 - b. Verifica da parte della Direzione Aziendale di AOU di Parma degli accessi in Pronto Soccorso nel fine settimana disaggregando l'elenco dei pazienti per MMG referente e NCP di riferimento.
 - 6) Attivazione di un gruppo di Professionisti Aziendali con precipuo compito di verificare il grado di dimissibilità dei pazienti in carico a tutte le UU.OO. internistiche coinvolte nel rendere posti letto a disposizione del Pronto Soccorso, tale gruppo viene attivato da parte della Direzione Aziendale
 - 7) Incremento disponibilità posti letto mediante attivazione posti sovranumerari:
 - a. Incremento di 4 p.l. sovranumerari c/o OBI;
 - b. Incremento di 4 p.l. sovranumerari c/o Padiglione Barbieri in carico a U.O. Clinica Geriatrica e U.O. Geriatria
 - 8) Utilizzo di posti letto messi a disposizione per il Pronto Soccorso ad hoc:
 - a. Utilizzo di 2 p.l. c/o 7° piano Pad. Ala Est U.O. Maxillo-Faciale in carico alla U.O. Pneumologia
 - b. Utilizzo di 2 p.l. c/o 8° piano Pad. Ala Est U.O. ORL in carico alla U.O. Pneumologia
 - 9) Utilizzo di 4 p.l. c/o 4° piano Pad. Ortopedia U.O. Ortopedia in carico alla U.O. Clinica e Terapia Medica
 - 10) Anticipo domenicale della riapertura di 14 p.l. c/o 2° piano Pad. Barbieri U.O. Medicina Interna e Lungodegenza Critica.
 - 11) Attivazione con frequenza regolare definita dalla Direzione Aziendale di un gruppo di Professionisti Aziendali con precipuo compito di verificare il grado di dimissibilità dei pazienti in carico a tutte le UU.OO. internistiche;
 - 12) Attivazione posti letto internistici in area dedicata:
 - a. Attivazione sino ad un massimo di 20 p.l. c/o 5° piano Pad. Torre Medicine, tale attivazione procede per moduli supportati da Personale di Assistenza ad hoc reclutato e da Personale Clinico delle UU.OO. del Dipartimento di Area Medica;

- 13) Utilizzo di posti letto chirurgici disponibili (ovvero senza interruzione dell'attività programmata) per pazienti caratterizzati da quadri clinici di confine tra la competenza internistica e chirurgica;
- 14) Utilizzo di almeno 10 p.l. di Area Ortopedica in carico alla U.O. Clinica e Terapia Medica;
- 15) Accordi incrementali con Case di Cura Private Accreditate per ulteriori disponibilità di posti letto;
- 16) Raccordo fra le Direzioni AUSL per invio pazienti presso strutture recettive dell'Azienda USL;
- 17) Implementazione dei sistemi di trasporto con incremento dei mezzi.
- 18) Blocco temporaneo dei ricoveri di Area Medica programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento ;
- 19) Blocco temporaneo dei ricoveri di Area Chirurgica programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento, salvaguardando la continuità dell'attività chirurgica per i casi in emergenza-urgenza ed i casi oncologici;
- 20) Ricovero, su stretta indicazione del Dirigente Medico di Pronto Soccorso, di pazienti in Area diversa dalla Stanza di Degenza per casi clinicamente selezionati;
- 21) Invio di pazienti verso altre strutture di Pronto Soccorso e Punti di primo Soccorso del bacino di competenza territoriale (es. Ospedale Vaio-Fidenza, Ospedale Santa Maria di Borgo Val di Taro)

Tale Piani, in vari momenti di ricognizione dell'Istituzione Regionale, è stato formalmente discusso e condiviso con la Stessa regione

Obiettivo	Indicatore / target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Le Aziende devono provvedere a rilevare regolarmente gli indicatori mediante l'adeguamento dei propri sistemi informativi	Indicatori previsti dalle linee di indirizzo rilevabili per ciascun PS- 100%	Nel corso del 2017 l'azienda ha definito l'architettura informatica di integrazione tra sistema PS e sistema 118 pianificando e attivando integrazione nel corso del 2018	
Le Aziende devono prevedere un collegamento tra il flusso del PS e quello dell'Emergenza Territoriale)			

STAM e STEN

Vedi rendicontazione nel paragrafo 2.8 Materno/Infantile -Percorso nascita

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Entro fine 2017 dovrà essere revisionato negli ambiti territoriali ancora non a regime l'assetto delle reti STAM e STEN secondo le indicazioni approvate con DGR 1603/2013 (indicatore LEA)	Assetto reti STAM e STEN	SI	E' prevista entro la fine dell'anno l'attivazione di un cruscotto per gli SPOKE di riferimento per visualizzazione posti letto TIN e Ostetricia-	
Conduzione audit clinici per la valutazione di tali percorsi	Audit	Entro 2017	In corso attivazione STEN	

3.6 Attività trasfusionale

Nel corso dell'anno 2017 è stata mantenuta l'autosufficienza su scala provinciale. A questa si è aggiunta una cessione di 3.252 unità di emocomponenti al Centro Regionale Sangue per garantire l'autosufficienza regionale e nazionale (33.99 % in più, pari a 825 sacche, rispetto al 2016).

Ai sensi del DM 2 novembre 2015 e secondo le Linee Guida del CNS, nel 2017 il tema relativo al Patient Blood Management (PBM) è stato portato all'ordine del giorno del Comitato Provinciale per il Buon Uso del Sangue, con l'obiettivo di definire un programma relativo all'applicazione del PBM nell'ambito chirurgico, attraverso la stesura di un documento condiviso con i professionisti clinici ospedalieri. E' stato quindi individuato un gruppo di lavoro costituito da professionisti medici e infermieri (appartenenti a: Servizio trasfusionale, Clinica Ortopedica, 1° e 2° Servizio di Anestesia e Rianimazione, Cardiologia, Medicina Interna Angiologica, Ematologia e Cardiochirurgia), oltre al Direttore del Dipartimento Chirurgico e con la partecipazione della Direzione Sanitaria. E' stata quindi realizzata la procedura "Patient Blood Management: Gestione dell'anemia pre-operatoria", che si applica agli interventi di chirurgia ortopedica maggiore elettiva. La procedura è stata formalizzata il 10/04/2018.

Sono inoltre stati diffusi a tutti gli operatori aziendali i documenti specifici sul tema del PBM (Raccomandazioni per l'implementazione del PBM) e sono stati effettuati corsi sulla sicurezza del sangue organizzati in collaborazione con la SSD Governo Clinico e Gestione del Rischio Aziendale: in data 29/5/2017 e 6/11/2017 sono stati effettuati i corsi: "Gestione del Rischio: le Buone Pratiche per la Sicurezza del Processo Trasfusionale", nei quali è stato trattato anche il tema del Patient Blood Management.

Nel 2017 il gruppo di lavoro interaziendale, costituito dal Direttore del Servizio Trasfusionale, dalle Direzioni Sanitarie delle 2 Aziende sanitarie di Parma e dal Direttore del Servizio Interaziendale Affari Generali, ha effettuato 3 incontri con i Presidenti delle Associazioni AVIS e ADAS-FIDAS, che hanno portato alla stesura della bozza di Convenzione per la raccolta di sangue ed emocomponenti tra AOU, AUSL di Parma, AVIS e ADAS FIDAS. Dopo un periodo di momentanea stasi, per divergenze riguardanti alcuni aspetti degli accordi, il confronto è ripreso all'inizio del 2018. La Convenzione è stata ultimata e sono in via di completamento gli atti per la sua formalizzazione con le Associazioni.

Sviluppo di un progetto PBM (patient blood management) in ambito chirurgico ai sensi del DM 2/11/2015 e secondo le linee guida del CNS:

Indicatore	Risultato raggiunto anno 2017	NOTE
Definizione e adozione del protocollo per il buon uso del sangue per interventi di chirurgia ed ortopedia entro ottobre 2017	SI	
Programmazione di almeno una iniziativa formativa	SI	
Trasmissione delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017 entro il 30/07/2017	La Convenzione è stata ultimata e sono in via di completamento gli atti per la sua formalizzazione con le Associazioni	

3.7 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

Come ogni anno il Procurement Aziendale ha partecipato ad un incontro congiunto con il Centro di Riferimento Trapianti della Regione Emilia Romagna, la Direzione Sanitaria e SS Immunogenetica in cui si sono esaminati e discussi i dati di produzione dell'Anno 2017. Durante tale incontro sono stati esaminati vari elementi e si è confermata la realizzazione dell'Ufficio di Procurement. Nel corso del 2017 sono stati segnalati n. 27 donatori multiorgano di cui 15 non opposizioni e 12 effettivi per un totale di 37 organi trapiantati.

In merito al numero di donazioni di cornee effettuate nel corso del 2017, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ha raggiunto e superato il numero assegnato in sede di programmazione annuale (125 cornee richieste e 136 fornite).

Per quanto riguarda le donazioni multitessuto, vi sono state ancora difficoltà al raggiungimento dell'obiettivo assegnato per il 2017 (n. 6 donazioni multitessuto), anche se l'Azienda si è impegnata in n. 3 donazioni multitessuto e n. 9 donazioni multitessuto associate a prelievi multiorgano.

Nel 2017 non vi sono stati prelievi a "cuore fermo" (DCD), ma l'Ufficio di Procurement ha promosso n.4 incontri di formazione in varie sedi a livello regionale, incontri organizzati dal CRT-ER di Bologna in cui il Coordinatore Locale è stato relatore, proprio sul tema del DCD. Il giorno 1.04.2017 si è tenuto a Parma un convegno *"Prima, Durante e Dopo... L'Anestesista Rianimatore nel Processo di Donazione a Cuore Fermo"*, con la partecipazione di alcuni fra i maggiori esperti di DCD nazionali, organizzato dal nostro Procurement Aziendale.

L'Ufficio di Procurement ha garantito la propria partecipazione al corso Regionale *"DimMi"* a testimonianza dell'importanza del ruolo dei nostri professionisti in tema donativo.

Nel 2017 si è svolto il corso regionale TPM cui hanno partecipato come discenti 4 professionisti dell'Azienda, di cui 3 appartenenti alla U.O. 1° Anestesia e Rianimazione (compresa la nuova Direttrice della UO) e 1 appartenete alla Direzione Generale della nostra AOU di Parma.

Continui sono stati i contatti e svariati gli incontri con le Associazioni di Volontariato AIDO nel corso dell'anno passato.

Mantenimento di un buon livello di attività trapiantologica, nell'ottica di un sempre crescente miglioramento nell'attività di donazione di organi e tessuti:			
Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Trasmissione al CRT-ER di relazione indicante l'attività, la composizione e il monte ore dedicato del personale che compone l'ufficio locale di coordinamento alla donazione)	Entro I trimestre 2018	La delibera di costituzione dell'Ufficio Locale di Coordinamento è in fase di perfezionamento e sarà a breve trasmessa in Direzione Generale.	Richieste 125, Fornite 136 (pari al 9% in più)
Trasmissione al CRT-ER del percorso Aziendale d'identificazione in Pronto Soccorso e TI	Entro I trimestre 2018	Il percorso dei pazienti con gravi neurolesioni ricoverati in Ospedale extra terapia intensiva è in fase di perfezionamento e sarà a breve trasmessa in Direzione Generale.	
N. donazioni di cornee pari ad almeno il 17% dei decessi (dell'anno 2017) con età compresa tra i 3 e gli 80 anni,	Pari ad almeno il 17% dei decessi (dell'anno 2017)	SI	
Numero di donazioni multitessuto (donazione di soli tessuti, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici) >= obiettivi CRT-ER.	>= obiettivi CRT-ER	Richiesti 6, Effettuati 3	

3.8 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 Accredimento 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 stati i seguenti:

- 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:

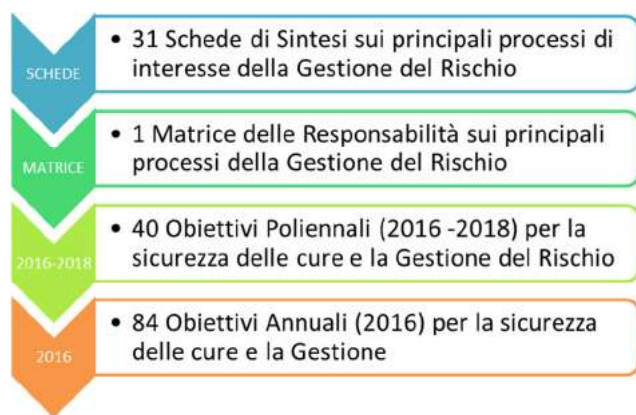
- Linee di indirizzo per la elaborazione del Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie della Regione Emilia Romagna (marzo 2016)
- Piano Triennale delle Performance 2015-2017 – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Linee guida sul Sistema 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:



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).

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.

Nel corso del 2017 sono stati verificati gli Obiettivi Annuali 2016 per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e sono stati definiti i nuovi obiettivi 2017.

La rendicontazione e la programmazione sono state diffuse ai Professionisti (nota prot. n. 32066 del 12/09/2017 "Rendicontazione Obiettivi 2016 del Piano programma per la sicurezza delle cure e la Gestione del Rischio 2016-2018 e Obiettivi 2018").

Tutta la documentazione, per favorire la massima diffusione ai professionisti dell'Azienda è scaricabile dal sito intranet della SSD Governo Clinico.

In base a quanto previsto dagli obiettivi correlati alla sicurezza delle cure nella DGR 830 del 12/06/2017 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del SSR per l'anno 2017", e in attuazione della L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizione in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio, coordinamento Qualità e Accreditamento ha provveduto anche alla stesura della Relazione Annuale Consuntiva, attenendosi alle indicazioni contenute nella "Guida Regionale per la stesura del Report del Piano Programma Sicurezza delle cure (PPSC).

Tale Relazione, trasmessa al Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna (prot. n.8547 del 28/02/2018) comprende:

- Report di attuazione delle attività 2016 previste dal Piano- Programma Sicurezza delle Cure (PPSC) 2016-2018, con aggiornamento dei dati delle fonti informative aziendali relative alla sicurezza delle cure,
- Report di attuazione delle azioni previste dal Piano per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) 2017.

Eventi Sentinella e Incident Reporting

L'Azienda ha assolto il debito informativo previsto per gli eventi sentinella (n. 6 casi nel 2017) 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 (81 segnalazioni su format regionale) e mediante la Scheda di segnalazione cadute-Incident Reporting (217 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.

L'Azienda ha garantito la partecipazione agli eventi formativi regionali e alla successiva rilevazione prevista dal Progetto "Osservare" nelle sale operatorie identificate (Ortopedia, Chirurgia Generale). 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 2017 l'Azienda ha puntualizzato ulteriormente le indicazioni per la sicurezza del processo chirurgico (nota prot.n. 20247 del 05/06/2017). Con tale nota, oltre a trasferire le informazioni più rilevanti circa le non conformità rilevate, si è anche provveduto ad attivare tre tavoli di lavoro per lavorare sulle Raccomandazioni Ministeriali e Regionali per la sicurezza dei processi chirurgici. In particolare l'azienda si è impegnata ad implementare con i propri professionisti le seguenti aree di intervento:

- Operare il paziente corretto ed il sito corretto;
- Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria;
- Prevenire il tromboembolismo post-operatorio.
-

Il Piano di Miglioramento Aziendale è stato formalizzato e trasmesso con nota prot. n. 20844 del 08/06/2017). L'Azienda garantisce anche la partecipazione di un proprio professionista al Gruppo di Lavoro di Coordinamento della Rete delle sale operatorie sicure (SOS.net), ai sensi dell'art. 40 della L.R.43/2001 (determinazione 17680 del 07/11/2017).

Identificazione Paziente

Come previsto dal DM 70/2015, la SSD Governo Clinico ha mantenuto l'impegno per l'applicazione degli standard qualitativi dell'assistenza ospedaliera, con particolare riferimento all'implementazione dell'utilizzo del braccialetto identificativo del paziente.

A tale scopo nel 2017 ha effettuato un monitoraggio, in tutte le UU.OO dell'Azienda, relativo alla "Identificazione del Paziente: verifica sullo stato di applicazione delle indicazioni nazionali e regionali, mappatura impiego braccialetto identificativo" finalizzate alla predisposizione di un piano di miglioramento.

Sono state formalizzate da parte delle articolazioni aziendali n.72 schede che hanno "fotografato", in una giornata definita l'utilizzo del dispositivo.

Il Braccialetto identificativo è in uso per i pazienti che accedono alle seguenti strutture:

- Pronto Soccorso
- Ricovero ordinario
- Ricovero in Day Surgery
- Ambulatori (per effettuare trasfusione di emocomponenti).

Dall'analisi dei dati è emerso che il braccialetto identificativo non era applicato solo nel 3,8% dei pazienti ricoverati. Le motivazioni principali erano legate a particolari condizioni del paziente (obesità, edema, o lesioni/ferite agli arti, esigenza di posizionare un catetere venoso o arterioso, prelievo ematico in zona radiale, problemi cognitivi, bambini che lo rifiutano o lo strappano, bambini prematuri).

La SSD Governo Clinico ha condiviso i suggerimenti apportati dai professionisti, per ridurre le criticità segnalate e pianificare le azioni di miglioramento necessarie per aumentare ulteriormente la % di applicazione braccialetto e ha trasmesso le informazioni al Direttore Sanitario con nota prot. 40869 del 10/11/2017.

Inoltre, a seguito della rilevazione di alcuni Near Miss legati alla prima fase del processo trasfusionale, è stato diffuso a tutti i reparti dell'AOUPR (nota prot. n. 29726 del 22/08/2017), un Alert - Sicurezza del Processo trasfusionale, per richiamare l'attenzione dei professionisti al rispetto di quanto previsto dal DM 2/11/2015 "sicurezza della Trasfusione" e dalle procedure aziendali: P026 - Trasfusione di Emocomponenti e P038 - Processo di identificazione del paziente attraverso Braccialetto identificativo, per la prevenzione della incompatibilità ABO.

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 con metodologia interattiva accreditati ECM, ed elaborando strumenti per la promozione della sicurezza specifici, Buone pratiche e Procedure aziendali.

Tutta la documentazione nazionale, regionale ed aziendale è stata diffusa a tutti i Responsabili delle Articolazioni Aziendali ed è disponibile nel sito intranet della SSD Governo Clinico, nella pagina dedicata alla Gestione del Rischio Clinico.

L'Azienda ogni anno aderisce al Monitoraggio Nazionale (AGENAS) sullo stato di avanzamento dell'applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la Gestione del Rischio Clinico; anche nel 2017 si è proceduto all'aggiornamento richiesto.

In particolare si è proceduto ad aggiornare la documentazione probatoria dell'attività effettuata per n. 8 Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure).

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 2017 ha partecipato al tavolo regionale per l'implementazione delle linee di indirizzo su prevenzione e gestione delle cadute del paziente in ospedale (LIRCO), con due professionisti e ha definito il Gruppo Multidisciplinare per la prevenzione delle cadute.

In linea con le indicazioni pervenute dal Servizio Assistenza Ospedaliera del 22/5/2017, l'Azienda ha redatto e diffuso il piano annuale per la prevenzione cadute (PAPC) contenente gli interventi organizzativi, procedurali, formativi, strutturali/ambientali e informativi previsti.

Nel corso del 2017 ha effettuato tutti gli interventi previsti dal PAPC per l'implementazione delle LIRCO. Il gruppo operativo ha supportato la SSD nella elaborazione della nuova procedura Aziendale per la prevenzione e gestione delle cadute rivolta alle "UU.OO Pilota". La procedura aziendale P047AOUPR "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale per l'implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali sulle cadute in Ospedale" è stata diffusa in Azienda con nota prot. n. 44108 del 30/11/2017. Tutta la documentazione inerente la prevenzione delle cadute è presente nel sito Intranet della SSD Governo Clinico>Gestione del Rischio & sicurezza.

La SSD ha trasmesso al Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna (prot. n.8547 del 28/02/2018) il report di attuazione delle azioni previste dal Piano per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) 2017 e il nuovo PAPC 2018.

Argomento	Indicatore	Standard	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Piano programma aziendale per la sicurezza delle cure	Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2016 e relativo aggiornamento dei dati delle fonti formative aziendali relative alla sicurezza delle cure	SI/no	SI	Il Report di attuazione del PPSC, comprensivo l'aggiornamento dei dati delle fonti, è stato trasmesso alla RER con nota prot. n. 8547 del 28/02/2018 I documenti sono diffusi sulla Intranet Aziendale nella pagina della gestione del rischio
Eventi sentinella	Segnalazione alla Regione degli eventi sentinella secondo tempi e modalità stabilite	Si/No	SI	Le segnalazioni sono state comunicate secondo quanto previsto dalle Indicazioni Regionali per il rispetto del Flusso SIMES
Incident Reporting	Presenza di specifica procedura Incident Reporting ed evidenza di flusso informativo IR	Si/No	SI	L'Azienda ha una specifica Procedura Aziendale P014 AOUPR Incident Reporting

			(vedi nota di trasmissione 5076 del 06/02/2018) Nel 2017 sono state inserite 81 schede di IR nel Data Base Regionale
Check List Sala Operatoria	Assolvimento del debito informativo previsto dalla circolare 15/2017	Si/no	Si L'invio del flusso informativo nel 2017 è passato come competenza al SIA. Gli invii delle Check list sono stati effettuati.
	Effettuazione osservazioni SSCL ed evidenza di predisposizione e attuazione di piani di miglioramento		SI Il progetto Osservare è stato attuato in due Blocchi Operatori (Chirurgie Generali e Specialistiche e in Ortopedia) per complessive osservazioni su 50 interventi chirurgici, mediante la check list regionale. Nel mese di luglio è stato formalizzato il Piano di Miglioramento Aziendale (nota prot. n. 20844 del 08/06/2017)
Identificazione Paziente	Effettuazione di una mappatura delle UU.OO. In cui è utilizzato il braccialetto identificativo e predisposizione di un piano di miglioramento		SI E' stata sperimentata una scheda appositamente definita per effettuare la mappatura in tutte le UU.OO. E' stato predisposto il piano di miglioramento
Raccomandazioni per la sicurezza delle cure	Aggiornamento procedure relative a Raccomandazione 6 "Prevenzione morte materna correlata al travaglio e/o parto" e Raccomandazione 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano"	SI/no	SI La UO Ostetricia e Ginecologia e la UO Neonatologia hanno implementato i documenti previsti per rispondere a quanto richiesto dalle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n. 16. Tali documenti sono stati, in parte, inseriti come allegati nello specifico Monitoraggio Agenas.

Prevenzione e gestione delle cadute	Presenza di procedura e adesione al monitoraggio Agenas	Si/no	SI	Il monitoraggio è stato effettuato nel rispetto dei tempi previsti dalla Call di riferimento AGENAS.
	Aggiornamento delle procedure aziendali sulle cadute in base alle linee di indirizzo regionali	Si/no	Si	L'Azienda nel corso del 2017 ha effettuato tutti gli interventi previsti dal PAPC per implementare le LIRCO. La nuova procedura aziendale rivolta alle "UU.OO Pilota" P047AOUPR "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale per l'implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali sulle cadute in Ospedale" è stata diffusa in Azienda con nota prot. n. 44108 del 30/11/2017. Tutta la documentazione inerente la prevenzione delle cadute è presente nel sito Intranet della SSD Governo Clinico>Gestione del Rischio & sicurezza.
	Report su attuazione azioni previste dai Piani Prevenzione delle Cadute 2016 e relativo aggiornamento dei Piani Aziendali prevenzione delle cadute 2017/2018	Si/No	SI	Il Piano Aziendale Prevenzione Cadute (PAPC) è stato redatto e trasmesso ai servizi interessati, con nota prot n. 30423 del 30/08/2017., comprensivo della rendicontazione del 2016." Il Report di attuazione delle azioni previste nel PAPC 2017 è stato effettuato ed è stato aggiornato il PAPC 2018 (vedi nota trasmissione prot. n. 8547 del 28/02/2018).

3.9 118 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.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Completamento percorso di omogeneizzazione protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali	SI	SI	A dicembre 2017 è stata completata la Formazione di tutti gli Infermieri di CO 118 Emilia Ovest all'utilizzo dei protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico.
Realizzazione nel 2017 di idonei percorsi formativi e di retraining continuo degli operatori al fine di sviluppare e mantenere conoscenze idonee alla ricezione e gestione delle chiamate di emergenza	SI	Obiettivo parzialmente raggiunto	10 Operatori della CO 118 Emilia Ovest hanno raggiunto l'obiettivo formativo per la fase di call taker in riferimento alla capacità degli stessi Operatori di ricevere le chiamate 118 da territori diversi da quello di competenza (vicariamento della CO 118 in caso di disaster recovery/business continuity. <u>Pieno raggiungimento dell'obiettivo</u> si avrà al completamento della pianta organica della

			CO 118 Emilia Ovest così come prevista nel progetto RER "Adeguamento Strutturale , Organizzativo e Tecnologico delle Centrali Operative di Soccorso Sanitario conseguente alle Modifiche dei Punti di Consegna delle Chiamate al 118 e al 112"
Effettiva partenza del servizio di elisoccorso notturno	I semestre 2017	SI	Al 31 dicembre 2017 il servizio di elisoccorso notturno della RER con Base di armamento a Bologna, partito il 1° giugno 2017, era operativo.

3.12 Accreditalento

L'Azienda anche nel corso del 2017 ha partecipato al percorso regionale di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'Intesa del 20/12/2012. E' stata effettuata l'Autovalutazione dei Requisiti Generali, con invio della scheda dei requisiti previsti dall'intesa all'Agenzia Sanitaria (19 luglio 2017). Nell'autunno del 2017, nell'ambito di uno specifico progetto di formazione accreditato ECM sono stati valutati, congiuntamente alla Direzione Sanitaria, Alla Direzione del Servizio Assistenziale e ai principali Responsabili degli Staff e delle Direzioni Aziendali, gli 8 criteri alla base dei requisiti generali. Tale lavoro ha supportato la definizione della nuova domanda di rinnovo dell'Accreditamento entro i tempi definiti (31/01/2018).

Nel corso del 2017 sono state, inoltre, effettuate le seguenti attività in coerenza con il modello regionale di accreditamento:

- Completamento dell'iter per l'effettuazione della visita di sorveglianza biennale per il rinnovo dell'accreditamento della U.O. Immunoematologia e Medicina Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.
- Completamento della documentazione relativa al piano di azioni correttive intrapreso relativo alle non conformità rilevate a seguito della visita effettuata nell'ambito del programma Trapianti CSE dell'AOU PR.
- Completamento della documentazione relativa alle prescrizioni evidenziate nella determina n.13623 del 28/08/2017 "Centro di PMA" dell'Azienda Ospedaliero-universitaria di Parma.

Completamento del percorso di avvicinamento ai requisiti ed alle evidenze previste dall'intesa del 20/12/2012

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Invio dei piani aziendali di adeguamento ai requisiti generali di accreditamento aggiornati secondo quanto previsto dall'Intesa	SI	SI	E' stata effettuata l'Autovalutazione e l'invio della scheda dei requisiti previsti dall'intesa all'Agenzia Sanitaria (19 luglio 2017).

4. Garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa

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

Il pareggio del bilancio costituisce la condizione per garantire l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza, il consolidamento dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, un governo flessibile del personale, l'impiego di risorse correnti in conto esercizio a finanziamento degli investimenti. Gli obiettivi di mandato delle Direzioni Generali hanno fortemente impegnato le stesse a raggiungere il pareggio di bilancio. Sono state riprese, anche nel 2017, le seguenti azioni prioritarie:

- 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. La CTSS è stata opportunamente informata degli esiti della verifica straordinaria;
- 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 la capacità di rispettare l'obiettivo economico-finanziario assegnato e di perseguire l'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.

E' stata data applicazione alla 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 2017 l'Azienda è stata impegnata a dare attuazione alle seguenti misure di contenimento della spesa:

- completamento della 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;

- rispetto della programmazione degli acquisti definita dal Master Plan triennale adottato dall'Agenzia Intercenter-ER;
- contenimento della spesa per beni e servizi attraverso l'adesione alle convenzioni e il rispetto delle percentuali di adesione agli acquisti tramite Intercent-ER e tramite Area Vasta fissati dalla programmazione regionale;
- sviluppo delle infrastrutture ICT di supporto alla semplificazione e al miglioramento dell'accessibilità ai servizi;
- razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti;
- governo delle risorse umane.

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 gestori di budget al fine di monitorare puntualmente l'andamento economico-finanziario e valutare eventuali criticità così da porre in essere azioni correttive condivise. Questo ha permesso un costante confronto sulle problematiche e le possibili soluzioni per poter predisporre tempestivamente opportune azioni di contenimento.

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. Gli incontri periodici del board degli investimenti sono stati indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto, con particolare riferimento al rinnovamento e al grado di obsolescenza delle immobilizzazioni strumentali.

4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Nel corso del 2017 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 medio lungo termine (mutui). L'Azienda 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 (l'Azienda non è in anticipazione di tesoreria).

L'indicatore annuale 2017, calcolato dall'Azienda, corrisponde a -15,37 giorni. Il sito del Ministero delle Finanze indica -26 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 gli indicatori trimestrali entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre a cui si riferiscono.

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.

In ottemperanza a quanto previsto dagli artt. 33 e 41 del D.L. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. 97/2016, nel sito istituzionale trovano rappresentazione anche i dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio, e ne è permessa la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

A conclusione del percorso che ha consentito l'aggiudicazione della gara per il servizio di tesoreria in favore di tutte le Aziende sanitarie regionali, la Direzione aziendale ha aderito sulla base di quanto previsto dal calendario programmato. Obiettivo aziendale è stato il rispetto della tempistica di adesione (1° gennaio 2018). Nel corso del 2017 sono state pertanto attivate le procedure per il recesso anticipato dalla convenzione in essere e dal 1° gennaio 2018 l'Azienda ha aderito alla gara per il servizio di tesoreria unica regionale.

4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile

Tenuto conto delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, nel corso del 2017 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.

Nel corso dell'anno è 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. Al contempo, si è provveduto a identificare e rilevare criticità nel sistema contabile in uso e a richiedere precise e definite implementazioni. Nel corso dell'anno 2018 si verificherà il rispetto delle richieste effettuate.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio	90% del livello di coerenza	100%	
Invio nei tempi prestabiliti dalla certificazione prevista dall'art. 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, attestante la coerenza degli andamenti trimestrali all'obiettivo assegnato	100%	100%	

Indice di tempestività dei pagamenti	<=0	-15,37 gg. calcolato dall'Azienda -26 gg sito MEF	
Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e rispetto delle scadenze prestabilite	100%	100%	

4.1.3 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 Aziende sanitarie nel corso del 2017 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, “ Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi” e dalle disposizioni inviate in corso d’anno dalla Direzione Generale regionale.

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
3. data diffusione e riscontro alle Linee Guida Regionali tempo per tempo disponibili
4. 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
5. E' stata eseguita la ricognizione dei Regolamenti
6. 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
7. 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
8. 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.
9. L'Internal Auditing ha intrapreso verifiche e controlli delle procedure amministrativo-contabili sulle Aree tematiche indicate
10. 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.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Le Aziende sanitarie nel corso del 2017 sono chiamate ad assicurare la complessiva attuazione del PAC regionale, nel rispetto delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, " Piano Attuativo della Certificabilità – Requisiti Generali Minimi" e dalle disposizioni inviate in corso d'anno dalla Direzione Generale regionale	Implementazione Adempimenti 2017 con riferimento alle aree : I) Progettazione del sistema di Audit; II) Area Crediti-Ricavi; III) Area Disponibilità liquide; IV) Area Debiti-Costi; V) Revisioni Limitate	Raggiungimento 100% adempimenti	100%	L'Azienda ha assicurato la complessiva attuazione del PAC regionale con un target di raggiungimento del 97,6% degli adempimenti nel rispetto delle azioni e delle tempistiche previste. L'Internal Auditing ha dato avvio ad una attività di assurance e consulenza per lo svolgimento delle attività e l'attuazione della pianificazione del controllo interno.

4.1.4 Implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile

Nel corso del 2017 è stata effettuata l'aggiudicazione della gara per la nuova piattaforma applicativa software e di servizi correlati per la Gestione Informatizzata dell'Area Amministrativa Contabile (GAAC). Successivamente alla stipula della Convenzione, si è dato avvio ai lavori con la RTI secondo quanto previsto dal piano esecutivo, approvato nel mese di ottobre 2017.

L'Azienda ha assicurato, al livello regionale, la collaborazione ed il supporto tecnico-specialistico per la definizione delle nuove soluzioni applicative. In particolare, la Regione ha attivato diversi gruppi di lavoro, relativamente ai quali sono stati individuati, tra le varie professionalità presenti all'interno dell'Azienda, i referenti che hanno partecipato attivamente agli stessi.

La realizzazione del Progetto GAAC prevede il deployment e l'attivazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma entro il 31 dicembre 2019 e relativa messa in esercizio al 1° gennaio 2020.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Implementazione GAAC: Partecipazione attiva ai Gruppi e Tavoli di lavoro	95%	Obiettivo raggiunto	L'Azienda ha risposto in modo puntuale e tempestivo alle richieste pervenute dalla Regione e relative: a) alla nomina dei referenti aziendali per i tavoli di lavoro di volta in volta istituiti; b) alla predisposizione ed invio di elaborati ed estrazioni.

4.2 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 è stato recepito l'aggiornamento del Masterplan regionale per l'anno 2017 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

Sono proseguite nel 2017 le attività già avviate nel biennio precedente 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 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.

Nel corso dell'anno 2017 si è dato continuità 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. Nei prossimi mesi dovrebbero essere forniti in ambito AVEN i dati definitivi relativi all'anno 2017.

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 2017 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 2016 saranno sicuramente confermati e che sarà possibile registrare un ulteriore incremento. Questo in quanto nel corso dell'anno

2017 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 provvisori si può evincere per esempio che il livello di adesione a gare centralizzate relative ai farmaci risulta in linea con quello già molto positivo dell'anno precedente.

È stata sperimentata la piattaforma di eprocurement mediante la pubblicazione sulla piattaforma della gara Aven di n. 23 gare a livello del Dipartimento Interaziendale Tecnico e Logistica.

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 è stata pubblicata nell'autunno del 2017 con un importo a base d'asta di circa € 37.000.000.

Indicatore	Risultato raggiunto	Note
	anno 2017	
Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria- almeno l'80% del totale degli acquisti di beni e servizi.	72,61%	Il progetto si sta sviluppando regolarmente anche in considerazione del processo di integrazione tra aziende (necessità di razionalizzare ed armonizzare le procedure). La percentuale di acquisti centralizzati nel corso degli ultimi anni è progressivamente aumentata sia a seguito nell'incremento di gare regionali e di area vasta nel settore dei DM specialistici sia a seguito del completamento della fase di inserimento nel magazzino di Area Vasta. Rimangono ancora da centralizzare alcuni rilevanti contratti di servizi alberghieri, in fase di affidamento, ad aggiudicazione dei quali l'obiettivo potrà essere raggiunto, non però entro il

		2017
Importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e gas stipulati nel 2017 tramite Intercenter-ER – almeno l’85% del totale di tutti i contratti delle medesime categorie.		I contratti di farmaci e antisettici stipulati nel 2017 sono in massima parte di competenza AUSL Re in quanto trattasi di beni gestiti dal magazzino centralizzato e l’adesione, in presenza di convenzioni attive, è pari al 100%. Non si segnalano nuovi contratti nel 2017 per altre categorie. Si segnala la riduzione dell’importo di spesa intercenter per energia elettrica rispetto al 2016 di circa € 2.000.000 (con incremento della quota aziendale), essa è dovuta all’attivazione dell’impianto di cogenerazione aziendale. Tale impianto, realizzato nell’ambito di un più ampio contratto di Global Service Manutentivo, è stato realizzato dal soggetto aggiudicatario a fronte dell’impegno, da parte dell’Azienda, di acquistare dal soggetto stesso a prezzo ribassato l’energia elettrica prodotta dall’impianto fino al 31/03/2021. A partire da tale data, l’energia autoprodotta dall’impianto sarà utilizzata direttamente dall’Azienda senza alcun costo. La quota di energia elettrica non assicurata internamente dal cogeneratore viene acquistata per il 100% tramite IntercentER. Infine, si ritiene opportuno sottolineare che, comunque, l’acquisto a prezzo ribassato dal soggetto titolare del Global Service dell’energia elettrica prodotta dal cogeneratore ha consentito, rispetto alle tariffe IntercentER, un risparmio annuo del 33,49%

		sul costo aziendale per l'energia elettrica.
Da ottobre 2016, implementazione dell'obbligo di gestione informatizzata delle procedure di gare per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo sanitario	Da ottobre a dicembre 2017 è stata indetta una gara europea interaziendale con AUSL.	
Indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)- almeno 20 richieste.	SI	Il Dipartimento Interaziendale Tecnico e della Logistica ha indetto 23 procedure d'acquisto sul portale regionale SATER.
Inserimento su tutti i contratti dei beni e servizi stipulati della clausola che prevede l'obbligo per i fornitori di ricevere ordini elettronici e inviare documenti di trasporto elettronici attraverso il NoTI-ER prevista dalla DGR 287/2015	La clausola è inserita in automatico su tutti gli ordini emessi	
Almeno il 35% degli ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER	SI	Percentuale di ordini emessi tramite NoTI-ER pari al 50,37%.

4.3 Il governo delle risorse umane

Con riferimento all'anno 2017, il Piano Aziendale annuale di Assunzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (predisposto dalla SC Area Giuridica e Area Economica con la collaborazione del Servizio infermieristico e del Servizio Economico-finanziario e la supervisione del Direttore del dipartimento Risorse Umane) è stato trasmesso alla Regione Emilia-Romagna con nota prot. 13293 del 07.04.2017. Con nota prot. 25796 del 17/07/2017 la Regione ha approvato il suddetto piano.

Nel medesimo era prevista la copertura di quattro strutture complesse. Era stata anche ricompresa la procedura relativa alla S.C. Oncologia Medica, già inserita nel piano assunzioni 2016. Nel corso del 2017 si sono concluse le selezioni relative alla S.C. 1^ Anestesia, Rianimazione e Gestione Interdipartimentale Siat (già autorizzata con nota RER prot. PG/2017/144348 del 06/03/2017) e Oncologia Medica. Le altre procedure, relative a strutture attualmente rette da facente funzioni sono avviate ad inizio 2018.

L'attuazione del Piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2017 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico ed ha tenuto 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. L'obiettivo oltre alla garanzia del turn

over sul settore sanitario e alla prosecuzione del processo di stabilizzazione del personale nell'ottica del superamento del lavoro flessibile, i relativi percorsi assunzionali avviati troveranno completamento, per quanto riguarda l'area della dirigenza medica e sanitaria, nell'anno 2018.

Si precisa che nel corso del 2017 sono state effettuate n. 231 assunzioni a tempo indeterminato a fronte di n. 215 cessazioni, nonché al fine di far fronte alla dinamica delle assenze e di nuove attività e riorganizzazioni n. 169 assunzioni a tempo determinato (di cui 48 dirigenti).

In questo ambito n. 14 contratti a tempo determinato sono stati stipulati a fronte della cessazione di altrettanti contratti libero professionali. E' stato rispettato obiettivo previsto di riduzione di tali forme di lavoro flessibile che a fine 2017 sono pari a n. 59 rispetto a 74 segnalati nella rilevazione regionale ad inizio anno.

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. 36 cessazioni.

Indicatore	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	SI	L'attuazione del Piano assunzione si è sviluppata nel corso del 2017 unitamente alle ulteriori autorizzazioni regionali frutto della linea di programmazione tesa al progressivo superamento del lavoro atipico ed ha tenuto conto dello svilupparsi del turn over annuale e del necessario governo della spesa.
Rispetto dei parametri definiti dal Patto per la salute e mantenimento dei livelli degli standard previsti entro i limiti previsti	SI	Si è proceduto alla copertura delle S.C. autorizzate dalla Regione. Alcune procedure si concluderanno nel 2018
Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra RER e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione	SI	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.
Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli accordi sottoscritti tra RER e OO.SS.	Si	I processi di stabilizzazione in esecuzione degli accordi a suo tempo sottoscritti tra RER e OO.SS. erano stati completati nel 2016 E' stato rispettato obiettivo previsto di riduzione delle forme di lavoro flessibile

Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale

Tra gli obiettivi da perseguire nel corso del 2017 di particolare rilevanza ed impegno è stato il completamento del processo di integrazione dei servizi di supporto amministrativo e tecnico-logistico avviato nel corso del 2016. A gennaio 2016, infatti, era stato formalizzato il progetto preliminare e, in esito alla successiva analisi e valutazione di fattibilità, nel mese di giugno 2016 era stato predisposto congiuntamente delle direzioni aziendali il documento di progettazione definitiva di integrazione interaziendale, che dopo le opportune 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, è stato recepito con speculari atti deliberativi nel mese di luglio 2016. Il 1° ottobre 2016 sono state approvate le convenzioni tra le due Direzioni con individuazione dei direttori di struttura complessa, di dipartimento e delle risorse umane assegnate alle varie strutture.

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.

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 Economico, 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 Usl 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.

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.

Nei primi mesi del 2017 si sono avviati gli accorpamenti degli uffici nelle sedi individuate presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria o presso l'Azienda USL in modo da garantire una logistica che assicuri la massima efficienza possibile dei servizi stessi. Nel primo semestre si sono conclusi tutti i trasferimenti degli uffici coinvolti in adesione al nuovo assetto dipartimentale integrato.

Dal 1° gennaio del 2017 è stato dismesso il magazzino tecnico economico dell'Azienda Usl 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 Usl di Reggio Emilia per il magazzino farmaceutico.

L'Azienda ha ritenuto opportuno attivare, condividendolo con le organizzazioni sindacali, un percorso di omogeneizzazione della retribuzione di risultato che ha interessato gli operatori dell'area Comparto afferenti tutte le aree dell'integrazione.

Inoltre sono stati ridefiniti congiuntamente le pesature degli incarichi dirigenziali di riferimento e ridisegnati gli accordi di risultato in un'ottica di progressiva integrazione.

A settembre 2017 è stata altresì deliberata l'istituzione del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la provincia di Parma. L'istituzione del Dipartimento fa seguito allo sviluppo negli ultimi anni di una politica di collaborazione tra le due Aziende rispetto alle azioni di governo clinico del farmaco e alla continuità assistenziale terapeutica tra ospedale e territorio. Tale sviluppo non era inizialmente previsto nella iniziale progettazione del processo di integrazione interaziendale, ma risponde alle indicazioni regionali per realizzare un efficace governo delle risorse disponibili in un'ottica di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria.

Sempre nel corso del 2017 l'Azienda ha garantito la costante e fattiva partecipazione ai tavoli di lavoro del nuovo software di gestione delle risorse umane (GRU), al fine di assicurare le condizioni per l'avvio dell'applicativo per le Aziende del Gruppo 2, di cui Azienda Ospedaliera fa parte, a decorrere del 1/1/2018. A tal fine l'invio dei flussi di dati richiesti da Cabina di Regia regionale e ATI è stato rispettoso delle scadenze indicate.

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 e ed esercizio libera professione intramuraria adottati entro fine 2017.

Indicatore	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Rispetto tempi e modalità dei processi di integrazione interaziendale avviati o in via di conclusione	SI	Il progetto è stato portato a termine nei tempi previsti.
In ordine all'attuazione dell'integrazione Numero processi completati sul totale processi avviati	SI	Il progetto è stato portato a termine nei tempi previsti.
Rispetto delle scadenze individuate nel cronoprogramma del GRU e GAAC	SI	Sono state rispettate le scadenze di attività previste nel cronoprogramma GRU e GAAC inviando rendicontazioni e flussi richiesti da Cabina di Regia regionale e ATI.
Partecipazione alla definizione di criteri interpretativi omogenei a livello economico normativo o di contrattazione collettiva	SI	E' stata garantita la partecipazione al gruppo di lavoro regionale coordinato dalla Direzione regionale
Rispetto delle previsioni di bilancio e attuazione di manovre volte al controllo della spesa del personale, compatibilmente col rispetto degli impegni assunti per l'adeguamento degli organici in applicazione della L. 161/2014 e degli Accordi sottoscritti	SI	La SC Area Economica, in collaborazione con la SC Area Giuridica e il Servizio Assistenziale, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni sia a tempo determinato che indeterminato fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

4.4 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. 4955 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%.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Rispetto dei tempi di processo	SI	SI	Successivamente all'entrata in vigore della Legge 24/2017 si è provveduto ad adeguare le predette istruzioni operative con la deliberazione n. 918 del 5 dicembre 2017.

All'interno del programma regionale di gestione diretta dei sinistri, nell'anno 2017, 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 31/1/2018, con una durata mediana tra apertura e dati di registrazione di 1 giorno.

Si conferma che nell'anno di competenza il numero dei sinistri aperti corrisponde al numero di sinistri inseriti nel database regionale.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Grado di completezza del database regionale	100% dei casi aperti nell'anno entro il 31/1 dell'anno successivo	100%	

4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

Attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Adeguare il codice di comportamento alle nuove indicazioni nei tempi previsti dalle direttive regionali in materia	100%	100%	La Regione ha promosso l'iniziativa di elaborare un modello unico di Codice di Comportamento per tutte le Aziende Sanitarie regionali, mediante l'istituzione di un tavolo composto da Direzione salute, OIV e Responsabili aziendali. Il nuovo Codice attuerà anche le disposizioni contenute nell'art. 5 della L.R. n.9/2017. Terminato a dicembre il lavoro di elaborazione, il modello unico di Codice sarà deliberato dalla Giunta e trasmesso alle Aziende per l'effettuazione del previsto percorso di consultazione degli stakeholder e l'approvazione definitiva entro maggio 2018
Adeguare il piano Triennale per la Prevenzione e Corruzione alle nuove disposizioni in materia	100%	100%	Compiute le attività di monitoraggio delle misure contenute nel Piano 2017/2019, sono state avviate le azioni e le istruttorie per la elaborazione del nuovo Piano 208/2020, da approvarsi entro gennaio 2018. Approntato schema

per le schede delle misure specifiche per le varie unità organizzative, sulla base degli esiti del generale aggiornamento della mappatura di processi e procedimenti effettuato in corso d'anno

4.6 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 che in gennaio 2018 è stato avviato, secondo le tempistiche previste, il nuovo gestionale delle risorse umane, con notevole impegno da parte degli operatori e che vedrà il suo consolidamento nel corso del 2018, in quanto non tutti i moduli previsti risultano attivati.

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 alla presentazione 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.

Azienda	Informatizzate	DEMA	% Presc. DEM/Presc. Inform.	Informatizz. Spec.	DEMA Spec.	Informatizz. Far.	DEMA Far.
Totale	57.748.739	50.075.925	86,71 %	19.984.538	16.849.212	37.764.201	33.226.713
960 - IRCCS RIZZOLI	113.245	82.465	72,82 %	113.245	82.465	0	0
909 - AOSP FERRARA	278.166	278.166	100,00 %	271.436	271.436	6.730	6.730
908 - AOSP BOLOGNA	381.780	321.414	84,19 %	372.060	311.694	9.720	9.720
904 - AOSP MODENA	443.864	307.966	69,38 %	443.321	307.423	543	543
903 - AOSP REGGIO EMILIA	180.086	180.086	100,00 %	172.429	172.429	7.657	7.657
902 - AOSP PARMA	518.486	518.486	100,00 %	467.180	467.180	51.306	51.306

Figura 1 Dati prescrizione Dema. Fonte BI Regionale (spagobi.progetto-sole.it)

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.

L'Azienda ha perseguito gli obiettivi di dematerializzazione e di informatizzazione di tutto il percorso logistico-contabile 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.

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Realizzazione del nuovo gestionale dell'area amministrativo-contabile (GAAC), con la relativa fase di collaudo in vista della messa in produzione presso le prime aziende sanitarie per il 2019	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	100%	100%
Prosecuzione dell'attività di messa a regime del nuovo software GRU sull'intero territorio (fase 2 Aziende AVEN)	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	100%	Sono state rispettate le scadenze di attività previste nel cronoprogramma GRU inviando rendicontazioni e flussi richiesti da Cabina di Regia regionale e ATI.
FSE:Le Aziende entro il 31/12/2017 devono adattare i loro software all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale, nonché alla diffusione dei servizi esposti sul FSE come cambio/revoca MMG7PLS , offerta prenotazioni online, pagamenti online	% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale	100%	100%	Da approfondire quali sono i documenti clinici individuati a livello regionale: dovevano essere disciplinati nei tavoli delle direzioni sanitarie. 100% considerati classici laboratorio e radiologia

% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti	100%	100%	
--	------	------	--

Sistema informativo

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.

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Garantire il livello di informazione necessaria al fine di un monitoraggio comparativo sistematico tra le piattaforme logistiche stesse	% rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita dal gruppo regionale	100%	100%	
All'inizio del 2017 si è dato l'avvio alla riorganizzazione dei sistemi informativi i cui scopi principali sono lo sviluppo di un dataware house esteso a tutti i flussi di dati e la realizzazione di un sistema di reportistica (portale) che risponda ad ogni livello di committenza (regionale, territoriale, ospedaliero etc.) sia negli ambiti sanitari che a quelli socio-sanitari e sociali	Presenza di tutti gli interventi programmati erogati	100%	95%	
	valorizzazione del codice nosologico degli interventi erogati	100%	100%	
	% prenotazioni (disponibili in SIGLA) con data prenotazione coerente alla data di prenotazione presente in SDO	100%	95%	

Qualità delle banche dati	% rappresentatività - (nr. Record) per flusso ministeriale - tra le banche dati aziendali rispetto alla regionali	100%	Monitorati con strumenti siver	
	% aggiornamento righe/volumi (per chiave o id) - per flusso ministeriale - di aggiornamento di informazioni precedentemente inviate	< 15%	Monitorati con strumenti siver	
	% volumi - per flusso ministeriale - trasmessi entro il mese/trimestre/semestre di invio	80%	Monitorati con strumenti siver	
	per tutti i flussi/banche dati regionali comunicazione entro i tempi definiti dei referenti in ambito sanitario e tecnico	100%	100%	
Nuovo tracciato SDO	Nr. Segnalazioni per giornate di permesso (AT) rispetto sul totale delle schede ordinarie	<1%	0,6%	232 segnalazioni su 38.577 schede ordinarie
Nell'ottica di integrazione dei flussi, quello del Pronto Soccorso dovrà correttamente integrarsi (link) con quello del 118, tramite il codice identificazione della missione (COD_MISSIONE) e quello di invio del paziente (COD_CO118)	Nr. righe PS con modalità di arrivo in ambulanza/elisoccorso (118) con link al flusso118	100%	Condiviso su tavolo CTA modalità implementazione architettura e pianificato per inizio 2018 (già effettuato)	

4.7 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, come modificato dalla Legge di Bilancio 2018, 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. Con nota n°25721 del 14/07/2017, l'Azienda ha proposto al Servizio Regionale Strutture e Tecnologie in Ambito Sanitario la realizzazione, in luogo del previsto Day Hospital Oncoematologico e Centro Prelievi, di un Polo Oncologico Integrato, in grado di accorpere i prevalenti servizi a carattere oncologico, sia diagnostici che di cura, e di offrire ai pazienti la possibilità di usufruirne in un'unica sede, facilitando nel contempo il coordinamento del percorso diagnostico – terapeutico delle patologie oncologiche ed una maggior interazione tra le professionalità sanitarie. La regione Emilia Romagna ha accolto la proposta aziendale ed ha valutato positivamente il progetto di fattibilità tecnico – economica dell'opera. E' in fase di redazione il progetto esecutivo.

Relativamente alle richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati tra il 2003 ed il 2011, nel corso del 2016 e del 2017 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.
- Richiesta di liquidazione prot. n.40180 del 6/11/2017 – Intervento O2 - Acquisto arredi e attrezzature per il nuovo ospedale dei bambini.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	note
Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L 266/2005) e regionale (DGR708/215)	Trasmissione entro le scadenze prestabilite dei progetti degli interventi rientranti nel "Programma di adeguamento alla normativa antincendio" da sottoporre al parere del Gruppo Tecnico per l'ammissione del finanziamento	100%	SI	
	Avvio predisposizione progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (ex art. 20 L.67/88)	100%	SI	
Le Aziende sanitarie inoltre devono presentare, nel corso del 2017, le richieste di liquidazione di interventi conclusi e attivati che dall'ultima ricognizione risultano ancora a residuo	Trasmissione richieste di liquidazione relative a interventi conclusi e attivati	Richieste di liquidazione per un importo pari al 75% del totale residuo relativo a interventi conclusi e attivati	SI	

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 relativi all'AP7 sono in via di ultimazione, al termine dei quali verrà depositata la relativa SCIA. E' stata completata la progettazione esecutiva del 1° stralcio degli interventi compresi nel PI.1, approvata dal gruppo tecnico regionale ed è in fase di redazione la progettazione esecutiva del 2° stralcio. A seguito della definitiva approvazione regionale anche del 2° stralcio, si procederà all'assegnazione dei lavori.

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. Le indicazioni in merito agli interventi di adeguamento sismico sono stati elaborati in termini previsionali nel corso dell'anno 2017 e saranno inseriti nel Piano Triennale degli investimenti per il periodo 2018 – 2020, con i parametri stabiliti dalla Regione.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Prevenzione incendi: programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico secondo la normativa prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015)	Realizzazione e monitoraggio degli interventi di adeguamento	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi)	SI	
	Raccolta ed analisi dei dati relativi agli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione incendi)	SI	
Prevenzione sismica: mantenimento azioni (DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico	Realizzazione degli interventi di miglioramento sismico	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (prevenzione sismica)	SI	

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.

L'elaborazione dei dati tecnici ed economici necessari all'individuazione del medesimo costo manutentivo per l'anno 2017 avverrà, come stabilito dalla Regione Emilia Romagna, tramite apposito applicativo predisposto da AGENAS ed il costo stesso verrà confrontato con la media regionale non appena il dato sarà disponibile, secondo le disposizioni regionali.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Adozione azioni per allineamento dei costi (€/mq) per manutenzione ordinaria alla media regionale	Monitoraggio costi manutenzione ordinaria	Predisposizione report di sintesi con i costi della manutenzione ordinaria e descrizione delle eventuali azioni adottate per ottenere il miglior allineamento possibile del costo della manutenzione ordinaria (€/mq) alla media RER –	SI	

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 era programmata a partire dal 2017 (sistemi di spegnimento luci automatici, installazione di inverter, sostituzione pompe, eccetera). Nel corso del 2017 sono inoltre state completate le verifiche e le analisi relative all'installazione di un terzo cogeneratore, in grado di assicurare la quasi totale autonomia dal punto di vista elettrico dell'Ospedale Maggiore. L'installazione del 3° cogeneratore è prevista per il 2018.

Con particolare riferimento ai consumi di energia elettrica e termica, durante il 2017 è stata assicurata la prosecuzione del 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. Il Comune di Parma, nell'ambito delle politiche di Mobility Management di sua competenza, ha indetto con Determina Dirigenziale n. dd-2017-3111 del 28.11.2017, un bando pubblico per l'anno 2017, rivolto ad aziende pubbliche e private per conferimento di incentivi finalizzati all'acquisto di titoli di viaggio per il tragitto casa-lavoro dei dipendenti residenti o con sede di servizio nel Comune di Parma. La nostra azienda, al fine di sostenere le azioni di Mobility Management di sua competenza, ha partecipato al suddetto bando, presentando nei termini e con le modalità previste una richiesta di contributo, da finalizzare ad agevolazioni economiche per i dipendenti, indirizzate all'incentivazione dell'utilizzo del Trasporto Pubblico Locale (LTP), delle Ferrovie (FFSS) e del Bike Sharing per i tragitti casa-lavoro, in continuità con analoghe iniziative già attuate nelle precedenti annualità. Con Determina del Direttore del Servizio Logistica e Gestione Amministrativa lavori pubblici n. 82 del 29/12/2017, ha approvato la graduatoria interna relativa al bando pubblico promosso dal Comune di Parma per incentivi finalizzati all'acquisto di titoli di viaggio per tragitto casa-lavoro.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia	Realizzazione e monitoraggio degli interventi di miglioramento	Predisposizione schede di risposta al monitoraggio attivato con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile)	SI	

Gestione rifiuti

Tra le problematiche igienico – organizzative di maggiore rilevanza in ambito ospedaliero, la gestione dei rifiuti occupa un posto di primaria importanza per le implicazioni inerenti la sicurezza degli operatori e degli utenti, per l'impatto ambientale sul territorio e per i costi gestionali di raccolta e di smaltimento.

In piena sintonia con gli obiettivi del Piano Regionale di Gestione dei Rifiuti, BUR n. 140 del 13.05.2016 e nel rispetto delle specifiche linee di indirizzo regionale DGR. 27 luglio 2009, n. 1155 è stata assicurata la partecipazione costante dei Referenti aziendali agli incontri periodici a livello Regionale del Gruppo Regionale Rifiuti Sanitari, per allineare la programmazione locale, realizzata tramite il Gruppo Aziendale Gestione Ambientale, alle linee di indirizzo regionali.

MONITORAGGIO 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 inviati in RER per le opportune verifiche di competenza, nel rispetto delle tempistiche prefissate (entro il 31 maggio 2017). Per ogni singolo CER prodotto si è provveduto ad inserire i dati di produzione ed i relativi costi, sostenuti nell'anno 2016, nell'apposito sistema informativo.

Di seguito si elencano i dati di produzione e relativi costi riferiti alle matrici più significative degli ultimi 4 anni:

CER	Kg 2013	Costo 2013	Kg 2014	Costo 2014	Kg 2015	Costo 2015	Kg 2016	Costo 2016
180103* Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	857590	123323 1	82678 0	121536 7	82266 0	120514 0	68680 1	91199 8
180106* Sostanze chimiche pericolose	23000	75500	25994	85520	27421	90215	29655	63551
180107 Sostanze chimiche non pericolose	1540	2540	1645	2731	1780	2954	4400	5738
180108 Medicinali Citotossici e Citostatici	19410	37229	20280	38938	19870	38150	20797	32990
150107 Vetro fleboclisi vuote	185080	47709	18263 0	29038	18282 0	29068	17592 0	25190
150102 imballaggi in plastica che hanno contenuto sostanze chimiche non pericolose	4000	8466	3780	7900	2820	5893	5450	6525
150110* Imballaggi contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati	3415	6293	2704	4948	5748	10518	5741	8132
160604 Batterie Alcaline	1130	3956	1106	3849	1105	3845	932	1760
080318 Toner esausti	2652	11850	3019	13253	3325	14596	2966	7247
RAEE 160214 Apparecchiature fuori uso non pericolose	10560	18188	13510	21797	8837 +3810 +1762 a costo 0	14315	7354	6927
RAEE 160211 Frigoriferi fuori uso	944	2997	657	2102	896	2867	129	86
RAEE 160213 Apparecchiature fuori uso non pericolose	4082	8501	4451	9014	2126 +170 a costo 0	4315	990	1336

Analizzando le principali tipologie di rifiuti speciali prodotti si evince che:

- RIFIUTI INFETTIVI:** si registra una considerevole positiva riduzione dei quantitativi prodotti. L'approfondimento effettuato nel report della Regione, trasmesso ad inizio 2018, conferma tale riduzione nel confronto basato sia sulle quantità prodotte in valore assoluto, sia su appositi indicatori (Kg/giornate di degenza e kg/DRG), che mettono in relazione produzione dei rifiuti e complessità delle prestazioni sanitarie erogate. La positiva riduzione di produzione di rifiuti infettivi, **in linea con le indicazioni regionali**, è connessa principalmente all'adesione dal 1° luglio 2016 alla Gara Intercent-ER, che ha comportato l'utilizzo di contenitori riutilizzabili, in sostituzione a quelli monouso del precedente appalto, con conseguente diminuzione dei quantitativi prodotti

Il **contenimento della produzione** ha permesso un **risparmio di circa 300.000 euro**, rispetto ai costi sostenuti nell'anno precedente.

- **SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE E NON PERICOLOSE:** incremento moderato di produzione conseguente alla presa in carico per lo smaltimento dei reflui prodotti da alcune apparecchiature di laboratorio dell'UO Virologia, UO Microbiologia e UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale. Per quanto riguarda l'UO Anatomia Istologia Patologica si è registrato un aumento di produzione di rifiuti in relazione al potenziamento delle apparecchiature in uso.

In collaborazione il Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, relativamente alla installazione delle apparecchiature Menarini per il confezionamento dei campioni in formaldeide a circuito chiuso in alcuni comparti operatori si è provveduto a gestire i rifiuti chimici di scarto: imballaggi vuoti, residui liquidi di lavaggio con formaldeide, filtri apparecchiature, trasmissione ai CO della istruzione operativa e Kit per spandimento ambientale di formalina.

- **RIFIUTI MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI, VETRO-FLEBOCLISI VUOTE, IMBALLAGGI CHE HANNO CONTENUTO SOSTANZE PERICOLOSE, BATTERIE ALCALINE:** le quantità del 2016 sono quasi sovrapponibili a quelle del precedente anno.
- **IMBALLAGGI IN PLASTICA CHE HANNO CONTENUTO SOSTANZE CHIMICHE NON PERICOLOSE:** incremento di produzione legato ad una migliore raccolta nei reparti dei rifiuti differenziati, da inviare a recupero di materia.
- **RIFIUTI TONER:** si rileva una moderata diminuzione della quantità prodotta.

Sul versante della spesa per i rifiuti nel 2016 è evidente un miglioramento per tutte le tipologie di rifiuto, legato all'attivazione della convenzione Intercent-ER, che prevede costi unitari più vantaggiosi rispetto al precedente appalto e di conseguenza un diffuso e importante contenimento dei costi di gestione dei rifiuti speciali.

Per quanto riguarda i **RIFIUTI ASSIMILATI AGLI URBANI** non è possibile fornire dati precisi sulle quantità di rifiuti urbani differenziati e indifferenziati, ritirati nell'ambito del servizio di raccolta urbana, per mancanza di informazioni da parte di Iren Ambiente.

Si desidera comunque precisare che la raccolta differenziata della carta e della plastica è in costante incremento, come risulta evidente dai sopralluoghi effettuati nei punti di raccolta dei rifiuti urbani, infatti è stato necessario incrementare la capacità dei contenitori di raccolta alle Torri Medicine ed in Ortopedia. Da segnalare che le UUOO hanno dimostrato, a tal proposito, una crescente sensibilità alla problematica.

Per quanto riguarda la qualità del rifiuto differenziato avviato a recupero di materia, nel corso del 2017 non sono state rilevate segnalazioni negative dagli impianti di destinazione finale dei rifiuti, a conferma comunque di un'accettabile selezione dei rifiuti differenziati a cura dei reparti.

MONITORAGGIO QUALITATIVO RIFIUTI prodotti

Effettuato con le seguenti modalità:

- I sopralluoghi di verifica svolti nel 2017 nei **punti di raccolta dei rifiuti a piè di Padiglione** sono stati 120. Le verifiche che hanno rilevato gravi non conformità nello smaltimento dei rifiuti e quindi con esito insufficiente sono state 10. La loro risoluzione è stata tempestiva.
- Sono state gestite alcune segnalazioni di rifiuti abbandonati (elettrodomestici e ingombranti di uso domestico, neon, batterie,..) nelle aree esterne aziendali (seminterrati, piazzole rifiuti, parcheggi), legato soprattutto alla mancanza di rispetto e senso civico dell'utenza, ma anche dipendenti AOUPR e dipendenti ditte esterne
- Nel corso del 2017 l'UO Igiene Ospedaliera ha effettuato presso la **"Stazione Ecologica Aziendale"** 12 sopralluoghi ed altrettanti presso il **punto di raccolta aziendale dei rifiuti chimici**. Durante le verifiche, sono stati valutati gli aspetti relativi alla gestione dei rifiuti (separazione dei rifiuti, utilizzo contenitore

idoneo, rispetto della frequenza di smaltimento, condizioni igieniche), con particolare attenzione alle attività di pesatura. Esito soddisfacente, non sono state rilevate gravi non conformità.

- Nel corso dell'anno sono stati eseguiti n. **22 sopralluoghi nelle UUOO** sia per la verifica diretta della gestione delle varie matrici di rifiuti urbani e speciali, in funzione della tipologia di attività sanitaria svolta, sia per verificare le non conformità segnalate dai Coordinatori nei contenitori consegnati per la gestione dei rifiuti (fusti, coperchi e sacchi maleodoranti; coperchi rotti, ecc). I sopralluoghi hanno dato esiti soddisfacenti.
- Il trasferimento di alcuni Reparti, aree ambulatoriali e laboratori ha richiesto la ridefinizione, all'interno delle singole UUOO del processo di gestione dei rifiuti: verifica delle varie tipologie di rifiuto prodotto, definizione dei percorsi "puliti-sporchi", individuazione dei punti di stoccaggio.

ATTIVITA' DI CONTROLLO APPALTO INTERCENT-ER

Nell'ambito dell'appalto Intercent-ER per il servizio di trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari la Regione ha indicato un sistema di monitoraggio della fornitura e segnalazione del reclamo, che prevede la compilazione di schede per la verifica dei vari aspetti di gestione dell'appalto.

Tali schede sono oggetto di valutazione da parte della Regione dell'attività svolta dalle Aziende Sanitarie e, pertanto, sono state trasmesse, nei tempi previsti. Di seguito, sono indicate in modo sintetico le contestazioni effettuate alla Ditta in modo formale, rispetto agli elementi da valutare previsti nelle schede:

- Documenti certificazioni, trasporto, smaltimento:
 - sono stati rilevati alcuni ritardi nelle frequenze di smaltimento previste da Capitolato per i rifiuti Medicinali Citotossici e Citostatici e per i rifiuti infettivi liquidi, senza comunque comportare disservizi per l'AOUPR
 - durante un sopralluogo sono stati intercettati n. 3 contenitori per rifiuti infettivi con la data superiore ai 5 giorni previsti per lo smaltimento
 - Iren ambiente e Coopservice non hanno comunicato con dovuto anticipo le variazioni di alcuni dati sui FIR e pertanto al momento del trasporto si sono verificati alcuni disservizi.
- Contenitori:
 - consegna nelle UUOO di contenitori per la raccolta dei rifiuti Medicinali Citotossici Citostatici con il codice UN errato
 - consegna di contenitori rotti, maleodoranti, ecc.
 - consegna di sacchi da inserire nei fusti per la raccolta dei rifiuti infettivi sottili e poco resistenti
 - consegne incomplete
- Pesatura:
 - le difformità tra il peso alla partenza e quello presso l'impianto di destinazione, superiori al 5% (limite indicato dal Capitolato Intercent-ER), sono occasionali, rispetto al numero importante di FIR/SISTRI gestiti.
 - le divergenze rilevate sono state segnalate alla Ditta Appaltatrice e la stessa ha, solo in alcuni casi individuato l'errore, principalmente nell'errato conteggio della tara dei contenitori (pallet, roll, ecc.).

L'attività di rilevazione radiometrica è prevista nel Capitolato di Gara Intercent-ER ed è stata oggetto di particolare approfondimento con il Servizio di Fisica Sanitaria, col fine di migliorare a livello aziendale tale attività, si è provveduto a redigere l'apposita procedura, che è stata attivata ufficialmente dal 01.07.2017.

Il documento fornisce il supporto organizzativo e metodologico per la rilevazione della radioattività nei rifiuti e descrive le figure che intervengono nel processo, le modalità operative ed i flussi informativi correlati.

La misurazione è effettuata sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 180103) e i medicinali citotossici citostatici (CER 180108), prodotti a livello aziendale.

La rilevazione radiometrica è eseguita durante le attività di carico sugli automezzi, prima della partenza per l'impianto di smaltimento, presso la piazzola esterna del deposito temporaneo aziendale dei rifiuti, con l'utilizzo di attrezzature portatili, messe a disposizione dal fornitore.

Si conferma che gli indicatori di esito del processo previsti in procedura sono stati rispettati ed in particolare:

- il Servizio di Fisica Sanitaria ha provveduto tempestivamente a trasmettere i report mensili delle difformità rilevate, per un totale di 6 segnalazioni riferite a 5 Reparti
- sono state effettuate n. 5 segnalazione alle UUOO interessate
- il Servizio di Fisica Sanitaria non ha comunicato "non conformità" rispetto alle verifiche che svolge in autonomia presso il deposito temporaneo aziendale
- nessuna difformità segnalata dall'impianto di smaltimento di destinazione dei rifiuti infettivi e Medicinali citotossici e Citostatici.

In modo complessivo per l'anno 2017, l'Appalto Intercent-ER per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti è stato valutato sufficiente e migliorabile, soprattutto negli aspetti formali di comunicazione da parte del RTI nei confronti dell'AOUPR.

Si desidera comunque segnalare che il fornitore ha assicurato impegno e disponibilità nel risolvere le difficoltà quotidiane e problematiche emerse durante l'esecuzione del servizio all'interno dell'Azienda.

TARI

Dal luglio 2015 è stato applicato il "Regolamento Comunale per la Disciplina della tassa sui rifiuti TARI" approvato con Delibera del Consiglio Comunale n. 48 del 22/07/2015, che prevede la tariffazione puntuale. Il calcolo del tributo, oltre ai costi previsti per mq di proprietà (come vecchia TIA), prevede anche una parte di quota derivante dalla gestione degli RSU. Il Comune ne ha dato comunicazione all'AOUPR solo a fine 2016 e pertanto nel corso dell'anno 2017 sono stati organizzati incontri sia con il Comune, che con il gestore del servizio (Iren Ambiente) per la rivalutazione economica del tributo. Le previsioni di spesa formulate dal Comune prevedevano oneri particolarmente gravosi, ma l'AOUPR ha manifestato le proprie perplessità ed al momento la tassa non è stata aumentata ed il servizio di raccolta dei rifiuti urbani è rimasto invariato. Nell'ambito della rivalutazione metrica delle aree assoggettabili al tributo, è stato incaricato il SAT a fornire i dati ad Iren Ambiente.

SISTRI

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). Poiché il Decreto Mille Proroghe del 31.12.2018 ha prorogato di un anno il termine per l'adeguamento completo del Sistema Informatico Sistri, verranno implementate le attività correlate alla messa a regime del nuovo sistema.

Monitoraggio gestione rifiuti

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
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.

Aosp Parma

Osservatorio Tecnologie:

- Trasmissione dei dati di installato al 30/06/2017 (scadenza 15/11/2017 - Inviati)
- Trasmissione dei dati di installato al 31/12/2017 (scadenza 09/03/2018– Inviati)

Monitoraggio utilizzo delle diagnostiche:

- Dati di utilizzo dei Tomografi assiali computerizzati, dei tomografi a Risonanza Magnetica e dei mammografi (scadenza 28/04/2017 - inviati 28/04/2017)

Ausl

Osservatorio Tecnologie:

- Trasmissione dei dati di installato al 30/06/2017 (scadenza 15/11/2017 - inviati)
- Trasmissione dei dati di installato al 31/12/2017 (scadenza 09/03/2018–inviati)

Monitoraggio utilizzo delle diagnostiche:

- Dati di utilizzo dei Tomografi assiali computerizzati, dei tomografi a Risonanza Magnetica e dei mammografi (scadenza 28/04/2017 - inviati)

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 2017.

Istruttorie GRTB

Nel 2017 sono state presentate le istruttorie relative alla sostituzione delle seguenti Grandi apparecchiature:

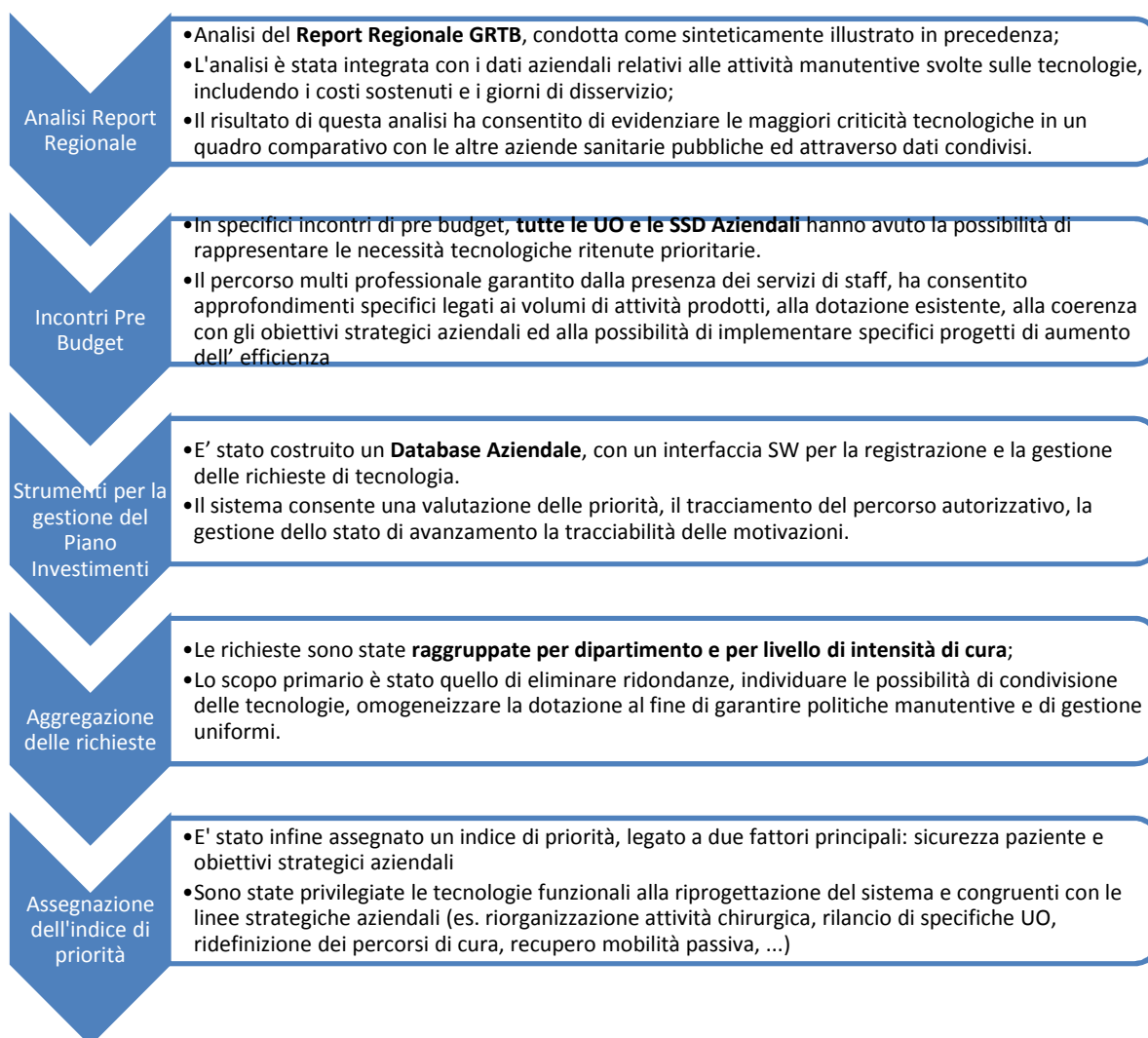
- 1 Sistema di Gamma Camera;
- 3 Tomografi assiali computerizzati (PS, Neuroradiologia e Geriatria)

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Trasmissione flusso informativo parco tecnologico installato	Secondo scadenze prestabilite	Le due trasmissioni annue sono state inviate secondo le modalità e le tempistiche stabilite	Tutte le tecnologie candidabili sono state sottoposte all'istruttoria prevista in GRTB
Le tecnologie, aventi i requisiti in elenco, dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	100%	100%	
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	
Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature sanitarie	Secondo scadenze stabilite da decreto (22/04/2014)	SI	

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.

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
•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	•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	•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.	•Riconfigurazione dei sistemi software dipartimentali (es. integrazione delle immagini ortopantografi che ed ecografiche sul sistema RIS\PACS); • Manutenzioni evolutive; •Rete Cardiologica elettrocardiografica	•Ridistribuzione delle apparecchiature e in uso per garantire: •Omogeneizzazione dell'installato; •Immunità dal primo guasto;	•Piano delle donazioni integrato con le linee guida strategiche aziendali; •Presentazione di progetti tecnologici integrati a supporto di più funzioni cliniche

Figura 3 - Strumenti finanziari utilizzati per il piano di rinnovo tecnologico

Risultati

Congruentemente con la metodologia descritta, il piano delle attività 2017 per le tecnologie biomediche è stato concluso con le attività principali riportate in sintesi nella tabella seguente.

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
Investimenti	Ristrutturazione Comparti operatori (Comparto operatorio)		Emergenze per Fuori Uso (Rischio continuità assistenziale \ Liste di	Sistemi di integrazione Multimediale per

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
	ortopedia – comparto Ala Ovest) Sistemi completi per chirurgia laparoscopica		attesa): Gamma Camera Monocristallo Ecotomografi per: - Ambulatorio Cardiologico - Ambulatorio Chirurgica Urologica - Ambulatorio chir.Vascolare Dotazione Elettroencefalografica Strumentazione ottica rigida e flessibile.	SSOO integrati con sistemi per l'utilizzo del registro operatorio. Compilazione delle checklist in tempo reale. (Ortopedia, Ala Ovest).
	Sistemi portatili per radioscopia\angiografia intraoperatoria			Attività di integrazione Sistemi Informativi Dipartimentali (es. PARER, FSE, Adeguamento SDO 2017). Sistema Informativo per elettromiografia.
				RIS PACS Ostetrico Ginecologico
Service	Laser per OTR			Rete Provinciale Unificata Laboratorio Analisi
Noleggio				Piano di sostituzione TAC (Fondi Provenienti da ottimizzazione

	Sostituzioni per obsolescenza	Trasferimenti di attività	Fondo di garanzia	Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività
				manutenzione)
Contratti di Manutenzione	Infrastruttura Server Sistema RIS PACS			Sistemi Informativi Aziendali - RIS PACS IS - Cardiology IS - Endoscopy IS
	Workstation di refertazione Sistema informativo Endoscopia			
Piani di redistribuzione	Sistemi portatili per radioscopia	Piano di redistribuzione ecotomografi per attività ambulatoriale		
Donazioni	Sistemi portatili per radioscopia Sistemi completi per videoendoscopia			Sistemi di integrazione Multimediale per SSOO (Pediatria, Ala Ovest)

5. Le attività presidiate dall'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Riordino dei comitati etici

Con la DGR 2327/2016 del 21/12/2016 “Riordino dei Comitati Etici della Regione Emilia Romagna”, la Regione Emilia-Romagna (RER) ha richiesto l’accorpamento dei 9 Comitati etici (CE) esistenti in CE di Area Vasta: CE Area Vasta Nord (CE AVEN), CE Area Vasta Centro (CE AVEC), CE Area Vasta Romagna (CE AVR). Le candidature sono state sollecitate tramite Determinazione RER DPG/2017/14661 del 12/09/2017 “Avviso Pubblico per l’acquisizione della disponibilità alla nomina a componente della Sezione A e B del Comitato Etico Regionale (CER) e di Comitato Etico di Area Vasta”. Tempestivamente, il bando è stato diffuso sulla

intranet dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma in data 18/09/2017 fino alla scadenza prevista (31/10/2017).

L'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha successivamente trasmesso alle Direzioni Generali la documentazione pervenuta, relativa ai professionisti che si sono candidati come componenti del Comitato Etico AVEN (nota Prot. 40984 del 13/11/2017 e successive integrazioni - note Prot. 44058 del 30/11/2017, Prot. 44222 del 01/12/2017 e Prot. 44511 del 04/12/2017), con richiesta di valutazione del materiale inviato. In risposta a tale richiesta, la UO Ricerca e Innovazione della AOU di Parma ha preso visione della documentazione relativa a 175 candidature, verificandone l'eleggibilità in base ai requisiti del Bando, ai criteri di nomina dei componenti (trasmessi dalla RER con nota Prot. 43318 del 27/11/2017), e alle indicazioni della DGR n. 2327-2016. Sulla base di questa analisi, il Direttore Generale, di concerto con il Rettore, ha formulato una proposta in vista dell'incontro dei Direttori Generali di AVEN, svolto il 29/11/2017.

Durante l'incontro del 29/11, i Direttori Generali hanno ritenuto tale attività istruttoria fondamentale per consentire loro la nomina dei componenti del CE AVEN, di concerto con i Rettori degli Atenei e hanno deciso di affidare l'incarico ai Direttori Sanitari e alle strutture Ricerca e Innovazione di formulare una proposta.

In data 06/12/2017, componenti della UO Ricerca e Innovazione e della Segreteria del CE di Parma hanno partecipato a un gruppo di lavoro che, via teleconferenza, ha elaborato una proposta di composizione del CE AVEN da presentare ai Direttori Sanitari di AVEN.

In data 11/12/2017 i Direttori Sanitari hanno esaminato la proposta del gruppo di lavoro e sottomesso al Collegio dei Direttori Generali di AVEN un documento che prevedeva 52 componenti. Il 18/12/2017, i Direttori Generali di AVEN hanno esaminato l'elenco proposto e definita la composizione del CE AVEN. Il 15 Gennaio 2018 si è tenuta la seduta di insediamento del CE AVEN a cui hanno presenziato anche il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, il Direttore Generale dell'Azienda USL di Parma e il Magnifico Rettore dell'Università di Parma.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto	Note
			anno 2017	
Applicazione DGR 2327/2016 sul riordino dei Comitati Etici da effettuarsi entro 01/01/2018	Assicurare la partecipazione delle segreterie dei CE al processo di riordino	Partecipazione ad almeno 2 riunioni in ciascuna Area Vasta	SI	

Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Sorveglianza e Controllo delle ICA

In linea con gli obiettivi del Piano della Prevenzione 2016-2018 e 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 mantenuto il presidio delle attività legate alla prevenzione e controllo del rischio infettivo correlato ai processi di cura ed assistenza. Dette attività si svolgono in stretta sinergia con l’Agenzia Sanitaria e Sociale RER – Area Prevenzione dell’antibiotico-resistenza e delle infezioni in ambito assistenziale, che coordina la Rete CIO delle Strutture Sanitarie regionali.

A cura del Coordinamento Regionale, è pervenuta la reportistica definitiva dello Studio di Prevalenza Europeo (PPS) sulle Infezioni Correlate all’Assistenza e sull’uso degli antibiotici negli ospedali per acuti, promosso dall’ECDC (European Centre for Disease Control), che ha visto coinvolti, a livello regionale, 37 ospedali, tra cui la nostra Azienda, di cui 35 pubblici e 2 privati, per un totale di 6.235 pazienti arruolati.

Sono stati raccolti dati su 717 pazienti (11.5% del campione); la prevalenza totale di ICA è stata confermata al 9,3% (8% dato Regionale). Le infezioni più frequentemente riscontrate sono state quelle sul tratto respiratorio (2,9%), seguite da batteriemie (2%), infezioni delle vie urinarie (1,8%) ed infezioni del sito chirurgico (1,75%). Il dato di maggior rilievo, anche a livello regionale è l’aumento delle infezioni del tratto respiratorio (2,2%), rispetto alle infezioni del tratto urinario (1,6%) che, da sempre, erano la prima localizzazione delle ICA.

Per quanto riguarda l’uso degli antimicrobici, la prevalenza di pazienti con in corso terapia antibiotica, al momento dello studio, è stata pari al 51,6% (42% dato regionale). Il 67% degli antibiotici era somministrato per il trattamento di un’infezione (ICA / Comunitarie), ed il 33 % per profilassi (medica/chirurgica). Dati particolarmente significativi anche sulla performance dell’antibiotico-profilassi peri-operatoria, con riscontro di terapie di durata spesso superiore ad un giorno (su 91 profilassi chirurgiche registrate, quasi la metà avevano durata >1gg.

Gli esiti dell’indagine sono stati presentati e discussi all’interno del CIO aziendale, ed hanno portato l’attenzione su alcuni temi di particolare rilevanza e meritevoli di interventi mirati, tra cui:

- Motivazione e livelli differenti di attenzione sul tema ICA
- Elevato numero di pazienti esposti a *devices* (il 91,4% era esposto ad un dispositivo al momento dello studio), soprattutto intravascolari
- Promuovere le buone pratiche, per l’utilizzo dell’antibiotico-profilassi in chirurgia

E’ stato inoltre posto l’accento sulla necessità di:

- prevedere una più precisa formazione del personale sanitario, soprattutto neo assunto, per quanto riguarda le misure di prevenzione delle ICA, strutturando interventi ad hoc con gli altri interlocutori aziendali coinvolti nella formazione
- disporre di *bundle* specifici per la prevenzione delle infezioni a maggior impatto, monitorandone sistematicamente l’effettiva applicazione
- promuovere attività di sorveglianza continuative, attraverso la programmazione di indagini di prevalenza ripetute in alcune articolazioni aziendali

I dati della reportistica regionale, verranno presentati e discussi con i Referenti le UU.OO, durante uno specifico incontro in plenaria, programmato per il prossimo mese di maggio 2018 in cui verranno illustrati anche i dati sul consumo di antibiotici e l’andamento delle resistenze batteriche.

Sempre nel corso dell’anno, in relazione all’evidenza di aumento del ricorso a terapia antibiotiche in ambito ortopedico, sono state svolte indagini di prevalenza ripetute in Clinica Ortopedica Degenza Programmata. Gli esiti delle indagini sono stati condivisi con i Referenti di Reparto.

Rispetto ai programmi per il buon uso degli antibiotici, in collaborazione con il Coordinatore del Gruppo URA (Uso Responsabile degli Antibiotici), nel mese di marzo 2017 è stato presentato in plenaria il documento “Linee Guida Aziendali di profilassi antibiotica in Chirurgia”. L’incontro era rivolto ai Chirurghi, agli Anestesisti e ai Coordinatori delle Unità Operative Chirurgiche e di Comparto Operatorio. Lo stesso documento è stato successivamente diffuso a tutte le UU.OO./SSD. Sono in programma, nel corso del 2018, audit per la verifica della corretta applicazione e del grado di adesione in ciascuna articolazione.

E' in via di ultimazione, la bozza di LG Aziendali per la gestione della profilassi antibiotica empirica per le patologie infettive batteriche di maggiore rilevanza (polmoniti, cistiti, endocarditi, ecc.) sia comunitarie che nosocomiali. Allo stato attuale sono terminati gli incontri di presentazione del documento che è in fase di ultima revisione prima della presentazione al CIO Aziendale e la diffusione ai Reparti.

Nel corso degli incontri del Comitato Infezioni Ospedaliere del NOB, è stato deciso di aderire al progetto regionale CAMPAGNA A SOSTEGNO DEL BUON USO DEGLI ANTIBIOTICI IN AMBITO PEDIATRICO, originariamente pensata per l'ambito territoriale e scolastico, ritenendo che l'ospedale, luogo di cura per eccellenza, fosse uno dei contesti più sensibili/appropriati per promuovere misure igienico-preventive.

E' stato pertanto diffuso diverso materiale informativo destinato ai piccoli pazienti sulle buone abitudini per la prevenzione delle infezioni, compreso l'opuscolo *Antibiotici è un peccato usarli male – efficaci se necessari, dannosi se ne abusi*.

Sempre nell'ambito delle attività del CIO NOB, ad esito dei dati dell'Indagine di prevalenza europea, l'attenzione si è concentrata sul miglioramento delle politiche per il buon uso degli antibiotici.

Sono state diffuse le Linee Guida Regionali: Dossier 253/2015 Faringo-tonsillite in età pediatrica – Dossier 254/2015 – Otite Media in età pediatrica e relative guide rapide, che contengono raccomandazioni basate sulle prove di efficacia più recenti, con l'obiettivo di migliorare l'approccio terapeutico e promuovere l'uso appropriato degli antibiotici in età pediatrica. I documenti, sono stati resi disponibili nelle due versioni, per esteso e in formato "Guida Rapida" con le raccomandazioni, le tabelle con i dosaggi dei principali farmaci in base a peso ed età del bambino.

Inoltre nel riscontro di antibiotico profilassi peri-operatoria di durata spesso superiore ad 1 giorno, si è ritenuto opportuno costituire uno specifico gruppo di lavoro, formato dai Professionisti afferenti alle varie specialità pediatriche (Infettivologia Pediatrica, OncoEmatologia, Neonatologia, Chirurgia Pediatrica, Clinica Pediatrica), che ha avuto il mandato di rivedere le LG di profilassi antibiotica in chirurgia e terapia empirica in Pediatria.

Al termine della prima stesura in bozza del documento, sono stati organizzati due incontri informativi/formativi con i Professionisti coinvolti, dove sono stati presentati e discussi in anteprima, i contenuti delle Linee Guida. La partecipazione è stata buona per quanto riguarda la componente Infermieristica e il personale Medico in Formazione. Scarsa invece la quota di Medici Strutturati partecipanti all'iniziativa.

Il documento aziendale, verrà presentato alla prima riunione utile del Consiglio di Dipartimento e, se approvato, verrà diffuso entro il secondo semestre 2018. Sono previsti ulteriori passaggi formativi con obbligo di presenza della componente Medica coinvolta e un convegno sul tema, con apertura anche ai Professionisti dell'AUSL di Parma.

L'adesione alle nuove LG, verrà monitorata con la programmazione di *audit* specifici, da realizzarsi a 6 – 8 mesi dall'introduzione delle stesse.

Sorveglianza e controllo dei microrganismi multifarmaco-resistenti, compresi enterobatteri produttori di carbapenemasi (CPE)

La diffusione di microrganismi resistenti agli antibiotici, come noto, rappresenta un fenomeno in continua evoluzione, sia a livello nazionale che internazionale, con ripercussioni importanti in termini di aumento del rischio infettivo in tutti gli ambiti di cura ed assistenza, sia ospedalieri che territoriali.

Nel corso del 2017, sono proseguite le attività di monitoraggio dei microrganismi sentinella (specie microbiche con particolari profili di resistenza agli antibiotici quali MRSA, VRE, C.difficile, ecc.), compresi gli enterobatteri resistenti ai carbapenemi e produttori di carbapenemasi (CPE), notificati dal Laboratorio di Microbiologia. Il data base con i dati è stato costantemente aggiornato, in modo da intercettare eventuali isolamenti ripetuti di uno stesso microrganismo, su pazienti diversi, nella stessa UU.OO. Le segnalazioni totali pervenute sono state oltre 2300, di cui il 17% riguardava isolamenti di Enterobatteri produttori di carbapenemasi.

Nel secondo semestre, è stata predisposta la rilevazione sistematica di tutte le batteriemie segnalate dal Laboratorio di Microbiologia. Sono state verificate quasi la totalità delle segnalazioni ed esaminate oltre 50 cartelle di pazienti coinvolti, ai fini di verificare l'inizio della sintomatologia, l'origine presunta, l'esito e se fossero casi di origine ospedaliera o comunitaria.

A ciascuna UU.OO/SSD è stato garantito il ritorno informativo dei dati, con reportistica personalizzata che, quest'anno, ha ricompreso anche l'andamento dei "casi" osservati nel triennio 2015 – 2017 delle singole specie microbiche. E' stato inoltre fornito, sempre del triennio, il dettaglio delle batteriemie, infezioni particolarmente gravi, soprattutto se sostenute da CPE. I dati confermano ancora una forte predominanza degli enterobatteri produttori di beta lattamasi (ESBL) e, anche in questo caso, la tendenza all'aumento delle batteriemie sostenute da CPE.

In specifico per quanto riguarda la prevenzione e sorveglianza delle CPE, ad aprile 2017 l'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale ha trasmesso l'aggiornamento del documento *"Indicazioni pratiche e protocolli operativi per la diagnosi, la sorveglianza ed il controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie"* che è stato puntualmente diffuso a tutti i Reparti e Servizi.

Sono state pertanto adottate le nuove modalità di gestione dei pazienti con riscontro di CPE – soprattutto per quanto concerne la realizzazione della sorveglianza attiva e la relativa programmazione dei controlli sia al "caso indice" che ai "contatti" di caso. E' in via di revisione/aggiornamento il documento interno con le indicazioni per il corretto invio dei campioni e la relativa tracciabilità dei controlli effettuati.

E' stato inoltre diffuso il materiale informativo destinato a pazienti e care-givers con riscontro di microrganismi multifarmaco-resistenti, particolarmente utile nel corso degli interventi di educazione sanitaria ed il passaggio di informazioni tra Sanitari e paziente. Gli opuscoli sono tre: uno con le precauzioni igieniche da tenere in corso di ricovero e due utili nelle fasi di dimissione a domicilio o in struttura residenziale.

Sempre in merito alla sorveglianza e controllo delle CPE, è' proseguita sia la mappatura dei singoli casi, in modo da verificarne l'andamento ed i movimenti all'interno delle varie articolazioni aziendali, con verifica dell'esito alla dimissione, sia 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. Tutte le segnalazioni sono state oggetto di esame della cartella clinica e colloquio con i Medici di riferimento. Le schede sono state caricate sulla piattaforma regionale SMI (Sorveglianza Malattie Infettive), in quanto oggetto di notifica al Ministero della Salute.

Sono proseguiti, anche in base all'andamento della diffusione degli MDR (multidrug-resistant), i controlli nei reparti sulla corretta messa in atto delle misure d'isolamento. Le verifiche si sono svolte con l'osservazione dei locali di degenza in cui soggiornavano i pazienti colonizzati/infetti e mediante colloquio con il personale sanitario presente in turno al momento della verifica. In proposito è stata predisposta apposita check-list di autocontrollo, utile al personale di Reparto per verificare la corretta predisposizione del materiale ad uso dedicato previsto e le corrette modalità di realizzazione degli isolamenti "funzionali" al letto del paziente, in caso di indisponibilità di stanza singola. La scheda è in via di perfezionamento e verrà diffusa entro l'anno.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
(indicatore sentinella del progetto 6.12 del PRP) % Ospedali dell'azienda partecipanti al sistema di sorveglianza delle batteriemie da CPE (compilazione delle specifiche schede SMI - Sorveglianza Malattie Infettive e Alert)	100% di Ospedali dell'Azienda partecipanti	100% delle batteriemie sorvegliate -	La totalità delle batteriemie da CPE, segnalate dalla UO Microbiologia, sono state oggetto di verifica della cartella clinica e colloqui con i Medici che hanno avuto in carico i pazienti nei reparti.

Progetto SICHER

Durante l'anno, la nostra Azienda, si è attivata per dare corso alle disposizioni contenute nella Circolare Regionale n. 18 - [prot. PG/2016/0749669 del 05/12/2016](#) - *Specifiche per la gestione della Checklist di Sala Operatoria (Surgical Safety Checklist - SSCL e Infezione del sito chirurgico (SICHER) - Anno 2017*, con cui la Regione dava precise indicazioni per portare a sistema due flussi informativi, fino ad allora separati, integrando i contenuti con la nuova SDO.

SICHER, come noto, si basa sul protocollo europeo di Sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (HAI-SSI), definito e aggiornato dall'ECDC (European Centre for Diseases Prevention and Control), che utilizza la classificazione delle procedure in categorie di intervento proposta dall'NHSN (National Healthcare Safety Network) statunitense. Tali categorie raggruppano le procedure chirurgiche clinicamente simili rendendo possibili confronti omogenei.

Sono state pertanto adottate le nuove Linee Guida Flusso SICHER – Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico (Novembre 2016), aggiornando la casistica degli interventi oggetto di monitoraggio, le nuove tempistiche del follow-up (mantenuti i 30 giorni per interventi non protesici e passati a 90, anziché 365, i giorni di sorveglianza per interventi protesici) ed adeguando il flusso informativo esistente alle nuove specifiche. La sorveglianza delle ISC è pertanto divenuta attività permanente e continuativa, inserita tra gli obiettivi di mandato delle UU.OO. chirurgiche. Le UU.OO. sono state puntualmente informate riguardo alla necessità di monitoraggio sistematico delle infezioni associate all'atto chirurgico e alle variazioni intervenute nel protocollo SICHER che prevede, tra l'altro, l'invio dei dati a cadenza semestrale anziché annuale.

L'attività di controllo dei dati caricati sia sul vecchio applicativo "Registro Operatorio" sia del nuovo "Sorveglianza Infezioni" in *Ormaweb*, è stata mantenuta. Sono state riscontrate tutte le segnalazioni di evento infettivo e realizzati controlli *random* sulle schede di sorveglianza che non avevano esitato infezione.

I dati relativi al 1° semestre (da gennaio ai primi di maggio), complessivamente **3240** procedure sorvegliate, sono stati regolarmente caricati sul GAF Regionale ed inviati in Regione nelle tempistiche indicate. Del periodo in questione i tassi di infezione rilevati per specifica categoria di intervento sono risultati sostanzialmente in linea con quelli attesi a livello regionale. Alcuni scostamenti abbastanza significativi si sono avuti su casistiche, non attribuite a specifiche categoria NHSN. La relativa reportistica è stata regolarmente trasmessa ai Reparti ed è consultabile sulla pagina intranet dell'Azienda.

Nel 2° semestre 2016 (indicativamente da metà maggio a fine dicembre), sono state sorvegliate complessivamente **4854** procedure chirurgiche. A seguito del cambiamento di applicativo, sono sopraggiunte criticità in fase di estrazione dei dati che non hanno reso possibile il caricamento ed invio nelle tempistiche definite.

Complessivamente, nel 2016, la sorveglianza ha riguardato complessivamente oltre **8000** interventi. Il livello complessivo di adesione, nella maggior parte delle UU.OO. chirurgiche, è stato decisamente buono con valori, in alcuni contesti, pari al 100% degli interventi da sorvegliare, effettivamente sorvegliati. Da sottolineare, come dato negativo, la mancata sorveglianza da parte di due UU.OO, con casistiche di intervento particolarmente indicative.

Per quanto riguarda i dati relativi al primo semestre 2017, sono state sorvegliate **2261** procedure su 5684 sorvegliabili in SDO, con una copertura pari al **39%** degli interventi previsti. Nella reportistica, che sarà disponibile a breve, verranno considerate le procedure SIChER per le quali esiste una corrispondenza esatta in SDO per data sessione e ICD-9. Nel periodo considerato, per la nostra Azienda, la corrispondenza rilevata è stata di oltre il **98%** dei dati inviati.

La Regione sta monitorando attentamente i flussi di dati inviati. L'obiettivo, per il 2018, è quello di portare a regime la sorveglianza delle ISC (Infezioni Sito Chirurgico), allineando il sistema di rilevazione alle indicazioni regionali ed incrementando ulteriormente il numero di interventi sorvegliati.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto	Note
		anno 2017	
% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza	55% interventi sorvegliati nel I semestre dell'anno	62%	

Malattie Infettive Emergenti

Le Circolari dell'Assessorato Regionale Politiche per la Salute e del Ministero della Salute, riguardanti gli aggiornamenti epidemiologici internazionali, vengono sistematicamente trasmessi ai Dirigenti e Preposti delle UU.OO./SS. Aziendali, con commenti di approfondimento.

La documentazione è peraltro resa disponibile, per una più agevole consultazione, sul sito specifico intranet Aziendale.

Malattie Infettive e Parassitarie

Costante è stato il monitoraggio del flusso di denunce di Malattie Infettive provenienti dalle varie strutture aziendali. Il 100% delle SMI pervenute è stato inoltrato al Servizio AUSL di Parma, nei tempi e con le modalità previste dalla norma.

Ogni scheda pervenuta è stata presa in considerazione e validata prima dell'invio, anche con approfondimenti con le unità operative segnalatrici mirati ad assicurare la migliore qualità del dato trasmesso.

Nel corso del 2017 sono state inviate 1181 segnalazioni di malattie infettive. Si è registrata una leggera diminuzione rispetto al precedente anno 2016.

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 Barré, 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"

Pienamente operative, sono state le direttive regionali inerenti la tematica in questione.

Le segnalazioni pervenute dai reparti sono state tutte trasmesse nei tempi e modi previsti.

In particolare, le segnalazioni di Chikungunya-Dengue-Zika sono ammontate a 14, mentre quelle di West-Nile-Virus sono state 4. Per quanto riguarda l'applicazione della parte ambientale inerente il piano di sorveglianza e controllo delle malattie in questione, si rimanda allo specifico capitolo di sicurezza igienico-ambientale.

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.

Inoltre, nel corso dell'anno è stato esteso l'impiego di clorexidina gluconato 2% in soluzione alcolica con colorante anche in ambito pediatrico. Il prodotto è considerato il *gold standard* per l'antisepsi della cute sia durante l'applicazione dei cateteri venosi centrali/periferici, sia in fase di medicazione *dell'exit-site*. E' stata selezionata una specialità medicinale, composta da un applicatore con all'interno il principio attivo, che permette di dosare adeguatamente il prodotto evitando eccessi.

Per favorirne il corretto impiego, sono stati organizzati brevi incontri di formazione sul campo, in modo da illustrare caratteristiche e modalità d'utilizzo ai Professionisti coinvolti. Il prodotto è attualmente utilizzato stabilmente sia in Chirurgia Pediatrica che in OncoEmatologia Pediatrica e, al momento, non sono state segnalate criticità durante l'uso routinario sui piccoli pazienti.

Contestualmente è stata autorizzata l'integrazione del formato dal 20 ml. della clorexidina gluconato al 2% in alcool *non* colorata, per la gestione/manutenzione dei CVC in Oncologia Medica, in quanto i piccoli formati innalzano la sicurezza, durante la routine assistenziale, rispetto alle possibili contaminazioni dei flaconi di maggiore capacità.

Sulla base delle indicazioni contenute nel Dossier 261/2017 LG Regionali Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico, di recente diffusione, è stata valutata l'estensione di impiego della clorexidina gluconato in

alcool colorata monodose, ad alcuni comparti operatori selezionati (es.: CardioChirurgica, Ortopedia, ecc.) e su interventi protesici, in formati diversi in base alle specifiche esigenze, da affiancare agli attuali antisettici in dotazione.

Sono in fase di valutazione/definizione, sempre di concerto con la Farmacia Ospedaliera, le possibili alternative su alcuni principi attivi in uso ma di cui è cessata la produzione, in particolare la specialità medicinale iodio-povidone in alcool per l'antisepsi di cute integra ed il prodotto a base di triclosan, impiegato per il lavaggio antisettico/chirurgico delle mani in caso di intolleranza a iodio-povidone e clorexidina gluconato.

Per quanto riguarda la sterilizzazione a freddo/disinfezione degli endoscopi, è stato esteso l'impiego di soluzione disinfettante a base di acido peracetico per la disinfezione manuale dei naso-fibroscopi di nuova acquisizione in ORL e Maxillo Facciale. Inoltre, in relazione al progressivo rinnovo della strumentazione endoscopica, è in atto una rivalutazione dei prodotti disponibili in AVEN quali possibili alternative, per verificarne compatibilità di impiego e sicurezza.

Sterilizzazione

Anche nel corso del 2017, La Centrale di Sterilizzazione Aziendale ha sviluppato attività di coordinamento e verifica dei monitoraggi microbiologici delle sterilizzatrici STERIS e ISA System in dotazione a livello aziendale.

Inoltre, tramite procedura aziendale P062AOUPR, ha preso in carico l'esecuzione, incubazione e refertazione dei monitoraggi microbiologici effettuati sulle sterilizzatrici a vapore aziendali.

Si è provveduto inoltre alla redazione di nuove procedure aziendali in merito a:

- P048AOUPR "Sterilizzazione dei dispositivi medici- dalle normative alle modalità di ricondizionamento".
- P059AOUPR "Etichettatura dei DM critici sottoposti a sterilizzazione e trasferimento etichette nella documentazione clinica dei pazienti".
- P058AOUPR "Modalità archiviazione documentazione attività di lavaggio, e sterilizzazione dei DM risterilizzabili".

È altresì proseguito 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 certificata tramite l'esecuzione di analisi chimiche e microbiologiche.

In relazione alla partecipazione nel 2016 in Commissione di idoneità tecnico-valutativa di gara Intercent-er per la fornitura di materiale per sterilizzazione e imballaggi, è proseguita l'attività di controllo e verifica dei materiali aggiudicati in gara.

Dal 2017 ad oggi, è stata garantita la partecipazione come componente del gruppo tecnico per la stesura di capitolato relativo alla gara regionale per la fornitura di TNT non sterile.

È proseguita anche l'attività di monitoraggio del corretto ricondizionamento/confezionamento dei DM da sottoporre a sterilizzazione: le "non conformità" evidenziate sono state oggetto di segnalazione alle UU.OO. coinvolte, tramite l'inoltro di apposita modulistica che accompagna la restituzione del materiale per le correlate azioni correttive.

Il monitoraggio ha evidenziato un totale di 142 non conformità.

Gli errori più frequenti rilevati sono stati: metodo errato di saldatura, materiale pronto per la sterilizzazione ma sporco, richiesta di risterilizzazione di materiale dichiarato dal Produttore come monouso.

Igiene dei comportamenti

Durante le verifiche igieniche effettuate nei CO, è stato rilevato che le misure comportamentali per l'accesso non sono rispettate in modo rigoroso, malgrado siano ritenute fondamentali per evitare la contaminazione degli ambienti chirurgici. Di conseguenza, è stato necessario porre in atto azioni di miglioramento, volte a sensibilizzare i Professionisti alla sistematica applicazione delle stesse, così come sollecitare Dirigenti e Preposti alla sorveglianza diretta.

In occasione del trasferimento del Laboratorio CSE dell'UO Ematologia CTMO presso la nuova sede e la riorganizzazione funzionale dell'UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale sono state revisionate le modalità comportamentali per l'accesso e la gestione ai locali della Struttura, formalizzando Poster da collocare nelle zone filtro e nei laboratori, quali remaide visivi per tutti i Professionisti coinvolti.

Relativamente al trasferimento temporaneo delle attività chirurgiche del Centro Ustioni presso il CO NCH sono state comunicate le disposizioni igieniche al fine di prevenire le infezioni crociate ed evitare commistioni fra i pazienti neurochirurgici e quelli ustionati.

Igiene delle mani

Durante i sopralluoghi effettuati per la verifica della messa in atto delle misure di isolamento, è stato mantenuto il monitoraggio degli aspetti organizzativo- gestionali, propedeutici alla puntuale adesione all'igiene delle mani da parte del personale sanitario.

Con i Referenti dei reparti sono stati monitorati i seguenti elementi: tipologia e collocazione dei dispenser, percentuale di erogatori presso il letto del paziente/punto di cura; presenza di remainder (poster sulle modalità di igiene delle mani, ecc.) loro collocazione e manutenzione.

E' stato incoraggiato, in tutti i contesti assistenziali, il potenziamento dei punti dispenser di gel idroalcolico in modo da rendere la procedura immediatamente fruibile e più vicina al punto d'impiego.

Contestualmente è proseguito il monitoraggio dei dati pervenuti dalle verifiche di autocontrollo effettuate dai Referenti i reparti, tramite compilazione di apposita *check-list*, a cadenza trimestrale. Il sistema consente di supportare i reparti nell'individuazione di eventuali carenze/criticità e nella messa in atto di opportune azioni correttive.

In tutti gli interventi formativi realizzati nel corso dell'anno, ampio spazio è stato dato alla tematica dell'igiene delle mani, di valenza strategica in tema di prevenzione delle ICA.

In tal senso, tra le attività promosse dal CIO Ospedale dei bambini, sull'argomento, è stato diffuso il seguente materiale informativo:

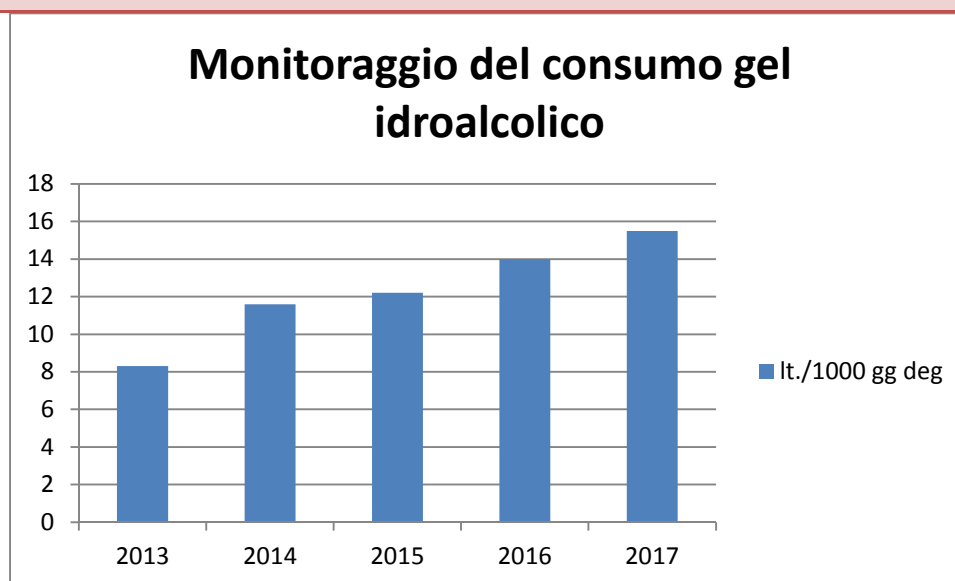
- *Poster Battimani a chi si lava le mani – lavati le mani così ti ammalerei di meno e avrai più tempo per giocare!*
- *Poster Che la forza sia con Te – la salute dei bambini inizia dalle buone abitudini.*

I poster con i messaggi educativi sono stati affissi, in tutte le sale di attesa delle aree ambulatoriali, radiologiche e di degenza pediatriche, nell'Accettazione ed Astanteria Pediatrica, Scuola, Associazione Gioco Amico, Spazi Bimbi, ecc. in modo che siano ben visibili e fruibili, per l'utenza in accesso.

Vista l'importanza degli argomenti, nell'ambito dei programmi riguardanti la prevenzione del rischio infettivo, si ritenuto opportuno estenderne la diffusione anche nei reparti/ambulatori di Ostetricia e Sala Parto.

Mantenuto nel tempo anche il monitoraggio del consumo di gel idroalcolico, indicatore indiretto dell'adesione all'igiene delle mani. Nella tabella allegata, vengono riportati i dati dell'ultimo quinquennio, che evidenzia un trend di consumo in costante aumento.

Anno	2014	2015	2016	2017
Consumo gel	11,6	12,2	14	15,5



Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1000 giornate in regime di degenza ordinario	20lt./1000gg/degenza	15,5 lt/1000 gg/degenza	

Sicurezza Igienico-ambientale

Sono state mantenute e consolidate le attività di verifica e controllo degli locali per salvaguardare e mantenere condizioni di sicurezza igienica ambientale idonee agli standard di riferimento (requisiti di autorizzazione ed accreditamento di struttura).

Infatti, l'igiene e la sicurezza degli ambienti in cui vengono effettuate prestazioni sanitarie rappresentano requisiti irrinunciabili per le aziende sanitarie.

Una parte sostanziale del programma di intervento è stato sviluppato attraverso la verifica ed il controllo di tutte le Unità Operative aziendali sottoposte a visite ispettive per l'autorizzazione all'esercizio e/o

accreditamento, al fine di salvaguardare e mantenere condizioni di sicurezza igienica ambientale idonee agli standard di riferimento, anche nell'ottica di ottenere le necessarie certificazioni.

In particolare, sono state interessate le seguenti UUOO: Area Ambulatoriale della SS Malattie del ricambio e diabetologia e dell'UO Endocrinologia e Malattie del Metabolismo; UO Ematologia e CTMO – Laboratorio Cellule Staminali Emopoietiche; UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale. Per ogni Struttura, in stretta collaborazione con il Direttore e la Coordinatrice di UO, SAT, SIC, SPPA e SIA, si è provveduto a:

- verificare la congruità di ogni singolo locale della nuova sede logistica secondo le necessità assistenziali;
- verificare le caratteristiche igieniche previste per ogni tipologia di locale (camera, servizi igienici, medicazione, deposito pulito e sporco, lavoro infermieri, lavoro medici, farmacia, laboratorio, ecc.);
- predisporre l'organizzazione degli interventi igienici per l'attivazione dei locali ad uso sanitario;
- curare la stesura, revisione e verifica dei percorsi per l'accesso di utenza/operatori, per l'approvvigionamento del materiale pulito e per lo smaltimento del materiale sporco e dei rifiuti;
- elaborare e trasmettere, per tutte le aree con esigenze di contaminazione microbica ambientale controllata, sia lo specifico protocollo di sanificazione ambientale, sia le modalità comportamentali da adottare per l'accesso o l'impiego della Struttura;
- presenziare alle visite ispettive dell'AUSL;
- trasmettere alle UUOO le relazioni/certificazioni conclusive di AUSL e Comune di Parma.

Relativamente al rinnovo dell'Autorizzazione delle Strutture che svolgono attività di trapianto solido, si è provveduto a supportare gli Organi competenti aziendali nella valutazione dei requisiti generali e le procedure per il rinnovo della certificazione.

Nell'ambito della sicurezza igienico – ambientale, rivestono particolare rilievo le attività di ristrutturazione e manutenzione edile, tecnico – impiantistica degli edifici, essendo l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una struttura complessa, articolata ed in continua trasformazione.

Trattasi di attività atte a fronteggiare situazioni di emergenza (perdite per tubature rotte, sostituzioni termoconvettori fuori uso, riparazioni pavimenti, tinteggi, ecc.) o di manutenzione ordinaria o straordinaria.

Considerato che, tali interventi possono comportare un rischio di inquinamento ambientale estremamente elevato, con ripercussioni per pazienti ed operatori, per ogni attività di manutenzione richiesta, al fine di contenere al massimo il rischio infettivo correlato e garantire la sicurezza igienica, sono stati effettuati specifici sopralluoghi di verifica presso le aree interessate e, valutando le esigenze clinico-assistenziali, nonché le necessità tecnico-manutentive necessarie alla risoluzione della problematica evidenziata, sono state disposte le conseguenti indicazioni igieniche.

Nel corso del 2017, sono stati realizzati importanti lavori di manutenzione straordinaria a carico dei Padiglioni Ortopedia e Torre Medicine per la messa a norma degli edifici. Lo svolgimento dei lavori tecnico-impiantistici e di edilizia sanitaria correlati ha determinato la creazione di aree di cantiere indisponibili per l'attività sanitaria e la ridefinizione dei percorsi finalizzati a garantire in sicurezza la continuità delle prestazioni sanitarie, contemporaneamente alle aree di cantiere di volta in volta attivate. Pertanto è stato necessario effettuare il trasferimento temporaneo, a rotazione, di ogni UO/SS.

L'UOC Igiene Ospedaliera ha coordinato ed organizzato ogni trasferimento, coinvolgendo i Direttori e Coordinatori, Direzione Sanitaria, SAT, SIA, SIC, Settore Alberghiero e predisponendo il cronogramma degli interventi previsti.

I lavori di manutenzione sono stati effettuati nel rispetto delle tempistiche prestabilite e sono terminati senza complicazioni.

1) PADIGLIONE ORTOPEDIA

Nel **PADIGLIONE ORTOPEDIA** è stato completato l'**adeguamento alle normative vigenti del sistema antincendio**, iniziato nel 2016. I lavori hanno interessato il piano terra (Area Ambulatoriale Ortopedica,

Ambulatori Fisiopatologia Digestiva, Radiologia Polo Ortopedico), il primo piano (atrio di collegamento con il Pronto Soccorso e CO) ed il quinto piano (Degenza Traumatologica Ortopedica).

Particolare impegno ha richiesto la chiusura del **CO Ortopedia**, tra l'altro anticipato rispetto ai tempi previsti ed effettuato in urgenza, per un grave problema impiantistico nell'interpiano tecnico, che ha reso inutilizzabile il CO ed ha determinato il trasferimento immediato delle attività chirurgiche presso il CO Ala Ovest. Presso il CO Ortopedia, oltre all'adeguamento dell'impianto antincendio e di erogazione dei gas medicali, sono stati effettuati interventi di ammodernamento tecnologico e strutturale nelle sale operatorie.

In considerazione dell'elevato volume di dispositivi ed attrezzature della chirurgia ortopedica, è stato necessario riorganizzare, presso il CO Ala Ovest, le attività di ricondizionamento e sterilizzazione dello strumentario chirurgico ed individuare "nuovi" locali di supporto per lo stoccaggio del materiale sterile protesico ed impiantistico.

L'atrio al 1° piano del padiglione Ortopedia è il punto nevralgico nel percorso per il trasferimento dei pazienti dal Pronto Soccorso ai padiglioni Centro del Cuore, Ala Ovest, Centrale, Ala Est, Ala Sud e Torri Medicine. Pertanto per tutta la durata della manutenzione, **è stato necessario individuare percorsi alternativi.**

Ogni "nuovo percorso" è stato descritto con una scheda sintetica ed evidenziato su planimetrie colorate.

Ogni variazione è stata comunicata al Pronto Soccorso, ai Reparti coinvolti ed alle Ditte esterne che svolgono il servizio appaltato pedonale e trasporto su gomma.

2) PADIGLIONE TORRI MEDICINE

Nel Padiglione **TORRI MEDICINE** è stato effettuato l'**adeguamento antisismico con il rifacimento del sistema di controsoffitto, presso tutti i piani e le UUOO/SS**, ad eccezione della degenza Ematologia CTMO. I lavori sono stati svolti in modo prioritario nelle aree di degenza da luglio a novembre. Al termine, sono proseguiti sino a febbraio 2018 nei Direzionali e negli spazi comuni. Nel dettaglio hanno coinvolto le seguenti Strutture: 6° piano (Area Degenza chiusa ex Cardiologia Torri, Area Ambulatoriale dell'UO Ematologia e CTMO), 7° piano (UO Oncologia Medica), 5° piano (SS Medicina Interna Reumatologia, Lungodegenza e Trattamento Intensivo del Diabete), 4° piano (SS Dipartimento Urgenza Emergenza Medicina Interna, UO Medicina Interna ad indirizzo angiologico e coagulativo), 3° piano (UO Malattie Infettive ed Epatologia degenza), 2° piano (Area ambulatoriale e DH dell'UO Malattie Infettive ed Epatologia), 1° piano (Laboratorio dell'UO Malattie Infettive ed Epatologia, Direzionale), piano terra (Centro Emostasi, locali della Radiologia, corridoi), piano seminterrato (spogliatoi, corridoi) e atri sbarco ascensori a tutti i piani.

Particolare impegno ha richiesto il trasferimento dell'UO **Oncologia Medica**, per le precauzioni igieniche preventive realizzate (installazione di filtri antibatterici sui terminali idrici, adeguati protocolli di pulizia e disinfezione ambientale, ecc.), a tutela dei pazienti. In occasione di tali lavori, si è provveduto ad organizzare alcune doverose manutenzioni: sostituzione dei miscelatori nei servizi igienici dell'utenza, riparazione pavimenti, sostituzione mobile lavello guardiola Infermieri.

Sono stati rilevanti anche i lavori che hanno interessato i locali dell'UO **Malattie Infettive ed Epatologia**, coinvolgendo in modo alternato la Sezione Epatologia e la Sezione Isolamento. Per permettere il trasferimento dei pazienti affetti da malattie a trasmissione aerea (TBC), sono stati adeguati gli impianti di ventilazione di 2 camere della degenza Epatologia. Si è colto l'occasione per riparare l'impianto di chiamata degli infermieri ed eseguire alcune manutenzioni su pavimenti, pareti nei locali di degenza.

3) CO CHIRURGIA PEDIATRICA

Presso la sala operatoria 122 del **CO Chirurgia Pediatrica** sono stati organizzati i lavori per l'installazione del **sistema Tegris**, contemporaneamente ad alcune riparazioni della pavimentazione. L'intervento ha visto il coinvolgimento di SAT, SIC, Ditta Getinge, richiedendo anche il trasferimento dell'attività chirurgica

programmata presso il CO Clinica Ostetrica e Ginecologica. L'UO Igiene Ospedaliera ha predisposto il cronogramma dettagliato delle attività previste, in accordo con i Responsabili del CO, il SAT, il SIC ed il Settore Alberghiero, oltre che approntare le specifiche indicazioni igieniche, per gestire in sicurezza il cantiere all'interno del CO e per riattivare la sala 122, al termine dei lavori.

4) CO ALA OVEST

Nel periodo natalizio, approfittando della naturale riduzione dell'attività chirurgica programmata e della necessità di sostituire i filtri assoluti dell'impianto VCCC, sono stati organizzati **interventi di ammodernamento tecnologico e di manutenzione strutturale** (riparazione pavimenti, riparazione perdita lavello mani chirurgici) presso **alcune sale operatorie del CO Ala Ovest**. L'UO Igiene Ospedaliera ha predisposto il cronogramma dettagliato delle attività previste, coinvolgendo i Responsabili del CO, la Direzione Sanitaria, il SAT, il SIC ed il Settore Alberghiero, oltre che approntare le specifiche indicazioni igieniche, per gestire in sicurezza il cantiere all'interno del CO e per riattivare le sale chiuse, al termine dei lavori. Le manutenzioni sono state effettuate nel rispetto delle tempistiche prestabilite e sono terminate senza complicazioni. I lavori, nelle rimanenti sale operatorie, come da programma, saranno completati nel periodo estivo 2018, in concomitanza con la consueta riduzione dell'attività.

5) UO IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE

Nella necessità di realizzare gli interventi migliorativi, richiesti dalla valutazione della Commissione di Accreditamento Regionale, ed a seguito della ristrutturazione di alcuni locali dell'ex Diabetologia, presso il piano terra del padiglione Centrale corpo B, è stata realizzata la **riorganizzazione logistica delle funzioni assistenziali dell'UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale**, in stretta collaborazione con i Responsabili dell'UO ed il SAT.

Tali attività sono state sviluppate in 3 fasi successive, a partire dal mese di ottobre, per la durata complessiva di circa 4 mesi.

L'UO Igiene Ospedaliera ha predisposto il cronogramma dettagliato delle attività previste in ogni fase operativa, coinvolgendo i Responsabili dell'UO, la Direzione Sanitaria, il SAT, il SIC ed il Settore Alberghiero, oltre che approntare le specifiche indicazioni igieniche, per gestire in sicurezza il cantiere all'interno della struttura e per attivare i locali, al termine dei lavori.

6) PADIGLIONE PEDIATRIA

A seguito di **verifiche strutturali**, il **Padiglione Pediatria** è stato **dichiarato inagibile**. Di conseguenza, sono state trasferite le attività ambulatoriali pediatriche con **urgenza**, presso il Padiglione P. Barilla. L'UO Igiene Ospedaliera ha predisposto: i percorsi per l'accesso dell'utenza, per l'approvvigionamento del materiale pulito e per lo smaltimento del materiale sporco, l'adeguamento del servizio appaltato di pulizia (classificazione locali e protocollo pulizia del Centro Fibrosi Cistica) e le modalità esecutive per il ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili.

7) LABORATORIO CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE

In riferimento al termine dei **lavori di ristrutturazione** di una parte dei locali dell'ex Diabetologia, presso il piano terra del Padiglione Centrale corpo B, destinati al **Laboratorio Cellule Staminali Emopoietiche dell'UO Ematologia CTMO**, è stato realizzato il trasferimento delle attività nella nuova sede, in stretta collaborazione con i Responsabili dell'UO ed il SAT. L'UO Igiene Ospedaliera ha predisposto il cronogramma dettagliato delle attività previste e approntato le specifiche indicazioni igieniche, per attivare il laboratorio al termine dei lavori e gestire in sicurezza le attività assistenziali previste.

Tra le criticità di maggior rilevanza, si evidenzia il **trasporto delle cellule staminali conservate da una sede all'altra**, passaggio particolarmente critico, che se non adeguatamente gestito e monitorato, avrebbe potuto inficiare il trattamento terapeutico futuro.

Pertanto, per spostare il materiale biologico, è stato necessario predisporre apposito contratto con Ente/Ditta autorizzata, che ha certificato l'avvenuto trasferimento in conformità alle indicazioni di sicurezza previste dal D. Leg. 6 novembre 2007 n.191.

Inoltre, per poter ottemperare a quanto disposto dalla normativa e soddisfare i requisiti di accreditamento richiesti dall'Istituto Superiore di Sanità per i Centri Trapianti dotati di banche di tessuti e cellule ad uso terapeutico, è stato improntato il **disaster/recovery plan**, tramite assegnazione del servizio ad apposita Ditta certificata, che prevede l'intervento di un Ente/Ditta autorizzata in grado di sopperire alla temporanea inagibilità di laboratori e/o dell'area di stoccaggio in caso di eventi catastrofici inaspettati o di danneggiamento permanente e grave di una o più tank d'azoto o l'interruzione di erogazione di azoto liquido per svariate cause.

L'UO Igiene Ospedaliera ha curato i dettagli igienici ed organizzativi previsti nel contratto, predisposto in stretta collaborazione con i Responsabili dell'UO e l'Ambito Economico.

8) CENTRO PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Analogo servizio è stato richiesto e predisposto per il **Centro Procreazione Medicalmente Assistita**, affinché la Ditta autorizzata e certificata, debba intervenire in caso di emergenza o di evento avverso, per il trasferimento di embrioni e cellule stoccate ad altro Centro (**disaster plan**). Anche in questo caso, si è provveduto a verificare aspetti igienico-organizzativi previsti nel contratto.

9) PADIGLIONE CATTANI

A maggio, sono iniziati i lavori di ristrutturazione del piano rialzato del Padiglione **Cattani**, destinati ad ospitare l'area ambulatoriale oncologica. Di conseguenza, è stato necessario **predisporre l'insediamento del cantiere** con il trasferimento delle attività presenti nei locali interessati dai lavori: studi medici, ambulatori, Ditta CAMST, timbro, armadietto esami e cassetta del servizio postale.

La sanificazione ambientale

Come richiesto dall'Ambito Economico, è stata sviluppata l'ipotesi di rimodulazione dell'Appalto di Pulizie in vigore, nell'ottica di un allineamento con quanto previsto dal Capitolato Intercent-ER. La proposta è stata sviluppata come una riorganizzazione complessiva e definitiva del servizio di pulizia, sino all'attivazione dell'appalto Intercent-ER, a cui l'Azienda Ospedaliera ha aderito. Il documento è frutto dell'ottimizzazione delle prestazioni e delle frequenze previste dall'attuale appalto per tutte le aree aziendali (basso, medio ed alto rischio), nonché la redistribuzione di alcune tipologie di locali in zone di rischio più confacenti alle necessità di contenimento dei costi, pur garantendo il mantenimento di adeguati livelli igienici ambientali.

Per il Laboratorio Cellule Staminali Emopoietiche dell'UO Ematologia e CTMO e per i laboratori di lavorazione sangue ed emocomponenti dell'UO Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, ad elevata complessità, sono stati revisionati gli specifici protocolli di sanificazione/sanitizzazione ambientale.

Servizio Appaltato di Disinfestazione e Derattizzazione Ambientale

E' stato mantenuto il coordinamento ed il controllo delle attività previste dal servizio appaltato in questione, finalizzato alla prevenzione e contenimento della diffusione degli infestanti. Gli interventi preventivi, di bonifica e di mantenimento messi in campo hanno permesso il controllo delle aree aziendali, assicurando alla struttura ospedaliera un ambiente sicuro. L'attività si è articolata su più livelli:

- Stesura del calendario annuale degli interventi programmati (seminterrati, sottotetti, cucinette, fosse ascensori) nelle aree aziendali a maggior rischio infestazione e controllo del rispetto da parte della ditta appaltatrice delle frequenze previste.
- Verifica delle relazioni post intervento, registrazione ed archiviazione dei verbali degli interventi eseguiti dalla ditta appaltatrice. Ove necessario, in base a problematiche emergenti, realizzati sopralluoghi e richieste d'intervento tecnico – strutturali e di bonifica ambientale agli Ambiti

competenti (Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale, Servizio Attività Tecniche e Logistiche, Settore Alberghiero), per risolvere le criticità evidenziate (tot. 22).

- Gestione delle segnalazioni di infestazioni pervenute dalle UU.OO., organizzando gli interventi necessari straordinari di bonifica (tot. 160), di cui 38 per blatte nei Padiglioni Poliambulatori, Cattani, Barbieri, Torri delle Medicine, Ala Ovest, Cuore e Rasori, n 54 per segnalazione di piccioni, nei Padiglioni Cuore, Ala Est, Ala Ovest, Centrale, Torri delle Medicine e Direzione, n 18 per vespe con prevalenza nei padiglioni vecchi, n 9 per avvistamenti ratti, con prevalenza nei seminterrati e nelle aree esterne, n 18 per formiche.

La problematica più gravosa riguarda la colonia stanziale dei piccioni, per le problematiche igieniche legate alla presenza di guano in alcune aree di accesso ai Padiglioni ed alla intrusione dei volatili nelle strutture. Nel corso del 2017, è stato richiesto al SAT di installare le reti protettive nei seguenti punti critici aziendali: copertura Torre Medicine, accesso Cardiochirurgia, accesso Direzione Sanitaria, balconata padiglione Centrale 2° piano, passerelle di collegamento tra il Pronto Soccorso e l'Ortopedia.

Considerato che, spesso risolvere la problematica in un edificio, provoca lo spostamento della stessa nella struttura adiacente, vista l'oggettiva difficoltà a proteggere ogni elemento che possa permettere la posa e la nidificazione ai volatili, nella complessa realtà Ospedaliera e valutato i rischi igienici - sanitari, si è chiesto l'autorizzazione a procedere alla cattura dei piccioni, così come indicato nel progetto realizzato dalla Ditta Iren Ambiente, sia al Settore Ambiente ed Ecologia del Comune di Parma, sia al Dipartimento di Sanità Pubblica, ottenendo il nulla osta a procedere. Pertanto, si è provveduto a trasmettere all'ambito economale il preventivo di spesa, di cui si è in attesa di riscontro, per poter avviare operativamente il progetto..

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 2017". 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 - aduclitica per infestazioni nei reparti o strutture aziendali.

Per sensibilizzare le UUOO e migliorare la gestione della problematica, si è provveduto ad aggiornare il "Manuale di disinfezione, derattizzazione, disinfezione ambientale ad uso degli operatori sanitari", che contiene nozioni di prevenzione, bonifica, mantenimento, il percorso operativo aggiornato per la richiesta di interventi di disinfezione/derattizzazione, all'interno del quale sono declinate attività, competenze e responsabilità dei soggetti coinvolti e una breve descrizione dei principali potenziali infestanti.

Il Sistema di monitoraggio microbiologico ambientale delle aree a carica microbica controllata

In un programma di assicurazione di qualità, in linea con quanto previsto dalle Normative sull'accreditamento delle strutture sanitarie, sono sistematicamente eseguiti, con cadenza periodica o a seguito di significativi interventi manutentivi sui locali o sul sistema di trattamento dell'aria, specifici monitoraggi ambientali atti a verificare il mantenimento delle caratteristiche di conformità degli ambienti.

I monitoraggi microbiologici e particellari degli ambienti sono, ormai da anni, visti da Norme e Linee Guida di riferimento, come attività basilare per una corretta opera di prevenzione negli ambienti in cui risulta di fondamentale importanza la valutazione del livello di contaminazione di veicoli di infezione quali aria e superfici.

Pertanto, come richiesto dalla RER, è stata predisposta, anche per il 2017, la pianificazione dei monitoraggi particellari e microbiologici delle sale operatorie e degli ambienti equiparabili per attività assistenziale ad una sala operatoria, delle "camere bianche" e dei laboratori dedicati alla lavorazione di cellule e tessuti umani.

La programmazione complessiva prevista è stata ampiamente rispettata e gli ambienti sono stati classificati conformemente ai parametri previsti dalle Normative di riferimento. I controlli ambientali hanno inoltre consentito di presidiare gli aspetti di sicurezza igienica ambientale dei processi assistenziali e di evidenziare situazioni di “non conformità” anche piuttosto rilevanti. Gli esiti dei monitoraggi sono stati regolarmente formalizzati ai Dirigenti delle UU.OO. coinvolte, in modo da individuare e mettere in pratica le azioni di miglioramento correlate.

Monitoraggi ambientali delle sale operatorie e degli ambulatori chirurgici

In conformità a quanto previsto dalle UNI EN ISO 14644:2015, 14698:2004 e 11425:2011, dal Documento ISPESL del 2009 “Linee Guida sugli Standard di Sicurezza e di Igiene del Lavoro nel Reparto Operatorio”, nonché dalla Circolare Regionale PG/2012/188026 del 31.07.2012, richiamata anche nel DOSSIER 261/2017 “Prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico” dell’Agenzia Sanitaria della RER, è stata realizzata l’attività di monitoraggio ambientale delle sale operatorie e dei locali equiparabili per attività assistenziale ad una sala operatoria.

Sono stati verificati 46 ambienti in totale, di cui 28 sale operatorie in 13 Comparti Operatori, 2 sale angiografiche, 2 sale di cardiologia interventistica, 1 ambulatorio endoscopia urologica, 2 ambulatori endoscopia toracica e 11 ambulatori chirurgici.

In totale sono stati svolti N. 49 monitoraggi particellari e N. 53 monitoraggi microbiologici, per un totale di 102 verifiche: 94 monitoraggi programmati e 8 straordinari/urgenti.

Monitoraggi ambientali delle Camere Bianche e dei Laboratori adibiti a lavorazione di cellule e tessuti umani

Nel corso dell’anno, in linea con quanto previsto dalle GMP Annex-1 2008, 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:

Per valutare adeguatamente tutti gli aspetti, la Norma prescrive l’esecuzione dei monitoraggi, sia in condizioni di “at rest”, cioè con i locali pronti per essere utilizzati, ma in assenza di personale, sia in “operational”, cioè con i locali in attività o, in alcuni casi, in attività simulata.

I locali interessati dai controlli sono stati Laboratorio Cellule Staminali, Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici (UMaCA), Centrali di Sterilizzazione, Locale Preparazione Parenterali della Terapia Intensiva Neonatale, Centro Procreazione Medicalmente Assistita e Laboratori Manipolazione Emocomponenti, per un totale di 24 ambienti e 10 cappe.

In totale sono stati svolti N. 12 monitoraggi particellari e N. 11 monitoraggi microbiologici, per un totale di 22 verifiche: 20 monitoraggi programmati e 2 straordinari/urgenti.

Centro trapianti midollo osseo

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.

Monitoraggio microbiologico delle preparazioni parenterali

È stata pianificata e coordinata l’attività di monitoraggio microbiologico delle preparazioni parenterali 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 (384) ed in TIN (144). Gli esiti hanno confermato l’appropriatezza delle procedure in essere e sono stati regolarmente notificati ai Responsabili/Referenti dei vari Settori.

Prevenzione e controllo della Legionellosi

Le attività poste in essere, anche alla luce della nuova DGR 12 Giugno 2017 n. 828, sono state approvate e condivise nell'ambito degli incontri del Gruppo Multidisciplinare Rischio Legionella Aziendale ed hanno riguardato:

Sorveglianza attiva delle polmoniti

E' proseguita anche per l'anno 2017 la sorveglianza attiva delle polmoniti ed in particolare di quelle di origine nosocomiale, 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 di Legionellosi.

È stato inoltre diffuso a livello aziendale il Report RER "Epidemiologia della Legionellosi in Emilia Romagna 1999-2015", al fine di sensibilizzare ulteriormente i Professionisti sulla tematica, soprattutto in considerazione di quanto evidenziato dal Documento in merito al forte aumento, negli ultimi anni, del quadro epidemiologico Legionellosi a livello regionale, con particolare riguardo per i casi definiti come comunitari.

Nel corso del 2017 sono state segnalate n. 21 polmoniti da legionella sospette/accertate di origine comunitaria, con una maggiore incidenza nel periodo compreso tra Agosto e Dicembre (14 segnalazioni).

Come suggerito dalla RER, per tutti i casi diagnosticati, ove le condizioni cliniche lo hanno consentito sono stati svolti ulteriori approfondimenti, inviando al Laboratorio di riferimento regionale del Policlinico di Modena, campioni respiratori per l'esecuzione delle indagini colturali e di ricerca PCR.

Nell'ottobre 2017 è stata segnalata dall'UO Ematologia e CTMO n. 1 caso di Legionellosi di sospetta insorgenza nosocomiale, per cui è stata immediatamente attivata la procedura prevista per i casi di specie, che prevede:

- inoltro, secondo le tempistiche previste dalla vigente Normativa, della denuncia di malattia infettiva alle Autorità Sanitarie competenti;
- esecuzione di indagine epidemiologica interna e di concerto con l'Organo di Vigilanza.

Gli esiti dell'approfondita indagine svolta inducono a pensare che l'infezione da Legionella è da ritenersi antecedente al ricovero.

Monitoraggi microbiologici sull'impianto idrico aziendale:

Nel corso del 2017 sono stati realizzati tutti i monitoraggi microbiologici della rete idrica aziendale previsti dalla programmazione condivisa con il Gruppo Multidisciplinare Rischio Legionella Aziendale.

I campionamenti, come convenuto con il Gruppo, 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.

Alla luce delle indicazioni della nuova DGR 828/2017 è stata mantenuta la frequenza di monitoraggio semestrale.

I campionamenti sono stati eseguiti nel mese di Maggio e Dicembre 2017. Le analisi hanno contemplato la ricerca quantitativa e tipizzazione di Legionella.

Nel dettaglio SIRAAM esegue ogni sei mesi, n. 75 campionamenti su acqua calda sanitaria, n. 30 campionamenti su acqua fredda sanitaria e n. 3 campionamenti su acqua delle Torri evaporative.

Il numero di punti campionati è in linea con quanto previsto dalla DGR.N. 828/2017.

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 82 campionamenti.

Gli esiti hanno mostrato che *Legionella spp* è presente praticamente in quasi tutti gli impianti idrici delle Strutture aziendali, ma grazie agli interventi di bonifica e ristrutturazione degli impianti idrici i valori microbiologici rientrano nei livelli d'accettabilità previsti da Linee Guida.

Alla luce di quanto emerso, il SAT sta predisponendo interventi di manutenzione straordinaria per correggere le temperature dell'acqua calda, che in diverse situazioni, sono risultate inferiori ai limiti previsti dalla DGR 828/2017.

Gestione Filtri antibatterici per terminali idrici:

E' proseguita la fornitura dei filtri antibatterici per terminali idrici tramite convenzione INTERCENTER (filtri sostituiti ogni 62 gg) confermando l'applicazione in Azienda di 507 filtri antibatterici, suddivisi in 20 Reparti.

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.

È stato inoltre mantenuto il servizio di fornitura di sistemi di pre-filtrazione nelle UU.OO. 1° Anestesia e Rianimazione, TIPO e Neonatologia, al fine di ovviare l'intasamento precoce dei filtri antibatterici e ridurre di conseguenza gli interventi di sostituzione estemporanea di quest'ultimi. I costi relativi a tale servizio sono stati sostenuti interamente dalla Ditta BIOH.

Flussaggio dei terminali idrici:

E' stata 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:

E' ancora in corso la revisione del Documento di Valutazione dei Rischi secondo le direttive impartite dai competenti uffici regionali. Purtroppo, vista le dimensioni e le complesse articolazioni di AOUPR, è stata

terminata la parte di valutazione del rischio legata alla Sorveglianza Sanitaria, mentre è ancora in corso la stesura della parte legata ai requisiti impiantisti di competenza del Servizio Attività Tecniche Aziendale.

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.

Il programma di assicurazione della qualità, redatto in linea con quanto previsto dal Documento di riferimento del S.I.N. "Linee Guida su acque e soluzioni per dialisi - 2005", prevede l'esecuzione di periodici controlli di tipo chimico e microbiologico dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici, al fine di garantire e documentare il corretto funzionamento del sistema di produzione della stessa entro limiti di sicurezza.

Come per le precedenti annualità, i monitoraggi microbiologici sono affidati all'Unità di Sanità Pubblica 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.

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.

Supporto alle attività regionale di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

A seguito dell'istituzione del Nucleo Provinciale di Valutazione, sono stati ridefiniti i percorsi di analisi delle richieste dei DM. In seno alle istruttorie svolte dal NPV le richieste di DM candidabili ad una valutazione di HTA regionale sono presentati utilizzando gli strumenti previsti.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
Utilizzo del sistema informatizzato regionale per la richiesta dei dispositivi medici (DM)	Applicare i criteri condivisi nel 2016 per segnalare i dispositivi di interesse regionale candidabili a una valutazione secondo metodologia HTA	SI	SI	

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.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto	Note
		anno 2017	
Produzione di un report di audit e di autovalutazione	SI	SI	L'Azienda ha partecipato al Tavolo regionale per il percorso di

		SI	avvicinamento e la stesura dei nuovi requisiti regionali. Il Report di autovalutazione è stato redatto e inviato all'Agenzia Sanitaria (05/07/2017)
Numero di valutatori partecipanti alle attività di verifica / numero di valutatori convocati	70%		

La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Gli eventi formativi svolti nel 2017 rispetto a quali si è posta particolare attenzione alla qualità del trasferimento degli apprendimenti dal contesto d'aula all'esperienza di lavoro sono stati:

- **Formazione manageriale per coordinatori**

Attraverso il lavoro impostato in una fase di formazione sul campo, i Coordinatori hanno effettuato un'analisi della letteratura per individuare i migliori strumenti per la valutazione dei bisogni assistenziali e degli elementi prognostici della complessità della dimissione. A seguito dell'intervento formativo sono state implementate nell'attività di reparto le schede C-HOBIC, MEWS e BRASS, che sono state integrate nell'ambito della documentazione infermieristica (cartella infermieristica).

È stata poi sviluppata una valutazione sulla suddetta implementazione misurando il rapporto fra i pazienti presi in carico e le schede compilate.

- **La comunicazione delle cattive notizie nel rapporto di cura con paziente e familiari**

Per questo corso (tenutosi in 2 edizioni), che tratta un tema così delicato e sensibile, è stato predisposto un piano di valutazione del trasferimento degli apprendimenti nei contesti di lavoro che ha previsto una rilevazione intermedia e a fine corso con una scheda a domande aperte intesa ad approfondire la rappresentazione individuale dell'effetto della comunicazione delle cattive notizie sull'interlocutore. I risultati prodotti (documentati nella relazione di fine corso) evidenziano peraltro un buon livello di utilizzo, a seguito della partecipazione al corso, del modello Spikes nella gestione dei colloqui con pazienti e familiari, riducendo l'ansia e la paura che caratterizzano la comunicazione delle cattive notizie.

Con riferimento al tema della misurazione dell'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione si richiama il corso:

- **Formazione-intervento rivolta al Settore Formazione e Sviluppo del Potenziale della S.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane**

L'attività di formazione progettata e realizzata nel corso del 2017 era volta a supportare il percorso di costituzione del provider ECM "Dipartimento Interaziendale Risorse Umane dell'Azienda Usl e Ospedaliero Universitaria di Parma" (attivo dal 1 gennaio 2018). Nel percorso formativo è stata effettuata una analisi organizzativa condivisa dei sistemi della formazione nelle due Aziende e sono state identificate le best practice, creando le basi per la definizione di nuove procedure di lavoro integrate. I risultati prodotti sono stati presentati, al fine di essere legittimati, alle Direzioni Generali nell'ottobre 2017. Attualmente sono in

corso gruppi di lavoro che, sulla base dei risultati prodotti nell'attività formativa, stanno operando per la definizione della nuova organizzazione e della nuova documentazione necessaria ai fine dell'accreditamento regionale del provider unico.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2017	Note
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-	"Formazione manageriale per coordinatori" (4 edizioni) "La comunicazione delle cattive notizie nel rapporto di cura con paziente e familiari" (2 edizioni)
Progettazione di eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni formative	Almeno 1	1 evento progettato e realizzato	"Formazione- intervento rivolta al Settore Formazione e Sviluppo del Potenziale della S.C. Formazione e Sviluppo Risorse Umane"