

## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOO000  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000686  
DATA: 26/06/2019 11:52  
OGGETTO: Approvazione "Relazione sulla Performance 2018" 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 Brianti Ettore - Direttore Sanitario  
Con il parere favorevole di Bodrandi Paola - Direttore Amministrativo

Su proposta di Marco Brambilla - S.C. Controllo di Gestione che esprime parere favorevole in  
ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-12]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Struttura Complessa Direzione Amministrativa
- S.C.I. Affari Generali
- S.S. Medicina Legale
- S.C.I. Attività Tecniche
- S.C.I. Esecuzione Contratti per Fornitura di Beni
- Direzione Sanitaria
- S.S.T.I. Internal Auditing
- Struttura Semplice Gestione Amministrativa Lavori Pubblici e Patrimonio Immobiliare
- S.C.I. Acquisizione Beni
- Servizio Rapporti Istituzionali
- Servizio di Protezione e Prevenzione Aziendale
- S.C. Servizio Informativo Aziendale
- S.C. Controllo di Gestione
- Direzione delle Professioni Sanitarie
- Servizio Fisica Sanitaria
- Ricerca e Innovazione
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa



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

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



- Servizio Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera e Sicurezza Igienico Sanitaria
- Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- Governo clinico, gestione del rischio e Coordinamento qualità e Accreditamento
- S.C.I. Area Giuridica
- S.C.I. Gestione Amministrativa prestazioni sanitarie ed accessibilità, pianificazione e gestione progetti di accoglienza
- S.C.I. Servizio Economico Finanziario e aspetti economici dell'accesso alle prestazioni sanitarie
- INTERAZIENDALE RISORSE UMANE
- Direzione Generale
- S.C.I. Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici
- S.C.I. Area Economica
- S.C. Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- S.C.I. Formazione e Sviluppo Risorse Umane
- S.S.D.I. Ingegneria Clinica

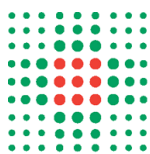
#### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000686_2019_delibera_firmata.pdf	Bodrandi Paola; Brambilla Marco; Brianti Ettore; Fabi Massimo	85FF48FFE1531B7CB5AA23FB2F9E0746 E21777E951478A9329F3BF509283C50D
DELI0000686_2019_Allegato1.pdf:		D3BC0E2318F09428A95C1BBF2C8197BB 4F02160217FE69A022DAA0D1CD1D07C8
DELI0000686_2019_Allegato2.pdf:		B7322585074F0A2C449BC9B9635EC0144 D03B446AA56F2367259824D9467431F



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 sulla Performance 2018” 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.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, verificatisi durante l’esercizio”;
- n.14 il quale istituisce l’Organismo indipendente di Valutazione della performance
- 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:

- il D.Lgs.165/2001 e ss.mm ed ii – “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- 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 2018" in cui sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2018, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano delle Performance 2018-2020 adottato con propria deliberazione n. 587 del 30/07/2018, 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;

**DATO ATTO CHE:** Il documento allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale, è stato redatto dalla S.C. 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**

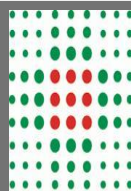
Per le motivazioni esposte in premessa:

1. di adottare il documento "Relazione sulla Performance 2018", 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](http://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:

Giulia Azzali

2019



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

# Relazione sulla Performance 2018

Nel documento sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni, attuate nel 2018, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, 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.....	5
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 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 .....	12
Attività di ricerca e della didattica.....	12
Rispetto dei doveri delle risorse umane dell'Università .....	13
Impegno del personale ospedaliero nell'ambito della didattica.....	13
Flussi economici della regione a favore delle attività didattiche e di ricerca dell'Università .....	14
Impegno a sostegno dell'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia .....	14
Rapporto con l'Azienda USL e l'area vasta per gli aspetti universitari .....	14
Condivisione di spazi, attrezzature scientifiche, risorse informatiche e bibliotecarie .....	15
La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie .....	15
Valorizzazione capitale umano .....	15
Rispetto dell'equilibrio economico-finanziario ed azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa .....	16
Governo delle risorse umane .....	17
Razionalizzazione nella gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti .....	17
3. Risultati raggiunti nelle Dimensioni/Aree della Performance .....	19
a) Dimensione di performance dell'utente .....	20
i. Area di performance dell'accesso .....	20
ii. Area di performance dell'integrazione.....	33
iii. Area di performance degli esiti: Indicatori .....	34
b) Dimensione di performance dei processi interni .....	37

i.	Area di performance della produzione.....	37
ii.	Area di performance della qualità, sicurezza e gestione del rischio clinico .....	43
iii.	Area di performance dell'organizzazione .....	50
iv.	Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza.....	52
c)	Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo .....	55
i.	Area di performance della ricerca e della didattica .....	55
ii.	Area di performance dello sviluppo organizzativo .....	60
d)	Dimensione di performance della sostenibilità.....	63
i.	Area di performance economico-finanziaria.....	63
ii.	Area di performance degli investimenti .....	70
4.	Conclusioni .....	77
5.	Allegati.....	78



## 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 stakeholder (Relazione della Performance). Di seguito la successione logica delle fasi:



Il presente documento, Relazione sulla Performance 2018, 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”, n. 4/2016 “Prevenzione, Corruzione e Trasparenza” e n. 5/2017 “Sistema di valutazione integrata del personale: Linee guida e di indirizzo per lo sviluppo dei processi aziendali”; vi sono esplicitati gli elementi informativi relativi alle azioni attuate nel 2018, in relazione agli impegni strategici presenti nel Piano della Performance 2018-2020, 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 2018 rispetto ai temi strategici su cui fonda la programmazione aziendale, declinati nel Piano della Performance 2018-2020. 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 919/2018”.

### **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 l'individuazione già avvenuta negli anni precedenti del Responsabile Unitario dell'Accesso.

Nel corso del 2018 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. n. 158 del 13/09/2012. Per quanto riguarda l'anno 2018 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. E' stata, inoltre, sempre più diffusa l'indicazione della presa in carico da parte dello specialista con conseguente prescrizione dei controlli successivi e delle indagini necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto. Il numero delle prescrizioni delle visite di controllo da parte degli specialisti costituisce il 18,30 % delle prescrizioni totali di controlli.

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 2017 per la gestione delle liste d'attesa, e delle attività ad esse correlate per il raggiungimento degli obiettivi regionali. Inoltre sono state progettate e pianificate numerose strategie e scelte organizzative tra cui sinteticamente si richiama l'attivazione del *Punto Unico Aziendale di pre-ricovero*, la *realizzazione di sinergie di rete provinciale per l'abbattimento dei ricoveri programmati*, l'*implementazione del progetto di riorganizzazione delle sale operatorie e la riorganizzazione dell'area ortopedica*. Complessivamente nel 2018 e con particolare riferimento nel periodo conclusivo dell'anno, gli indici di performance relativi ai tumori selezionati, all'intervento per protesi d'anca e a tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio evidenziano un miglioramento rispetto all'anno precedente.

**(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 e Centro Ustioni, in seguito alla richiesta del Direttore Sanitario alla Regione Emilia Romagna, di riconoscimento della U.O.C. Chirurgia Plastica e Centro Ustioni quale Centro di Riferimento Regionale per il trattamento chirurgico della neurofibromatosi,

documentando casistica e complessità chirurgica dei casi, ed essendo già riconosciuta questa Azienda come Centro di Riferimento Regionale per la fase diagnostica di tale patologia, la citata struttura è stata inserita tra i Centri di riferimento regionali nel Portale delle Malattie Rare.

E' proseguita anche nel 2018 l'attenzione sia ad un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 e sia al percorso Basso Rischio in Sala Parto (438 parti vs 180 del 2017), in conformità alle linee guida internazionali e alla normativa regionale sul percorso nascita.

Anche nel 2018 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 4,41%, al di sotto della media regionale.

In relazione alle funzioni di Procreazione Medicalmente Assistita si è avuto nel 2017 l'accreditamento del Centro e nel 2018 l'Azienda ha partecipato ai tavoli tecnici del gruppo di lavoro per PMA eterologa, seguendo l'intero percorso fino al convenzionamento con gli Istituti esteri autorizzati siglato dal Policlinico Sant'Orsola come Azienda capofila sottoscrittrice. Si è, inoltre, consolidata l'attività di monitoraggio delle liste di attesa per la PMA omologa.

**(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 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 e tramite i suoi professionisti, si è impegnata alla realizzazione del Piano di Attuazione Locale (PLA), sostenendo a livello aziendale obiettivi e azioni previsti per i vari setting del PRP. Dalla valutazione effettuata congiuntamente con il Coordinatore del PRP, è emerso che, nel 2018, gli obiettivi inseriti nel Piano sono stati pienamente raggiunti: nel mese di Febbraio 2019 sono state inoltrate le schede di valutazione relative alle attività svolte per i progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

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 linea con la Delibera della Giunta Regionale n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nella Strutture Sanitarie", è continuato il controllo sistematico del flusso di denunce di malattie infettive, provenienti dalle singole Unità Operative e delle segnalazioni di microrganismi "sentinella" (alert organism) inviate dal laboratorio di Microbiologia.

Sono state presidiate le 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. Ampio spazio è stata data all'informazione dei Professionisti, dell'Utenza e del Volontariato circa la prevenzione delle malattie infettive.

Nel corso del 2018 sono state svolte numerose attività finalizzate a sensibilizzare quanti coinvolti nei contesti di cura circa il rischio infettivo.

Nel corso del 2018 sono stati, inoltre, governati, implementando specifiche azioni e progetti, ulteriori ambiti di attività quali la *Sicurezza Ambientale Sale Operatorie e Ambulatori Chirurgici*, la *Sicurezza Ambientale Camere Bianche e Laboratori di Lavorazione e Manipolazione Cellule e Tessuti Umani*, i *Controlli di Qualità dell'acqua destinata ai Trattamenti Dialitici*, la *Prevenzione e Controllo della Legionellosi*, l'*Igiene delle Mani*, il *Sistema di Sorveglianza MDR ed Enterobatteri Produttori Di Carbapenemasi (CPE)*, la *Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico (SICHER)* e le tematiche presidiate dal Servizio Sociale Ospedaliero.

**(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**

Per lo STAM esiste una procedura interaziendale tra Centri HUB e Spoke di riferimento che ha definito i criteri per l'attivazione del trasporto in utero dal Centro Spoke al Centro Hub di Parma. Nel 2018 è proseguita l'attività di Trasporto Assistito Materno (STAM) dai punti nascita del territorio Parma-Piacenza. Per quanto riguarda lo STEN, anche nel 2018 ci sono stati 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. La rete STEN per le Province di Parma e Piacenza è al momento in fase di completamento, per l'adeguamento da parte dell'AOU di Parma del personale medico neonatologo dedicato, con particolare expertise nelle cure intensive neonatali, condizione necessaria per l'effettuazione del trasporto neonatale in emergenza.

#### **Percorso IVG**

Nel 2018, 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 194/78.

#### **Dimissioni protette in pazienti fragili – Piano unico di Dimissione**

All'interno dei processi di integrazione ospedale-territorio è proseguito anche nel 2018 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.

La Direzione aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Parma ha posto particolare attenzione alle problematiche inerenti la "cronicità", la continuità delle cure e le difficoltà alla dimissione dalla struttura ospedaliera verso il territorio, dando mandato, già a fine 2017, a un gruppo di lavoro aziendale di effettuare un'analisi sulle criticità legate alla dimissibilità dei pazienti dall'ospedale.

Già a metà 2018 il gruppo di lavoro è diventato interaziendale e ha sviluppato ulteriormente il progetto, infine denominato "GESTIONE INTEGRATA INTERAZIENDALE DELLE DIMISSIONI DIFFICILI E DELLE DIMISSIONI PROTETTE IN PROVINCIA DI PARMA", che prevede l'istituzione del Punto Unico di Dimissione (PUD) in AOU che si interfaccia con i Punti Unici di Accesso distrettuali, al fine di una presa in carico, il più precoce possibile e congiunta, delle situazioni che comportano una difficoltà alla dimissione. Il progetto è stato presentato e approvato dalle due Direzioni Aziendali, dal Collegio di Direzione e dalle rappresentanze Sindacali ed è stato formalizzato con deliberazione del Direttore Generale n. 440 del 30/04/2019. Si prevede l'attivazione del PUD in AOU entro settembre 2019. Sempre nell'ambito della continuità assistenziale, l'AOU di Parma, dal mese di dicembre 2018, in seguito ad accordi con l'Azienda Unità

Sanitaria Locale di Parma e gli Enti gestori di due Case Residenza Anziani (CRA) dei Distretti di Parma e Sud-Est, ha avviato la funzione di Unità Mobile Multidisciplinare (UMM).

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

### **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 un’ampia condivisione con l’azienda USL di Parma, la CTSS e le organizzazioni sindacali.

Rispetto alle procedure di soccorso delle emergenze cardiologiche, dei traumi e dello stroke, sono state svolte azioni di miglioramento, seguendo le linee guida, quali l’ampliamento delle postazioni d’accesso al PACS di Piacenza per la trasmissione delle immagini e di aggiornamento della composizione e ripresa delle attività della Commissione SIAT di area vasta “Monitoraggio dell’assistenza al trauma Grave”; e l’aggiornamento 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.

Il 2018 ha, inoltre, visto l’avvio della creazione di un ***Polo Oncologico Integrato*** presso l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma per rispondere all’esigenza di rinnovare le risorse strutturali, impiantistiche e tecnologiche, disponibili alla luce dei quadri epidemiologici delle patologie oncologiche e per la necessità di inquadrare tali risorse in aree omogenee per profili di cura garantendo all’utente una continuità del percorso clinico assistenziale.

In riferimento all’Interoperabilità della Centrale 118, che è la funzione regionale di interoperabilità in caso di Disaster Recovery, è stata concretamente assicurata anche nel 2018 grazie anche alla presenza degli Infermieri della C.O. 118 Emilia Ovest per la copertura dei turni dell’Eliambulanza notturna di Bologna. Tale presenza ha contribuito al percorso più ampio dell’interoperabilità intesa come conoscenza e familiarizzazione per l’impiego da parte delle C.O. 118 della RER del mezzo di soccorso notturno a copertura di tutta la Regione.

Sono stati portati avanti ulteriori importanti progetti di cui si riporta sinteticamente la ***Riorganizzazione dell’area chirurgica***, la ***Riorganizzazione dell’area ginecologica oncologica*** e la ***Costituzione del Punto Unico di dimissione***

**(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. Come per il precedente anno, anche nel 2018, sono stati verificati gli Obiettivi Annuali 2017 per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e sono stati definiti i nuovi obiettivi 2018.

La rendicontazione delle attività effettuate nel 2018, in linea con gli obiettivi aziendali del PPSC, è stata redatta con il contributo dei Servizi Aziendali e degli Uffici in staff alla Direzione, e trasmessa sia al Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera, con nota prot. n. 9037 del 28/02/2019, sia all'interno dell'azienda, con nota prot. 16875 del 17/04/2019.

In base a quanto previsto dagli obiettivi correlati alla sicurezza delle cure nella DGR 919 del 18/06/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del SSR per l'anno 2018", 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, che è pubblicata sulla Internet Aziendale nella pagina della Trasparenza. Ulteriori attività hanno riguardato l'adempimento del debito informativo previsto per gli eventi sentinella, per il consolidamento del sistema di segnalazione aziendale mediante gli Incident Reporting e per la scheda di segnalazione cadute – Incident Reporting. In merito alla check list di sala operatoria nel 2018 sono state strutturate le procedure aziendali.

**(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, sia secondo i percorsi regionali e aziendali, sia secondo 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. Nel 2018 la compilazione delle schede AIFA da parte dei clinici per farmaci orali è pari al 100%, mentre per i farmaci endovenosi è del 90%.

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 2018 è stata consolidata l'attività del Polo Distributivo HIV presso la U.O. 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 e il Servizio di Farmacia e Governo Clinico del Farmaco. 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 quanto concerne l'adozione di strumenti di governo clinico, il governo sulla farmaceutica è stato condotto in continuo e con particolare attenzione all'analisi dell'appropriatezza d'uso dei farmaci in base alle indicazioni normative, ai percorsi regionali e aziendali, alle Linee Guida e Raccomandazioni Regionali; le attività sono state orientate alla piena adesione agli esiti delle gare regionali e AVEN e al consolidamento del progetto di integrazione alla logistica centralizzata (AVEN-ULC).

Nell'ottica della massima appropriatezza d'uso dei medicinali è stata garantita la partecipazione agli incontri promossi come Dip.to Farmaceutico Interaziendale con gli specialisti negli ambiti più critici di cura (oncologia, ematologia, dermatologia, pneumologia, infettivologia, terapia del dolore, cardiologia,

neurologia, nefrologia, fibrosi cistica, gastroenterologia, diabetologia, ortopedia) contribuendo alla predisposizione e condivisione dei monitoraggi periodici. L'analisi in seno al Dip.to dell'andamento prescrittivo ha consentito di sviluppare interventi tesi a facilitare e migliorare il percorso dei pazienti, promuovendo l'integrazione tra i servizi/presidi ospedalieri e territoriali e a migliorare il governo della spesa farmaceutica. Particolare attenzione è stata indirizzata ai farmaci biosimilari e al contributo che essi rappresentano per la sostenibilità del sistema sanitario, al fine di ricondurre la prescrizione, laddove consentito dal profilo clinico del paziente, verso tali molecole. 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' stata assicurata la partecipazione ai tavoli di lavoro interaziendali relativi all'introduzione di nuovi percorsi e nuovi medicinali (quali ad es. NAO, anti PCSK9, insuline in penna).

Infine il governo dei Dispositivi medici è stato garantito dalla condivisione dei principali determinanti di spesa e di innovazione con la Commissione di Area Vasta per DM (CADM e correlata Segreteria Scientifica) con il Nucleo Provinciale di Valutazione per i DM e dalla adesione agli esiti di gara (ove attive).

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

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

Il percorso di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi si è ormai completato e l'avvio operativo è avvenuto il 1° ottobre 2016, con l'individuazione delle risorse umane assegnate alle varie strutture, dei direttori di struttura complessa e di dipartimento; pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state create le nuove strutture interaziendali. Sono poi state individuate le sedi fisiche che accolgono i nuovi servizi interaziendali, per lo più situate nel perimetro dell'azienda Ospedaliera, con la definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento. La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda Usl di Piacenza.

**(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, 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 ha visto il suo consolidamento nel corso del 2018.

Relativamente al progetto ARA l'Azienda Ospedaliera – 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.

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 evidenziano come AOUPR primeggi per volumi di ricette di farmaceutica e specialistica tra le aziende ospedaliere regionali.

Rispetto all'alimentazione del FSE dei documenti l'Azienda ha reso disponibili, come evidenziato nei SAL SOLE relativi ai livelli di utilizzo, i documenti nella piattaforma SOLE definiti come prioritari. L'Azienda ha, inoltre, perseguito gli obiettivi di dematerializzazione e di informatizzazione di tutto il percorso logistico-contabile e raggiungendo importanti livelli di utilizzo.

**(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".

In particolare, con la formalizzazione del manuale organizzativo del Servizio di Controllo di Gestione che prevede la creazione all'interno dello stesso dell'Ufficio Controllo e flussi informativi si è dato avvio ad un progetto che ha fine ultimo quello dello sviluppo di un sistema integrato di quadratura tra Contabilità Analitica, Flussi informativi economici aziendali e Contabilità Generale.

Tale progetto prevede più fasi, la prima della quale prenderà avvio nel 2019, nel corso della quale è previsto lo sviluppo delle analisi sulla completezza informativa e il governo della qualità e della correlazione tra tutti i flussi aziendali.

Particolare impegno è stato profuso per costruire flussi di integrazione tra il sistema della SDO e i dipartimenti 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.

Si è perpetuata l'analisi del flusso DIME, concentrando l'attenzione su particolari focus di interesse aziendale, nonché si è provveduto lavorare per migliorare la completezza dei flussi e la tempestività dell'invio verso la Regione.

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

### **Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)**

L'obbligo della certificabilità dei dati come disposto dall'art. 2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), impone agli enti del SSR, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei bilanci. A tal fine il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

Sulla base delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, l'Azienda ha avviato un'intensa attività per supportare la complessiva realizzazione del PAC, avvenuta nel corso del 2017. In particolare è stato avviato un percorso finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali attraverso l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile, di un nuovo sistema di procedure amministrativo-contabili, del monitoraggio dei rilievi e suggerimenti formulati dal Collegio Sindacale.

Attualmente il processo è tuttora in corso, data la necessità di armonizzare le procedure con le nuove disposizioni regionali (Regolamenti AVEN) e di renderle coerenti con i cambiamenti organizzativi e strutturali intercorsi negli ultimi 3 anni dovuti all'integrazione interaziendale tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma.



L'Internal Auditing ha perseguito una riorganizzazione del sistema dei controlli interni con la finalità di esaminare i processi amministrativo-contabili e gestionali, nonché di fornire un supporto alla Direzione Strategica per un costante miglioramento di gestione e a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle responsabilità.

Il Piano di Audit (Deliberazione n. 71 del 29/01/2019), elaborato riportando percorsi definiti ad identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte ai rischi, è correlato direttamente o indirettamente alle azioni del PAC. Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono conformi alla metodologia riportata nel Manuale di Internal Auditing.

Il Piano Triennale di Audit 2019/2021, a scorrimento annuale, individua i processi da sottoporre alle attività di audit, consulenza e follow-up in base alle priorità definite dalle Direzioni Aziendali. Si tratta comunque di una programmazione flessibile, che potrà variare in base alle mutate esigenze che si dovessero riscontrare nel tempo.

Si evidenzia come il Piano di Audit preveda anche un progetto, in sinergia con il Servizio Interaziendale Trasparenza/integrità, finalizzato alla definizione di un sistema di controlli per il settore anticorruzione. Tale progetto ha avuto inizio a partire dal mese di maggio 2019 sulla valutazione dei controlli interni: processo di vigilanza e controllo sulle farmacie.

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

### **Anticorruzione e Trasparenza**

Durante il 2018 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 2018/2020,. In adempimento della Legge Regionale n. 9/2017, art.5, nel 2018, inoltre, è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma, con deliberazioni n. 348 di AUSL e n. 401 di AOU, il nuovo Codice di Comportamento unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante. Sono inoltre continuati 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**

L'Azienda mette in campo da molti anni azioni su diversi fronti volte a favorire la qualità e la trasparenza della ricerca svolta, in linea con le politiche e le indicazioni della RER. Seguono le principali attività effettuate nel 2018 per perseguire tali obiettivi

Per quanto riguarda le attività di monitoraggio e verifica, nel 2018 sono state intensificate le attività di monitoraggio per la supervisione e la verifica della correttezza dei procedimenti seguiti negli studi avviati, anche in ottemperanza alle indicazioni regionali (nota protocollo n.36031 del 09/10/17). L'attività di monitoraggio è regolamentata dalle norme di Buona Pratica Clinica (GCP, Good clinical practice - insieme di regole che ne disciplinano la correttezza della conduzione) ed è affidata dal Direttore Generale ad un monitor aziendale accompagnato da un monitor esperto (secondo i requisiti richiesti da AIFA), dipendente di una Contract Reserch Organization (CRO, organizzazione che offre servizi di supporto alla ricerca, risorse e competenze adeguate). Il 2018 ha visto anche il proseguimento dell'attività a supporto dei ricercatori e dell'attività di formazione in merito alla diffusione delle competenze sulla metodologia della ricerca con la

sesta Edizione del Programma Formativo dedicato ai diversi aspetti chiave della realizzazione degli studi clinici. Particolare importanza ha poi rivestito l'impegno nel garantire la trasparenza della ricerca che ha portato alla pubblicazione sul sito web e sulla intranet aziendali di tutte le pubblicazioni e i progetti realizzati nel periodo 2016-2018 dalle UU.OO. e si è anche concretizzata con una prima versione dell'istruzione operativa relativa alle attività intese a favorire la pubblicazione tempestiva dei risultati degli studi conclusi.

**(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 al Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia, l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale nell'anno 2018 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 31/12/2018 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 105 unità (di cui 17 di Prima fascia, 48 di Seconda fascia e 40 Ricercatori).

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 58 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 2018 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 2018/2019 ne sono stati attivati 18.

Infine, presso il Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia di Parma si sono svolti 3 Corsi di Dottorato di Ricerca.

**(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.

Nell'esercizio della programmazione congiunta di cui all'art. 3 del Protocollo d'Intesa Regionale e mediante il ruolo del Comitato di Indirizzo Regionale di cui all'art. 4 dello stesso Protocollo, le sedi ulteriori proposte dall'Università degli Studi di Parma ed individuate dal Comitato di Indirizzo Regionale sono:

- l'U.O. "Chirurgia Generale" dell'Ospedale di Fidenza – AUSL PARMA
- l'U.O. "Servizi Psichiatrici Ospedalieri a Direzione Universitaria" – AUSL PARMA

Relativamente alle sedi summenzionate, si rileva la presenza e l'attività assistenziale svolta in forma stabile di docenti dell'Università degli Studi di Parma, a garanzia dell'integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca.

**(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 2018 rispetto a quali si è posta particolare attenzione alla qualità del trasferimento degli apprendimenti dal contesto d'aula all'esperienza di lavoro sono stati:

- Addestramento all'utilizzo delle suturatrici meccaniche con tecnologia Adaptive Firing: benefici della chirurgia mininvasiva per la qualità della vita del paziente La mindfulness per la riduzione dello stress nelle professioni sanitarie Delirium" finalizzato alla valutazione dei fattori precipitanti e predisponenti al delirio nei pazienti geriatrici e cardiologici La buona relazione con i familiari e i caregiver dei pazienti
- Le competenze dei tutor clinici nelle unità operative dedicate all'apprendimento
- La revisione della documentazione infermieristica
- 

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

### **Valorizzazione capitale umano**

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 2018 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 2018.

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.

Nel corso del 2018 si è data, inoltre, 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.

**(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 2018, 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 2018, 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 2018 ha assicurato una situazione di pareggio civilistico. E’ stata assicurata, sia nella predisposizione dei bilanci aziendali (preventivo 2018 e consuntivo 2018), 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 2018 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 2018 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 2018 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).

Nel corso del 2018 è stata garantita la partecipazione dei collaboratori aziendali ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC e l’Azienda ha assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell’implementazione e gestione del nuovo sistema, prevista per il 01/01/2020

Inoltre, è proseguito nel 2018 il governo di processi di acquisto di beni e servizi, secondo le disposizioni regionali e nazionali e sono state portate avanti le attività già avviate 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 2018, 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 2018 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, 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. 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. Durante il 2018 è stato redatto e completato il progetto esecutivo dell'opera, la cui validazione è intervenuta nei primi giorni del 2019.

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 economiche e saranno inseriti nei Piani Triennali degli investimenti compatibilmente con le risorse economiche disponibili.

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 stata effettuata nel 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 2018 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 2018, derivati dal Piano della Performance 2018-2020, 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 2018 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 "919/2018 " 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 l'individuazione avvenuta già negli anni precedenti del Responsabile Unitario dell'Accesso.

Al fine di perseguire un costante miglioramento dell'accesso, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria ha collaborato con l'Azienda USL per il popolamento della piattaforma CUPWEB con tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio. Come da richiesta regionale si è provveduto, coinvolgendo gli uffici e le risorse di entrambe le Aziende, a popolare il sistema CUPWEB con le prestazioni richieste ed è stato reso prenotabile un elenco aggiuntivo di 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di 546. In linea con l'obiettivo di continua implementazione del sistema CUPWEB regionale, nel 2018, il numero di visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso presenti nel catalogo di prestazioni prenotabili on line su CUPWEB ha raggiunto il target regionale dell'80% rispetto al numero di visite e prestazioni di diagnostica strumentale di primo accesso prenotabili agli sportelli CUP.

Sono, infine, in corso miglioramenti dell'applicativo per permettere la visibilità delle code delle urgenze differibili ed è stato, inoltre, avviato il percorso d'inserimento delle prestazioni di controllo.

#### ***Monitoraggio dei tempi di attesa***

Nel corso del 2018 sono proseguiti in modo puntuale e continuativo il monitoraggio dell'offerta e la verifica degli indici di performance 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. n. 158 del 13/09/2012. Anche nel 2018 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. Funzionali al mantenimento dei tempi di attesa sono state anche le azioni in essere sul versante del governo della domanda, in primis attraverso l'utilizzo del motore semantico per la verifica dell'appropriatezza delle richieste di prestazioni (ex DGR 704/11) e gli audit svoltisi nei Nuclei di Cure Primarie con i diversi attori del sistema (MMG e Specialisti).

### ***Prescrizione e prenotazione dei controlli***

E' stata sempre più diffusa l'indicazione della presa in carico da parte dello specialista con conseguente prescrizione dei controlli successivi e delle indagini necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto. Il numero delle prescrizioni delle visite di controllo da parte degli specialisti costituisce il 18,30 % delle prescrizioni totali di controlli. Complessivamente il numero delle prescrizioni effettuate dagli specialisti è sostanzialmente costante pari a circa n.222.787. E' notevolmente aumentato il numero di prenotazioni effettuate sui posti CUP riservati alle strutture eroganti (code presidio), nel 2017 il valore raggiunto era di n. 159.193 mentre nel 2018 è stato di n. 225.248.

### ***Sviluppo del Day Service Ambulatoriale***

Nel corso del 2018 in Azienda Ospedaliero-Universitaria è proseguita l'attività di DSA rivolta ai pazienti portatori di protesi d'anca metallo-metallo e si è consolidata l'attività di Day Service per i pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia. È stato attivato il DSA tipo 2 per pazienti ad alto rischio (profilo 3) con eredo-familiarità accertata per carcinoma mammario e/o dell'ovaio in conformità con il Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale del programma per l'identificazione e la gestione delle donne con rischio ereditario per tumore della mammella e/o dell'ovaio (nota PG2016/624685 del 22/09/2016). Si è altresì dato l'avvio al DSA 1 Bronchiectasie per l'inquadramento diagnostico in pazienti affetti da Bronchiectasie.

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

Riguardo all'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, nel 2018 l'Azienda ha proseguito e ulteriormente implementato le diverse azioni intraprese l'anno precedente per la gestione delle liste d'attesa e delle attività ad essa correlate per il raggiungimento degli obiettivi regionali.

Si riportano di seguito i dati complessivi di rispetto dei tempi massimi di attesa con particolare riferimento al periodo conclusivo dell'anno 2018, nel quale si evidenzia per i tumori selezionati un indice di performance 2018 superiore al 2017 (90,1% 2018 vs 81% 2017). Anche per le protesi d'anca e per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio si registrano indici di performance 2018 superiori a quelli 2017.

Per dare continuità al trend di miglioramento dell'indice di performance delle protesi d'anca è stato predisposto un progetto di riorganizzazione dell'area ortopedica, con distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione, che ha previsto l'aumento delle sedute operatorie dedicate alla casistica in elezione.

Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio nel 2018 si è osservato un trend in netto miglioramento da gennaio a dicembre 2018 grazie alla definizione di percorsi di collaborazione con le altre strutture sanitarie della provincia per gli interventi di riparazione di ernia inguinale e di emorroidectomia, offrendo ai pazienti una sede alternativa.

L'Azienda ha, peraltro, garantito l'intervento anche ai pazienti che hanno rifiutato tale alternativa.

		ANNO 2017	ANNO 2018	1° TRIM 2019
Tumori	N°ric	664	737	193
	%IDP	82,5	90,1	94,3
Protesi d'anca	N°ric	184	211	40
	%IDP	25,5	33,6	80
Altri interventi	N°ric	1.051	996	221
	%IDP	58,8	59,7	77,4
Totale complessivo	N°ric	1899	1944	454
	%IDP	63,9	68,4	84,8

Fonte: dati di monitoraggio prodotti dal Servizio Assistenza Ospedaliera della Regione Emilia-Romagna

### **Strategie ed azioni per il miglioramento intraprese per incrementare ulteriormente la performance**

Le **numerose decisioni strategiche** pianificate 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, hanno portato sia all'ulteriore implementazione di quelle già intraprese nel 2017 relative alla **riorganizzazione delle attività chirurgiche per linee di patologia e per distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione**, sia a un ampliamento delle soluzioni organizzative rivolte al **miglioramento gestionale** in termini di **efficienza e di efficacia delle liste d'attesa stesse**.

Di seguito le principali:

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. **Implementazione 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. **Attivazione del Punto Unico Aziendale di Prericovero (PUAP)**.  
Inoltre, nel corso del 2018 è stato formalizzato il nuovo Regolamento Aziendale per la Gestione delle Liste d'attesa per i ricoveri programmati e dal 16 luglio 2018 è attiva la funzione di Punto Unico Aziendale di Pre-Ricovero (PUAP) avente come principali attività:
  - il monitoraggio liste d'attesa informatizzate attraverso verifica del rispetto dei TdA in base alle classi di priorità per patologia;
  - i solleciti alle Unità Operative per la programmazione chirurgica dei pazienti prossimi a scadere;
  - la gestione delle sospensioni per pazienti inidonei temporaneamente;
  - l'invio delle raccomandate ai pazienti irreperibili;

- la cancellazione dei pazienti dalla lista d'attesa o conferma della permanenza in lista;
  - la prenotazione a CUP delle seconde visite di rivalutazione specialistiche per pazienti sospesi da lungo tempo;
  - il coinvolgimento del MMG per irreperibilità del paziente in situazioni di particolari criticità.
4. **Redazione del Regolamento per la Gestione delle Liste d'Attesa dei ricoveri chirurgici programmati.** Nel 2018 si è conclusa 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.
  5. **Riorganizzazione dell'area ortopedica.** La distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione, che ha previsto l'aumento delle sedute operatorie dedicate alla casistica in elezione.

Le misure organizzative sopra esposte, con particolare riferimento alla pulizia della lista d'attesa e l'incremento della produzione chirurgica, hanno portato al recupero quasi al 90% delle liste d'attesa con prenotazione antecedente al 1/1/2018, a dimostrazione dell'efficacia di quanto pianificato nel migliorare i tempi di attesa della complessiva casistica e non solo di quella oggetto di specifico monitoraggio regionale. L'obiettivo del 90% è stato completamente raggiunto a gennaio 2019 per l'oggettiva difficoltà nel reclutare pazienti da operare durante il periodo di festività natalizie.

### *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 e Centro Ustioni, in seguito alla richiesta del Direttore Sanitario alla Regione Emilia Romagna di riconoscimento della U.O.C. Chirurgia Plastica e Centro Ustioni quale Centro di Riferimento Regionale per il trattamento chirurgico della neurofibromatosi, documentando casistica e complessità chirurgica dei casi, ed essendo già riconosciuta questa Azienda come Centro di Riferimento Regionale per la fase diagnostica di tale patologia, la citata struttura è stata inserita tra i Centri di riferimento regionali nel Portale delle Malattie Rare.

#### **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.**

E' proseguita anche nel 2018 l'attenzione sia ad un'assistenza appropriata alla gravidanza e al puerperio, promuovendo l'assistenza ostetrica nell'Ambulatorio gravidanza a termine secondo la DGR 1377 e sia al percorso Basso Rischio in Sala Parto (438 parti vs 180 del 2017), in conformità alle linee guida nazionali (linee guida emanate dal MINISTERO della salute nel dicembre 2016) e regionali sul percorso nascita. Tale percorso è centrato sulla valorizzazione del ruolo dell'ostetrica nel percorso a basso rischio, nel rispetto del proprio ruolo professionale.

Anche nel 2018 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 4,41%, al di sotto della media regionale, pari al 5,59%. 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<sup>a</sup> 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.

Inoltre, sempre nell'ambito dell'appropriata assistenza al parto, nel 2018 il ricorso al taglio cesareo complessivamente è sceso al 22,9% (al di sotto quindi della media regionale), il taglio cesareo primario si è avuto nel 14,71% dei casi, a fronte di un dato atteso quale centro HUB inferiore al 25% (DM70), con una media regionale del 17,85%, mentre la percentuale di parti cesarei nella 1° classe di Robson è stata pari 6,17%, con un risultato atteso quale Centro Hub uguale o inferiore al 9,4% (media regionale 7,46%). Sul versante degli esiti perinatali il tasso di acidosi alla nascita è risultato essere del 0,4% dei nati, dato che si colloca nei range inferiori rispetto ai dati della letteratura, che riporta valori compresi tra 0,3-2%.

Da sottolineare, infine, il dato di natimortalità su 1000 neonati a termine della provincia di Parma (cui la AOU partecipa per il 60%), è del 0,33, il più basso della regione Emilia Romagna (la media RER è 1,22).

Da sottolineare, infine, il dato di natimortalità su 1000 neonati a termine della provincia di Parma (cui la AOU partecipa per il 60%), è del 0,33%, il più basso della regione Emilia Romagna (la media RER è 1,22)

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

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 in quanto non è ancora stato avviato il percorso relativo all'acquisizione di gameti per impiego in tecniche PMA eterologa. L'Azienda ha partecipato ai tavoli tecnici del gruppo di lavoro per PMA eterologa, seguendo l'intero percorso fino al convenzionamento con gli Istituti esteri autorizzati siglato dal Policlinico Sant'Orsola come Azienda capofila sottoscrittrice. E' ancora oggetto di definizione la modalità con cui, dal punto di vista amministrativo e logistico, si interfacceranno i singoli centri con il capofila Sant'Orsola o direttamente con i fornitori, per ordinativi e rifornimento ai CPMA.

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 10 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.

Dalla valutazione effettuata congiuntamente con il Coordinatore del PRP, è emerso che, nel 2018, gli obiettivi inseriti nel Piano sono stati pienamente raggiunti: nel mese di Febbraio 2019 sono state inoltrate le schede di valutazione relative alle attività svolte per i progetti previsti dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018.

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", con il supporto del Servizio Dietetico Ospedaliero che ha collaborato con i Pediatri e le Associazioni dei Malati;
- 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".

Le Aziende AOU e AUSL hanno redatto e deliberato il Piano Interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze a dimostrazione del naturale esito di una comune attenzione e consapevolezza in tal senso (Delibera N.1110 del 27/12/2018).

Il documento ha il proposito di esplicitare principi ed obiettivi di riferimento sul tema dell'equità e di individuare le condizioni organizzative favorevoli la realizzazione e la raccolta, anche sulla base di quanto già realizzato, di un patrimonio comune di pratiche, frutto di precise scelte organizzative, che possano rendere operativi tali principi ed obiettivi.

In quest'ottica, si propone di superare la frammentarietà, che spesso caratterizza le azioni volte a garantire l'equità, e la tendenza a concentrare il focus verso le diversità che assumono una maggiore evidenza sociale e che quindi attivano attenzione e risorse da parte delle organizzazioni.

La definizione di un piano dell'equità nasce quindi dall'esigenza di strutturare una strategia interaziendale che sia caratterizzata da impegno, consultazione e partecipazione, anche grazie alla costituzione di idonei ruoli e dispositivi organizzativi di cui siano chiare le finalità, il mandato, le competenze e il ruolo all'interno dell'organizzazione interaziendale e la cui composizione sia trasversale.

### **Prevenzione delle malattie infettive**

In linea con la Delibera della Giunta Regionale n. 186 del 7 febbraio 2005 "Sistema di segnalazione rapida di eventi epidemici e di eventi sentinella nelle Strutture Sanitarie", è continuato il controllo sistematico del flusso di denunce di malattie infettive, provenienti dalle singole Unità Operative e delle segnalazioni di microrganismi "sentinella" (alert organism) inviate dal laboratorio di Microbiologia, con il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- sorveglianza degli eventi infettivi, degli eventi epidemici e degli eventi sentinella
- monitoraggio delle batteriemie sostenute da MDR e diffusione della reportistica periodica con l'andamento per singola specie microbica

- prevenire/controllare la diffusione dei microrganismi, tramite la tempestiva messa in atto delle misure di controllo
- attivazione dei servizi territoriali preposti, per gli opportuni approfondimenti epidemiologiche di competenza e gli eventuali interventi preventivi post-esposizione.

Sono state presidiate le 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.

Ampio spazio è stata data all’informazione dei Professionisti, dell’Utenza e del Volontariato circa la prevenzione delle malattie infettive.

Nel corso del 2018 sono state svolte numerose attività finalizzate a sensibilizzare quanti coinvolti nei contesti di cura circa il rischio infettivo, quali:

- seminari informativi
- audit con i reparti
- inoltro semestrale a tutte le UU.OO. aziendali, dei report riepilogativi delle segnalazioni di MDR, al fine di agevolare le opportune valutazioni a carattere clinico ed epidemiologico
- approfondimenti con i reparti durante i quotidiani sopralluoghi negli stessi
- condivisione durante i sopralluoghi effettuati nei reparti di percorsi e procedure
- diffusione delle Circolari e delle indicazioni pervenute dalla Regione e dal CIO Regionale
- relazioni di approfondimento sulle informazioni pervenute dalla regione
- incontri con i neoassunti
- invio di pieghevoli e brochure informativi per l’Utenza
- distribuzione di poster nei contesti assistenziali.

E’ stato dato seguito agli obiettivi del Piano della Prevenzione 2016-2018 ed alla DGR 318/2013 “Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie per la gestione del rischio infettivo: Infezioni Correlate all’Assistenza e uso responsabile degli antibiotici”.

Tra le attività che vale la pena ricordare:

Sicurezza Ambientale Sale Operatorie e Ambulatori Chirurgici: in tutte le Sale Operatorie e gli Ambulatori Chirurgici aziendali è stata effettuata la valutazione annuale delle condizioni particellari e microbiologiche di aria e superfici, al fine di classificare gli ambienti sulla base delle Normative di riferimento.

I monitoraggi ambientali sono stati eseguiti in condizioni di “at rest”, cioè con i locali vuoti, ma pronti per essere utilizzati, in concomitanza con il cambio annuale dei filtri assoluti dell’impianto VCCC e l’esecuzione di interventi di manutenzione strutturale.

Al termine di ogni monitoraggio si è provveduto a:

- trasmettere gli esiti di classificazione ISO a tutte le UU.OO./Servizi interessati
- archiviare i dati su specifico data base aziendale
- definire eventuali azioni di miglioramento a carico dei soggetti istituzionali coinvolti.

Nel corso del 2018 sono stati verificati n. 50 locali, di cui n. 32 Sale Operatorie in 13 Comparti Operatori, n. 2 Sale Angiografiche, n. 3 Sale Cardiologia Interventistica, n. 10 Ambulatori Chirurgici, n. 1 Ambulatorio endoscopia urologica, n. 2 Ambulatorio endoscopia toracica, tramite lo svolgimento di n. 55 monitoraggi particellari e n. 60 monitoraggi microbiologici, per un totale di 115 verifiche: 103 monitoraggi programmati e 12 straordinari/urgenti.

Tutti gli ambienti sono stati classificati conformemente a quanto previsto dalle Norme, ciascuno in funzione della tipologia di attività assistenziale svolta.

### Sicurezza Ambientale Camere Bianche E Laboratori di Lavorazione e Manipolazione Cellule e Tessuti Umani:

nel corso dell'anno, in linea con quanto previsto dalle GMP Annex-1 2008, in ottemperanza alla legislazione in vigore per ogni area, sono stati verificati con cadenza semestrale i locali adibiti a "camera bianca" o a laboratorio di lavorazione cellule e tessuti umani, comprese le cappe/isolatori ivi presenti:

- Laboratorio Cellule Staminali: n. 4 locali e n. 1 cappa.
- Locale Preparazione Parenterali della Terapia Intensiva Neonatale: n. 1 ambiente e n.1 cappa.
- Unità di Manipolazione Chemioterapici Antiblastici (UMaCA): n. 10 locali e n. 5 cappe.
- Centro Procreazione Medicalmente Assistita: n. 6 locali e n. 3 cappe.
- Centrali di Sterilizzazione: n. 1 ambiente
- Radiofarmacia Medicina Nucleare: n. 5 locali, n. 2 isolatori e n. 1 cappa

Per valutare adeguatamente tutti gli aspetti, in linea con le prescrizioni Normative, i monitoraggi sono stati svolti sia in condizioni "at rest", cioè con i locali pronti per essere utilizzati, ma in assenza di personale, che in "operational", cioè con i locali in attività o, in alcuni casi, in attività simulata.

Nel corso del 2018 sono stati monitorati 54 ambienti e n. 28 cappe/isolatori a flusso unidirezionale, per un totale di n. 84 monitoraggi particellari e n. 94 monitoraggi microbiologici: tutti gli ambienti sono stati classificati conformemente a quanto previsto dalle Normative vigenti in funzione della tipologia di attività assistenziale svolta.

Tutte le UU.OO. e gli stakeholder sono stati puntualmente informati degli esiti di ciascun monitoraggio e delle azioni di miglioramento da attuare.

Controlli di Qualità dell'acqua destinata ai Trattamenti Dialitici: anche per l'anno 2018 è stata svolta in modo puntuale la valutazione periodica della qualità dell'acqua destinata ai trattamenti dialitici su tutto il percorso di produzione della stessa, con il coinvolgimento della Università degli Studi di Parma e dell'ARPA di Reggio-Emilia.

Gli esiti hanno evidenziato che tutti i parametri chimici e microbiologici dell'acqua sono conformi ai valori soglia indicati dal S.I.N. 2005 e non vi sono evidenze di eventi avversi sui pazienti sottoposti a emodialisi correlabili a livelli qualitativi non idonei del dialisato.

Il programma e la realizzazione dei monitoraggi sono stati realizzati con scadenza annuale anche sulla scorta di eventuali non conformità e delle conseguenti azioni di miglioramento da porre in atto. Tutti i documenti sono puntualmente inoltrati a tutte alle Strutture Organizzative interessate e, per agevolarne la consultazione, sono inseriti sullo specifico sito WEB della Intranet Aziendale. Annualmente viene prodotto un Report che è inoltrato a tutte le UU.OO. coinvolte ed agli stakeholder.

Prevenzione E Controllo Della Legionellosi: nel corso del 2018 non si è verificato alcun caso di legionellosi di origine nosocomiale, a dimostrazione che le attività di prevenzione e controllo sono state adeguate.

La tematica è affrontata a 360°, in modo multidisciplinare e multiprofessionale, intervenendo in diversi ambiti: clinico, assistenziale, igienistico-ambientale e tecnico ed organizzativo. Con cadenza semestrale si è riunito il Coordinamento del Gruppo Multidisciplinare Gestione Rischio Legionella Aziendale.

Nel corso dell'anno sono state verificate e, laddove necessario, implementate le seguenti azioni:

- **Corretta gestione delle procedure clinico-assistenziali** che possono aumentare il rischio (aerosolterapia, ossigeno terapia, ecc.).
- **Disinfezione e sterilizzazione dopo l'uso di tutte le attrezzature** per l'assistenza respiratoria oppure uso di materiali monouso sterili;
- **Esecuzione di test diagnostici** (coltura dell'escreato, ricerca dell'antigene di Legionella nell'urina) **su tutti i soggetti ricoverati per polmonite**, al fine di individuare precocemente eventuali casi: la



Sorveglianza effettuata ha evidenziato **n. 58 casi** sospetti/accertati di polmonite da Legionella, **tutti di origine comunitaria** e puntualmente segnalati al competente SIP di Parma.

- **Monitoraggio periodico della contaminazione microbica degli impianti:** nel corso del 2018 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. In totale sono stati effettuati n. 306 campionamenti su acqua calda, n. 46 su acqua fredda e n. 7 sulle torri evaporative.
- **Controllo delle temperature dell'acqua:** acqua calda sopra ai 50°C ed acqua fredda sotto ai 20°C.
- **Impiego di trattamenti biocidi** volti ad ostacolare la crescita di alghe, protozoi e altri batteri che possono costituire nutrimento per la legionella.
- **Vigilanza sulle attività di manutenzione periodica degli impianti idrici** da parte del Gestore degli stessi.
- **Flussaggio quotidiano di tutti i terminali idrici**, con particolare riguardo a quelli dedicati ad attività sanitaria (camere di degenza anche non occupate, servizi igienici, punti lavaggio mani, medicazioni, ambulatori, ecc.), al fine di favorire il ricircolo dell'acqua nell'impianto idrico ed evitare il ristagno della stessa all'interno delle tubature. È proseguita l'incentivazione al flussaggio, così come la gestione dei casi di non conformità e l'individuazione di azioni di miglioramento.
- **Decalcificazione, disinfezione e sostituzione all'occorrenza, dei frangiflusso** di tutti i miscelatori e soffioni/diffusori per doccia, in modo da evitare la formazione di incrostazioni di calcare, che possono favorire la colonizzazione microbica dei rubinetti.
- **Impiego continuativo dei filtri antibatterici per terminale idrico**, ove necessari da DVR: è regolarmente proseguito il coordinamento e controllo delle attività relative al cottimo fiduciario per la fornitura, l'installazione e la gestione dei filtri monouso antibatterici per terminali idrici, installati su n. 578 punti delle UU.OO. aziendali valutate a maggior rischio.
- **Revisione del documento aziendale di valutazione del rischio, secondo la metodologia** predisposta dalla RER: terminata la valutazione relativa agli aspetti clinico-assistenziali, in corso la valutazione tecnico-impiantistica di competenza SAT

Annualmente viene prodotto un Report che è inoltrato a tutte le UU.OO. coinvolte ed agli stakeholder.

Igiene Delle Mani: nell'ambito della Campagna mondiale promossa dall'OMS per la Sicurezza del Paziente, che include anche il Progetto "Cure pulite sono cure più sicure", anche in AOUPR è stato avviato un percorso per promuovere e mantenere viva l'attenzione dei Professionisti, a tutti i livelli ed in tutti i contesti di cura, sulla corretta adesione all'igiene delle mani.

Nell'anno 2018 è stato implementato, grazie anche ad una risorsa dedicata, il Progetto Igiene delle Mani, che ha visto la realizzazione diverse iniziative:

- **Scheda autocontrollo igiene delle mani:** compilazione trimestrale di specifica "Scheda autocontrollo igiene delle mani", volta ad analizzare le componenti gestionali ed organizzative legate all'Igiene delle mani e la conseguente individuazione dei problemi chiave che necessitano di attenzione e miglioramento. La Scheda è compilata dai Preposti di UO, che verificano il livello di compliance della stessa sulla pratica di igiene delle mani. Copia della stessa è trasmessa all'UOC Igiene Ospedaliera per le valutazioni di competenza e l'analisi delle azioni di miglioramento da mettere in campo a livello aziendale.

- **Sopralluoghi mirati all'interno di tutte le strutture aziendali** per la verifica degli aspetti logistico-organizzativi legati all'Igiene delle mani.
- **Audit Osservazionali** presso le Terapie Intensive e le aree pediatriche: il raffronto delle rilevazioni condotte negli anni, evidenzia un netto incremento dell'adesione a tale procedura.
- **Sorveglianza dei dati di consumo di gel idroalcolico:** negli anni vi è stato un costante aumento dei consumi di gel, senza mai raggiungere appieno l'indicatore individuato dalla RER di 20L/1000 gg degenza, ma nel 2018, grazie all'intensificazione delle attività di promozione, l'AOUPR ha complessivamente raggiunto l'obiettivo, con un consumo totale di 30,7 litri/1000 gg di degenza.
- **Diffusione a livello aziendale di tutta la documentazione** sul tema Igiene delle Mani anche tramite la pagina Intranet dell'UOC Igiene Ospedaliera UU.OO.

Sistema di Sorveglianza MDR ed 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 2018, 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 2800, di cui circa il 12% riguardava isolamenti di Enterobatteri produttori di carbapenemasi.

Nel rispetto delle indicazioni del Ministero della salute, è proseguita la rilevazione sistematica di tutte le batteriemie segnalate dal Laboratorio di Microbiologia, sostenute 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 stesso.

A ciascuna UU.OO/SSD è stato garantito un puntuale ritorno informativo dei dati, con reportistica personalizzata circa l'andamento dei "casi" osservati delle singole specie microbiche e delle batteriemie. I dati confermano ancora una forte predominanza degli enterobatteri produttori di betalattamasi (ESBL) e, anche in questo caso, la tendenza all'aumento delle batteriemie sostenute da CPE.

Il flusso informativo prevede:

- **UOC Microbiologia:** identifica la specie microbica ed invia il referto (oltre all'antibiogramma, è evidenziata l'eventuale resistenza agli antibiotici - es.: ESBL, VRE, MRSA); invia la segnalazione di "alert-organism" al Direttore della UO coinvolta e al Direttore della UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico Sanitaria
- **Unità Operativa:** dispone l'adozione delle misure igienico-preventive e verifica che le stesse siano mantenute a tutti i livelli; cura il passaggio dell'informativa ai reparti di trasferimento, ove il paziente non sia più presente; effettua il monitoraggio interno delle segnalazioni pervenute.
- **UOC Igiene Ospedaliera e Medicina Preventiva:** aggiorna e cura il data entry delle segnalazioni; supporta le UU.OO/SSD per i casi di particolare rilevanza e/o valutazione di ulteriori indagini microbiologiche; effettua controlli sulle cartelle cliniche dei pazienti con riscontro positivo su sangue; analizza ed elabora i dati realizzando reportistica periodica destinata alle UU.OO./Servizi; segnala microrganismi con profili di resistenza inusuale utilizzando la piattaforma SISEPS/SMI.

Durante l'anno 2018, la nostra Azienda, è stato dato seguito 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 ha dato precise indicazioni per portare a sistema i due flussi informativi, fino ad allora separati, integrando i contenuti con la nuova SDO.

Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico (SICHER): 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 prevede la sorveglianza dei pazienti sottoposti ad una delle categorie di intervento proposta dall'NHSN statunitense, che raggruppa procedure chirurgicamente simili.

Il flusso prevede:

- **UU.OO/SSD Chirurgie Generali e Specialistiche**: registrazione dei dati sui controlli della ferita e successiva chiusura delle schede terminato il periodo di follow-up (30 giorni interventi non protesici / 90 giorni interventi protesici), tramite l'applicativo Ormaweb sezione "Sorveglianza Infezioni".
- **UOC Igiene Ospedaliera, Medicina Preventiva e Sicurezza Igienico-Sanitaria**: definisce gli aspetti organizzativi, svolge attività di coordinamento/tutoraggio, effettua il controllo delle schede e i controlli di qualità sui dati (verifica cartelle cliniche, incrocio con altri dati provenienti da altri flussi (SDO, LAB, MDR, ecc.), analizza e diffonde la reportistica periodica.
- **Servizio Informativo Aziendale**: estrae i dati a cadenza semestrale e li invia in Regione tramite caricamento nel rispetto delle tempistiche previsti. E' referente per l'eventuale recupero delle informazioni su schede con errori/dati mancanti inviate dalla Regione.
- **ASSR-RER**: svolge attività di coordinamento delle Aziende Sanitarie, cura ed invia la reportistica periodica alle singole aziende. I dati in forma aggregata vengono inviati al Sistema Nazionale di Sorveglianza delle Infezioni del Sito chirurgico (SNICH), coordinato dal CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) del Ministero della Salute e, successivamente, all'ECDC (*European Centre for Diseases Prevention and Control*) per alimentare il sistema di sorveglianza europeo.

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 ripetutamente e puntualmente informate riguardo l'assoluta necessità del monitoraggio sistematico delle infezioni associate all'atto chirurgico. L'attività di controllo dei dati caricati sul 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.

Il livello complessivo di adesione, in alcune UU.OO. chirurgiche è stato apprezzabile solo in alcuni contesti, mentre nelle restanti unità operative l'adesione è stata decisamente insoddisfacente .

Nell'anno 2018 (primo semestre) sorvegliati 2105 procedure, copertura 38.3%. La sorveglianza degli interventi 2018 è terminata lo scorso 31 marzo 2019. I dati sono in fase di controllo e verranno inviati in RER entro il 1° semestre 2019. I tassi di infezione rilevati per specifica categoria di intervento sono risultati sostanzialmente in linea con quelli attesi a livello regionale.

#### Servizio Sociale Ospedaliero

Nel corso del 2018, il Servizio Sociale Ospedaliero ha presidiato i seguenti aspetti:

- Implementazione delle Dimissioni Difficili sia in termini di accuratezza che di tempestività, interfacciandosi con i competenti Servizi Comunali Creare e migliorare percorsi per intercettare precocemente le criticità legate al ritorno a domicilio dei singoli pazienti e della loro rete parentale.

- Partecipazione al Progetto Aziendale relativo al Punto Unico di il Punto Unico di Dimissione, occupandosi di percorsi personalizzati per pazienti con vulnerabilità e fragilità sociale
- Interazione con le Associazioni di Volontariato per individuare in maniera proattiva le esigenze dei pazienti ad elevata fragilità

### **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 un' 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 di II livello.

#### *Screening tumore mammella*

Con riferimento al tumore della 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 a 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**

Il 2018 nell'area integrata delle emergenze ha visto l'implementazione di diversi progetti tra cui il completamento del percorso di omogeneizzazione dei protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali. Inoltre, a partire dal mese di ottobre 2018 è stata realizzata la formazione di 10 infermieri della CO 118 Emilia Ovest presso la CO118 Emilia Est con l'obiettivo di assicurare la continuità dei Servizi 118 nella fase di ricezione delle richieste di soccorso provenienti dai territori di Bologna, Modena e Ferrara. È stata pianificata la formazione di ulteriori infermieri entro il primo e il secondo semestre 2019.

Nell'ottica delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity, la C.O. 118 Emilia Ovest ha a sua volta garantito, la formazione del personale infermieristico proveniente dalla C.O. 118 Emilia Est (Bologna). (vicariamento della C.O. 118 in caso di disaster recovery/business continuity).

In merito alla garanzia della continuità del servizio di elisoccorso notturno è stato poi garantito il supporto tecnico organizzativo per l'avvio e il consolidamento del progetto regionale di elisoccorso notturno attraverso sia la presenza di personale infermieristico di CO118 Emilia Ovest per l'attività HEMS notturna, sia la pianificazione e realizzazione delle attività di ricognizione e censimento dei siti per le operazioni HEMS notturne con tecnologia NVG individuate nelle province di Parma, Reggio Emilia e Piacenza.

Infine, si è consolidata la mappatura dei defibrillatori semi-automatici legata al progetto “118 DAE ER” con il raggiungimento dell’obiettivo del 100% dei defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all’interno del registro informatizzato.

#### Area Produzione - Prevenzione: indicatori

Indicatore	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
Copertura vaccinale antinfluenzale negli operatori sanitari	14		miglioramento	>34%*

\* In attesa dato consolidato su insider

La copertura vaccinale per la Sindrome Influenzale ha raggiunto la percentuale del 35% grazie anche agli Operatori che hanno effettuato fuori dall’Ospedale la vaccinazione a seguito del ritardo nella consegna dei vaccini alle aziende.

#### Area Accesso e domanda: indicatori

Indicatore	Valore Aziendale 2017	Valore RER 2018	Risultato aziendale atteso 2018	Risultato raggiunto 2018
% abbandoni dal Pronto Soccorso	3,99	5,05	consolidamento	<b>4,14</b>
% di pazienti registrati al PS con codice giallo e visitati entro 30 minuti	90,63	69,02	consolidamento	<b>87,68</b>
% di pazienti registrati al PS con codice verde e visitati entro 1 ora	61,1	60,24	consolidamento	<b>56,59</b>
Tempi di attesa retrospettivi per tumori selezionati: %. casi entro i 30 gg	81,33	88,36	miglioramento	<b>90,09</b>
Tempi di attesa retrospettivi per protesi d'anca: %. casi entro i 180 gg	25,54	89,45	miglioramento	<b>33,65</b>
Tempi di attesa retrospettivi per le altre prestazioni monitorate: %. casi entro la classe di priorità assegnata	56,33	80,72	miglioramento	<b>59,74</b>

Gli indicatori relativi al Pronto Soccorso (% di abbandono e tempi d’attesa) sono rimasti sostanzialmente stabili nel 2018. La lieve flessione, che non ha portato a valori significativamente differenti dalla media regionale, è per lo più correlata all’andamento epidemiologico della stagione influenzale 2017-2018 che, pur non determinando un significativo aumento di accessi nell’anno ha avuto un importante impatto sul sovraffollamento in Pronto Soccorso per la maggior complessità dei pazienti trattati. Per questo motivo l’Azienda ha aggiornato il proprio Piano per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (stagione 2018-2019) introducendo misure e risorse più stabili e qualificate rispetto alla versione precedente.

Il miglioramento degli indici di performance relativi ai tempi d’attesa per i ricoveri chirurgici programmati è già stato evidenziato nel paragrafo corrispondente.

## 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 lo STAM esiste una procedura interaziendale tra i Centri HUB e Spoke di riferimento (Parma, Fidenza e Piacenza) che ha definito i criteri per l'attivazione dello trasporto in utero dal centro Spoke al centro Hub di Parma secondo i criteri della DGR 1603/2013. Non si sono registrate problematiche particolari relativamente agli STAM, con 42 trasferimenti di pazienti gravide provenienti da altri ospedali. E' stato eseguito un audit clinico con anche i professionisti degli Spoke in data 28 novembre 2018, sono stati dati alcuni suggerimenti che sono stati considerati migliorativi del PDTA e che sono quindi stati accettati.

Per quanto riguarda lo STEN, anche nel 2018 ci sono stati 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; in particolare, sono stati analizzate le modalità di attivazione del servizio, la preparazione dello zaino, l'equipaggiamento dell'incubatrice da trasporto e annesso respiratore, la predisposizione della cartella di trasporto e il ripristino dei materiali utilizzati durante il trasporto.

Sono stati ridefiniti i criteri di attivazione dello STEN da parte degli Spoke, in particolare per lo Spoke di Piacenza, che è dotato di una Unità Operativa Complessa di Neonatologia e Pediatria che è quindi in grado di gestire la patologia del neonato meno complessa. E' in corso di revisione la procedura interaziendale deliberata il 30/12/2016.

La rete STEN per le Province di Parma e Piacenza è al momento in fase di completamento, per l'adeguamento da parte dell'AOU di Parma del personale medico neonatologo dedicato, con particolare expertise nelle cure intensive neonatali, condizione necessaria per l'effettuazione del trasporto neonatale in emergenza.

#### **IVG**

Nel 2018, 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 194/78, il dato dell'anno 2018 relativo alla percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale delle IVG chirurgiche, pari al 30%, presenta un netto miglioramento rispetto all'anno precedente (38,7%).

#### **Dimissioni protette in pazienti fragili – Piano unico di Dimissione**

La Direzione aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Parma ha posto particolare attenzione alle problematiche inerenti la "cronicità", la continuità delle cure e le difficoltà alla dimissione dalla struttura ospedaliera verso il territorio, dando mandato, già a fine 2017, a un gruppo di lavoro aziendale di effettuare un'analisi sulle criticità legate alla dimissibilità dei pazienti dall'ospedale. In particolare, è stata esaminata la difficoltà dei reparti ospedalieri ad intercettare precocemente le problematiche potenzialmente causa di allungamento dei tempi di degenza ospedaliera, cui il gruppo di lavoro ha risposto proponendo soluzioni

organizzative innovative, volte a realizzare la progettazione con il paziente o con i famigliari del percorso di dimissione in tempi appropriati, attivando correttamente i servizi territoriali e definendo con loro la programmazione della presa in carico, quando prevista. È stata, dunque, evidenziata la necessità per il paziente di avere un riferimento unico per la programmazione del percorso di continuità e dell'uscita dall'ospedale, che sia informato sui problemi di tipo sanitario ma anche sociale, che sia in connessione con la rete dei servizi del territorio e che segua il paziente nel processo di dimissione.

Già a metà 2018 il gruppo di lavoro è diventato interaziendale e ha sviluppato ulteriormente il progetto, infine denominato "GESTIONE INTEGRATA INTERAZIENDALE DELLE DIMISSIONI DIFFICILI E DELLE DIMISSIONI PROTETTE IN PROVINCIA DI PARMA", che prevede l'istituzione del Punto Unico di Dimissione (PUD) in AOU che si interfaccia con i Punti Unici di Accesso distrettuali, al fine di una presa in carico il più precoce possibile e congiunta, delle situazioni che comportano una difficoltà alla dimissione. Il progetto è stato presentato e approvato dalle due Direzioni Aziendali, dal Collegio di Direzione e dalle rappresentanze Sindacali ed è stato formalizzato con deliberazione del Direttore Generale n. 440 del 30/04/2019. Si prevede l'attivazione del PUD in AOU entro settembre 2019.

Sempre nell'ambito della continuità assistenziale, l'AOU di Parma, a far tempo dal mese di dicembre 2018, a seguito di accordi con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e gli Enti gestori di due Case Residenza Anziani (CRA) dei Distretti di Parma e Sud-Est, ha avviato la funzione di Unità Mobile Multidisciplinare (UMM), modello innovativo che prevede un'attività di consulenza specialistica sul territorio da parte dei professionisti dell'U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, qualificati per l'assistenza e la cura del paziente anziano polipatologico, finalizzata a ridurre gli accessi inappropriati degli ospiti di Case Residenti Anziani in Pronto Soccorso e, quando necessario, garantire la presa in carico diretta, senza gravare sul Pronto Soccorso, presso le degenze ordinarie del Dipartimento Medico-Geriatico Riabilitativo.

I risultati dei primi tre mesi di sperimentazione hanno dimostrato l'efficacia di tale attività nel prevenire accessi impropri in Pronto Soccorso e confermano la necessità di proseguire nell'estendere progressivamente tale modello ad un bacino di popolazione più ampio all'interno dei due Distretti di riferimento.

### *Area Integrazione: indicatori*

Indicatore	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
% re-ricovero in ospedale entro 30 giorni dalla dimissione dall'OSCO	10,23	8,14	miglioramento	<b>11,3</b>
% di IVG chirurgiche con un'attesa superiore alle 2 settimane	38,78	25,64	miglioramento	<b>30</b>

### **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	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
Infarto miocardico acuto : mortalità a 30 giorni	8,18	8,98	consolidamento	7,34
Infarto miocardico acuto : % trattati con PTCA entro 2 giorni	36,33	44,78	miglioramento	40,1
Scadenza cardiaca congestizia : mortalità a 30 giorni	7,48	11,86	consolidamento	7,22
Bypass aortocoronarico : mortalità a 30 giorni	1,85	1,51	miglioramento	1,6
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache : mortalità a 30 giorni	1,92	1,68	consolidamento	2,85
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale : mortalità a 30 giorni	1,31	1,24	consolidamento	1,43
Ictus ischemico : mortalità a 30 giorni	11,29	10,09	miglioramento	9,69
Intervento chirurgico per T cerebrale : mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	1,87	1,88	miglioramento	0,94
BPCO riacutizzata : mortalità a 30 giorni	8,88	10,03	consolidamento	7,85
Colecistectomia laparoscopica : % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	76,78	82,43	miglioramento	68,54
Colecistectomia laparoscopica : % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	97,23	82,4	consolidamento	97,52
Intervento chirurgico per TM mammella : % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	98,31	89,07	consolidamento	99,53
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	3,38	6,47	consolidamento	5,22
Intervento chirurgico per TM al polmone: mortalità a 30 giorni	1,25	0,78	miglioramento	0,81
Intervento chirurgico per TM allo stomaco: mortalità a 30 giorni	6,92	5,08	miglioramento	5,43
Intervento chirurgico per TM al colon: mortalità a 30 giorni	5,04	3,61	miglioramento	4,61
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	18,92	17,47	miglioramento	14,71
Parti naturali : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,07	0,94	miglioramento	0,78
Parti cesarei : proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	1,04	1,24	miglioramento	0,94
Frattura del collo del femore : intervento chirurgico effettuato entro 2 giorni	75,19	71,36	miglioramento	52,03
Frattura della tibia e perone : tempi di attesa per intervento chirurgico	4	2	miglioramento	6



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, neurologica, neurochirurgica e ostetrico-ginecologica.

Gli indicatori relativi all'area chirurgica, con particolare riferimento ad alcuni indici di mortalità, pur rimanendo lievemente superiori alla media regionale hanno registrato un miglioramento rispetto al 2017. Gli indicatori relativi al rispetto dei tempi d'attesa, invece hanno registrato alcune criticità. Va comunque considerato che per quanto riguarda gli indici di mortalità essi sono condizionati dall'incidenza di alcuni fattori critici (es. scarso campione di riferimento, età, regime di ricovero, complessità ecc).

Alla luce del significativo peggioramento della performance dell'indicatore "interventi per frattura di femore entro 48 ore" Come previsto per questa tipologia di indicatori di volume ed esito, il Direttore Sanitario ha dato mandato ad apposito gruppo di lavoro di condurre un audit clinico al fine di:

- Verificare caso per caso i ricoveri per i quali lo standard non è stato rispettato;
- Individuare le eventuali motivazioni legate all'organizzazione della U.O.C. Clinica Ortopedica e delle UU.OO. interessate al fine di implementare azioni di miglioramento;
- Verificare la corretta codifica e ricorrere alla modifica della SDO per i casi con codifica non aderente a quanto documentato in cartella clinica;
- Individuare le eventuali motivazioni cliniche e formulare proposte di nuovi criteri di esclusione per il calcolo dell'indicatore. L'analisi dei dati e delle cartelle cliniche di anziani con fratture di femore, condotte nel 2018, hanno permesso di evidenziare che, per circa il 50% dei casi analizzati, è stata documentata in cartella una motivazione clinica che ha reso il paziente temporaneamente inidoneo all'intervento chirurgico.

L'audit ha evidenziato inoltre alcune motivazioni cliniche che, a parere del gruppo di lavoro, dovrebbero essere valutate quali possibili criteri di esclusione nel calcolo dell'indicatore:

- Ricovero in reparto internistico o in terapia intensiva come reparto di accettazione
- Diabete in terapia con metformina
- Fratture che richiedono l'applicazione di un fissatore esterno

Resta una quota significativa di interventi il cui ritardo superiore alle 48 ore è da attribuire a motivazioni di tipo organizzativo. L'analisi della casistica stratificata per giorno della settimana confermato che le misure poste in essere nell'ambito del Progetto di riorganizzazione della Clinica Ortopedica (formalizzato a dicembre 2018) sono coerenti con le criticità organizzative riscontrate:

- Incremento delle sedute operatorie di traumatologia nei giorni prossimi ai week-end:
  - Una seduta traumatologica ulteriore al lunedì e una seduta ulteriore al venerdì;
  - Attivazione di una seduta operatoria di traumatologia al sabato mattina;
- Attivazione della 4° sala del C.O. Ortopedia a far tempo da aprile 2019

Rispetto ad altri indicatori, di volume ed esito, con criticità evidenti l'Azienda ha avviato altri audit clinici per approfondire le dinamiche alla base del risultato raggiunto.

## b) Dimensione di performance dei processi interni

### i. Area di performance della produzione

#### *Riordino dell'assistenza ospedaliera*

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

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

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

- 1) Ampliamento delle postazioni d'accesso al PACS di Piacenza per la trasmissione delle immagini (rete Stroke e rete SIAT)
- 2) Aggiornamento della composizione e ripresa delle attività della **Commissione SIAT di area vasta** per il "Monitoraggio dell'assistenza al trauma Grave" e per l'aggiornamento del documento condiviso sui criteri e standard della rete regionale per l'assistenza al trauma grave, con particolare riferimento ai di centralizzazione dei pazienti con trauma grave e al mantenimento degli standard del DM 70 e della DGR 2040/2015.

#### **Assistenza oncologica – Sviluppo della rete clinico-organizzativa e nuovo Polo oncologico**

La creazione di un Polo Oncologico Integrato presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma risponde all'esigenza di rinnovare le risorse strutturali, impiantistiche ma anche e soprattutto tecnologiche disponibili alla luce dei quadri epidemiologici delle patologie oncologiche e della necessità di inquadrare tali risorse in aree omogenee per profili di cura garantendo all'utente una continuità del percorso clinico assistenziale.

Il Polo oncologico integrato è stato progettato perseguendo l'idea di una struttura operativa ispirata a criteri volti a garantire in primis la qualità clinico assistenziale offrendo **cure progressive** e **cure personalizzate**. I criteri ispiratori sono i seguenti:

- **Umanizzazione:** il paziente deve essere posto in un ambiente a misura d'uomo, sicuro e confortevole, in cui sia garantita la privacy; deve essere informato e guidato; deve avere la possibilità di ricevere le visite di parenti e amici;
- **Urbanità:** il Polo Oncologico Integrato non può essere avulso dal centro cittadino, ma piuttosto diventare un prolungamento della città, nell'ottica dell'"ospedale aperto";
- **Socialità:** all'interno del Polo Oncologico Integrato si rafforzano valori quali solidarietà, senso di appartenenza e interdipendenza;
- **Organizzazione:** Elevata efficacia della diagnosi, della terapia e della riabilitazione, oltre ad un diffuso senso del benessere all'interno del Polo Oncologico Integrato;
- **Interattività:** Il percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale si costituisce nella massima integrazione delle differenti componenti del sistema sanitario, secondo una logica di continuum assistenziale patient-centered;
- **Appropriatezza:** Le cure devono rispondere alle reali esigenze del malato garantendo il più appropriato setting erogativo modulato sul singolo caso clinico, sulla tipologia di paziente e in rispetto delle normative ed indicazioni nazionali e regionali, nonché di linee guida e evidenze scientifiche riconosciute;

- **Affidabilità:** da questo principio, che contempla la capacità diagnostico terapeutica, la sicurezza ambientale, tecnico-costruttiva, impiantistica e igienica, dipendono la tranquillità e la fiducia verso il Polo Oncologico Integrato;
- **Innovazione:** Il Polo Oncologico Integrato deve essere flessibile, pronto a cambiare a seconda delle esigenze sotto tutti i punti di vista: epidemiologico, terapeutico, tecnologico, organizzativo e formale;
- **Ricerca:** Il Polo Oncologico Integrato deve essere centro di ricerca clinico-scientifica che, favorendo il continuo aggiornamento e adeguamento alle ultime novità, con le conseguenti ricadute pratiche assistenziali;
- **Formazione:** il Polo Oncologico Integrato deve essere un luogo di aggiornamento continuo, professionale e culturale, per medici interni ed esterni, infermieri, tecnici e per i Professionisti che si occupino di aspetti gestionali.

In previsione del Polo Oncologico Integrato, un primo risultato del 2018 è rappresentato dal superamento della vecchia sede del Day Hospital Oncologico e trasferimento delle attività presso il piano rialzato del Padiglione Cattani oggetto di un'importante ristrutturazione volta a garantire logistica funzionale ed accogliente. Nel 2018 si è concluso il progetto esecutivo che porterà alla creazione del Centro Oncologico di Parma, un'unica struttura nuova e funzionale che riunirà tutti i reparti di area oncologica. Si prevede l'aggiudicazione dei lavori per fine 2019.

#### **Materno Infantile - Percorso Nascita**

Nel 2018 presso l'AOU di Parma vi sono stati 2595 parti\* (fonte database interno), con nati 2661, in lievissima riduzione rispetto allo scorso anno, ma considerato il dato relativo alla importante riduzione della natalità nella regione Emilia Romagna, il dato è da ritenersi positivo.

A seguito dell'approvazione dei nuovi LEA, è stato istituito un gruppo di lavoro interaziendale che in accordo alla normativa introdotta ha riformulato i criteri dell'accesso alla diagnosi prenatale invasiva presso l'azienda ospedaliera universitaria di Parma, ha potenziato l'offerta dello screening per le anomalie cromosomiche in modo da poter soddisfare tutte le donne gravide di Parma e provincia che lo richiedono. Il lavoro di riorganizzazione dei percorsi di screening e diagnosi prenatale delle anomalie cromosomiche svolto ha portato all'elaborazione di un documento, interaziendale, contenente le modalità operative.

Pur essendo quella dei corsi di accompagnamento alla nascita, un'attività garantita dalla sanità territoriale (consultori), l'AOU ha partecipato all'offerta provinciale provvedendo all'organizzazione di un corso al mese, soprattutto per le primipare. Ogni corso è costituito da 8 incontri pre-nascita e un incontro post-nascita.

#### ***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 2018 è stato ulteriormente consolidato il percorso tecnologico per garantire la completa l'interoperabilità (Disaster Recovery) tra le Centrali Operative attraverso l'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 2018 la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest ha continuato 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 C.O. 118 di Romagna: in questa occasione la Centrale Operativa 118 Emilia Ovest ha coadiuvato le funzioni di vicariamento della C.O. 118 Romagna attraverso l'invio di infermieri presso la C.O. 118 Emilia Est con sede a Bologna.

Anche la presenza degli Infermieri della C.O. 118 Emilia Ovest per la copertura dei turni dell'Eliambulanza notturna di Bologna ha contribuito al percorso più ampio dell'interoperabilità intesa come conoscenza e familiarizzazione per l'impiego da parte delle C.O. 118 della RER del mezzo di soccorso notturno a copertura di tutta la Regione.

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.

## *Altri obiettivi*

### **Riorganizzazione area chirurgica**

Il processo di riorganizzazione dell'area chirurgica nasce dalla volontà di far convergere esigenze differenti quali la continuità di presa in carico attraverso i percorsi e la ricerca dell'efficienza del complesso sistema produttivo pubblico con la valorizzazione dell'alta specialità tecnica di un centro HUB universitario e il riconoscimento di capacità e legittime vocazioni dei Professionisti.

L'intero progetto si articola in fasi in ognuna delle quali sono stati introdotti specifici elementi di novità che hanno come minimo comune denominatore la valorizzazione della programmazione, intesa come atto organizzativo complessivo di tutti i processi e setting che si muovono attorno all'intervento chirurgico e si è deciso di incaricare i Clinici della programmazione stessa. Tale attività di programmazione si è sviluppata e continua ad avere come riferimento tre cornici di sviluppo:

1) **i percorsi:** la riorganizzazione delle attività chirurgiche è rivolta alla creazione di un vero e proprio sistema provinciale integrato in grado di portare ai massimi livelli l'integrazione operativa tra i "settori di produzione" delle prestazioni chirurgiche, ponendo in primo piano le basi di relazione con i Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL ed impostando quindi anche le modalità di relazione con il privato accreditato. Questo sarà il contesto di riferimento della presa in carico dei pazienti nei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali;

2) La "**verticalizzazione delle sale operatorie** consistente nella revisione dell'organizzazione del lavoro e della piattaforma logistica dei comparti operatori che ha come principale finalità l'incremento dell'efficienza produttiva delle attività chirurgiche:

3) **La distinzione tra ambienti chirurgici dedicata all'attività d'urgenza e programmata** intesa come graduale divisione dei percorsi in elezione da quelli in urgenza. Ciò appare coerente con l'assetto di tutti gli ospedali ad elevata complessità e la finalità è quella di evitare che la "variabile urgenza" interferisca in modo incontrollabile sulla programmazione di chirurgia elettiva. Un comparto può massimizzare l'efficienza

d'utilizzo delle risorse assegnate solo agendo su una forte programmazione delle attività chirurgiche elettive: ciò può essere fatto solo se in tale comparto non si intersecano funzioni chirurgiche elettive e d'emergenza-urgenza.

Il processo di riorganizzazione dell'area chirurgica ha visto negli anni precedenti l'istituzione della figura del Direttore organizzativo Gestionale delle Attività Chirurgiche che è stata formalizzata in tutti gli organi istituzionali previsti ed è stato conferito contestualmente l'incarico di RUA al medesimo Professionista Chirurgo. E' stato inoltre attivato un reparto di Degenza breve di Oculistica e Chirurgia Senologica comprensivo dei posti letto di Day Surgery per le attività diurne delle suddette Unità Operative e delle altre UU.OO. afferenti alla Day Surgery Aziendale.

Nel 2018 il progetto è proseguito realizzando tre ulteriori fondamentali sotto progetti:

- l'istituzione del Comparto operatorio emergenza – urgenza (COE);
- la riorganizzazione delle attività chirurgiche dell'U.O. Clinica Ortopedica;
- l'istituzione del PUAP.

### ***Riorganizzazione area ginecologica oncologica***

Nel 2018 con nota prot. 37919 del 05/10/2018 è stata avviata la prima fase della riorganizzazione dell'area ginecologica oncologica, che ha visto la dislocazione dell'attività ginecologica oncologica complessa presso l'area chirurgica generale, situata presso il Padiglione Ala Ovest, dove insistono tutte le specialità chirurgiche e relativo Blocco Operatorio. Questa diversa allocazione è funzionale alla tipologia di interventi trattati (prevalentemente carcinomi ovarici), che per la loro complessità spesso necessitano di collaborazione tra il ginecologo e altri professionisti di discipline chirurgiche specialistiche (es. urologo, chirurgo generale, vascolare etc). In aggiunta, tale collocazione è prossima alla Terapia Intensiva Postchirurgica, di cui le pazienti potrebbero avere necessità di ricovero dopo l'intervento. La riorganizzazione prevede l'utilizzo del Blocco Operatorio Ala Ovest, presso il quale viene dedicata una seduta operatoria al mattino per due lunedì al mese; il caso clinico viene discusso dal punto di vista organizzativo all'interno della riunione settimanale di programmazione dell'attività chirurgica, dove vengono presi in considerazione le seguenti informazioni:

- tipologia di intervento;
- durata prevista dell'intervento;
- disponibilità di posto letto presso la degenza chirurgica o urologica;
- necessità/disponibilità posti letto in T.I.P.O.;
- disponibilità della colonna laparoscopica in sala operatoria.

### ***Riorganizzazione area internistica e geriatrica***

Il Progetto nasce dall'esigenza di migliorare la qualità e l'efficienza dei ricoveri in area medica geriatrica affrontando in maniera sistemica e preventiva il problema della presa in carico e della continuità di cura del paziente anziano fragile e/o polipatologico.

I fini della riorganizzazione sono molteplici fra cui:

- Sviluppare nuovi modelli medico-assistenziali che si adeguino ai bisogni dei pazienti anziani (≥65 aa), più complessi e vulnerabili per migliorare sia il percorso intra-ospedaliero del malato che

l'approccio clinico secondo i principi della medicina personalizzata orientata per problemi e dell'approccio multidimensionale e multiprofessionale.

- Ridurre i tempi di attesa in PS
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione in reparti medici per acuti
- Ridurre la durata della degenza
- Ridurre il tasso di riospedalizzazione non pianificata
- Identificare "cluster" di malattia predittivi di ospedalizzazione rapida
- Migliorare le conoscenze di medici, sia strutturati che in formazione specialistica, e infermieri sulla gestione del malato polipatologico
- Migliorare i rapporti interprofessionali
- Migliorare l'efficacia dei percorsi ospedale-territorio

Il Progetto concretamente si caratterizza per alcune innovazioni radicali volte a rispondere allo specifico bisogno di cura di persone anziane affette da malattie croniche in fase acuta e si concentra nello sviluppo di soluzioni e percorsi sia nella Fase pre-ospedaliera che ospedaliera al fine di rendere efficace la continuità assistenziale con la residenzialità socio sanitaria e socio assistenziale territoriale. E' stata attivata l'Unità Mobile Multidisciplinare ed è stato completato il Progetto di creazione della Unità Rapida Geriatrica. Relativamente alla fondamentale ulteriore implementazione delle rete di continuità Ospedale-Territorio sono stati condivisi con Azienda Unità Sanitaria Locale nuovi percorsi e modalità di interfaccia, e che hanno trovato completa e diffusa applicazione nel Progetto Punto Unico di Dimissione.

### **Costituzione del Punto Unico di dimissione**

Nell'ambito del Progetto interaziendale delle Dimissioni Difficili e Protette della Provincia di Parma, è stato elaborato un modello di Punto Unico di Dimissione (PUD), con personale dedicato e formato, in grado di:

1. sistematizzare e strutturare percorsi interni all'AOU per gestire le dimissioni dai reparti ospedalieri in modo appropriato, sicuro e tempestivo;
2. intercettare precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti, anche con riferimento alla possibile attivazione con il volontariato di aiuti informali;
3. garantire la continuità dell'assistenza all'interno di percorsi aziendali e interistituzionali.

La progettazione di un Punto Unico di Dimissione nasce proprio dall'idea di strutturare un percorso condiviso per garantire il coordinamento della rete dei servizi intraospedalieri con i servizi territoriali socio-sanitari e socio-assistenziali per la presa in carico di persone con necessità di continuità di cure dopo il ricovero ospedaliero o con problematiche di tipo sociale che impattano sulla possibilità e/o la tempistica del rientro a domicilio, sul benessere e sul recupero dell'autonomia. In corso di ricovero di questi pazienti, occorre dotarsi di strumenti che permettano un'individuazione e pianificazione precoce e multidisciplinare della dimissione, con il coinvolgimento dei pazienti stessi, dei loro familiari e dei servizi territoriali, sanitari e socio-assistenziali.

La creazione del Punto potrebbe rafforzare la sinergia tra i diversi attori che fanno parte della rete dei servizi insieme all'AOU e realizzare la ridefinizione dei percorsi di presa in carico nella continuità ospedale-territorio e la condivisione di strumenti operativi e gestionali. L'intercettazione tempestiva di possibili difficoltà alla dimissione avverrà attraverso l'utilizzo della scheda BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score), come strumento di screening. A regime si prevede l'utilizzo della scheda entro le prime 48h dall'ingresso in reparto. La compilazione di questo strumento permette di identificare la presenza di bisogni assistenziali della persona e di riconoscere le situazioni "difficili" che potrebbero dar luogo a

necessità di continuità assistenziale; garantire la tempestività e l'appropriatezza delle segnalazioni al fine di attivare servizi e interventi idonei.

Sono in atto le procedure concorsuali atte a identificare il responsabile della nuova struttura aziendale e i case manager che si occuperanno dei pazienti con difficoltà alla dimissione.

Si prevede l'attivazione del PUD in AOU entro settembre 2019.

### *Area Produzione-Ospedale: Indicatori*

Indicatore	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
% di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età >= 65 anni	5,59	3,86	consolidamento	5,04
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti chirurgici	1,57	0,52	miglioramento	1,66
Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) per ricoveri acuti medici	0,82	0,4	miglioramento	0,63
Degenza media pre-operatoria	0,73	0,71	appropriatezza	0,81
Volume di accessi in PS	115.726	1.921.960	appropriatezza	113.404
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG medici	21.782	354.621	appropriatezza	22.440
Volume di ricoveri in regime ordinario per DRG chirurgici	14.939	254.222	appropriatezza	15.128
Volume di ricoveri in DH per DRG medici	3.761	36.893	appropriatezza	3.471
Volume di ricoveri in DH per DRG chirurgici	3.660	88.491	appropriatezza	3.446

Gli indicatori di performance relativi alla degenza media hanno evidenziato, nel 2018, 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, anche il 2018 ha visto il consolidamento del piano di 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.

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	AOSPU PARMA	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: diagnostica	242.468	7.117.094	appropriatezza	<b>254.646,0</b>
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: visite	327.196	6.669.619	appropriatezza	<b>333.867,0</b>
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale: laboratorio	1.430.681	47.878.684	appropriatezza	<b>1.691.744,0</b>
Durata media di degenza in OSCO	24,38	19	miglioramento	<b>27,32</b>
Volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale in DSA (Day Service Ambulatoriali)	223.627		appropriatezza	430.915*

\*In attesa dato consolidato su Insider

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 alcune 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*

Nel corso del 2016 la SSD Governo Clinico, Gestione del Rischio e coordinamento Qualità e Accreditamento, di concerto con le Direzioni Tecniche Aziendali, le Direzioni Operative Attuative, gli Uffici e Servizi in Staff alla Direzione Generale e le Strutture che afferiscono al Datore di Lavoro (Board per la Sicurezza), ha elaborato il Piano Programma per la Sicurezza delle Cure e la gestione del rischio 2016-2018.

Il precitato Piano Programma (PPSC) è stato discusso e approvato in sede di Collegio di Direzione (seduta del 22/06/2016), successivamente deliberato (delibera del 23/08/2017 n. 318 Approvazione "Piano Programma per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio 2016-2018 dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma") e presentato in Comitato Consultivo Misto.

In linea con le Indicazioni Regionali per la stesura dei Piani Programmi nel PPSC è stato esplicitato l'assetto organizzativo aziendale per la Gestione Rischio e Sicurezza delle cure, e in particolare sono stati descritti le funzioni e i ruoli dei seguenti attori: Direttore Sanitario, Collegio di Direzione, Risk Manager, Strutture Aziendali per la sicurezza (Board per la Sicurezza), Dipartimenti. Tale assetto organizzativo non ha subito modifiche nel corso del triennio.



Il PPSC 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 era articolato in: 31 schede di sintesi sui principali processi di interesse della Gestione del Rischio, 1 Matrice di Responsabilità e 40 obiettivi poliennali (2016-2018). La redazione delle Schede di Processo, degli obiettivi triennali e annuali è stata effettuata di concerto con le Direzioni dei Servizi Aziendali e degli Uffici in staff alla Direzione, tra i quali vi erano i responsabili del rischio infettivo, rischio occupazionale, rischio clinico, medici legali (gestione dei sinistri).

Come per il precedente anno, anche nel 2018, sono stati verificati gli Obiettivi Annuali 2017 per la sicurezza delle cure e la gestione del rischio e sono stati definiti i nuovi obiettivi 2018.

La rendicontazione delle attività effettuate nel 2018, in linea con gli obiettivi aziendali del PPSC, è stata redatta con il contributo dei Servizi Aziendali e degli Uffici in staff alla Direzione e trasmessa sia al Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera, con nota prot. n. 9037 del 28/02/2019, che all'interno dell'azienda, con nota prot. 16875 del 17/04/2019.

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 919 del 18/06/2018 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del SSR per l'anno 2018”, 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 documento di rendicontazione è stato inserito sulla Internet Aziendale nella pagina della Trasparenza.

### ***Eventi Sentinella e Incident Reporting***

L'Azienda ha assolto il debito informativo previsto per gli eventi sentinella (n. 12 casi nel 2018) 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 PPSC si è continuato nella promozione e consolidamento del sistema di segnalazione aziendale mediante gli Incident Reporting (64 segnalazioni su format regionale) e mediante la Scheda di segnalazione cadute-Incident Reporting (374 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.

La RER, nel corso del 2016-2017, al fine di verificare l'adesione delle équipes chirurgiche alla corretta compilazione della SSCL, ha promosso attività di osservazione diretta dell'uso della checklist tramite il

progetto OssERvare. Le osservazioni sono state svolte sia nel 2016-2017 che nel 2018 da dipendenti aziendali con competenze di sala operatoria nei Blocchi Operatori di chirurgia generale e ortopedia, per un totale annuale di 50 osservazioni. In Azienda si è focalizzata l'attenzione in particolare sulle seguenti procedure:

- Operare il paziente corretto e il sito corretto
- Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
- Prevenire il tromboembolismo postoperatorio.

Nel corso del 2018 sono state strutturate le procedure aziendali. Tali procedure sono state poi oggetto di rivisitazione in considerazione del fatto che la RER ha emanato specifiche Linee di Indirizzo che le procedure aziendale devono fare proprie. Le procedure verranno quindi diffuse nel corso del 2019.

### ***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.

L'Azienda già dal 2012 ha dotato le UU.OO. di degenza e il Pronto Soccorso di sistemi di identificazione del paziente mediante il braccialetto identificativo unico.

Nel PPSC 2016-2018 è stata elaborata la Scheda n. 9 sulla identificazione certa del paziente.

Nel corso degli anni l'utilizzo del braccialetto è stato anche garantito ai pazienti ambulatoriali che effettuano una trasfusione. L'organizzazione aziendale prevede che l'UO Trasfusionale fornisca il braccialetto identificativo a tutti i pazienti non degenti che effettuano una trasfusione in Azienda, in linea con le procedure aziendali.

L'Azienda, nel corso degli anni, ha anche mappato, mediante una scheda di rilevazione puntuale, il grado di adesione nelle UU.OO. L'obiettivo è infatti quello di mettere in campo misure correttive appropriate nel caso vi siano degli scostamenti non previsti e non giustificabili.

La ricognizione è stata svolta mediante la formalizzazione di specifiche schede informative da parte dei responsabili e/o coordinatori delle articolazioni aziendali. Attraverso di esse si è "fotografata", in una giornata definita, l'utilizzo del dispositivo in azienda.

In estrema sintesi, è stato ampiamente confermato che 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)

Nei pazienti degenti nelle UU.OO. dell'Azienda il braccialetto identificativo non era presente in un numero di pazienti pari al 3.8% della totalità. Le motivazioni principali dell'assenza del braccialetto identificativo sono legate alle 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 e se lo strappano, bambini prematuri). La stragrande maggioranza delle Unità Operative ha risposto che non incontra problemi nel suo utilizzo.

Nel corso del 2018 il modello organizzativo non è stato modificato e si è provveduto a rinnovare l'attenzione alle UU.OO. anche durante la preparazione all'Open Safety Day mediante l'invio dei Poster sull'Identificazione del Paziente e del materiale Regionale, nonché coinvolgendo il CCM anche su questo aspetto della sicurezza delle cure.

Durante i corsi di formazione sulla gestione del rischio progettati e realizzati nel anno 2018 sul tema "Gestione del Rischio: Buone Pratiche della Sicurezza del Processo Trasfusionale" e "Gestione del Rischio:

dal Incident Reporting alle Azioni di Miglioramento” i professionisti sono sensibilizzati all’identificazione del paziente sia in forma attiva, che mediante il controllo dei dati identificati anche attraverso l’utilizzo del braccialetto identificativo.

### ***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 diversi eventi 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.

Nell’anno 2018 l’Azienda, tramite la SSD Governo Clinico, ha partecipato, come negli anni precedenti, alla Call Agenas per il Monitoraggio dello stato di avanzamento dell’applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza delle cure e gli eventi sentinella, aggiornando dell’applicazione delle Raccomandazioni, allegando nel data base ministeriale, la documentazione richiesta.

Nell’anno 2018 sono state aggiornate le procedure, i protocolli e le Linee Guida relative alle seguenti Raccomandazioni Ministeriali:

- Raccomandazione N. 6 – Prevenzione della Morta Materna correlata al travaglio e/o parto;
- Raccomandazione N. 8 – Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari;
- Raccomandazione N. 11 – Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto intraospedaliero- extra ospedaliero;
- Raccomandazione N. 12 - Prevenzione degli errori in terapia con farmaci “look-alike/soundalike”;
- Raccomandazione N. 13 - Prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie;
- Raccomandazione N.15 – Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice Triage nella Centrale Operativa 118 e/o all’interno del pronto soccorso;
- Raccomandazione N. 16 – Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 gr. Non correlata a malattia congenita.

Nel corso del 2018 è stato, inoltre, elaborato congiuntamente al Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale il Piano Prevenzione Violenza a danno degli Operatori Sanitari (Previos) – dicembre 2018.

### ***Processo di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica***

Come previsto dalla Raccomandazione Ministeriale N. 17/2014 e dalla Raccomandazione Regionale N. 2/2015 la SSD Governo Clinico ha organizzato in collaborazione con il Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco, anche nell’anno 2018, un corso di formazione sulla sicurezza farmacologica, dove sono stati presentati i dati relativi ai due Audit Clinici effettuati sul tema in due dipartimenti della AOUPR. A seguito degli Audit, la struttura ha iniziato la rivisitazione della scheda di Ricognizione e Riconciliazione Farmacologica con i professionisti del dipartimento chirurgico, in quanto la scheda utilizzata non prevedeva l’anamnesi farmacologica nei pazienti programmati e valutati nel pre-ricovero.

### ***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, anche nel corso del 2018, 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 convocato e coordinato 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 anche per il 2018 il piano aziendale per la prevenzione cadute (PAPC), contenente gli interventi organizzativi, procedurali, formativi, strutturali/ambientali e informativi previsti.

Nel corso del 2018 l'SSD Governo Clinico, con il supporto del Gruppo Multidisciplinare, ha attuato tutti gli interventi previsti dal PAPC per l'implementazione delle LIRCO ed è stata revisionata la procedura Aziendale P047AOUPR "Prevenzione e gestione delle cadute in ospedale per l'implementazione delle Linee di Indirizzo Regionali sulle cadute in Ospedale" dopo la sua sperimentazione effettuata nell'anno 2017 nelle "UU.OO Pilota". La procedura rivisitata è stata successivamente diffusa in Azienda a Novembre 2018 con nota prot. n. 43011 del 12/11/2018. 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 sia al Servizio Assistenza Ospedaliera Regione Emilia-Romagna (nota prot. n. 9037 del 28/02/2019) il report di attuazione delle azioni previste dal Piano per la Prevenzione delle Cadute (PAPC) 2018 e il nuovo PAPC 2019 che all'interno dell'azienda, con nota prot. 16875 del 17/04/2019.

### ***Governance 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 assestata sul +5,5% rispetto al 2017 (45.847.395 €; +5,5%, FONTE RER) rispetto all'obiettivo del +4,7%.

#### ***Acquisto ospedaliero di farmaci***

L'aumento della spesa è correlato principalmente all'aumento come incidenza e prevalenza dei pazienti onco-ematologici trattati con terapie ad alto costo extra-fondo, alla presa in carico di pazienti con malattia rara in trattamento con terapia extra-fondo, all'aumento dei pazienti con malattia emorragica presi in carico dal Centro HUB.

Sono stati puntualmente monitorati i Fondi per i farmaci innovativi (Fondo Oncologici A e B + Fondo non oncologici): i Fondi sono stati completamente utilizzati (Fondo oncologici A+B 6.316.701€; Fondo non oncologici 1.872.022€ - Fonte SEF)

La registrazione dei farmaci che prevedono l'accesso ai "Registri di Monitoraggio AIFA" è stata sottoposta a un controllo strutturato sulla prescrizione e sull'erogazione. Nel 2018 la compilazione delle schede AIFA da parte dei clinici per farmaci orali è pari al 100%, mentre per i farmaci endovenosi è del 90%. I trattamenti chiusi candidabili a rimborso sono stati pari a 1.153.237€. I rimborsi hanno riguardato anche farmaci non oncologici (es. 924.000€ nusinersen)

Si è registrato un aumento del 14,6% del ricorso al farmaco generico rispetto al 2017 nel trattamento dell'HIV in seconda linea (37% vs 23%). Nel 2018 il 37% dei pazienti in II linea sono trattati con generico (56% se si considera anche i branded aggiudicatari di gara per miglior offerta economica). La quota dei pazienti in trattamento con farmaci genericati è correlata al profilo clinico della popolazione in carico alla UO Malattie Infettive. Da un'analisi dei dati presenti nei flussi di erogazione diretta >95% dei pazienti in trattamento per

infezione da HIV è in soppressione virologica. Nel 2018 è stata consolidata l'attività del 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. 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; è stato garantito il rispetto al 100% della compilazione per i farmaci dell'Epatite C.

### ***Adozione di strumenti di governo clinico***

Il governo sulla farmaceutica è stato condotto in continuo e con particolare attenzione all'analisi dell'appropriatezza d'uso dei farmaci in base alle indicazioni normative, ai percorsi regionali e aziendali, alle Linee Guida e Raccomandazioni Regionali; le attività sono state orientate alla piena adesione agli esiti delle gare regionali e AVEN e al consolidamento del progetto di integrazione alla logistica centralizzata (AVEN-ULC)

Nell'ottica della massima appropriatezza d'uso dei medicinali è stata garantita la partecipazione agli incontri promossi come Dip.to Farmaceutico Interaziendale con gli specialisti negli ambiti più critici di cura (oncologia, ematologia, dermatologia, pneumologia, infettivologia, terapia del dolore, cardiologia, neurologia, nefrologia, fibrosi cistica, gastroenterologia, diabetologia, ortopedia) contribuendo alla predisposizione e condivisione dei monitoraggi periodici. L'analisi in seno al Dip.to dell'andamento prescrittivo ha consentito di sviluppare interventi tesi a facilitare e migliorare il percorso dei pazienti, promuovendo l'integrazione tra i servizi/presidi ospedalieri e territoriali e a migliorare il governo della spesa farmaceutica. Particolare attenzione è stata indirizzata ai farmaci biosimilari e al contributo che essi rappresentano per la sostenibilità del sistema sanitario, al fine di ricondurre la prescrizione, laddove consentito dal profilo clinico del paziente, verso tali molecole.

E' stata assicurata la partecipazione ai tavoli di lavoro interaziendali relativi all'introduzione di nuovi percorsi e nuovi medicinali (quali ad es. NAO, anti PCSK9, insuline in penna)

Alcune aree terapeutiche sono state oggetto di puntuale analisi e rendicontazione, tra queste in particolare l'area delle malattie rare e l'area dell'oculistica in relazione ai trattamenti intravitreali con farmaci biologici (nel 2018 la % dei trattamenti con bevacizumab ivt è aumentata del 23% vs 2017. La spesa totale per farmaci antiVEGF per uso ivt (tutte le indicazioni) si è ridotta nel 2018 del 6,1% vs 2017.

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)

E' stata regolarmente condotta l'attività della "farmacia satellite" di riferimento per i pazienti HIV+ presso la UO Malattie Infettive con la presenza del farmacista "di reparto" dedicato alla erogazione delle terapie antiretrovirali, alle correlate attività di gestione del rischio clinico (compliance, farmacovigilanza).

E' stato perseguito l'obiettivo sull'uso appropriato degli antibiotici secondo il Programma definito dal Gruppo Strategico e dal Gruppo Operativo per l'Uso Responsabile degli Antibiotici: a livello ospedaliero nel

2018 la spesa per fluorochinoloni è stata fundamentalmente inalterata rispetto al 2017 mentre in termini di DDD si è evidenziata una riduzione del 7% a livello H e dell'11% al P.S. Nel corso del 2018 si sono tenuti incontri presso le UU.OO. sugli ATB ed ad ottobre 2018 si è tenuto l'evento formativo "Antibiotici; trattiamoli bene"

E' stato avviata l'attività della "farmacia satellite" presso il DH Oncologico per la presa in carico da parte del "farmacista "di reparto" di tutti i pazienti oncologici in terapia domiciliare: l'attività prevede la totale informatizzazione dalla prescrizione alla consegna del medicinale (su un database di oltre 50 schemi validati da medici e farmacisti), l'erogazione delle terapie, le correlate attività di gestione del rischio clinico (compliance, farmacovigilanza) e il monitoraggio dei consumi e spesa in condivisione con gli specialisti. Nel periodo Settembre-Dicembre 2018 un totale di 328 pazienti ha ritirato almeno un ciclo di terapia, mentre il numero totale di accessi è risultato essere pari a 901.

Per quanto riguarda i DM (CND con referenza suddivisa su 3 servizi tecnico/sanitari) gli aumenti della spesa rispetto al preventivo sono correlati in particolare ai seguenti ambiti: "Impiantabili non attivi" e DM correlati (aumento dell'attività sia in termini quantitativi che di complessità della casistica per Cardiologia/Cardiochirurgia (TAVI), Chirurgia senologica (protesi mammarie one-step), Neuroradiologia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Urologia; "impiantabili attivi" (per aumento d'attività della Terapia Antalgica (neuromodulatori e sistemi infusione continua terapia del dolore); "DM per Diagnostica in service" (aumento relativo da aree quali chimica clinica, immunometria, dosaggio farmaci, dosaggio proteine, coagulazione, virus erpetici, marker A e B, biologia molecolare HIV, HBV, HCV); "DM per Interventistica in service" (aumento relativo ai service "ablazione aritmie complesse", "vitrectomo", "sistemi per normotermia pazienti chirurgici", "monitoraggio intraoperatorio nervi")

Il governo dell'area dei DM è stata garantito dalla condivisione dei principali determinanti di spesa e di innovazione con la Commissione di Area Vasta per i DM (CADM e correlata Segreteria Scientifica) e con il Nucleo Provinciale di Valutazione per i DM e dalla adesione agli esiti di gara (ove attive)

### *Area Appropriatazza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico: Indicatori*

Indicatore	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
Sepsi post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	13,32	6,4	miglioramento	<b>10,37</b>
Embolia polmonare o trombosi venosa profonda post-operatoria per 1.000 dimessi chirurgici	6,75	3,4	miglioramento	<b>6,84</b>
% di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici	40,52	<b>51,48</b>	miglioramento	<b>39,75</b>
Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario - GRIGLIA LEA	0,21	0,2	miglioramento	<b>0,19</b>

Per quanto riguarda gli indicatori relativi all'area dell'Appropriatazza, Qualità, Sicurezza e Rischio clinico, si osserva anche per il 2018 un raggiungimento della performance al di sotto della media regionale.

Relativamente invece all'indicatore dell'appropriatezza 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 registra un dato più alto rispetto alla media regionale. Tale valore va, tuttavia, letto congiuntamente al miglioramento dello stesso rispetto al 2017. Nel corso del 2018 infatti sono stati portati avanti interventi formativi e informativi e un'intensa azione di vigilanza e monitoraggio. Tutte queste attività si sono concentrate 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.

### **iii. Area di performance dell'organizzazione**

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

Il percorso di integrazione dei servizi tecnico-amministrativi si è ormai completato e l'avvio operativo è avvenuto il 1° ottobre 2016, con l'individuazione delle risorse umane assegnate alle varie strutture, dei direttori di struttura complessa e di dipartimento; pertanto da tale data sono state superate le strutture aziendali e contestualmente sono state create le nuove strutture interaziendali. Sono poi state individuate le sedi fisiche che accolgono i nuovi servizi interaziendali, per lo più situate nel perimetro dell'azienda Ospedaliera, con la definizione dei criteri di suddivisione dei conseguenti oneri di funzionamento. La dimensione territoriale dell'integrazione è provinciale, con l'eccezione dell'area delle Tecnologie Informatiche, realizzata unitamente all'Azienda Usl di Piacenza.

#### ***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 ha visto il suo consolidamento nel corso del 2018.

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 evidenziano come AOUPR primeggi per volumi di ricette di farmaceutica e specialistica tra le aziende ospedaliere regionali.

L'azienda ha attivamente partecipato ai tavoli 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 (in particolare per il progetto GAAC, per il sistema trasfusionale e per il software dei comitati etici).

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.

Per quanto attiene l'invio dello stato di erogato l'Azienda, congiuntamente all'Azienda territoriale, ha confermato il ruolo dell'applicativo CUP per comunicare al SAR lo stato delle ricette dema. Nel corso dell'anno l'ASL ha confermato collaudo e invio dello stato al SAR.

### ***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".

In Particolare, con la formalizzazione del manuale organizzativo del Servizio di Controllo di Gestione che prevede la creazione all'interno dello stesso dell'Ufficio Controllo e flussi informativi si è dato avvio ad un progetto che ha fine ultimo quello dello sviluppo di un sistema integrato di quadratura tra Contabilità Analitica, Flussi informativi economici aziendali e Contabilità Generale.

Tale progetto prevede più fasi, la prima della quale prenderà avvio nel 2019, nel corso delle quali è previsto lo sviluppo delle analisi sulla completezza informativa e il governo della qualità e della correlazione tra tutti i flussi aziendali.

Particolare impegno è stato profuso per costruire flussi di integrazione tra il sistema della SDO e i dipartimenti 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.

Si è perpetuata l'analisi del flusso DIME, concentrando l'attenzione su particolari focus di interesse aziendale, nonché si è provveduto lavorare per migliorare la completezza dei flussi e la tempestività dell'invio verso la Regione.

### ***Attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)***

L'obbligo della certificabilità dei dati come disposto dall'art. 2 del Decreto Certificabilità (D.M. 17/09/2012), impone agli enti del SSR, sotto la responsabilità e il coordinamento della Regione, la certificabilità dei propri dati e dei bilanci. A tal fine il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Economia e delle Finanze, ha adottato il D.M. 01/03/2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità".

Sulla base delle azioni e della tempistica previste dall'allegato 1 alla DGR n. 150/2015, l'Azienda ha avviato una intensa attività per supportare la complessiva realizzazione del PAC, avvenuta nel corso del 2017. In particolare è stato avviato un percorso finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali attraverso l'applicazione di una regolamentazione della materia contabile, di un nuovo sistema di procedure amministrativo-contabili, del monitoraggio dei rilievi e suggerimenti formulati dal Collegio Sindacale.

Attualmente il processo è tuttora in corso, data la necessità di armonizzare le procedure con le nuove disposizioni regionali (Regolamenti AVEN) e di renderle coerenti con i cambiamenti organizzativi e strutturali intercorsi negli ultimi 3 anni dovuti all'integrazione interaziendale tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma.



L'Internal Auditing ha perseguito una riorganizzazione del sistema dei controlli interni con la finalità di esaminare i processi amministrativo-contabili e gestionali, nonché di fornire un supporto alla Direzione Strategica per un costante miglioramento di gestione e a tutti i componenti dell'organizzazione, per un corretto adempimento delle responsabilità.

Il Piano di Audit (Deliberazione n. 71 del 29/01/2019), elaborato riportando percorsi definiti ad identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte ai rischi, è correlato direttamente o indirettamente alle azioni del PAC. Le modalità seguite per la realizzazione delle verifiche delle procedure PAC sono conformi alla metodologia riportata nel Manuale di Internal Auditing.

Il Piano Triennale di Audit 2019/2021, a scorrimento annuale, individua i processi da sottoporre alle attività di audit, consulenza e follow-up in base alle priorità definite dalle Direzioni Aziendali. Si tratta comunque di una programmazione flessibile, che potrà variare in base alle mutate esigenze che si dovessero riscontrare nel tempo.

Si evidenzia come il Piano di Audit preveda anche un progetto, in sinergia con il Servizio Interaziendale Trasparenza/integrità, finalizzato alla definizione di un sistema di controlli per il settore anticorruzione. Tale progetto ha avuto inizio a partire dal mese di maggio 2019 sulla valutazione dei controlli interni: processo di vigilanza e controllo sulle farmacie.

#### **iv. Area di performance dell'anticorruzione e della trasparenza**

La pianificazione e le attività 2018 in materia di trasparenza e anticorruzione hanno visto il coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali ed azioni secondo le indicazioni nazionali e regionali.

Al di là dei due singoli indicatori di seguito considerati, si ritiene di riportare di seguito in forma sintetica alcune attività e risultati.

**Trasparenza:** (obblighi di pubblicazione e accesso civico)

- sono state garantite le attività relative agli ambiti considerati, mediante indicazioni periodiche alle unità organizzative e monitoraggi specifici;
- a cura dell'Ufficio RPCT, con la collaborazione degli Uffici Comunicazione AUSL/AOU, sono stati eseguiti nel 2018, come da prassi, monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente". Il principale monitoraggio è stato svolto in concomitanza con le attività di attestazione OIV sulle rilevazioni indette annualmente da A.N.AC. (con il coinvolgimento degli OAS aziendali);
- sono state assicurate le necessarie relazioni con OIV unico regionale e OAS aziendale.

Inoltre, per il nuovo istituto dell'accesso civico "generalizzato", si è provveduto alla regolamentazione con specifico documento allegato al Piano 2018/2020.

La scelta fondamentale di natura organizzativa consiste nell'aver affidato a ciascuna unità organizzativa competente la trattazione degli accessi, in ragione del possesso dei dati e delle informazioni; ciò in base alle norme contenute nel decreto legislativo n. 97/2016 e nelle indicazioni contenute nelle linee guida A.N.AC.

#### **Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2018/2020**

Predisposto e approvato il nuovo Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020, per il secondo anno in forma integrata interaziendale AUSL/AOU. Importante l'allegato relativo alle misure specifiche di prevenzione a carico delle varie unità organizzative delle due Aziende, più ampio e

articolato rispetto al passato in quanto frutto della attività di aggiornamento della mappatura di procedimenti/processi e rischi effettuata nel secondo semestre dello scorso anno. Svolti incontri di diffusione del Piano, comprese le novità normative e i vari aspetti di novità contenuti nel Piano: obiettivi specifici quali quello assegnato ad Internal Auditing per avviare la progettazione di un sistema di controllo e al Servizio Informatico per la predisposizione di piattaforma per l'istituto del whistleblowing. Garantita la relazione continuativa con le varie unità organizzative per le opportune precisazioni in ordine all'attuazione delle misure previste dal Piano, sia in materia di prevenzione della corruzione che sugli obblighi di trasparenza e sull'accesso civico.

La Relazione annuale sulle attività di prevenzione, a cura del Responsabile interaziendale, è prevista dalla legge n. 190/2012 - art.1, comma 14, 3° e 4° periodo.

La Relazione annuale anno 2017 è stata elaborata e pubblicata entro il 31 gennaio 2018.

Per la Relazione anno 2018 A.N.AC. ha individuato il termine del 31 gennaio 2019.

Entro detto termine è stata elaborata dal RPCT e pubblicata nell'apposito spazio previsto nella sezione web "Amministrazione Trasparente".

### **Codice di Comportamento**

Nel 2017 a livello regionale è stata promossa l'iniziativa di elaborare un modello unico di Codice, quale riferimento cui ogni Azienda deve attenersi per l'approvazione del proprio Codice, al fine di perseguire una uniformità sull'intero territorio regionale.

L'iniziativa è rafforzata dalle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 9/2017, il cui art. 5 è dedicato espressamente a politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, anche aggiuntive rispetto alla disciplina nazionale (il comma d riguarda il Codice di Comportamento).

Lo schema tipo elaborato dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale è stato poi approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 96/2018.

In ragione dei percorsi di integrazione interaziendale effettuati, operativamente efficaci da fine 2016 per le aree tecnico amministrative e in itinere per molte funzioni clinico/assistenziali, e tenuto conto di una unica funzione interaziendale per la trasparenza e l'integrità, le Direzioni aziendali e il RPCT hanno ritenuto di procedere all'elaborazione di un testo unico interaziendale anche per il Codice di Comportamento, oltre che per il Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, trattandosi di uno degli elementi di rilievo che vanno a comporre il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

L'iter osservato ha visto:

- proposta del Codice in conformità al testo del modello regionale
- effettuazione del percorso di partecipazione (come previsto dalla legge n. 190/2012 e secondo le indicazioni contenute nella deliberazione n. 75/2013 CIVIT)
- elaborazione Relazione illustrativa di accompagnamento da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT)
- acquisizione parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), previo intervento degli Organismi aziendali di Supporto all'OIV (OAS)
- approvazione da parte delle Direzioni aziendali AUSL/AOU il 29 maggio 2018.

Il 29 maggio 2018 è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma, con deliberazioni n. 348 di AUSL e n. 401 di AOU, il nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti adottati nel dicembre 2013.

Con nota del 21 giugno 2018 a firma Direzioni aziendali/RPCT sono state diramate Informativa e Disposizioni sul Codice, compreso l'aspetto della diffusione.

Le deliberazioni assunte dispongono che tutti i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità, promuovono la conoscenza del Codice nelle unità organizzative di riferimento e nei confronti di tutti i soggetti tenuti a conoscenza e rispetto con cui l'unità organizzativa ha relazioni funzionali.

L'attività di diffusione è stata attestata mediante compilazione e sottoscrizione di una apposita scheda sottoscritta dai Responsabili di unità organizzativa. Sono poi seguiti vari incontri di informazione con unità organizzative. Il RPCT ha condotto diversi incontri con servizi ed organismi per diffondere i contenuti del Codice.

### Dichiarazioni per la gestione dei conflitti di interesse

Tematica collegata al Codice di Comportamento è stata, per la prima volta nell'autunno 2018, l'acquisizione delle dichiarazioni in materia di conflitti di interesse.

L'acquisizione di varie dichiarazioni da parte di dirigenti e operatori mediante la piattaforma GRU:

- attua le disposizioni della legge regionale n. 9/2017 (art. 5)
- attua le disposizioni del Codice di Comportamento
- prevista dalla DGR n. 919/2018 di programmazione e finanziamento del SSR, in cui è indicato l'obiettivo nel 2018 di acquisire dichiarazioni da almeno il 15% dei dipendenti.

L'attività di acquisizione dichiarazioni ha preso il via presso tutte le Aziende Sanitarie regionali, in modo condiviso, nei mesi di ottobre e novembre 2018.

Con la nota di data 4 ottobre 2018 rivolta a tutto il personale si sono precisate le indicazioni e necessarie a favorire gli adempimenti (e contiene un approfondimento sul tema centrale del conflitto di interesse).

L'attività di acquisizione è stata curata dal Dipartimento Risorse Umane in collaborazione col RPCT.

Come attestato nel Piano per la prevenzione della corruzione aggiornamento 2019/2021, gli esiti/percentuali di adesione dell'acquisizione dichiarazioni a fine 2018 (dal report realizzato dal settore competente del Dipartimento Risorse Umane):

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti) **74,2%**

Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza) **65,6%**

Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti) **73,8%**

Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti) **78,8%**

### Area Anticorruzione-Trasparenza: Indicatori (Commenti a cura del Dott. Bladelli)

Indicatore	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
<b>Anticorruzione-Trasparenza</b>				
% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza	100	99,66	consolidamento	<b>100</b>
% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali	72,61		miglioramento	72,81*

\* In attesa dato consolidato su Insider

Per quanto attiene all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, nel 2018 si consolida il pieno conseguimento degli standard già conseguiti nel 2017. Nel 2018, vi è anche stato un miglioramento in termini di percentuale di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali.

## **c) Dimensione di performance dell'innovazione e dello sviluppo**

### **i. Area di performance della ricerca e della didattica**

#### ***Attività di ricerca e della didattica***

L'Azienda mette in campo da molti anni azioni su diversi fronti volte a favorire la qualità e la trasparenza della ricerca svolta, in linea con le politiche e le indicazioni della RER. Seguono le principali attività effettuate nel 2018 per perseguire tali obiettivi.

#### ***Monitoraggio e Verifica***

Nel 2018 sono state intensificate le attività di monitoraggio per la supervisione e la verifica della correttezza dei procedimenti seguiti negli studi avviati, anche in ottemperanza alle indicazioni regionali (nota protocollo n.36031 del 09/10/17). L'attività di monitoraggio è regolamentata dalle norme di Buona Pratica Clinica (GCP, Good clinical practice - insieme di regole che ne disciplinano la correttezza della conduzione) ed è affidata dal Direttore Generale ad un monitor aziendale accompagnato da un monitor esperto (secondo i requisiti richiesti da AIFA), dipendente di una Contract Reserch Organization (CRO, organizzazione che offre servizi di supporto alla ricerca, risorse e competenze adeguate). Il monitoraggio dello studio viene svolto non con la mera finalità di controllo, ma come attività di supporto ai professionisti per l'individuazione di soluzioni ai problemi rilevati.

In particolare, nel corso del 2018 sono state effettuate 10 visite di monitoraggio nei reparti che avevano in atto studi clinici "no-profit" promossi dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ed è stata avviata una nuova forma di monitoraggio attraverso l'analisi di circa 400 pubblicazioni dell'Azienda e la verifica del corretto iter di autorizzazione dello studio (parere favorevole del Comitato Etico e autorizzazione del Direttore Generale). Nel caso in cui vengono rilevate importanti criticità, l'esito del monitoraggio viene discusso nell'ambito delle sedute del Board della Ricerca al fine di individuare azioni correttive.

#### ***Supporto ai Ricercatori***

Al fine di garantire adeguati livelli di qualità delle sperimentazioni no profit in conformità con le Good Clinical Practice fin dall'avvio e per tutta la durata dello studio, è stato costituito in Azienda il Clinical Trial Quality Team (CTQT) (Delibera n. 317 del 4 maggio 2018). Il CTQT è composto da professionisti non clinici con formazione scientifica, competenze ed expertise come indicato nel "Progetto per la qualità nelle sperimentazioni non profit" promosso da AIFA (versione aggiornata Maggio 2010). Il compito del CTQT è assicurare la qualità degli studi a fini non industriali, con farmaco e dispositivi medici, di cui l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è promotore. I primi mesi di attività del CTQT sono stati dedicati alla redazione del regolamento di funzionamento. Con Delibera n. 729 del 12 settembre 2018 è stato approvato il "Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento del CTQT", inoltre sono state definite alcune Procedure Operative Standard per garantire il sistema di qualità, che saranno sottoposte nel 2019 al Board per la Ricerca e Innovazione per l'approvazione e successiva diffusione sulla intranet. In settembre 2018 è stato preso in carico il primo studio con farmaco promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

Inoltre, per favorire la rigorosità scientifica dei progetti di ricerca e l'adesione a standard di qualità internazionali, la UO R&I ha intensificato l'offerta di supporto biostatistico-metodologico qualificato ai ricercatori. Nel 2018 ha collaborato attivamente come unità di ricerca in 18 progetti relativi a studi spontanei (ideati dai professionisti dell'AOUPR) ed ha fornito consulenza in circa 20 studi, compresi quelli presentati nell'ambito dei Bandi Ricerca Finalizzata del Ministero della Salute e Horizon2020.

### ***Formazione***

La carenza di competenze sulla metodologia della ricerca può rappresentare un ostacolo nell'esecuzione di studi di qualità, che può essere colmata tramite la partecipazione ad adeguati programmi formativi. Con queste premesse, nel 2018 l'Azienda ha attuato la sesta Edizione del Programma Formativo dedicato ai diversi aspetti chiave della realizzazione degli studi clinici. Il titolo del corso, composto da 9 eventi, è stato modificato in "Ricerca clinica di qualità: dalla stesura del protocollo al letto del paziente", per esprimere meglio il carattere comprensivo della formazione. Hanno partecipato in tutto 31 professionisti (in prevalenza giovani medici e biologi). Gli eventi sono stati accreditati ECM separatamente; i discenti che hanno completato il percorso formativo e superato i relativi test di apprendimento hanno inoltre ottenuto un "Certificato di Competenza".

### ***Diffusione della ricerca al pubblico***

Con l'intento di far conoscere ai cittadini le attività di ricerca in corso in Ospedale ed aumentare la consapevolezza sull'importanza della ricerca di buona qualità, anche nel 2018 sono stati realizzati incontri aperti al pubblico del ciclo denominato "La Ricerca Scientifica Spiegata ai Pazienti". Elemento caratterizzante di tale attività per quest'anno è stato il consolidamento di stretti rapporti con la rete delle associazioni di volontariato del territorio, coinvolgendole maggiormente fin dalla pianificazione degli incontri. Sono stati effettuati due eventi, uno dedicato alla ricerca scientifica in rianimazione, l'altro alla ricerca nelle cure palliative dell'adulto e del bambino. In entrambi gli incontri, il volontariato ha preso parte ai tavoli di lavoro e ha partecipato in qualità di relatore e portavoce dei pazienti.

### ***Collaborazione e Condivisione***

Per aumentare la competitività dell'Azienda quale centro di ricerca di eccellenza, nel 2018 è stato possibile autocertificare i Laboratori (UO Diagnostica Ematochimica e alla s.s.d. Biochimica ad Elevata Automazione) per la realizzazione di studi di Fase I; inoltre si è operato al fine di ottenere l'adeguamento ai requisiti stabiliti da AIFA (Determina 809/2015) dei locali del DH Oncologico, attività che ha coinvolto vari professionisti e che ha evidenziato la necessità di revisionare/integrare alcune procedure e acquisire strumentazioni/arredi.

Inoltre, è proseguito anche quest'anno il lavoro dei team di ricerca presso il Centro Comune di Ricerca e in particolare il CoreLAB, laboratorio dedicato alle attività di ricerca in ambito biomolecolare, frutto di una proficua integrazione tra Ospedale e Università dove vengono messi in comune tecnologie, competenze e know-how, a favore della qualità degli studi e della crescita professionale dei più giovani.

### ***Trasparenza della Ricerca***

Diffondere i risultati emersi dagli studi attuati nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è un dovere, sia per mantenere l'impegno con i pazienti che hanno aderito allo studio, sia per consentire alla comunità scientifica di trarne vantaggio.

A tale scopo, nel 2018 sono state diffuse sul sito web aziendale e sulla intranet tutte le pubblicazioni e i progetti realizzati nel periodo 2016-2018 dalle Unità Operative.

Inoltre, è stata redatta una prima versione dell'istruzione operativa relativa alle attività intese a favorire la pubblicazione tempestiva dei risultati degli studi conclusi. Tale procedura prevede l'identificazione degli studi spontanei, con responsabile scientifico afferente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, conclusi da almeno un anno, al fine di accertare, o sollecitare, la pubblicazione dei risultati. Questa attività sarà avviata nel 2019.

### ***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 2018 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 31/12/2018 il numero dei docenti universitari che svolgevano compiti assistenziale era pari a 105 unità (di cui 17 di Prima fascia, 48 di Seconda fascia e 40 Ricercatori).

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 58 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. L'apporto didattico registrato nell'anno accademico 2017/2018 riguarda almeno 150 professionisti ospedalieri, infatti sono stati conferiti

dall'Università degli Studi di Parma incarichi di docenza a più di 70 professionisti ospedalieri e ad altrettanti professionisti sono stati conferiti incarichi di tutoraggio.

### ***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 2018 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 2017/2018 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 2018 hanno frequentato l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stato pari a 736 unità, di cui 627 immatricolati dall'Università degli Studi di Parma e 109 immatricolati da altre Università.

Un altro campo di attività formativa di rilievo nel post-laurea è quello relativo ai Master di 1° e 2° livello: nel 2018/2019 ne sono stati attivati 7 di 1° livello, 9 di 2° livello. Infine, presso il Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia di Parma si sono svolti 3 Corsi di Dottorato di Ricerca.

### ***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".

Inoltre, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, come disposto dal vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università, approvato con DGR n. 1207 del 29/07/2016, ferma restando la sua centralità quale sede di riferimento per l'Università degli Studi di Parma e sede di realizzazione della collaborazione tra Regione e Università, acquista il ruolo di azienda di riferimento e di supporto organizzativo per l'intera rete formativa locale, anche per quanto riguarda le ulteriori sedi di collaborazione di cui all'art. 18 del Protocollo.

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 del Protocollo d'Intesa Regionale e mediante il ruolo del Comitato di Indirizzo Regionale di cui all'art. 4 dello stesso Protocollo, le sedi ulteriori proposte dall'Università degli Studi di Parma ed individuate dal Comitato di Indirizzo Regionale sono:

- l'U.O. "Chirurgia Generale" dell'Ospedale di Fidenza – AUSL PARMA
- l'U.O. "Servizi Psichiatrici Ospedalieri a Direzione Universitaria" – AUSL PARMA

Relativamente alle sedi summenzionate, si rileva la presenza e l'attività assistenziale svolta in forma stabile di docenti dell'Università degli Studi di Parma, a garanzia dell'integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca. L'adeguata presenza di personale medico universitario nella dotazione organica delle Strutture a direzione universitaria presso le sedi ulteriori proposte (che, come stabilito dall'art. 10 comma 3 del Protocollo di Intesa vigente, non può essere inferiore a n. due unità) è garantita da atti convenzionali stipulati, ai sensi dell'art. 2 c. 4 del D.Lgs. 517/99, d'intesa tra l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e l'Azienda Sanitaria Locale di Parma.

L'individuazione di tali strutture quali "sedi ulteriori" per lo svolgimento di compiti didattici e scientifici, favorisce la suddetta integrazione con il territorio e con le strutture che in esso insistono, consentendone il potenziamento, innanzitutto ai fini della formazione, in una logica di rete, nell'ambito dei Corsi di Laurea e delle Scuole di Specializzazione.



## 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	AOSPU PARMA (valore 2017)	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
Impact factor normalizzato (Ifn) °	2.807	mantenimento	2.422
Ifn per ricercatore §	6	mantenimento	5
Numero di progetti di ricerca in corso, finanziati con Bandi competitivi a cui l'Azienda partecipa (in qualità di coordinatore o di unità partecipante) *	25	mantenimento	15
Grado di qualità &	13%	mantenimento	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

A fronte di un aumento del numero di pubblicazioni, il trend atteso è leggermente in calo. In particolare:

**IFN** è diminuito da 2807 (valore 2017) a 2422 (valore 2018)

**IFN per ricercatore** è diminuito da 6 (valore 2017) a 5 (valore 2018)

**Numero di progetti di ricerca finanziati con bandi competitivi a cui l'Azienda partecipa** si è ridotto (25 valore 2017, 15 valore 2018)

**Grado di qualità** si è **mantenuto stabile** attorno al valore del 13% (valore 2017 e 2018)

## ii. Area di performance dello sviluppo organizzativo

### La formazione continua nelle organizzazioni sanitarie

Gli eventi formativi svolti nel 2018 rispetto a quali si è posta particolare attenzione alla qualità del trasferimento degli apprendimenti dal contesto d'aula all'esperienza di lavoro sono stati:

PROGETTI CON VALUTAZIONE DI TRASFERIMENTO	AZIONI REALIZZATE
"Addestramento all'utilizzo delle suturatrici meccaniche con tecnologia Adaptive Firing: benefici della chirurgia mininvasiva per la qualità della vita del paziente". Valutazione di trasferimento effettuata sulla base dell'osservazione diretta delle capacità di utilizzo della tecnologia acquisite dai	La valutazione di trasferimento è stata sviluppata utilizzando schede di osservazione sui comportamenti di ogni partecipante relativi al corretto utilizzo delle suturatrici.

partecipanti.	
"La mindfulness per la riduzione dello stress nelle professioni sanitarie" . E' prevista una valutazione di trasferimento, basata sulla compilazione di un questionario ex post, finalizzata alla misurazione dell'effettivo utilizzo della tecnica nei tempi e nei modi previsti dal protocollo MBSR (mindfulness based stress reduction )	Per la valutazione di trasferimento è stato inviato ed elaborato un questionario ai partecipanti finalizzato a rilevare il mantenimento delle pratiche di mindfulness alla fine del percorso formativo
"Delirium" finalizzato alla valutazione dei fattori precipitanti e predisponenti al delirio nei pazienti geriatrici e cardiologici. Il progetto prevede lo sviluppo delle capacità di utilizzo delle scale di valutazione dei fattori prima citati. La valutazione di trasferimento è centrata sulla analisi dei dati prodotti dalle schede dai quali si può evincere la corretta gestione del percorso di compilazione	La valutazione di trasferimento è stata conclusa sulla base della valutazione della corretta compilazione delle scale di valutazione effettuata su 50 partecipanti della geriatria e 50 partecipanti della cardiologia
"La buona relazione con i familiari e i caregiver dei pazienti" . La valutazione di trasferimento è prevista tramite utilizzo di un questionario ex post finalizzato a verificare le possibili modificazioni dei comportamenti relazionali a seguito degli apprendimenti formativi consolidati nell'esperienza di lavoro	E' stato inviato e poi successivamente elaborato un questionario di valutazione del trasferimento delle competenze acquisite ai 47 partecipanti delle 3 edizioni del corso realizzate nel 2018.
"Le competenze dei tutor clinici nelle unità operative dedicate all'apprendimento". La valutazione di efficacia prevede la somministrazione del questionario CLEQI agli studenti del corso di laurea in infermieristica che hanno svolto i tirocinio nell'unità operativa clinica e terapia medica . Il questionario da evidenza alla qualità dell'esperienza di tirocinio e della relazione tutorale percepita dallo studente	Sono stati somministrati i questionari CLEQI (Clinical Learning Evaluation Quality Index, valuta la qualità percepita da parte dello studente dell'esperienza di tirocinio) agli studenti ( ca 200) che hanno svolto esperienza nei contesti di tirocinio
"La revisione della documentazione infermieristica" Implementazione delle scale di valutazione assistenziale (BRASS , CHOBIC e MEWS) Dipartimento Medicina Generale e Specialistica. La valutazione di efficacia è basata sullo studio osservazionale dei dati prodotti dalla somministrazione delle scale di valutazione implementate.	Completamente realizzata la parte formativa e valutativa. I risultati sono stati socializzati in un incontro plenario con i partecipanti

## ***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 2018 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 2018;
- processo "a cascata" nell'attribuzione degli obiettivi in relazione alle responsabilità gestionali individuate nell'ambito dell'organizzazione aziendale;
- informazione e comunicazione degli obiettivi di équipe in ambito dipartimentale e nelle singole strutture organizzative al fine di acquisire una capillare partecipazione di tutti i dirigenti alla realizzazione degli obiettivi assegnati con le evidenze necessarie;
- chiarezza e trasparenza con riferimento al risultato atteso, agli indicatori, alle modalità e strumenti per la verifica;
- valutazione dei direttori/responsabili delle strutture complesse e semplici sulle modalità adottate nel processo di rassegna degli obiettivi, sul rispetto dei tempi definiti dalla Direzione Aziendale, sull'invio delle evidenze necessarie.

Gli obiettivi di budget che assumono rilievo ai fini dell'incentivazione sono definiti con riferimento alle specifiche aree di attività riportate nelle schede di budget 2018.

Per l'anno 2018 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) all'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'ARPA), i cui componenti sono stati rinnovati con deliberazione n. 17 del 09.01.2018, 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 OOS 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 2018 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 2018 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;
- dall'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) all'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'ARPA), i cui componenti sono stati rinnovati con deliberazione n. 17 del 09.01.2018, 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 OOS e trasmette all'OIV regionale gli esiti di tale processo.

### ***Progressione economica orizzontale***

Nel corso del 2018 si è data applicazione ad un accordo con le Organizzazioni Sindacali del comparto in ordine ad interventi di progressione economica orizzontale basati su procedure selettive di valutazione del personale.

## **d) Dimensione di performance della sostenibilità**

### **i. Area di performance economico-finanziaria**

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

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

Anche per il 2018 gli impegni della Direzione aziendale sono stati finalizzati al:

- monitoraggio costante della gestione e dell'andamento economico-finanziario, 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 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 perseguirlo 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. 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.

Nel corso del 2018 l'Azienda è stata impegnata a dare attuazione alle seguenti misure di contenimento della spesa:

- governance dei processi di acquisto di beni e servizi in relazione alla maggiore integrazione organizzativa tra Intercent-ER e le strutture di acquisto aziendali e di area vasta e allo sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo;
- potenziamento delle piattaforme logistiche e informatiche;
- governo delle risorse umane;
- gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti;
- uso razionale dell'energia e gestione ambientale.

Sono stati promossi incontri strutturati con i Servizi aziendali 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.

Si è inoltre provveduto all'analisi costante della sostenibilità patrimoniale dell'Azienda e all'esame della struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti. Infine, gli incontri periodici del board degli investimenti sono stati indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto.

### **Ottimizzazione della gestione finanziaria**

Attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a medio lungo termine (mutui), nel corso del 2018 si è consolidata 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.. L'indicatore relativo all'anno 2018, calcolato dall'Azienda, corrisponde a -10,45 giorni. 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). Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet è presente una sotto-sezione dedicata ai pagamenti dell'Amministrazione: 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.

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). Alla Relazione al Bilancio di Esercizio dell'Azienda è inoltre 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 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.

L'Azienda ha rispettato l'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018.

Come da normativa, nel 2018 ha preso avvio ed è entrato a regime SIOPE+, un progetto innovativo di potenziamento della rilevazione SIOPE, diretto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle pubbliche amministrazioni, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

Dal 1° gennaio 2018 l'Azienda ha aderito alla convenzione quadro IntercentER per l'affidamento del Servizio di Tesoreria per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Al momento dell'emissione dell'ordinativo di fornitura, sono state messe a disposizione del nuovo Tesoriere (Banca Intesa) tutte le informazioni relative al sistema informativo aziendale, ai tracciati record, alle procedure in essere, ecc. ed è stata fornita tutta l'assistenza affinché l'attività di riscossione, pagamento e di raccordo con la contabilità economica e patrimoniale avvenisse, nel modo più automatico possibile, nel rispetto dei principi contabili ed in esecuzione del Regolamento regionale di contabilità.

### **Il miglioramento del sistema informativo contabile**

Come previsto dalle indicazioni e dalle Linee Guida regionali, nel corso del 2018 l'Azienda si è impegnata nel 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, SP ed LA.

Nel corso del 2018 è stata assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce, non solo uno strumento di scambio di informazioni, ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è infatti necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

L'Azienda ha garantito l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web.

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

Nel corso del 2018 è stata garantita la partecipazione dei collaboratori aziendali ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC e l'Azienda ha assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema, prevista per il 01/01/2020.

In particolare, per quanto riguarda il piano dei conti della contabilità generale, è stato previsto un Piano dei Conti Aziendale unico a livello ministeriale, regionale, con possibilità di gestire ulteriori livelli di dettaglio a valenza aziendale riconducibili comunque all'unico livello regionale.

E' stata quindi predisposta la correlazione tra l'attuale piano dei conti aziendale e il piano dei conti unico e dare avvio alla creazione, validazione, aggiornamento e comunicazione delle codifiche ai vari livelli ministeriale, regionale e aziendale.

Per quanto riguarda il piano dei fattori produttivi, è stato previsto un Piano dei fattori produttivi unico a livello regionale, con possibilità di gestire ulteriori livelli di dettaglio a valenza aziendale riconducibili comunque all'unico livello regionale.

### ***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. A questo decreto sono seguite le indicazioni del DPCM 11 luglio 2018 che hanno portato a 25 le categorie devolute in via esclusiva alle centrali di committenza. 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 categorie di beni e servizi devolute in via esclusiva 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 inviato ad Intercent-er l'aggiornamento del Masterplan di Area Vasta (per successivo inserimento nel Masterplan regionale) e conseguentemente sono stati comunicati al tavolo dei soggetti aggregatori gli acquisti di importo superiore al milione di euro.

#### ***Dematerializzazione del processo di ciclo passivo***

Sono proseguite nel 2018 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 2018 si è data continuità all'inoltro di ordini e alla ricezione di DDT in modalità elettronica con i fornitori che si sono resi disponibili con incremento della percentuale complessiva di ordini transitati su Notier.

#### ***Sviluppo dell'e-procurement e Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi***

Con riferimento al livello di adesione alle gare centralizzate per l'anno 2018, dato che verrà consolidato nel dettaglio nei prossimi mesi sulla base dei parametri condivisi con intercent-er, si evidenzia un sostanziale andamento incrementale in linea con gli anni precedenti, considerato l'elevato numero di gare di area vasta aggiudicate anche lo scorso anno.

È stata inoltre ampiamente utilizzata la piattaforma di e-procurement mediante la pubblicazione su SATER di 138 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 suddiviso in 58 lotti. Nel 2018 si è proceduto alla valutazione tecnica, sia al tavolo che in sala, con conclusione delle attività di valutazione a dicembre.

### *Il governo delle risorse umane*

In coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica con decreto 08/05/2018 e con le indicazioni di dettaglio fornite dalla Regione con DGR 1412 del 03/09/2018, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia, l'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni di personale per il triennio 2018-2020.

Il PTFP è stato conseguentemente predisposto dalla SC Area Giuridica e SC Area Economica con la collaborazione del Servizio Assistenziale e la supervisione del Direttore del Dipartimento Interaziendale Risorse Umane e trasmesso alla Regione con nota prot. 36487 del 26.09.2018. La Regione ha approvato, con nota prot. 42038 del 06.11.2018, il piano predisposto, tenuto conto della coerenza con le linee di indirizzo ministeriali, con le indicazioni operative regionali e i contenuti della programmazione regionale. Il PTFP è stato quindi definitivamente approvato con delibera n. 983 del 27.11.2018 e poi inserito sul portale SICO.

Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno, anche anticipatamente alla definitiva formalizzazione del PTFP, hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. In particolare l'attenzione della Direzione strategica è stata rivolta all'area dell'emergenza-urgenza al fine di adottare ogni misura utile a superare le criticità emerse in tale area, adeguando l'offerta alla domanda assistenziale

L'Azienda ha altresì proceduto all'applicazione degli accordi siglati nel corso del 2016-2017 in sede regionale con le OO.SS. confederali e di categoria in particolare in materia di stabilizzazioni del personale precario per il triennio 2018-2020. Nel 2018, così come nel 2017, è stato conseguito, in particolare per effetto della conversione in contratti a tempo determinato o indeterminato, l'obiettivo di riduzione dei contratti libero professionali onerosi prefissato in un'ulteriore riduzione del 30% rispetto alla situazione esistente nel 2016.

Per l'area del comparto, in adempimento a quanto previsto dal D.lgs 75/2017, circolare 3/2017 del Dipartimento Funzione pubblica e protocollo regionale del 28/12/2017 si è data attuazione al processo di stabilizzazione con un bando e tempistiche omogenee condivisi con le altre aziende regionali. Tali procedure sono state indette e completate con le relative assunzioni nel primo semestre.

Analogamente nel secondo semestre si è data attuazione, in seguito alla sottoscrizione di specifico protocollo regionale in data 04.05.2018, ai percorsi di stabilizzazione per l'area della Dirigenza Medica e Sanitaria. Le procedure sono state completate con le relative assunzioni entro gennaio 2019.

Da ultimo l'Azienda ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, partecipando alle procedure concorsuali in forma aggregata per infermieri, che è stato bandito dall'Azienda USL di Piacenza quale azienda capofila, al concorso per fisioterapista bandito dall'Azienda USL di Modena e a quello per ostetriche bandito dall'Azienda USL di Reggio Emilia

Per quanto attiene alla valorizzazione del sistema sanitario regionale e del personale, a far tempo da gennaio 2018 è stata attivato il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale dipendente e non. In particolare sono stati attivati i moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire

prioritariamente tutti gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno. Il personale afferente il Dipartimento Interaziendale Risorse Umane è stato coinvolto nelle sedute di formazione programmate sia con il personale delle ditte aggiudicatrici, sia da parte di operatori referenti della sede centrale. Ciò ha garantito la continuità delle attività, pur con alcune criticità evidenziate nella fase di avvio. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi SIA e RIT Azienda territoriale, alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN per gli approfondimenti sulla procedura e correlati alle integrazioni con la complessiva infrastruttura aziendale. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria. A fine primo semestre è stata attivata l'attività formativa per quanto riguarda l'applicativo concorsi. Nell'autunno è stata realizzata la formazione per il modulo previdenza anche se necessità di ulteriori verifiche e perfezionamenti

Si è proseguito inoltre nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazioni a livello sovraziendale riguardanti anche funzioni e servizi sanitari. In particolare il Dipartimento Risorse Umane ha supportato le attività connesse (comprehensive anche degli aspetti di relazione con le organizzazioni sindacali) con l'istituzione del Dipartimento Emergenza-urgenza provinciale interaziendale (atto n. 85 del 30/01/2018), le elezioni dei relativi organismi che si sono svolte nella primavera 2018 e nella successiva nomina del Direttore del Dipartimento.

Si precisa infine che, quanto al rispetto e all'attuazione delle manovre di controllo della spesa del personale, la SC Area Economica in collaborazione con la SC Area Giuridica e il Servizio Assistenziale, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

#### *Area Economico-Finanziaria: Indicatori*

Indicatore	AOSPU PARMA (valore 2017)	Valore RER 2018	Risultato atteso 2018	2018 - Risultato raggiunto
Tasso di copertura flusso DiMe sul conto economico corretto per gestione magazzini unici	98,17		consolidamento	>95%*
Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti	-15,37	-	<=0	<b>-10,45</b>
Alimentazione della piattaforma degli scambi in tutte le sessioni previste e rispetto delle scadenze prestabilite (introdotto dalla programmazione 2016)	100%		100%	100%
Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio (introdotto dalla programmazione 2016)	100%		100%	100%
Compilazione delle tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali (introdotto dalla programmazione 2018)			100%	100%
Avvio SIOPE+ (introdotto dalla programmazione 2018)			100%	100%

\*In attesa dato consolidato su Insider

Nell'esercizio 2018 sono state rispettate le previsioni dell'Area economico-finanziaria. L'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti presenta valore negativo, vale a dire che anche nel 2018 le fatture sono state pagate, in media, prima della scadenza delle stesse.

Nel corso dell'anno, la compilazione dei quattro schemi di bilancio è stata coerente e sono state rispettate le scadenze per l'alimentazione di tutte le sessioni della piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA.

## **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. 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 Onco-ematologico 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. Durante il 2018 è stato redatto e completato il progetto esecutivo dell'opera, la cui validazione è intervenuta nei primi giorni del 2019

Relativamente alle richieste di liquidazione di interventi rientranti in programmi di investimento approvati tra il 2003 ed il 2011 (Interventi L07, M03, H04, Odonto, H06, O2), nel corso del 2018 non si è reso necessario inviare alla Regione Emilia Romagna richieste di liquidazione di residui relativi agli interventi medesimi, in quanto gli stessi risultano saldati

#### ***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 stati ultimati, ed è in corso di predisposizione la relativa SCIA. E' stata completata la progettazione esecutiva di tutti gli interventi compresi nel PI.1, approvata dal gruppo tecnico regionale, e sono in fase di redazione gli atti relativi all'affidamento 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 economiche e saranno inseriti nei Piani Triennali degli investimenti compatibilmente con le risorse economiche disponibili.

#### ***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 2018 sono stati sostituiti numerosi motori elettrici (inverter) con nuove apparecchiature più performanti dal punto di vista dei consumi energetici e sono stati completati gli studi di fattibilità per la realizzazione di azioni mirate al contenimento dei consumi energetici nei vani scala di diversi padiglioni ospedalieri (sistemi di spegnimento luci automatici), la cui concreta realizzazione verrà programmata, compatibilmente con le risorse economiche a disposizione, a partire dal 2020. Nel corso del 2018, infatti, è stato sostenuto l'investimento relativo all'installazione di un terzo cogeneratore; tale rilevante investimento, attualmente operativo e funzionante, è in grado di assicurare la quasi totale autonomia dal punto di vista elettrico dell'Ospedale Maggiore.

Per quanto riguarda le azioni relative alla mobilità sostenibile il 2018 ha visto un deciso progresso nella direzione di una gestione integrata delle politiche di mobility management attraverso il conferimento delle funzioni di Mobility Manager Aziendale alla figura che già ricopriva il medesimo ruolo presso Ausl Parma, consentendo in tal modo un'interlocuzione con i referenti di Area (Comune di Parma) e un'azione di programmazione e gestione delle attività più puntuale ed efficace. Nell'ambito degli interventi posti a regime nel corso dell'anno si segnalano l'avvio delle azioni finanziate tramite il cofinanziamento ottenuto dal Ministero dell'Ambiente ("Collegato ambientale") tramite il Comune di Parma: nuovo bando per le agevolazioni tariffarie per il trasporto pubblico locale per i tragitti casa-lavoro dei dipendenti (99 richieste pervenute tra treno e autobus, tutte evase anche grazie ad un ulteriore contributo economico ricevuto dal Comune), studio e predisposizione di parcheggi protetti per le biciclette (nel 2018 analisi preliminare, completamento previsto entro il 2019). Si è poi provveduto, alla revisione dei permessi di sosta agevolati (righe blu) per i dipendenti (la graduatoria era ferma dal 2011) e alla fase istruttoria di analisi e confronto con Infomobility Spa per la definizione di tariffe agevolate per i dipendenti interessati ai servizi connessi con la mobilità (Parcheggi, Cicleteria, Bike sharing e Car Sharing). Sempre nell'ambito delle azioni preliminari di

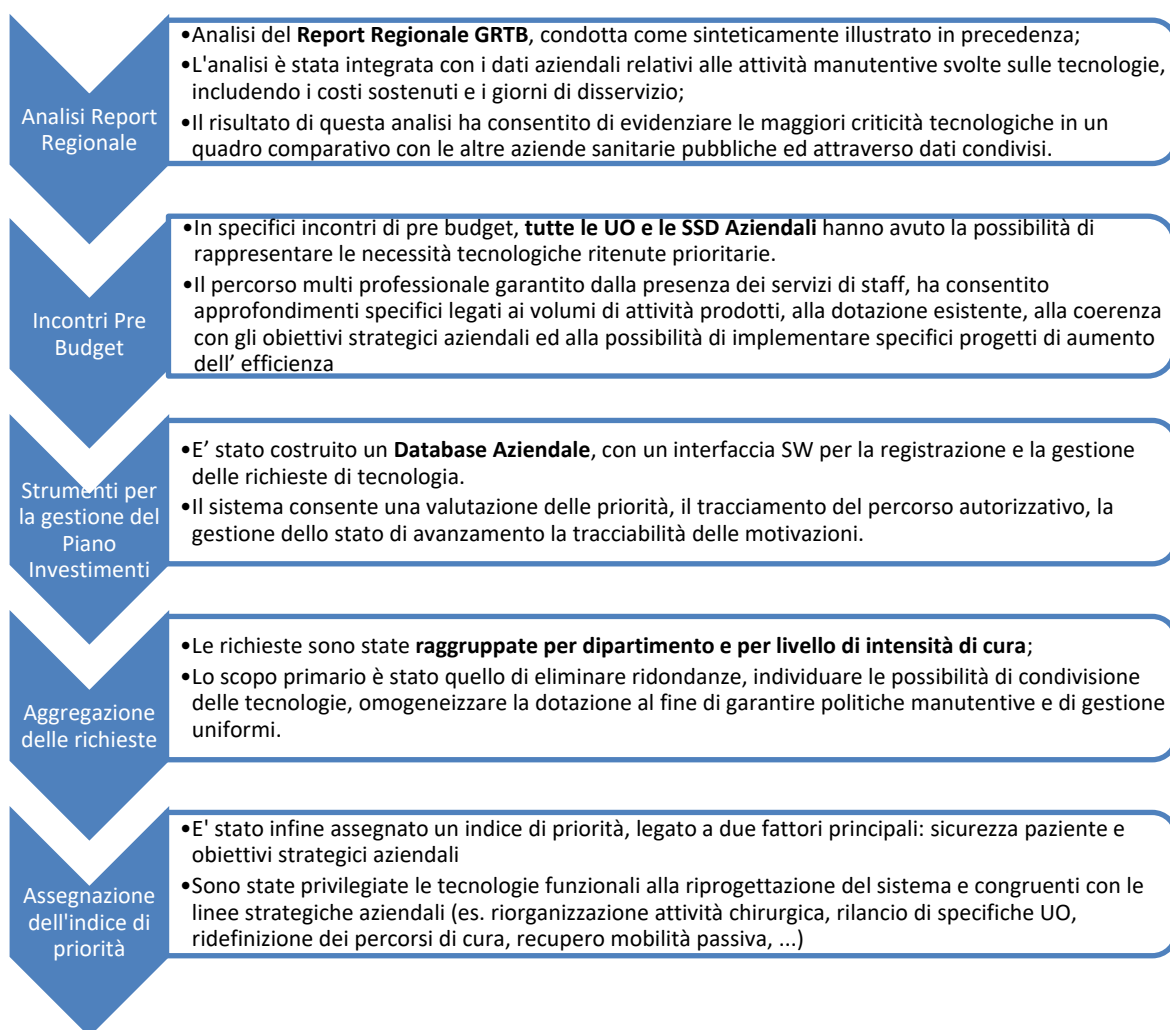
analisi, che vedranno poi una finalizzazione nel 2019, si segnalano le progettualità relative alla messa a disposizione di un nuovo parcheggio agevolato nelle adiacenze di via Rasori (Via Rusino), al potenziamento della stazione di bike sharing di via Osacca e alla installazione di una nuova stazione di bike sharing all'ingresso delle Torri di via Volturno.

Più in generale è proseguita l'azione di coordinamento a livello comunale con il mobility manager di area che ha consentito puntuali aggiornamenti formativi e normativi e presidio delle opportunità di finanziamento.

### **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.

**Progetto/Budget:**

1	Ristrutturazione UTIC 2016	Ristrutturazione UTIC 2016
2	Adeguamento sala E221	Adeguamento sala E221 per elettrofisiologia
5	Sostituzioni Urgenti 2016	Rinnovo AB per emergenze derivanti da FU
6	Richieste 2016	Richieste pervenute al SIC - Richieste formalizz
8	Avvio Attività Chirurgia Vascolare	Investimenti urgenti per avvio attività vascolari

**Stato ACQ:** INI Da Iniziare, SOS Sospeso, APP Procedura in Corso, DEL Procedura conclusa e delibe, VAL Procedura in corso di valuta, COL Fornitura Collaudata

**Parere Board:** -1 Approvato, 0 Non Approvato, \* Tutti!, ParereSIC, -1 Approvato, 0 Non Approvato, \* Tutti!

**Elenco Investimenti (Totale: € 2.816.696,17):**

Classe	Descrizione	Totale
31	AOSP Parma Cardiologia MON Modulo per sistema di mor	€ 2.500,00
32	AOSP Parma Attività Comuni Dipartime ECL Ecografo portatile	€ 22.000,00
35	AOSP Parma Chirurgia Vascolare TOP Piano radiotrasparente per	€ 48.000,00
36	AOSP Parma Chirurgia Vascolare PRD Portatile per radioscopia	€ 220.000,00
38	AOSP Parma Otorinolaringoiatria e Oton ELB Bisturi a risonanza molecoli	€ 28.000,00
45	AOSP Parma Pneumologia ed Endoscopi VBR Videobroncoscopi (vedi Not5	€ 50.000,00
46	AOSP Parma Neurochirurgia MOP Microscopio Operatorio	€ 220.000,00
48	AOSP Parma Radiologia TAC Tomografo Assiale Comput	€ 400.000,00
52	AOSP Parma Urologia STE Colonna per endoscopia die	€ 70.000,00
54	AOSP Parma Urologia UTS Ureteroscopio Flessibile	€ 9.000,00
55	AOSP Parma Clinica Chirurgica e Terapia STE colonna laparoscopica	€ 200.000,00
57	AOSP Parma Radiologia TTE tavolo telecomadato	€ 220.000,00
60	AOSP Parma Ortopedia TOR Trapani ortopedici	€ 80.000,00
62	AOSP Parma Cardiochirurgia UTE Telemeria + centrale per 221	€ 150.000,00
63	AOSP Parma 1° Anestesia e Rianimazion ANS Sistemi di anestesia + Moni	€ 330.000,00
64	AOSP Parma Ortopedia LSC Lampada scialitica	€ 200.000,00
67	AOSP Parma Attività Comuni Dipartime ELB Elettrobisturi	€ 60.000,00
71	AOSP Parma Ortopedia TOP Tavoli operatori	€ 350.000,00
80	AOSP Parma Ortopedia 1PC Diafanoscopi Digitali	€ 100.000,00
29	AOSP Parma Cardiologia PIN Rack Infusionali completi di	€ 20.000,00
43	AOSP Parma Medicina Interna e Lungode ACI Micromotore	€ 1.945,88
44	AOSP Parma Cardiologia POG Poligrafo per emodinamica	€ 22.000,00

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.

<b>Sostituzioni per obsolescenza</b>	<b>Trasferimenti di attività</b>	<b>Fondo di garanzia</b>	<b>Progetti Innovativi / Progetti Integrati / Avvio Nuove Attività</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Garantire adeguati livelli di sicurezza paziente;</li> <li>•Limitare il rischio di interruzione della continuità assistenziale dovuti a indisponibilità tecnologica per guasto;</li> <li>•Sostituire tecnologie con costi manutentivi elevati;</li> <li>•Sostituire tecnologie con produttività inadeguata.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Assicurare l'opportuno assetto tecnologico ai trasferimenti delle UO necessari alla riorganizzazione dei processi clinici e/o a lavori di adeguamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Necessario per far fronte ad emergenze da Fuori Uso per apparecchiature non riparabili;</li> <li>•L'analisi sull'installato ha evidenziato molte Tecnologie critiche in "End Of Life", ovvero non supportate dalla casa madre e non più riparabili;</li> <li>•Necessario per garantire sicurezza pazienti e continuità assistenziale in caso di guasto imprevisto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Riorganizzazione Attività Chirurgica</li> <li>•Interventi Integrati sulle SSOO - Aree Critiche</li> <li>•Sistemi informativi dipartimentali e loro integrazione</li> <li>•Rilancio di specifiche funzioni HUB: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Chirurgia Vascolare</li> <li>•Neurochirurgia</li> <li>•Ortopedia</li> <li>•...</li> </ul> </li> </ul>

Figura 1 - Azioni garantite dal piano di rinnovo tecnologico

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

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

Investimenti	Service	Noleggio	Contratti di manutenzione	Piani di redistribuzione	Donazioni
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tecnologie strategiche nel tessuto aziendale per potenziamento delle funzioni HUB;</li> <li>•Tecnologie a supporto della ridefinizione dei percorsi assistenziali;</li> <li>•Sostituzione delle tecnologie obsolete per garantire continuità assistenziale e/o livelli di erogazione adeguati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tecnologie caratterizzate da elevati volumi di dispositivi consumabili e/o caratterizzate da elevati costi di gestione;</li> <li>•Tecnologie in cui è configurabile un piano sostenibile di rendicontazione e a prestazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Tecnologie in cui è opportuno includere in fornitura specifici livelli di servizio manutentivo (apparecchiature sostitutive, limitati tempi di risoluzione del guasto, servizi di reperibilità)</li> <li>•Tecnologie che prevedono la sostituzione periodica di specifici componenti.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Riconfigurazioni e dei sistemi software dipartimentali (es. integrazione delle immagini ortopantografi che ed ecografiche sul sistema RIS\PACS);</li> <li>• Manutenzioni evolutive;</li> <li>•Rete Cardiologica elettrocardiografica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Redistribuzione delle apparecchiature e in uso per garantire: <ul style="list-style-type: none"> <li>•Omogeneizzazione dell'installato;</li> <li>•Immunità dal primo guasto;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Piano delle donazioni integrato con le linee guida strategiche aziendali;</li> <li>•Presentazione di progetti tecnologici integrati a supporto di più funzioni cliniche</li> </ul>

Figura 2 - Strumenti finanziari utilizzati per il piano di rinnovo tecnologico

## Risultati

Congruentemente con la metodologia descritta, il piano delle attività 2018 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
<b>Investimenti</b>	Mammografi digitali per Senologia Acceleratore lineare Diagnostica Radiologica Ortopedica Risonanza Magnetica	Chirurgia Urologica Comparto operatorio per Emergenza Immunogenetica DH Oncologico	Emergenze per Fuori Uso (Rischio continuità assistenziale \ Liste di attesa):  Ecotomografi per Cardiocirurgia e Chirurgia Generale  Strumentazione ottica rigida e flessibile	RIS PACS Ostetrico Ginecologico
<b>Service</b>				Rinnovo di settori specialistici di laboratorio (coagulazione, urine, ematologia, elettroforesi)  Sistema per Next Generation Sequencing
<b>Noleggio</b>			Fluorangiografo per oculistica	
<b>Contratti di Manutenzione</b>	Potenziamento storage e infrastruttura server RIS/PACS			
<b>Donazioni</b>	Sistemi per dialisi			Sistema di Navigazione TAC intraoperatorio



### *Area Investimenti: Indicatori*

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

<b>Indicatore</b>	<b>Valore Aziendale 2017</b>	<b>EMILIA-ROMAGNA</b>	<b>Risultato aziendale atteso 2018</b>	<b>Risultato raggiunto 2018</b>
Percentuale di realizzazione del piano investimenti aziendali	66%*	Non calcolato in INSIDER	Aumento	88%*
Avvio predisposizione progetti di interventi rientranti nell'Accordo di programma "Addendum" (introdotto dalla programmazione 2016)	100%	Non calcolato in INSIDER	Miglioramento	100%
Richieste di liquidazione relative a lavori già terminati sul totale degli interventi terminati (introdotto dalla programmazione 2016)	SI	Non calcolato in INSIDER	Miglioramento	100%

\*Valore riferito ai soli interventi del Servizio Attività Tecniche

## 4. Conclusioni

Osservando la performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, 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 2018 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.

Per l'**Area dell'Accesso e domanda**, la performance relativa agli indicatori relativi al Pronto Soccorso (% di abbandono e tempi d'attesa) sono rimasti sostanzialmente stabili nel 2018. La lieve flessione, che non ha portato a valori significativamente differenti dalla media regionale, è per lo più correlata all'andamento epidemiologico della stagione influenzale 2017-2018 che, pur non determinando un significativo aumento di accessi nell'anno ha avuto un importante impatto sul sovraffollamento in Pronto Soccorso per la maggior complessità dei pazienti trattati. Per questo motivo l'Azienda ha aggiornato il proprio Piano per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (stagione 2018-2019) introducendo misure e risorse più stabili e qualificate rispetto alla versione precedente. Riguardo all'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero, nel 2018 l'Azienda ha proseguito e ulteriormente implementato le diverse azioni intraprese l'anno precedente per la gestione delle liste d'attesa e delle attività ad essa correlate per il raggiungimento degli obiettivi regionali.

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. Gli indicatori relativi all'area chirurgica, con particolare riferimento ad alcuni indici di mortalità, pur rimanendo lievemente superiori alla media regionale hanno registrato un miglioramento rispetto al 2017.

Rispetto agli indicatori di volume ed esito con criticità evidenti, l'Azienda ha avviato i audit clinici per approfondire le dinamiche alla base del risultato raggiunto.

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 2018, in particolar modo l'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti evidenzia un ulteriore miglioramento 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 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. 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** rimangono alcune criticità rispetto alla % di ricoveri in Day-Surgery per i DRG LEA Chirurgici. Relativamente invece all'indicatore dell'appropriatezza dei DRG, il valore conseguito è perfettamente allineato con quello regionale.

## 5. Allegati

Alla Relazione sulla Performance 2018 è allegata (Allegato 1) la Rendicontazione delle "azioni poste in essere per il perseguimento degli obiettivi della programmazione annuale regionale di cui alla DGR 919/2018", già inserita nella Relazione sulla Gestione del Direttore Generale allegata al Bilancio d'esercizio 2018 (Deliberazione n.457 del 30/04/2019).

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

## 1.1 Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018

**Obiettivo operativo:** Oltre alla realizzazione delle azioni previste nei PRP, le Aziende si impegnano a garantire il presidio e il monitoraggio di tutto il percorso dei Piani, con un coordinamento delle diverse strutture organizzative, consolidando e sviluppando sistemi informativi, registri e sorveglianze indicate nel PRP.

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.

Le azioni procedono con regolarità nel rispetto del cronoprogramma definito. Oltre il 95% degli indicatori sentinella ha osservato uno scostamento molto inferiore al 20% rispetto al atteso. Per quanto riguarda la rendicontazione si rimanda al Piano specifico della Prevenzione.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
% indicatori sentinella con valore conseguito > 80%	Per ogni indicatore lo standard si considera raggiunto, se il valore osservato non si discosta di più del 20% rispetto al valore atteso Obiettivo:>= 95%	Gli indicatori sentinella sono stati raggiunti	I programmi previsti dal PLA aziendale stanno proseguendo in linea con il cronoprogramma.
Rispetto degli indicatori assegnati alle Aziende ospedaliere nei progetti del PRP	Obiettivo:>= 95%		

## 1.2 Sanità Pubblica

### 1.2.2 Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

**Obiettivo operativo:** 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. Va predisposto/ aggiornato il protocollo riguardante i percorsi diagnostico terapeutici per gli utenti con infezioni sessualmente trasmissibili (IST), e va migliorata la capacità diagnostica per le malattie invasive batteriche (MIB) da meningococco.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
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%	100 %	Obiettivo pienamente raggiunto. Applicate indicazioni regionali. Condivisi con tutti reparti i documenti provenienti dalla RER. Fornite indicazioni operative a tutte le Strutture coinvolte
Schede di casi di malattie infettive, inserite nell'applicativo SMI, incomplete al consolidamento (dopo sei mesi dall'inserimento) / n. totale di schede di casi di malattie infettive inserite nell'applicativo SMI.	Valore Ottimale = 100% Valore Accettabile=>95%	100 %	Obiettivo raggiunto pienamente. Percorso presidiato in maniera completa: verificate tutte le SMI prima dell'inoltro ai Servizi Competenti per intercettare non conformità. Aggiornato il data base relativo.

#### 1.2.4 Programmi di screening oncologici

**Obiettivo operativo:** Relativamente ai tre programmi di screening oncologici è necessario consolidare i percorsi attivi con l'obiettivo di mantenere i livelli di copertura raccomandati nella popolazione target.

Indicatore	Target	Anno 2018	Note
Per lo screening cervicale: Percentuale di popolazione target (donne di 25-64 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)	valore ottimale >= 60%; valore accettabile >=50 %	Monitoraggio congiunto con AUSL: Prosegue regolarmente il programma di screening	Garantita la collaborazione tra il centro screening dall'AOU e Anatomia Patologica tramite attività di 1° livello (coorti di età 18-40 anni). Inoltre altre coorti avviate per screening HPV-test presso Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, con 10.513 PAP test nell'anno 2018. Infine è stata garantita l'attività di 2° livello relativa alla valutazione istopatologica biopsie cervico-vaginali e conizzazioni, per l'intera provincia di Parma.

<p><b>Per lo screening mammografico: Percentuale di popolazione target (donne di 45-74 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)</b></p>	<p>valore ottimale &gt;= 70%; valore accettabile &gt;= 60%</p>	<p>Monitoraggio congiunto con AUSL: Prosegue regolarmente il programma di screening compatibilmente con le criticità di organico</p>	<p>Garantita la collaborazione tra Anatomia Patologica e il centro screening tramite attività di citoassistenza e refertazione di prelievi citologici ed istologici da biopsia su massa per pazienti afferenti a Centro Senologico.</p>
<p><b>Per lo screening colorettales: Percentuale di popolazione target (persone di 50-69 anni) che ha effettuato test in screening (rilevazione puntuale)</b></p>	<p>valore ottimale &gt;=60%; valore accettabile &gt;= 50%.</p>	<p>Monitoraggio congiunto con AUSL: Prosegue regolarmente il programma di screening compatibilmente con il modello organizzativo adottato che prevede il coinvolgimento del volontariato.</p>	<p>Garantita collaborazione con il centro screening con attività svolte da Anatomia Patologica: attività di 2° livello su tutti i prelievi colonscopici derivanti da attività di screening. L'U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva partecipa al programma di screening del cancro colorettales offrendo la disponibilità ad eseguire 20 pancolonscopie alla settimana, e conseguentemente ad inserire i relativi referti nel database provinciale, ivi compresi gli esami istologici dei polipi asportati.</p>

### 1.2.5 Salute e sicurezza in ambienti di lavoro e di vita

**Obiettivo operativo: mantenere le azioni in materia di vigilanza e controllo, in attuazione della DGR n. 200/2013 e degli altri atti di indirizzo regionali (Circolare Regionale n. 10/2014, indicazioni per attività delle Unità Impiantistiche antinfortunistiche (UOIA), ecc.), assicurando un'omogenea e trasparente programmazione secondo criteri di rischio, la socializzazione dei risultati, l'utilizzo degli strumenti definiti a livello regionale al fine di perseguire modalità omogenee di intervento e l'integrazione tra le Unità Operative. Mantenere interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro, secondo quanto previsto dal PRP, finalizzati al miglioramento globale del contesto lavorativo e all'invecchiamento attivo dei lavoratori, consapevoli che le basi per una popolazione in buona salute sono da porre prima dell'età anziana.**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<p><b>Realizzazione interventi diretti alla promozione della salute nei luoghi di lavoro.</b></p>	<p>Realizzazione di almeno un programma di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie con utilizzo degli strumenti a livello regionale.</p>	<p><b>95%</b></p>	<p>Obiettivo raggiunto in maniera esaustiva. Sviluppati i principali Interventi di Promozione della Salute (es. alimentazione, lotta al tabagismo, promozione del movimento, ecc.), impiegando gli strumenti regionali. Eseguita puntuale informazione (poster, bacheche per la salute, volantini eccetera) e formazione dei dipendenti. Aggiornati puntualmente i Servizi Territoriali competenti circa lo sviluppo delle attività.</p>

### 1.2.6 Autorizzazione delle strutture sanitarie, socio assistenziale e socio sanitaria

Obiettivo operativo: Avvio del processo di revisione delle procedure di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie secondo la DGR N.1943 DEL 04/12/2017: 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.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Implementazione e aggiornamento dell'anagrafe regionale delle strutture sanitarie	100% strutture autorizzate/anno	100%	Le azioni atte alla verifica del possesso dei requisiti necessari per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie, e sociali sono state espletate ed è stato assicurato l'aggiornamento costante dell'anagrafe delle strutture autorizzate.

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

Obiettivi operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Promuovere la cultura della prevenzione nei confronti delle malattie infettive attraverso momenti formativi rivolti agli operatori tramite audit, addestramento, formazione sul campo	Realizzazione di programmi di promozione della salute nelle Aziende Sanitarie, attuati attraverso i medici competenti e gli strumenti messi a punto a livello regionale: % schede individuali dei lavoratori compilate dai medici competenti	1=> 5% dei lavoratori per ogni Azienda Sanitaria.	100%	Coinvolti tutti i Medici Competenti dell'Azienda, con cui sono state sviluppate iniziative. Particolare attenzione è stata rivolta alla lotta al tabagismo ed alla stimolazione del movimento.
Aggiornare le procedure relative alla sorveglianza sanitaria dei lavoratori, individuando modalità condivise di valutazione dell'idoneità alla mansione e assicurare i relativi flussi informativi.	Operatori adibiti a reparti ad alto rischio vaccinati/immuni in base alle indicazioni regionali/totale operatori adibiti a reparti ad alto rischio	>=95%;	100%	Aggiornate le procedure relative alla Sorveglianza Sanitaria. Condivise le modalità di valutazione dell'idoneità alla mansione specifica.

<p><b>Ridurre la frequenza delle malattie prevenibili da vaccino</b></p>	<p>Copertura vaccinale antinfluenzale operatori sanitari</p>	<p>&gt;34%</p>	<p><b>35%</b></p>	<p>La copertura vaccinale per la Sindrome Influenzale ha raggiunto la percentuale del 35% grazie anche agli Operatori che hanno effettuato fuori dall'Ospedale la vaccinazione a seguito del ritardo nella consegna dei vaccini alle aziende.</p>
--	--	----------------	-------------------	---



## 2.Assistenza territoriale

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

#### Mantenimento dei tempi di attesa

**Obiettivo operativo: Mantenimento dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche monitorate entro tempi di attesa standard.**

Prosegue il monitoraggio dei tempi di attesa raggiungendo performance del 96% per le prestazioni con priorità D e dell'82% per le prestazioni con priorità B. Sono stati pienamente raggiunti gli obiettivi di performance per quanto attiene le prestazioni con priorità D mentre per le prestazioni con priorità B la performance è sotto la soglia prevista del 90%. Nel corso dell'anno sono state analizzate le prescrizioni dematerializzate di diverse prestazioni e sono stati chiesti adeguamenti di offerta rispetto alla domanda espressa nel prescritto agli uffici risorse distrettuali che hanno solo parzialmente aderito alle richieste avanzate.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Indici di performance per le prestazioni di primo accesso	>=90%	96%	Monitoraggio congiunto con AUSL PR
Indici di performance per le prestazioni in urgenza differibile (*)	>=90%	82%	

#### Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016

**Obiettivo operativo: Monitoraggio dell'applicazione della DGR 377/2016 e delle indicazioni operative (Circolari del 20/04 e 9/12 2016).**

Rispetto alla applicazione della DGR 377/2016 sono stati attuati i contenuti della procedura aziendale stilata già nel 2016. Allo stato attuale, terminata la fase di test, abbiamo inviato tutto l'anno 2016 e stiamo predisponendo l'invio dell'anno 2017. Entro gennaio-febbraio 2019 andremo a regime recuperando il pregresso garantendo uno scarto di invio delle sanzioni di circa mesi sei. Il trend delle mancate presentazioni a causa dell'utente è in diminuzione. Il numero di mancate prestazione è passato da n. 15.816 casi nel 2016 e n. 14.947 nel 2017, a n. 12.894 nel 2018.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Numero di mancate presentazioni a causa dell'utente	Riduzione delle mancate presentazioni nel 2018 rispetto al 2017	-13,74% rispetto al 2017	Monitoraggio congiunto con AUSL PR

#### Prescrizione e prenotazione dei controlli

**Obiettivo operativo: Prescrizioni e prenotazione dei controlli – promozione della prescrizione da parte dello specialista e della prenotazione da parte della struttura che ha in carico il paziente.**

E' stata sempre più diffusa l'indicazione della presa in carico da parte dello specialista con conseguente prescrizione dei controlli successivi e delle indagini necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto. Il numero delle prescrizioni delle visite di controllo da parte degli specialisti costituisce il 18,30 % delle prescrizioni totali di controlli. Complessivamente il numero delle prescrizioni effettuate dagli specialisti è sostanzialmente costante pari a circa n.222.787. E' notevolmente aumentato il numero di prenotazioni effettuate sui posti CUP riservati alle strutture eroganti (code presidio), nel 2017 il valore raggiunto era di n. 159.193 mentre nel 2018 è stato di n. 225.248.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Numero di prescrizioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/Totale delle prescrizioni delle visite di controllo (%) (fonte ASA/ARMP/DEMA)</b>	>valore 2017	+6.04% (18,3% delle prescrizioni totali di controllo)	Monitoraggio congiunto con AUSL PR
<b>Numero di prenotazioni delle visite di controllo effettuate dal medico specialista/struttura nelle agende dedicate di prenotazione sul sistema CUP (fonte ASA/ARMP/DEMA)</b>	>valore 2017	+41,49% rispetto al 2017	Monitoraggio congiunto con AUSL PR

**CUPWEB Regionale**

**Obiettivo operativo: 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 CUPWEB 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 urgenze differibili e dei controlli. Si è inoltre provveduto a rendere prenotabili un elenco aggiuntivo di n. 464 prestazioni (ulteriori rispetto alle prenotazioni a monitoraggio) su una richiesta complessiva regionale di n. 546. Inoltre è stato avviato il percorso di inserimento delle prestazioni di controllo e delle note a corredo delle prestazioni. Negli anni scorsi il dato veniva fornito dall'OIV regionale e comunicato nel contesto dell'osservatorio regionale TA.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Numero di 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</b>	>= 80%	<b>80 %</b>	Monitoraggio congiunto con AUSL PR-coinvolti gli uffici di entrambe le aziende per popolare il sistema Cup-Web. Sono in corso miglioramenti dell'applicativo per permettere la prenotazione degli urgenze differibili e dei controlli.

## 2.3 Ospedali di Comunità

**Obiettivo operativo:** Prosecuzione del percorso di attivazione dei posti letto di Osco, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera secondo i principi della DGR 2040/2015, effettuando nella fase di ingresso la valutazione multidimensionale con definizione del PAI.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Evidenza di un'analisi in ambito aziendale delle strutture identificabili come Osco	SI	SI	Rimane valida la documentazione con cui l'Azienda ha richiesto ed ottenuto dalla Regione Emilia Romagna il codice di attivazione OSCO per i posti letto in Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Nell'ultimo trimestre del 2018 i posti letto di Cure Intermedie dell'AOU sono stati gradualmente riconvertiti in posti letto per acuti, in considerazione dell'iperafflusso di pazienti acuti al Pronto Soccorso, con necessità di ricovero.
Degenza media in OSCO (DM 70/2015) - (Fonte SIRCO)	<= 20 gg	Degenza Media 27 gg, mediana 20	Sulla Degenza Media dell'anno 2018 ha influito la presenza di quattro pazienti lungodegenti che per situazioni socio-assistenziali complesse, non hanno trovato diversa collocazione. Ad oggi è rimasto 1 solo paziente lungo-assistente, ricoverato dal 20/12/ (ex detenuto straniero in attesa di permesso di soggiorno, con grave disabilità).
Percentuale di ricovero con accesso previa valutazione multidimensionale	>= 90%	100%	La valutazione multidimensionale viene effettuata a tutti i pazienti prima che accedano alle cure intermedie.

## 2.4 Assistenza protesica

**Obiettivo operativo:** Completamento della formulazione degli albi dei prescrittori

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Predisposizione documento formalizzato a livello aziendale/interaziendale	Si	Si	E' stato portata a termine la definizione degli albi dei prescrittori in maniera congiunta con l'Azienda USL di Parma, formalizzata con Delibera dell'AUSL n. 950 del 27/12/2018.

## 2.5 Cure palliative

**Obiettivo operativo:** Proseguire il percorso di riorganizzazione della rete locale delle cure palliative (DGR 560/2015 e DGR1770/2016), in particolare: completare nella loro struttura

**organizzativa, le reti (con i nodi e le équipes) e il loro coordinamento, i percorsi che garantiranno l'integrazione tra i nodi e la continuità delle cure; attivare a livello locale i percorsi di formazione per gli operatori che operano nelle strutture che si interfacciano e interagiscono con la rete di cure palliative; completare ed aggiornare in coerenza con la riorganizzazione, i siti aziendali dedicati alla RLCP; porre particolare attenzione alla qualità dei dati che confluiscono nei flussi informativi ADI e Hospice.**

Il 1 febbraio 2018 la Direzione dell'AOU di Parma ha formalizzato il Responsabile dell'implementazione del Nodo Ospedale e del Nodo Ambulatorio dell'AOU di Parma nell'ambito della Rete Locale delle Cure Palliative (RLCP) della provincia di Parma.

In febbraio 2018 è stato istituito un Gruppo di Lavoro multiprofessionale, che vede la partecipazione di cinque medici, tre infermiere, una psicologa e una assistente sociale dell'AOU di Parma, che ha elaborato il "Progetto per la Realizzazione del Nodo Ospedale e del Nodo Ambulatorio delle Cure Palliative dell'AOU di Parma".

Il 18 aprile 2018 il progetto è stato consegnato alla Direzione Aziendale dell'AOU di Parma e al Coordinatore della RLCP di Parma.

Il progetto prevede, in sintonia con le delibere regionali, che il Nodo Ospedale svolga attività consulenziale in cure palliative, attraverso un'équipe specialistica multiprofessionale, rivolta ai pazienti in fase avanzata di malattia e nel fine vita ricoverati nei reparti di degenza con bisogni complessi. Tale attività dovrebbe dare sollievo ai sintomi e a ricercare il miglior setting assistenziale dopo la dimissione in accordo con i Nodi Domicilio e Nodi Hospice della RLCP di Parma. Il Nodo Ambulatorio delle Cure Palliative dell'AOU di Parma, invece, dovrebbe essere uno dei Nodi Ambulatorio della RLCP della provincia di Parma e svolgere attività di consulenza e presa in carico dei pazienti assistiti ambulatorialmente presso il DSA Oncologico dell'AOU di Parma, candidati alle Cure Palliative Precoci e Simultanee (CPPS), attraverso la presa in carico precoce dei pazienti e delle loro famiglie in una fase avanzata di malattia, non guaribile ma non terminale, in cui sono ancora indicati trattamenti oncologici attivi. L'asse portante è la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia, attraverso la valutazione dei molteplici e complessi bisogni assistenziali.

Attualmente il progetto del Nodo Ospedale e del Nodo Ambulatorio dell'AOU di Parma è in attesa di essere approvato e formalizzato dalle Direzioni Aziendali.

Da febbraio 2018, il Gruppo di Lavoro ha continuato ad incontrarsi settimanalmente seguendo un percorso di autoformazione sui temi delle cure palliative, discussione di casi clinici, incontri con i professionisti degli altri NODI della RLCP della provincia di Parma e partecipazione e organizzazione di eventi formativi per il personale sanitario dell'AOU e dell'AUSL di Parma.

## ***2.6 Continuità assistenziale – dimissioni protette***

---

**Obiettivo operativo: Implementare i modelli organizzativi relativi alle dimissioni protette tramite: la definizione di protocolli condivisi tra unità operative ospedaliere e territoriali, individuazione del case manager del percorso di dimissione protetta. L'individuazione tempestiva e conseguente tempestivo avvio dei percorsi rappresentano un elemento imprescindibile dei percorsi di dimissione protetta.**

La Direzione aziendale dell'Azienda Ospedaliera di Parma ha posto particolare attenzione alle problematiche inerenti la "cronicità", la continuità delle cure e le difficoltà alla dimissione dalla struttura ospedaliera verso il territorio, dando mandato, già a fine 2017, a un gruppo di lavoro aziendale di effettuare un'analisi sulle criticità legate alla dimissibilità dei pazienti dall'ospedale. In particolare, è stata esaminata la difficoltà dei reparti ospedalieri ad intercettare precocemente le problematiche potenzialmente causa di allungamento dei tempi di degenza ospedaliera, cui il gruppo di lavoro ha risposto proponendo soluzioni

organizzative innovative, volte a realizzare la progettazione con il paziente o con i famigliari del percorso di dimissione in tempi appropriati, attivando correttamente i servizi territoriali e definendo con loro la programmazione della presa in carico, quando prevista. È stata, dunque, evidenziata la necessità per il paziente di avere un riferimento unico per la programmazione del percorso di continuità e dell'uscita dall'ospedale, che sia informato sui problemi di tipo sanitario ma anche sociale, che sia in connessione con la rete dei servizi del territorio e che segua il paziente nel processo di dimissione.

Dal punto di vista organizzativo, è stato elaborato un modello di Punto Unico di Dimissione (PUD), con personale dedicato e formato, in grado di:

- sistematizzare e strutturare percorsi interni all'AOU per gestire le dimissioni dai reparti ospedalieri in modo appropriato, sicuro e tempestivo;
- intercettare precocemente i bisogni legati al ritorno a domicilio dei singoli pazienti, anche con riferimento alla possibile attivazione con il volontariato di aiuti informali;
- garantire la continuità dell'assistenza all'interno di percorsi aziendali e interistituzionali.

Già a metà 2018 il gruppo di lavoro è diventato interaziendale e ha sviluppato ulteriormente il progetto, infine denominato "GESTIONE INTEGRATA INTERAZIENDALE DELLE DIMISSIONI DIFFICILI E DELLE DIMISSIONI PROTETTE IN PROVINCIA DI PARMA", che prevede l'istituzione del Punto Unico di Dimissione (PUD) in AOU che si interfacci con i Punti Unici di Accesso distrettuali, al fine di una presa in carico il più precoce possibile e congiunta delle situazioni che comportano una difficoltà alla dimissione. Il progetto è stato presentato e approvato dalle due Direzioni Aziendali ed entro aprile 2019 verrà formalizzata la delibera di approvazione.

Si prevede l'attivazione del PUD in AOU entro giugno 2019.

Sempre nell'ambito della continuità assistenziale, l'AOU di Parma, a far tempo dal mese di dicembre 2018, a seguito di accordi con l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma e gli Enti gestori di due Case Residenza Anziani (CRA) dei Distretti di Parma e Sud-Est, ha avviato la funzione di Unità Mobile Multidisciplinare (UMM), modello innovativo che prevede un'attività di consulenza specialistica sul territorio da parte dei professionisti dell'U.O.C. Medicina Interna e Lungodegenza Critica di Azienda Ospedaliero-Universitaria, qualificati per l'assistenza e la cura del paziente anziano polipatologico, finalizzata a ridurre gli accessi inappropriati degli ospiti di Case Residenti Anziani in Pronto Soccorso e, quando necessario, garantire la presa in carico diretta, senza gravare sul Pronto Soccorso, presso le degenze ordinarie del Dipartimento Medico-Geriatico Riabilitativo.

I risultati dei primi tre mesi di sperimentazione hanno dimostrato l'efficacia di tale attività nel prevenire accessi impropri in Pronto Soccorso e confermano la necessità di proseguire nell'estendere progressivamente tale modello ad un bacino di popolazione più ampio all'interno dei due Distretti di riferimento.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Nr. PIC con presa in carico entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera/Nr. PIC aperte entro 30 gg dalla dimissione ospedaliera (Fonte INSIDER)</b>	<b>&gt;= 45%</b>	16,64%	Obiettivo AUSL a cui partecipa l'AOU- In fase di implementazione nuovi protocolli sulle dimissioni protette definiti nel 2017.
<b>N. segnalazioni entro 72 ore dalla ammissione/N. PIC aperte entro 30 giorni dalla dimissione ospedaliera (Fonte: rilevazione campionaria nell'ambito dei controlli sulle cartelle cliniche)</b>	<b>&gt;= 45%</b>	n.v.	Obiettivo AUSL a cui partecipa l'AOU – Implementazione del Progetto relativo al

## 2.7 Materno/Infantile -Percorso nascita

### Obiettivo operativo: Monitoraggio dell'applicazione dei protocolli STAM e STEN attivati

Per lo STAM esiste una procedura interaziendale tra i Centri HUB e Spoke di riferimento (Parma, Fidenza e Piacenza) che ha definito i criteri per l'attivazione dello trasporto in utero dal centro Spoke al centro Hub di Parma secondo i criteri della DGR 1603/2013. Non si sono registrate problematiche particolari relativamente agli STAM. E' stato eseguito un audit clinico con anche i professionisti degli Spoke in data 28 novembre 2018, sono stati dati alcuni suggerimenti che sono stati considerati migliorativi del PDTA e che sono quindi stati accettati.

Per quanto riguarda lo STEN, anche nel 2018 sono continuati i lavori dei 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; in particolare, sono stati analizzate le modalità di attivazione del servizio, la preparazione dello zaino, l'equipaggiamento dell'incubatrice da trasporto e annesso respiratore, la predisposizione della cartella di trasporto e il ripristino dei materiali utilizzati durante il trasporto.

Sono stati ridefiniti i criteri di attivazione dello STEN da parte degli Spoke, in particolare per lo Spoke di Piacenza, che è dotato di una Unità Operativa Complessa di Neonatologia e Pediatria che è quindi in grado di gestire la patologia del neonato meno complessa. E' in corso di revisione la procedura interaziendale deliberata il 30/12/2016.

La rete STEN per le Province di Parma e Piacenza è al momento in fase di completamento, per l'adeguamento da parte dell'AOU di Parma del personale medico neonatologo dedicato, con particolare expertise nelle cure intensive neonatali, condizione necessaria per l'effettuazione del trasporto neonatale in emergenza.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Relazione su valutazione indicatori previsti STAM e STEN	si	STAM: SI STEN: La rete è in fase di completamento

**Obiettivo operativo: Promuovere equità d'accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita, aumentando le donne che vi accedono e in particolare le nullipare, le donne straniere e le donne a bassa scolarità.**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Numero donne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita/Numero parti di nullipare residenti (%) (Fonte: banca dati CEDAP)	>= 56% (media 2016)	SI', 56% (fonte sistema CEDAP interno)	E' obiettivo AUSL. L'AOU di Parma partecipa alla organizzazione di corsi di accompagnamento alla nascita, mediante 1 corso al mese, prevalentemente per le primipare.

**Obiettivo operativo: Garantire un'assistenza appropriata al parto, migliorando l'accesso alle metodiche di controllo del dolore, riducendo la percentuale delle donne che non accedono ad alcuna metodica di controllo del dolore durante il travaglio/parto rispetto al 2016 e riducendo il ricorso al taglio cesareo, prevalentemente nelle classi I, II b e IV b, V di Robson.**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
% di tagli cesarei primari	Hub < 25% Spoke < 15%	14,71%	I tagli cesarei complessivamente nel corso del 2018 sono stati il 14,71%, mentre nella classe I Robson sono stati il 6,17%. E' stato revisionato il protocollo "Gestione del basso rischio in travaglio di parto" da parte delle ostetriche. Sono stati implementati due PDTA per la gestione della distocia e la diagnosi di fallimento di induzione.
% di parti cesarei nella classe I di Robson	Hub <= 9 (valore medio 2016) Spoke <= 7% (valore medio Spoke con nr. parti >= 1.000 del 2016)	Hub: 6,17%*	

\* Fonte: Portale Siver

### 2.7.2 Percorso IVG

**Obiettivo operativo: Nel 2018 dovrà essere garantita uguaglianza di accesso al percorso IVG e alle diverse metodiche previste (chirurgica e medica), con particolare attenzione alla riduzione dei tempi di attesa tra rilascio del certificato e l'intervento chirurgico.**

Nel 2018, 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 2018 relativo alla percentuale di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione sul totale delle IVG chirurgiche, pari al 30%, presenta un netto miglioramento rispetto all'anno precedente (36,28%).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
% di donne sottoposte ad IVG chirurgica dopo 2 settimane di attesa dalla certificazione/totale IVG chirurgiche (Fonte: rilevazione IVG)	<= 25%	30%*	Dato in netto miglioramento rispetto al 2017 (36,28%). Per quanto riguarda la IVG chirurgica va segnalato che dato il ridotto numero di medici non obiettori le IVG vengono concentrate in un giorno fisso alla settimana.

\* Fonte: Portale Siver

### 2.7.3 Procreazione Medicalmente Assistita

**Obiettivo operativo:** Garantire l'applicazione delle DGR 927/2013 e 1487/2014 concludendo percorso per autorizzazione attività di PMA, implementando il sistema informativo della donazione, partecipando al gruppo di lavoro per realizzazione lista attesa unica regionale e prosecuzione dell'attività di promozione della donazione. Nel 2018 andrà monitorato il tempo di attesa per accedere alla PMA, sia omologa sia eterologa, al fine di un contenimento dei tempi di attesa ed una facilitazione all'accesso.

Gli obiettivi non sono raggiungibili in quanto non è definitivamente concluso ed avviato il percorso relativo all'acquisizione di gameti per impiego in tecniche PMA eterologa. Il Responsabile PMA e la Direzione Sanitaria hanno partecipato ai tavoli tecnici del gruppo di lavoro per PMA eterologa, seguendo l'intero percorso sin qui attuato che è attualmente giunto nel mese di Agosto 2018 al convenzionamento con gli Istituti esteri autorizzati siglata dal Policlinico Sant'Orsola come Azienda capofila sottoscrittrice. E' ancora oggetto di definizione la modalità con cui dal punto di vista amministrativo e logistico per ordinativi e rifornimento ai CPMA si interfaceranno i singoli centri con il capofila Sant'Orsola o con i fornitori direttamente. Per arrivare alla definizione di tale bozza anche l'AOU di Parma ha elaborato e trasmesso in Regione - come richiesto per tutti i CPMA - una stima del fabbisogno per il 2019 (nota a firma congiunta Direttore Sanitario e Responsabile CPMA).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Inserimento dei dati della donazione nel sistema informativo/cicli di PMA eterologa effettuati (%) (Fonte: Sistema Informativo della Donazione)	>= 90%	n.v.	Il percorso relativo all'acquisizione di gameti per impiego in tecniche PMA eterologa non è definitivamente concluso ed avviato.

### 2.8 Contrasto alla violenza di genere

**Obiettivo operativo:** Le Aziende sanitarie dovranno promuovere e sostenere la formazione della rete ospedale-territorio, a contrasto della violenza di genere e domestica in gravidanza e della violenza che coinvolge bambini e adolescenti.

L'Azienda ha aderito al tavolo interaziendale che tratta il tema del contrasto alla violenza di genere e sui minori. Sono stati programmati eventi formativi da effettuare presso l'AOU di Parma e presso l'AUSL in concerto con le forze dell'ordine (Carabinieri e Polizia) a contrasto della violenza di genere, domestica in gravidanza e sui minori.



## 2.9 Salute in età pediatrica e adolescenziale

### 2.9.1 Contrasto alla violenza

**Obiettivo operativo:** Accompagnare e sostenere l'implementazione delle linee di indirizzo contrasto violenza bambini e adolescenti (DGR 1677/2013) e dei quaderni correlati (DGR 771/2015). Proseguire nella raccolta delle buone pratiche locali e collaborare alla realizzazione di nuovi quaderni. Formazione della rete ospedale-territorio a contrasto della violenza su bambini e adolescenti, violenza di genere e in gravidanza.

È in elaborazione ed in fase di applicazione un protocollo Aziendale condiviso tra AUSL, AOU di Parma redatto in collaborazione con la Polizia Giudiziaria in modo da standardizzare le procedure in atto in concerto con le forze dell'Ordine e nel rispetto delle indicazioni regionali sul tema (DGR 1677/2013 e DGR 771/2015) formando così una rete ospedale territorio a contrasto della violenza su bambini, adolescenti, violenza di genere in gravidanza e sui soggetti maschi adulti.

## 2.10 Formazione specifica in medicina generale

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali)	Evidenza di percorsi formalizzati attraverso documento di sintesi sulle azioni intraprese	SI	SI	Relazione documentale (vedi estratto)
Monitoraggio di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale	Relazione sul funzionamento della rete	SI	SI	Relazione documentale (vedi estratto)
Per le aziende anche sede di attività didattica teoriche: mettere a disposizione spazi idonei per lo svolgimento delle attività teoriche previste dal percorso formativo per consentire il regolare svolgimento dell'attività didattica	Documento di sintesi sull'attività seminariale svolta	SI	n.v.	l'AOU PR non è sede di attività didattiche teoriche

*Estratto "Relazione sul percorso di accoglienza e accesso alle attività formative nelle singole strutture aziendali coinvolte (ospedaliere e territoriali)"*

Questo documento è la definizione di un percorso di accoglienza e accesso alle attività formative presso le varie strutture aziendali (territoriali e ospedaliere) attraverso l'individuazione di una rete di tutor per la formazione specifica in medicina generale.

Lo scopo del presente documento è quello di favorire la realizzazione dell'attività formativa di natura pratica dei medici frequentanti il 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.

Il presente documento si applica a tutti i tutor medici, dipendenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.

#### **DESCRIZIONE DEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA / ACCESSO ALLE ATTIVITA' FORMATIVE**

Ricevuta comunicazione di avvio corso e delle istruzioni operative per l'organizzazione delle attività pratiche dei corsisti da parte dell'AUSL di Reggio Emilia - alla quale è affidata la gestione degli aspetti amministrativi e contabili dell'attività per tutti i corsisti residenti o domiciliati nelle province di Reggio Emilia, Parma e Piacenza -, il Referente aziendale delle attività di natura pratica partecipa ad un incontro di presentazione del corso a Reggio Emilia per conoscere i medici della classe di tale sede formativa.

In tale occasione, la Referente aziendale delle attività di natura pratica, insieme al Referente delle attività di natura pratica dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, con la quale collabora costantemente, incontra i medici che sono stati assegnati a Parma come sede di tirocinio e inizia a raccogliere i loro dati e a prendere accordi con loro per la programmazione dei tirocini pratici nei servizi ospedalieri e territoriali.

A seguito di tale incontro, la Referente aziendale delle attività di natura pratica invia a tutti i corsisti comunicazione via mail, nella quale illustra l'iter necessario da compiere prima di poter iniziare il tirocinio presso l'AO di Parma e fissa con loro un appuntamento per le seguenti pratiche burocratiche:

- consegna di una copia della quietanza di pagamento della assicurazione stipulata per i rischi professionali verso terzi e gli infortuni/malattie, al fine di inserirla nel fascicolo personale di ogni corsista ( tale materiale viene custodito presso la Referente Aziendale delle attività di natura pratica della AUSL di Parma)

- predisposizione del badge elettronico;

- invio ai corsisti della procedura dell' Anticorruzione e dei diritti e doveri dei dipendenti

Il Referente aziendale delle attività di natura pratica si occupa di:

- fornire al Servizio Gestione e Sviluppo del Personale i nominativi dei corsisti assegnati a Parma, ai fini della predisposizione dei badge elettronici e della creazione di un account di posta elettronica aziendale,

- Organizzare l'attività didattica di natura pratica presso le strutture aziendali

Il Referente aziendale delle attività di natura pratica contatta (via mail o telefonicamente) i medici Tutor delle Unità Operative/Servizi presso cui i corsisti dovranno effettuare il tirocinio ai quali invia i dati del corsista, previo il rilascio della loro disponibilità ad accoglierli nel periodo richiesto. In seguito vengono comunicati al corsista nominativo e recapiti del medico Tutor che lo seguirà durante il periodo di tirocinio, e le indicazioni necessarie per poter raggiungere le Unità Operative/Servizi.

I medici in formazione, durante il triennio del corso, svolgono attività didattica di natura pratica presso i servizi territoriali ed ospedalieri, per un totale di 2237 ore secondo la seguente articolazione:

<b>1) Ospedale</b>	<b>657 ore</b>
<b>2) Attività Distrettuale</b>	<b>336 ore</b>
<b>3) Attività integrata Ospedale-territorio</b>	<b>1244 ore</b>
<b>TOTALE</b>	<b>2237 ore</b>

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.**

I corsisti si impegnano a comunicare al Referente aziendale delle attività di natura pratica la data di termine di ogni tirocinio con una settimana circa di anticipo, in modo sia garantito un tempo sufficiente per poter reperire un altro Servizio cui assegnarli.

I tirocinanti sono invitati a recarsi presso l'ufficio del Referente aziendale per consegnare, in copia; le schede di valutazione del tirocinio e il modulo di registrazione mensile delle presenze firmati e timbrati dal Tutor, per poter programmare con congruo anticipo i tirocini

Il corsista provvederà a consegnare mensilmente la documentazione in originale alla Referente amministrativa del corso dell'AUSL di Reggio Emilia,

Al termine dell'attività didattica di natura pratica presso le strutture aziendali il Referente aziendale delle attività di natura pratica convoca ogni medico corsista per la restituzione del badge elettronico.

Contestualmente il Referente aziendale delle attività di natura pratica:

- comunica al Servizio Risorse Umane i nominativi dei corsisti che hanno terminato la frequenza del Corso per poter disabilitare il badge consegnato inizialmente.

## RETE DEI TUTOR

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.

Al termine di ogni anno solare il Referente delle attività pratiche comunica al Settore Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane il numero di ore svolte da ciascun Dirigente Medico Tutor per la certificazione ECM che andrà inviata all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

## 2.15 Il governo dei farmaci e dei dispositivi medici

### 2.15.1 Obiettivi di spesa farmaceutica Regione Emilia-Romagna per l'anno 2018

**Obiettivo operativo:** L'incremento di spesa per l'acquisto ospedaliero di farmaci (esclusa spesa per farmaci innovativi non oncologici e farmaci oncologici innovativi AIFA e oncologici ad alto costo), viene previsto a livello RER in +6,5%. L'obiettivo non comprende pertanto: Farmaci innovativi non oncologici stimata a livello RER in 36 mln €, i farmaci innovativi oncologici AIFA (ibrutinib, idelalisib, nab paclitaxel, nivolumab, pembrolizumab, pomalidomide) stimata a livello RER in 49,5 mln € e farmaci oncologici ad alto costo (idelalisib, nab paclitaxel e pomalidomide, ibrutinib, nivolumab, pembrolizumab, daratumumab, carfilzomib, crizotinib, lenvatinib, palbociclib/ribociclib, osimertinib) stimata a livello RER in 25 mln €.

L'aumento della spesa rispetto all'obiettivo (+5,5%) è correlato principalmente all'aumento in termini di incidenza e prevalenza dei pazienti oncoematologici trattati con terapie ad alto costo extra-fondo, alla presa in carico di pazienti con malattia rara in trattamento con terapia extra-fondo, all'aumento dei pazienti con malattia emorragica presi in carico dal Centro HUB.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Azioni correttive
Acquisto ospedaliero di farmaci 2018 - variazione rispetto al 2017	Obiettivi assegnati a ciascuna area (obj incremento +4,7%)	+5,5%	Incontri del Dip.to farmaceutico Interaziendale con gli specialisti; Adozione drug day, drug month per terapie centralizzate UMaCA; Utilizzo biosimilari

## 2.15.2 Governo della spesa farmaceutica

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Promozione dell'uso appropriato delle risorse nella terapia topica della PBCO nel rispetto degli strumenti prescrittivi esistenti.			SI	Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale ha effettuato l'incontro con gli specialisti delle 2 AASS sul tema della appropriatezza prescrittiva e della criticità dell'aderenza/compliance, della selezione dei farmaci con migliore costo/efficacia, analisi dei percorsi H/T. Per il I trimestre 2019 è stato programmato un incontro volto a formare/informare ulteriormente sui percorsi prescrittivi ospedalieri e territoriali.
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 173		SI	Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale ha effettuato l'incontro con gli specialisti sul tema della appropriatezza prescrittiva con particolare attenzione alla prescrizione in dimissione da ricovero e in regime ambulatoriale.
Farmaci anticoagulanti orali (NAO)	Adesione alle raccomandazioni RER Incidenza dei pazienti in trattamento con NAO (naive + switch da AVK)	2,2 pazienti su 1000 residenti (+/- 0,5%)	Il dato (naive+switch) provinciale 4,6%* su 1000 residenti	Si è tenuto l'incontro con gli specialisti. Media regionale 4,6 (Fonte RER)

<p><b>Nuovo farmaco trattamento insufficienza cardiaca cronica (sacubitril+valsartan)</b></p>	<p>Prescrizione da parte degli specialisti dei centri autorizzati tramite compilazione piano terapeutico AIFA. Dovranno essere inoltre avviati specifici progetti locali di audit clinico nell'ambito delle U.O. coinvolte nella prescrizione</p>		<p>SI</p>	<p>La prescrizione è aderente al Documento Interaziendale. Tutti i P.T. riportano il n° identificativo</p>
<p><b>Contenimento complessivo degli antibiotici sistemici</b></p>	<p>Attenzione all'uso inappropriato dei fluorochinoloni a scopo terapeutico e profilattico a livello territoriale ed ospedaliero Consumo giornaliero di farmaci antibiotici x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER)</p>	<p>Aziende con valore 2017 &lt; 16 DDD/1.000 residenti: ≤ valore 2017 Aziende con valore 2017 &gt;=16 DDD/1.000 residenti: &lt; 16 DDD/1.000 residenti</p>	<p>Monitoraggio a carico di AUSL</p>	<p>A livello ospedaliero nel 2018 la spesa per fluorochinoloni è stata fondamentale inalterata rispetto al 2017 mentre in termini di DDD si è evidenziata una riduzione del 7% a livello H e dell'11% al P.S. Nel corso del 2018 si sono tenuti incontri presso le UUOO sugli ATB ed ad ottobre 2018 si è tenuto l'evento formativo "Antibiotici; trattiamoli bene"</p>
<p>Consumo giornaliero di fluorochinoloni in donne di età 20-59 anni x 1.000 residenti (Fonte: InSIDER)</p>	<p>Le Aziende con valore 2017 &lt; 1,4 DDD/1.000 residenti: ≤ valore 2017 Aziende con valore 2017 &gt;= 1,4 DDD/1.000 residenti: &lt;1,4 DDD/1.000 residenti</p>			
<p><b>Farmaci oncologici</b></p>	<p>Rispetto delle raccomandazioni adottate dalla commissione Regionale del farmaco; applicazione Circolare 17/2016</p>	<p>Alimentazione database regionale</p>		<p>Si registra la totale informatizzazione delle terapie oncologiche - ev e os (Log80).</p>
<p><b>Terapie antitumorali</b></p>	<p>Ottimizzare gli allestimenti delle terapie al fine di contenere le quote di scarto di produzione di farmaci ad alto costo</p>	<p>Programmazione e di giorni di drug day/drug month, dose banding</p>	<p>SI</p>	<p>Si mantiene costante la programmazione in UMaCA degli allestimenti/somministrazioni secondo drug day, drug month e dose banding (ove applicabile in accordo con specialisti). si sottolinea l'incremento di utilizzo di molecole anche di recente introduzione con quotidiano accorpamento di terapie per l'elevato numero dei pazienti trattati.</p>

<b>Farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C cronica</b>	<p>La strategia terapeutica dovrà avvenire secondo i criteri concordati nel gruppo di lavoro regionale</p>		<p>SI</p>	<p>La prescrizione dei farmaci antivirali diretti per il trattamento dell'epatite C è avvenuta secondo i criteri pubblicati negli aggiornamenti del prontuario. Vista la diminuzione del costo dei farmaci, la spesa complessiva al lordo di tutti i rimborsi ha registrato una riduzione del 21,08 % verso l'anno precedente, anche se la differenza di finanziamento incrementale è stata di € 1.557.717.</p>
<b>Farmaci antiVEGF per uso intravitreale</b>	<p>Utilizzare quelli che a parità di efficacia e sicurezza presentano un minor costo di terapia</p>		<p>SI</p>	<p>Nel 2018 la % dei trattamenti con bevacizumab ivt è aumentata del 23% vs 2017. La spesa totale per farmaci antiVEGF per uso ivt (tutte le indicazioni) si è ridotta nel 2018 del 6,1% vs 2017.</p>
<b>Adesione alle decisioni del gruppo di lavoro regionale "Appropriatezza terapeutica in emofilia e malattie emorragiche congenite ed acquisite" sull'uso dei fattori VIII e IX ricombinanti della coagulazione sia nella profilassi dei sanguinamenti (nei nuovi pazienti o nei soggetti già in trattamento che debbono essere sottoposti a switch prescrittivo quando clinicamente indicato) sia nell'uso "on demand".</b>	<p>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</p>		<p>SI</p>	<p>La presenza del Centro HUB ha portato ad un aumento della spesa ospedaliera di 610.912 € con un aumento dei casi (+46%). Le prescrizioni sono avvenute all'interno del PTR con sporadiche eccezioni extraPTR valutate dal NOP.</p>
<b>Farmaci Neurologici</b>	<p>Promuovere la diffusione e garantire l'applicazione d'uso elaborate dal gruppo di lavoro sui farmaci neurologici (Parkinson, e sclerosi multipla)</p>	<p>PTR n. 239 e 271</p>	<p>SI</p>	<p>Il Dipartimento Farmaceutico Interaziendale ha incontrato il Direttore di UO e il Responsabile centro Sclerosi Multipla sui temi in oggetto.</p>

<b>Adesione agli esiti delle gare regionali sui farmaci</b>			97%		
<b>Adesione all'impiego dei biosimilare nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso</b>	<b>epoetine</b>	>=90%	86%		
	<b>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</b>	>=80%	80%		
	<b>Anti TNF alfa</b>	Per infliximab la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in accordo quadro e per le quote di fabbisogno previsto		48%	
		Per etanercept la prescrizione dovrà avvenire nel rispetto dei risultati della gara in concorrenza		26,2%	
	<b>Introduzione nella pratica della follitropina biosimilare</b>	Per la follitropina, il 60% del consumo totale della molecola dovrà essere rappresentato dal farmaco meno costoso		13%	
	<b>Prescrizione di rituximab endovena</b>	La prescrizione di rituximab endovena, per tutte le indicazioni registrate e gli eventuali ulteriori ambiti stabiliti da AIFA, dovrà essere nel rispetto dei risultati della gara di acquisto	SI	Sono state rispettate le condizioni di gara; la disponibilità del biosimilare si è avuta solo da novembre 2018	

	<p><b>Aumentare il ricorso alle quattro insuline basali disponibili con il migliore costo/beneficio</b></p>	<p>In particolare l'impiego delle insuline basali meno costose dovrà raggiungere almeno il 75% dei trattamenti complessivi con tali farmaci.</p>	<p>80,32%*(a livello provinciale)</p>	<p>L'impiego delle insuline basali meno costose è a livello provinciale pari al 80,32% dei consumi complessivi con tali farmaci</p>
	<p><b>Terapia con farmaci antiretrovirali</b></p>	<p>Mantenimento di livelli di viremia &lt;40 copie/mL in più del 90% dei pazienti trattati (&lt;5% di fallimenti virologici/anno)</p> <p>. aumento per ogni singola realtà (&gt;10%) del ricorso al farmaco generico nel trattamento dell'HIV in seconda linea (indicatore: n° piani terapeutici con farmaco generico in seconda linea / totale piani terapeutici in seconda linea dell'ambito considerato) rispetto all'anno precedente.</p>	<p>SI</p> <p>+14,6%</p>	<p>Nel 2018 il Da un'analisi dei dati presenti nei flussi di erogazione diretta &gt;95% dei pazienti in trattamento per infezione da HIV è in soppressione virologica.</p> <p>Si è registrato un aumento del 14,6% del ricorso al farmaco generico rispetto al 2017 nel trattamento dell' HIV in seconda linea (37% vs 23%). 37% dei pazienti in Il linea sono trattati con generico (56% se si considera anche gli originali Kivexa e Combivir aggiudicatari di gara per miglior offerta economica). La quota dei pazienti in trattamento con farmaci generici è correlata al profilo clinico della popolazione in carico alla UO Malattie Infettive</p>

\* Fonte: Portale Siver

### ***2.15.3 Rimodulazione dei canali distributivi dei farmaci – Intesa sulla distribuzione per conto***

**Obiettivo operativo: Le Aziende sanitarie dovranno proseguire nell'applicazione dei contenuti dell'Intesa sull'attività di distribuzione per conto, recepita con DGR n. 327/2017: la rimodulazione dei canali distributivi per la fornitura dei farmaci - convenzionata, distribuzione per conto e distribuzione diretta - sarà valutata monitorando il trasferimento dei farmaci dalla presa in carico alla DPC e alla convenzionata, fino al raggiungimento della quota fissata a livello regionale e per ciascuna singola realtà.**



Il numero di pezzi di farmaci erogati in DPC ha registrato nel 2018 un incremento del 15,70% rispetto allo stesso periodo del 2017. Rispetto al numero confezioni che dalla diretta sono passati in convenzionata è stato raggiunto l'obiettivo inserito nell'accordo.

### **2.15.4 Adozione di strumenti di governo clinico**

#### **Induzione sulla prescrizione territoriale**

<b>Obiettivo</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Target</b>	<b>Risultato raggiunto anno 2018</b>
Al fine di contenere fenomeni di induzione sulla prescrizione territoriale, occorre utilizzare, per la continuità ospedale/territorio (dimissione, distribuzione diretta e per conto, visita specialistica ambulatoriale), esclusivamente i principi attivi presenti nel Prontuario della propria Area Vasta			In dimissione e dopo visita specialistica ambulatoriale dai monitoraggi delle sedi di erogazione si registra che la prescrizione viene effettuata per principio attivo e la adesione al PTR è >95%

## Corretta programmazione e il governo della spesa

Obiettivi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
<p>Al fine di consentire la corretta programmazione e il governo della spesa è importante la compilazione da parte dei medici proscrittori: del 100% dei piani terapeutici regionali disponibili sulla piattaforma SOLE, dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA, il database regionale delle eccezioni prescrittive, della prescrizione informatizzata dei farmaci oncologici al fine di una corretta e completa alimentazione del database oncologico regionale, rendendo possibile il monitoraggio sia dei farmaci oncologici parenterali sia di quelli orali.</p>	-	<p>Per i farmaci antivirali per l'epatite C, per le Aziende che hanno già raggiunto il 100% di compilazione dei follow up relativi ai trattamenti chiusi l'obiettivo è rappresentato dal mantenimento di tale valore, mentre per le rimanenti Aziende dovrà essere raggiunto l'obiettivo del 100% di compilazione del follow up;</p> <p>- I dati conferiti nel data base oncologico dovranno riguardare il 100% dei trattamenti iniettabili somministrati, mentre per le terapie orali ad alto costo si chiede una copertura del data base pari ad almeno il 50% dei trattamenti erogati.</p>	<p>La compilazione delle schede AIFA da parte dei clinici per farmaci orali è pari al 100%, mentre per i farmaci endovenosi è del 90%.</p>

### ***2.15.5 Attività di informazione sul farmaco da parte degli operatori scientifici***

**Obiettivo operativo:** La DGR 2309/2016 stabilisce gli indirizzi e le direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco, sulla cui base le Aziende hanno provveduto alla trasmissione e diffusione della delibera regionale ed emanato una propria regolamentazione sullo svolgimento delle attività degli informatori scientifici (ISF).

Come da indirizzi e normative l'Azienda ha deliberato il "Regolamento Aziendale per l'Accesso degli Informatori Scientifici del Farmaco e dei Dispositivi Medici" con apposita Deliberazione del Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario. Ha quindi provveduto a darne ampia comunicazione a tutti i Professionisti e alle OO.SS. coinvolte, a predisporre visione e modulistica sull'extranet dell'Azienda e a rendere accessibile regolamento, modulistica e report di monitoraggio ai Professionisti nell'intranet aziendale. L'emanazione della delibera, è stata occasione per apportare miglioramenti a quanto previsto dalla precedente Procedura Aziendale sul tema (che viene totalmente superata dal Regolamento) sentiti i pareri giunti alla Direzione dai Professionisti Aziendali e dopo un confronto formale con le OO.SS.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Adozione di strumenti di trasparenza in materia di svolgimento dell'attività di informazione scientifica	Si	SI	l'Azienda ha deliberato il "Regolamento Aziendale per l'Accesso degli Informatori Scientifici del Farmaco e dei Dispositivi Medici" (delibera n.425 del 12/06/2018)

### 2.15.6 Farmacovigilanza

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Dovranno proseguire le attività di vigilanza sull'uso dei farmaci e la realizzazione dei progetti regionali e multiregionali di farmacovigilanza attiva in alcune aree critiche d'impiego dei farmaci, quali popolazione anziana e pediatrica, oncematologica, medicina d'urgenza	Numero ADR inserite nella piattaforma web "VigiFarmaco"/Numero totale delle segnalazioni aziendali (%) (Fonte: Rete nazionale farmacovigilanza)	> valore 2017 (12%)	Valore >2017: 101/114 ADRs (89%)

### 2.15.7 Dispositivi medici

Per quanto riguarda la spesa per i DM gli aumenti registrati rispetto al preventivo sono correlati in particolare ai seguenti ambiti:

- CE 163 – DM conto aziendale Impiantabili non attivi: aumento dell'attività – autorizzata dalla Direzione Aziendale (con supporto tecnico/amministrativo del NPV e CADM AVEN) – sia in termini quantitativi che di complessità della casistica per Cardiologia/Cardiochirurgia (TAVI), Chirurgia senologica (protesi mammarie one-step), Neuroradiologia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Ortopedia, Urologia.
- CE 188/185 – DM conti AVEN e aziendali: DM per aree diverse tra le quali quelle comprese nel CE163 sopra riportato e anche CE164 (Impiantabili attivi) per aumento d'attività – concordata con Direzione Aziendale (con supporto tecnico/amministrativo del NPV e CADM AVEN) - della Terapia Antalgica (neuromodulatori e sistemi infusione continua terapia del dolore); aumento per i DM di preparazione/somministrazione terapia oncematologica.
- CE125 – conto aziendale per Diagnostica in service: aumento relativo a aree quali chimica clinica, immunometria, dosaggio farmaci, dosaggio proteine, coagulazione, virus erpetici, marker A e B, biologia molecolare HIV, HBV, HCV.
- CE129 – conto aziendale per materiale di Interventistica in service: aumento relativo ai service "ablazione aritmie complesse", "vitrectomo", "sistemi per normotermia pazienti chirurgici", "monitoraggio intraoperatorio nervi".

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Al fine di migliorare la sensibilizzazione del personale sanitario verso il tema della sicurezza dei dispositivi medici e verso gli obblighi di segnalazione degli incidenti, le Aziende sanitarie devono programmare, nel biennio 2017-2018, almeno un evento formativo obbligatorio, residenziale o a distanza, rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici	Numero operatori che hanno partecipato all'evento formativo (nel biennio 2017-2018)/Numero totale degli operatori sanitari coinvolti nell'impiego dei dispositivi medici (fonte aziendale)	>= 50%	numero ristretto di operatori	Hanno partecipato al I FAD un numero ristretto di operatori per limiti di tempo nell'accesso alla prima edizione; nel 2019 la partecipazione al FAD è stata inserita come obiettivo di tutte le UUUO.
	Numero di eventi formativi obbligatori (residenziali o a distanza) in tema di vigilanza sui dispositivi medici inseriti nel programma formativo 2017-2018 di ciascuna azienda sanitaria (Fonte aziendale)	>= 1 evento	1 evento	Effettuato 1 FAD interaziendale in DMvigilanza (1° evento di 4 edizioni per il biennio 2018/19).

## 2.16 Acquisto SSN dei Dispositivi Medici

**Obiettivo operativo:** Consolidare il flusso informativo Di.Me. Con particolare riferimento ai dispositivi medici diagnostici in vitro e ai dispositivi distribuiti sul territorio (assistenza integrativa e protesica).

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
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%	47,9%

## 2.18 Iniziative di Health Literacy

**Obiettivo operativo:** Proseguire e sviluppare ulteriormente l'attività di coordinamento dei referenti locali per la promozione delle attività di formazione in materia di HL e per il monitoraggio degli interventi.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Realizzare almeno un evento formativo a livello aziendale</b>	SI	E' stato organizzato un corso base di HL dedicato all'area oncologica nel dicembre 2018	
<b>Produzione in modo partecipato con pazienti e caregiver di almeno un materiale informativo</b>	SI	<b>SI</b>	<p>E' stato prodotto un opuscolo informativo sul diabete e sui suoi servizi di diagnosi e trattamento. La sua definizione è stata basata sulla revisione e semplificazione del linguaggio rispetto alle linee guida HL.</p> <p>Il gruppo di lavoro che ha prodotto il materiale era composto da professionisti AUSL / AOU e rappresentanti di associazioni di pazienti.</p>

### 3.Assistenza Ospedaliera

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

**Obiettivo operativo: Ridurre i tempi di attesa: Calcolo dei Tempi di Attesa dai dati retrospettivi della SDO per Azienda.**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>IP Per i tumori selezionati</b> <sup>(2)</sup>	90% entro 30gg	90,1%	Si è rilevato un trend di miglioramento nel 2018. Il dato complessivo del 2018 è <b>90,1%</b> .
<b>IP Per le protesi d'anca</b> <sup>(3)</sup>	90% dei casi entro 180gg	33,6%	Allo scopo di migliorare tale tempistica, ad ottobre 2018 è stato predisposto un progetto di riorganizzazione dell'area ortopedica, con distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione, che ha previsto l'aumento delle sedute operatorie dedicate alla casistica in elezione. Ciò ha permesso un miglioramento dei TdA, passando dal 25% di febbraio al 58% di dicembre 2018. Il dato rilevato a gennaio 2019 è di 81,8%.
<b>IP Per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio</b> <sup>(4)</sup>	90% entro la classe di priorità segnalata	59,7%	Nel 2018 si è osservato un trend in netto miglioramento da gennaio a dicembre 2018, passando dal 58,5 al 69,4%. Questo dato è particolarmente influenzato dall'elevato numero di interventi di riparazione di ernia inguinale e di emorroidectomia, per i quali nel corso del 2018 sono stati definiti percorsi di collaborazione con le altre strutture sanitarie della provincia, offrendo ai pazienti una sede alternativa. L'AOU ha garantito l'intervento ai pazienti che hanno rifiutato tale alternativa. Il dato riferibile a gennaio 2019 è 76,9%.

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Adozione della nuova versione del nomenclatore SIGLA</b>	Esaurimento della casistica inserita in SIGLA (vecchio tracciato record) prima del 31/12/2017	>90%	88,4%	Le misure organizzative, con particolare riferimento alla pulizia della lista d'attesa e l'incremento della produzione chirurgica, hanno portato a raggiungere l'88,4% di abbattimento delle liste d'attesa con prenotazione antecedente al 1/1/2018, a dimostrazione dell'efficacia di quanto pianificato nel migliorare i tempi di attesa della complessiva casistica e non solo di quella oggetto di specifico monitoraggio; l'obiettivo del 90% è stato raggiunto a gennaio 2019, per l'oggettiva difficoltà nel reclutare pazienti da operare durante il periodo di festività natalizie. Al 31 gennaio 2019 la percentuale di abbattimento delle liste è del 91% e al 28 febbraio 2019 è del 93,1%.
	Corretta alimentazione del nuovo flusso informativo (nuovo tracciato record e nuovo nomenclatore dal 1.1.2018) del Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa - SIGLA	100%	100%	Il nuovo flusso è correttamente alimentato. E' stato risolto il problema tecnico inerente la gestione informatica delle sospensioni della permanenza in lista di attesa (per motivazioni cliniche o personali dei pazienti).

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Rispetto obiettivi DGR 272/2017 con particolare riferimento alla valutazione pre-operatoria, gestione perioperatoria e informazione</b>	Nr. obiettivi raggiunti	100%	100%	E' stato formalizzato il nuovo Regolamento Aziendale per la Gestione delle Liste d'attesa per i ricoveri programmati. Dal 16 luglio 2018 è attiva la funzione di Punto Unico Aziendale di Pre-Ricovero (PUAP), con le principali attività: -monitoraggio liste d'attesa informatizzate attraverso verifica del rispetto dei TdA in base alle classi di priorità per patologia; -solleciti alle Unità Operative per la programmazione chirurgica dei pazienti prossimi a scadere; -gestione delle sospensioni per pazienti inidonei temporaneamente;

		-invio delle raccomandate ai pazienti irreperibili; -cancellazione dei pazienti dalla lista d'attesa o conferma della permanenza in lista; -prenotazione a CUP delle seconde visite di rivalutazione specialistiche per pazienti sospesi da lungo tempo; -coinvolgimento del MMG per irreperibilità del paziente in situazioni di particolari criticità.
--	--	---

### 3.2 Attuazione del regolamento di riordino ospedaliero

Obiettivo	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Completamento del riordino della rete ospedaliera secondo le indicazioni della DGR 2040/2015 rispettando la dotazione massima di posti letto pubblici previsti. Riconduzione dei posti letto ai tassi previsti dal DM 70/2015 (3,7 x 1000), questo può considerarsi sostanzialmente raggiunto a livello regionale. Si richiama alla necessità di concordare preventivamente qualsiasi modifica incrementale rispetto al dato del 31.12.2017.</b>	100%	Obiettivo già raggiunto con la Delibera aziendale n. 620 del 30/12/2016 'Recepimento del Documento "Programmazione Integrata dell'Assistenza Ospedaliera 2016 AOU di Parma AUSL di Parma"

#### 3.2.1 Appropriately ed utilizzo efficiente della risorsa posto letto

**Obiettivo Operativo:** Deve essere perseguita l'appropriatezza di erogazione delle procedure mediche e chirurgiche in ottemperanza a quanto previsto negli adempimenti LEA che monitorano i DRG ad alto rischio di inappropriately.

DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA			
INDICATORE	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario</b>	<0,19 (Griglia LEA)	0,19*	
<b>N° di ricoveri ordinari per acuti, a rischio inappropriately relativi ai DRG chirurgici riduzione per ciascun DRG</b>	Riduzione >25% rispetto a 2017	DRG 008: +6,84% DRG 088 : -27,53% DRG 158: -3,96% DRG 160: +6,33% DRG 429: +23,26 DRG 503: -12%	Relativamente al DRG 008 si è notato un decremento significativo rispetto al primo semestre 2018 passando da una percentuale del 12,3% al 6,84%.



DRG 538: +13,28%\*

\* Fonte: Portale Siver

### 3.2.2.1 Rete dei Centri di Senologia

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2018	Note
% interventi in centri <150 casi/ anno	>= 150/anno	427	
% di pazienti sottoposte a reintervento sulla mammella entro 4 mesi dall'intervento di chirurgia conservativa	< 8.26 Media nazionale	5,74* 5,22*	Valore aggiustato Valore grezzo
% di pazienti avviate a terapia medica entro 60 giorni dall'intervento chirurgico	≥ 80%	75%	
% di pazienti che iniziano trattamento radioterapico entro 12 mesi dalla terapia chirurgica conservativa + trattamento sistemico	≥ 90%	85%	
% pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi all'intervento chirurgico	≥90%	80%	

\* Fonte: Portale Siver

### 3.2.2.2. Malattie Rare

**Obiettivo operativo:** Le Aziende sede di nodi delle reti H&S per le malattie rare devono garantire ai pazienti il primo accesso tramite prenotazione telefonica entro tempi compatibili con patologie potenzialmente ingravescenti, (sviluppare il progetto di disponibilità telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza); la presa in carico multidisciplinare favorendo la funzionalità delle reti intraziendali anche mediante la messa a disposizione di ore di consulenza degli specialisti coinvolti. Rivolgere particolare attenzione alle attività di counselling genetico e psicologico. Attuazione di quanto previsto per la riorganizzazione della rete delle Malattie Emorragiche Congenite (MEC), secondo le indicazioni fornite in corso d'anno.

#### Centro HUB Rete Regionale per le Malattie Emorragiche Congenite

Nel 2018 l'AOU ha predisposto con la SSD Centro Hub Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite l'attuazione di quanto previsto per la riorganizzazione della Rete delle malattie emorragiche congenite (MEC), attiva dal 1° luglio 2018.

In particolare, ha collaborato con la Regione alla predisposizione del documento tecnico della riorganizzazione della rete MEC, allegato alla delibera regionale n. 835 del 01/06/2018; con il contributo della Medicina Legale aziendale, ha redatto la documentazione inerente le informative e i consensi

informati, aggiornati secondo l'ultima normativa sulla privacy (Regolamento UE 2016/679, c.d. GDPR), sia per i pazienti in transizione dai centri in chiusura ai tre nodi della rete MEC (come da indicazione regionale), sia per i pazienti già in carico ai suddetti centri. È stato sviluppato il progetto di consulenza telefonica come supporto all'attività dei Servizi di Emergenza-Urgenza, che verrà svolto dai tre centri della rete (Parma, Bologna e Cesena). L'attivazione del progetto avverrà secondo le tempistiche da definire nel Piano pluriennale della Rete dei Centri MEC. A tale scopo, l'AOU di Parma ha già predisposto la piattaforma telefonica (centralino dedicato con registrazione delle chiamate) ed ha sviluppata la versione 2.0 della cartella informatizzata "xl'Emofilia", necessaria per il suo utilizzo su dispositivi mobili (tablet) durante i turni di consulenza telefonica, in modo da visionare i dati clinici dei pazienti che hanno dato il consenso alla consultazione della propria cartella clinica web da parte dei medici di tutti i Centri che svolgono questo servizio, non solo da quelli da cui sono seguiti.

Inoltre, al fine di permettere la transizione dei pazienti dei centri in chiusura di Piacenza, Reggio Emilia e Modena, è stata ampliata l'attività ambulatoriale del Centro HUB con l'aggiunta di una giornata di ambulatorio. La prenotazione delle **prime visite** avviene direttamente telefonando al Centro, il tempo di attesa medio è di 30 giorni, fatto salve le urgenze, che vengono prese in carico solitamente entro 24 -48 ore (esclusi i festivi) e le urgenze differibili entro una settimana.

I **follow-up** vengono programmati direttamente dal Centro, in base al tipo e gravità clinica della patologia ed all'età del paziente, con tempi medi di attesa di 30-40 giorni.

Per far fronte all'aumento del numero di pazienti che accederanno al Centro (in previsione, circa il 40-50%), è stata ampliata l'attività di check-up multidisciplinare offerta dalla SSD, aumentando sia la durata del periodo di check-up (visita ematologica, ortopedica ed odontoiatrica per emofilia grave e moderata; visita ematologica ed odontoiatrica per emofilia lieve e le altre MEC), sia il numero degli accessi alla consulenza specialistica ortopedica durante tutto l'anno.

Inoltre, dal 1° luglio 2018 è stato ampliato il panel degli esami di laboratorio per la diagnostica delle MEC di 1° e 2° livello, disponibili in urgenza H24; la Pronta disponibilità del Laboratorio è attivata sia in orario diurno che notturno e festivo dal medico reperibile della SSD Centro Hub Emofilia.

Infine, riguardo il **counselling genetico** per i pazienti affetti da MEC e i loro familiari, l'attività viene costantemente svolta da anni in collaborazione con la biologa molecolare del Centro, specialista in Genetica Medica, e viene fornita secondo indicazione clinica, in particolare in occasione delle nuove diagnosi di MEC, degli studi famigliari per l'identificazione delle portatrici e delle diagnosi prenatali. In tali occasioni il counselling viene eseguito in tempi rapidi con appuntamenti ad hoc per l'esecuzione delle indagini molecolari e viene completato con una visita ematologica per la consegna del referto.

Al momento non è ancora stato definito un percorso aziendale inerente le **consulenze psicologiche**. Nel frattempo l'Associazione dei pazienti (AVES-Parma) ha realizzato un punto di ascolto volontaristico attivo presso il Centro due volte a settimana (nei giorni del check-up multidisciplinare) con la presenza di una counsellor; l'associazione ha richiesto all'Azienda di formalizzare tale collaborazione.

La definizione di un percorso di **transizione dall'età pediatrica all'età adulta** non si rende necessario per i pazienti seguiti dalla SSD Centro Hub Emofilia e Malattie Emorragiche Congenite, in quanto già in carico e gestiti dalla diagnosi (anche in età neonatale) fino all'età adulta. Il Centro Emofilia fin dall'età pediatrica definisce la diagnosi e gli schemi terapeutici dei bambini e si avvale di una stretta collaborazione con la U.O. Pediatria ed Oncoematologia che è Centro di riferimento pediatrico delle malattie rare, in caso di necessità di ricovero (in regime ordinario o Day Hospital) per episodi emorragici acuti o per infusioni ripetute (on demand e/o in profilassi). In questi casi i colleghi pediatri si avvalgono della consulenza dei medici del Centro Emofilia per la definizione della terapia specifica e del suo monitoraggio, disponibile h 24 attivando la reperibilità della SSD.

### **Centro HUB Rete Regionale per la Fibrosi Cistica**

I pazienti attualmente in carico al Centro Hub SS di Fibrosi Cistica (FC) di Parma sono 171, di cui 117 (68%) con età > 18 anni. Nell'ultimo anno abbiamo acquisito 7 pazienti (di cui 5 nuove diagnosi e 2 per trasferimento da altri centri).

L'attività assistenziale rivolta ai pazienti con FC comprende: 1) la diagnosi precoce attraverso un programma di screening neonatale; 2) la prevenzione della malattia attraverso la diagnosi di portatore sano

nei familiari degli affetti e la diagnosi prenatale per le coppie di portatori sani; 3)1' assistenza ai malati di FC sia in età pediatrica che adulta basata su un team multidisciplinare, responsabile dei percorsi diagnostico-terapeutici da realizzare sia in ospedale che al domicilio dei malati attraverso una integrazione con i servizi territoriali.

Per quanto riguarda l'attività di diagnosi, nell'ultimo anno sono stati effettuati 400 test del sudore, di cui 82 (20%) a seguito dello screening neonatale.

Una volta fatta la diagnosi, la presa in carico del paziente con prima visita e comunicazione della diagnosi avviene entro 1 settimana circa. L'attività assistenziale relativa alla FC si articola in un follow-up che comprende visite in regime ambulatoriale sia su base programmata che urgente. Per quanto riguarda le visite programmate, la tempistica dipende essenzialmente dall'età del paziente: nel primo anno si effettua una visita ogni mese; per le età successive la visita viene effettuata ogni 2-3 mesi ( in media 5 visite/anno per paziente). A questa programmazione fanno eccezioni i pazienti gravi in lista di trapianto che vengono visitati in media ogni 2 settimane. In caso di urgenza la visita ambulatoriale viene garantita entro 12/24 ore e, in casi di emergenza (es. emottisi), effettuiamo il ricovero ospedaliero urgente.

Per quanto riguarda il counselling genetico, offerto dalla Genetica Medica della nostra Azienda, viene effettuato principalmente per i genitori al momento della diagnosi, per nuove gravidanze nelle famiglie dei malati ed in previsione di una gravidanza in una coppia in cui uno dei coniugi sia malato di FC. Il tempo di attesa per il counselling genetico è entro mese in regime ordinario e una settimana in caso di urgenza (es. gravidanza in atto). La prenotazione della consulenza avviene mediante il contatto diretto del nostro Centro con il Servizio di Genetica oppure in caso di pazienti esterni mediante CUP.

La psicologa fa parte a tempo pieno del team multidisciplinare dedicato alla cura del paziente FC. L'attività della psicologa comprende: colloquio e valutazione della qualità di vita e del tono dell'umore mediante specifici questionari somministrati almeno 1 volta all'anno a tutti i pazienti; colloqui con i pazienti/familiari ogni volta che vi sia la necessità. Poiché la psicologa è dedicata a tempo pieno ai malati FC, la richiesta di assistenza psicologica viene presa in carico entro 24 ore ed espletata concordandone i tempi con il singolo paziente sia in regime ambulatoriale che durante i periodi di degenza ospedaliera.

Data l'aumentata sopravvivenza dei pazienti FC e il conseguente crescente aumento dei pazienti adulti verificatosi in tutto il mondo occidentale, in accordo con l'orientamento della letteratura e delle società scientifiche sia in campo nazionale che internazionale il nostro Centro sta portando avanti un progetto di transizione, iniziato nel 2009 in collaborazione con l'UOC di Clinica Pneumologica, che prevede il ricovero dei pazienti FC adulti (età > 18 anni), tradizionalmente accolti presso il reparto di degenza della Clinica Pediatrica, nella sezione di degenza della Clinica Pneumologica (presso l'ala Est 5° piano), dove dal giugno 2015 sono presenti 4 stanze a letto singolo dedicate ai pazienti adulti FC.

Pertanto la Clinica Pneumologica della nostra Azienda rappresenta un nodo della rete Spoke per il paziente adulto, insieme alle altre Unità Operative di Pneumologia delle Aziende USL di Piacenza, Azienda Ospedaliera di Reggio Aziende Ospedaliero-Universitaria di Modena, Bologna e Ferrara.

Attualmente il percorso di transizione per il paziente adulto riguarda la presa in carico dei pazienti durante la fase di ricovero in base alle indicazioni cliniche e ai protocolli assistenziali condivisi con il centro Hub.

I pazienti FC, indipendentemente dall'età, accedono direttamente ai reparti di competenza senza passare dal PS.

I pazienti FC sono ospedalizzati soprattutto per il trattamento delle riaccerbazioni della flogosi broncopolmonare ed eseguire cicli di terapia antibiotica ev. Altre cause meno frequenti di ricovero sono l'insorgenza di complicanze mediche e chirurgiche della FC quali: insufficienza respiratoria acuta, emottisi, pneumotorace, sindrome da occlusione intestinale distale (DIOS), pancreatite e diabete all'esordio.

Il percorso di transizione è stato attuato grazie alla presenza da 12 anni nel team multidisciplinare di cura di un medico pneumologo dedicato ai pazienti adulti con FC, che si occupa sia dei pazienti in fase di ricovero che nei controlli ambulatoriali, che si svolgono presso la sede del centro Hub. Oltre al piano strettamente assistenziale, il centro Hub di Parma e la Clinica Pneumologica collaborano sul piano scientifico in progetti di ricerca riguardanti l'adulto con FC.

Inoltre, per migliorare la qualità della vita dei pazienti FC adulti e dei loro familiari, in collaborazione con Azienda Sanitaria Locale e Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma in applicazione della DGR Emilia-Romagna 220/2014, dal 2014 è stato attivato per i pazienti adulti residenti a Parma e provincia, un percorso

interaziendale integrato di formazione ed addestramento dei pazienti e dei loro caregivers all'antibiotico-terapia endovenosa domiciliare al fine di garantire l'esecuzione della terapia antibiotica endovenosa a domicilio limitando i tempi di degenza in ospedale.

INDICATORE	Target	Risultato raggiunto anno 2018
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio entro il 31/12/2018 di relazione contenente le seguenti specifiche da parte delle Aziende sede di centri di riferimento per malattie rare:</li> <li>- tempistiche relative al primo accesso</li> <li>- tempistiche relative alle visite di follow up</li> <li>- offerta di counselling genetico (modalità e tempi)</li> <li>- offerta di assistenza psicologica (modalità, tempi)</li> <li>- E144 individuazione di percorsi di transizione dall'età pediatrica all'età adulta (UO coordinatrice e percorso)</li> </ul>	100% dei contenuti previsti	Inviata relazione dei Centri Hub dell'AOU di Parma al Servizio Assistenza Ospedaliera della regione ER in data 03/04/2019

### **3.2.2.3 Rete per la Terapia del dolore "Ospedale-territorio senza dolore"**

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2018	Note
% di casi con almeno 1 rilevazione del dolore in corso di ricovero (nuova SDO campo B025)	>95%	85,45%	Programmata una ripresa formativa. Sono state ulteriormente sensibilizzate le UU.OO. alla corretta gestione dell'informazione attraverso comunicazione formale in dicembre 2018.

### **3.2.2.4 cure palliative pediatriche**

Le azioni messe in campo per l'evoluzione della rete assistenziale delle cure palliative pediatriche nel territorio della Provincia di Parma hanno coinvolto l'AOUPR in collaborazione con AUSL. La rete provinciale delle cure pediatriche si integra e collabora con la rete provinciale delle cure palliative dell'adulto.

Presso AOUPR, il Direttore Generale in data 15.02.2017 ha costituito un gruppo di lavoro di anestesisti e specialisti pediatri (comprendente oncoematologo, pneumologo, neuropsichiatra), con l'indicazione di contribuire allo sviluppo di un progetto territoriale condiviso con Azienda USL. Del gruppo di lavoro fanno parte anche i professionisti in possesso del master di II livello in CPP.

Gli incontri con AUSL hanno portato in Aprile 2017 all'invio in Regione di un documento congiunto delle Direzioni Sanitarie sullo stato del progetto nel territorio di Parma e provincia.

Come richiesto dal Servizio Assistenza Ospedaliera, è stata svolta un'indagine epidemiologica sulla popolazione pediatrica candidata all'assistenza palliativa dell'anno 2017, nella provincia. Nell'incontro svoltosi il 10.04.2018 presso AOUPR in presenza degli specialisti coinvolti delle due Aziende (Ospedale e USL) dei Rappresentanti del Servizio Assistenza Ospedaliera e del Coordinatore del gruppo tecnico, sono

state discusse l'indagine epidemiologica e lo stato della rete, ed è stato poi concordato un documento inviato a firma delle Direzioni Sanitarie al Coordinamento regionale.

Il Direttore Sanitario di AOUPR ha definito i diversi specialisti ospedalieri coinvolti nell'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP) secondo la DGR 1898 e il cui coordinamento è affidato ad AUSL.

In data 19.06.2018 si è svolta la riunione di insediamento dell'UVMP con presenti i professionisti delle due aziende.

Nel secondo semestre 2018, il gruppo di lavoro interaziendale sulle CPP ha partecipato all'indagine epidemiologica richiesta dal Servizio Assistenza Ospedaliera e dal Gruppo di coordinamento tecnico-professionale regionale. L'indagine è stata volta ad aggiornare al 2017 la stima sulla numerosità e qualità dei pazienti eleggibili alle Cure Palliative in età pediatrica. La ricerca ha comportato il confronto tra il nodo ospedale e il nodo territorio per l'individuazione dei pazienti secondo i criteri indicati, la loro valutazione secondo una scala di complessità (ACCA PED) e la valutazione dei parametri socio-sanitari principali.

L'attività assistenziale integrata è proseguita con le riunioni interaziendali dei professionisti coinvolti nella stesura dei Piani Assistenziali Individuali di ogni paziente.

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto Anno 2018
Formalizzazione di team di riferimento per le CCP a livello di ciascun territorio entro il primo semestre 2018	SI	SI

### 3.2.2.5 Reti per le patologie tempo-dipendenti

INDICATORE	TARGET	Risultato Raggiunto anno 2018	NOTE
VOLUMI IMA	>= 100 casi/anno	718*	
VOLUMI TRAUMA CENTER	>= 240 traumi gravi/anno	396 casi (valore stimato- Il dato non è disponibile sul portale SIVER)	Il set di indicatori di attività/di esito è in corso di definizione a livello di Gruppo di Lavoro interaziendale Trauma Center Emilia Ovest. Da una prima analisi su dati SDO dei primi 9 mesi 2018 il numero di casi di trauma grave in AZOU sono stati 247 (396 casi proiettando il valore dei 9 mesi sull'anno completo). Il criterio adottato, in questa prima fase, è quello di un rischio di morte uguale o superiore al 4% secondo la classificazione TNPM adattata per la codifica di diagnosi e interventi SDO.
VOLUMI PTCA	> =250/anno	781*	
% PTCA PRIMARIE	>= 75 (proporzione di PTCA primaria >= 65%)	Angioplastica coronarica percutanea primaria per IMA-STEMI volume di interventi pari a <b>198*</b> . Angioplastica coronarica percutanea: % di interventi effettuati entro 1 giorno dall'episodio di	

		STEMI =70,8%*	
% DI CASI DI STROKE CON CENTRALIZZAZIONE PRIMARIA	> 80%	100%	
% TRANSITI IN STROKE	> 75%	70,4%*	Dato riferito ai 9 mesi. Nel corso del 2019 è previsto un progetto di riorganizzazione dell'area Stroke che consenta un transito superiore di pazienti presso la Stroke Unit.
% INTRA-ARTERIOSA	> 3 %	15,58%*	Dato riferito ai 9 mesi
% TROMBOLISI E.V.	> 12%	13,71%*	Dato riferito ai 9 mesi
% RIABILITAZIONE POST-STROKE CODICE 56	> 12%	11,81%*	Dato riferito ai 9 mesi E' in corso di definizione il progetto sul Polo riabilitativo interaziendale che consentirà una maggiore garanzia di presa in carico riabilitativa all'interno dei percorsi interprovinciali

\* Fonte: Portale Siver

### 3.2.2.6 Centri di riferimento regionali

INDICATORE	ATTESO	Risultato Raggiunto anno 2018	NOTE
Centri hub (neoplasia ovarica, MICI, Chirurgia endoscopica dell'orecchio, chirurgia dell'epilessia, endometriosi): dare attuazione alla DGR rispetto alla mission prevista per il Centro	Si		In merito a questo obiettivo si specifica quanto emerge dal confronto con i Clinici interessati. <b>NEOPLASIA OVARICA:</b> la deliberazione che indica l'AOU Sant'Orsola di Bologna come centro di riferimento risulta inattuata in Regione e con il coordinamento Regionale si è deciso di riproporre un sistema di rete nuovo basato su un PDTA regionale. L'Azienda di Parma ha provveduto a elaborare il "PDTA DELLE NEOPLASIE OVARICHE" con la compartecipazione di molti differenti specialisti Aziendali e di Ginecologi dell'AUSL. <b>Il suddetto documento è stato formalizzato con prot. n. 45525 del 28/11/2018 con firma dei Direttori Sanitari delle due Aziende della provincia.</b> <b>ENDOMETRIOSI:</b> su questo specifico tema la Regione non ha ancora individuato un unico centro di riferimento regionale. E' in corso un gruppo di lavoro regionale per valutare un percorso migliorativo di attuazione di una rete di assistenza.

Per tutte le Aziende: Definire in collaborazione con il Centro di riferimento specifico percorsi di invio dei pazienti		n.v.	Nella fase attuale l'AOU di Parma non ha ancora messo in atto specifici percorsi di collaborazione con il Centro di riferimento specifico per l'invio dei pazienti in quanto in questa fase di definizione della rete tutte le procedure strumentali, farmacologiche, nutrizionali e eventualmente chirurgiche necessarie al trattamento dei pazienti sono tutte presenti nel nostro centro. L'Azienda di Parma ha provveduto comunque ad elaborare il "PDTA DELLE NEOPLASIE OVARICHE" con la compartecipazione di molti differenti specialisti Aziendali e di Ginecologi dell'AUSL.
Mesotelioma: Tempo intercorso tra accesso al Centro di I livello per sospetto diagnostico e definizione della diagnosi <28 giorni lavorativi	>90%	Non di competenza di AOU	L'Azienda AUSL di Parma ha avviato l'attività di presa in carico presso la Medicina del Lavoro.
Tempo intercorso tra data del referto patologico e inizio del percorso terapeutico <21 giorni lavorativi	>90%	100%	
Aderenza alle Linee Guida e appropriatezza dei percorsi terapeutici	>90%	100%	

### 3.2.3 Emergenza Ospedaliera

**Obiettivo operativo: I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.**

INDICATORE	ATTESO	Risultato Raggiunto anno 2018	NOTE
I sistemi informativi dovranno prevedere un collegamento tra il flusso del Pronto Soccorso e quello dell'Emergenza Territoriale.		66%	Il collegamento tra i due flussi ha avuto inizio nei primi mesi dell'anno. Per il 2019 si prevede una percentuale di collegamento più elevata.

**Obiettivo operativo: Applicare le direttive fornite dalla DGR 1827/2017 all'implementazione o adeguamento della funzione di bed-management nonché all'adozione delle azioni previste per il miglioramento della fase di throughput: fast-track, affidi specialistici, gestione diagnostiche e consulenze.**

INDICATORE	ATTESO	Risultato Raggiunto anno 2018	NOTE
Rilevazione algoritmo NEDOCS in ciascun PS	100%	100%	Sono stati condivisi i criteri per il calcolo del NEDOCS con referenti del Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza. Il calcolo del NEDOCS è stato effettuato in condizioni di particolare criticità insieme alla rilevazione degli altri indicatori previsti dal Piano Aziendale per il Sovraffollamento. L'avvio della rilevazione giornaliera è stata avviata alla fine 2018.
Applicazione piani per l'iperafflusso per ciascun PS.	100%	100%	In relazione al Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso, formalizzato con nota prot. 42966 del 23/11/2017, sono state applicate tutte le misure previste in base al livello di criticità del sovraffollamento.
Tempo di permanenza in PS	< mediana 2017 per stabilimento	NO	Il valore mediano per il 2018 è 218* minuti di permanenza, in aumento rispetto all'anno 2017 (200 minuti). Il peggioramento è correlabile all'aumento della frequenza di raggiungimento di livelli critici di sovraffollamento in PS, verificatisi in particolare nei primi e mesi dell'anno 2018. La Direzione, in relazione al problema del sovraffollamento, ha istituito appositi Gruppi di lavoro, costituiti da Professionisti del Pronto Soccorso e Internisti, che hanno contribuito a sviluppare i Progetti di Riorganizzazione delle due aree interessate: Area Medica (Pad. Torre Medicine) e Geriatria (Pad. Barbieri).

\* Fonte: Portale Siver



**Obiettivo operativo: Dovranno essere predisposti in collaborazione con i servizi territoriali, percorsi alternativi al ricovero che consentano la presa in carico dei pazienti con condizioni di fragilità sanitaria (pazienti cronici e/o polipatologici) o sociale.**

Sono stati formalizzati due gruppi di lavoro interaziendali per la definizione del PDTA della BPCO e per il PDTA dello Scompenso Cardiaco.

I due documenti sono in via di formalizzazione da parte delle due Direzioni

**PDTA SCOMPENSO CARDIACO**

All'ambulatorio cardiologico/cronicità accedono pazienti:

- dimessi dalla struttura di Day Hospital che necessitano di follow up in un setting assistenziale differente;
- con diagnosi de novo di scompenso che saranno seguiti per un breve periodo di follow-up per la gestione di terapie che necessitano di competenze ad elevato contenuto specialistico al fine di assicurare la stabilizzazione del quadro clinico;
- dalla I alla III classe NYHA stabili o stabilizzati;
- nella fase del Post-Ricovero: il paziente viene inviato al MMG con la lettera di dimissione ed indicazioni in merito al successivo follow up, nel quale rientra anche la Presa in carico da parte dell'Ambulatorio Cardiologico/cronicità.

L'accesso all'ambulatorio cardiologico/cronicità avviene mediante la richiesta del MMG di visita presso l'ambulatorio scompenso o inserimento diretto tramite il sistema informatico dedicato.

**PDTA BPCO**

Ambulatorio della Cronicità

Rappresenta il luogo e la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico della cronicità secondo il paradigma della medicina di iniziativa e la continuità dell'assistenza, ed è presente in tutte le CdS a medio/alta complessità (Hub) e le CdS a bassa complessità (Spoke) nella logica della reti assistenziali integrate.

L'Ambulatorio della Cronicità svolge le seguenti funzioni:

- Identificazione e stratificazione degli utenti con i MMG e gli specialisti, anche attraverso strumenti informativi disponibili (registro, profili di rischio-Risk-ER, database ecc);
- chiamata attiva dei pazienti;
- accoglienza, accertamento infermieristico e inclusione del follow-up concordato con il MMG;
- verifica dell'adesione al regime terapeutico (aderenza alla terapia, al programma alimentare, alla gestione della terapia etc.) e chiamata attiva quando i pazienti non si presentano al controllo programmato;
- educazione terapeutica strutturata finalizzata all'empowerment, all'autogestione della patologia, all'adozione di corretti stili di vita, con interventi sia singoli che in gruppo;
- addestramento a utente e caregiver ai fini anche dell'identificazione precoce di segni e sintomi di complicanze;
- continuità assistenziale in caso di ricovero in ospedale o in ospedale di comunità.

INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2018
Presenza di percorsi/protocolli di interfaccia con il territorio per la presa in carico di pazienti cronici.	>= di 2 percorsi	SI

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Entro il 2018 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	Entro 2018	La rete STEN per le Province di Parma e Piacenza è al momento in fase di completamento. Per lo STAM esiste una procedura interaziendale tra i Centri HUB e Spoke di riferimento (Parma, Fidenza e Piacenza) che ha definito i criteri per l'attivazione dello trasporto in utero dal centro Spoke al centro Hub di Parma secondo i criteri della DGR 1603/2013.
STAM e STEN -Conduzione audit clinici per la valutazione di tali percorsi	Audit	Entro 2018	STAM: E' stato eseguito un audit clinico con anche i professionisti degli Spoke in data 28 novembre 2018, sono stati dati alcuni suggerimenti che sono stati considerati migliorativi del PDTA e che sono quindi stati accettati.

### 3.2.4 Centrali Operative e 118

OBIETTIVO	INDICATORE	ATTESO	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Omogeneizzare i protocolli avanzati di impiego del personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 d.p.r. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del servizio di emergenza sanitaria territoriale 118 tenuto conto del contesto di riferimento in conformità con le indicazioni contenute nella DGR 508/2016	Completamento percorso di omogeneizzazione protocolli avanzati di utilizzo infermieristico sulla base delle linee guida regionali	Entro 2018	SI	

<p><b>Obiettivi per AOU Parma garantire la funzione di interoperabilità delle Centrali 118 attraverso meccanismi di rotazione degli operatori nelle tre Centrali Operative 118.</b></p>	<p>% degli infermieri di ogni Centrale 118 che effettua almeno 2 turni/anno presso almeno una Centrale Operativa non sede della propria unità operativa. &gt;=25%</p>	<p><b>SI</b></p>	<p>A partire dal mese di ottobre 2018 è stata realizzata la formazione di 10 infermieri della CO 118 Emilia Ovest presso la CO118 Emilia Est con l'obiettivo di assicurare la continuità dei Servizi 118 nella fase di ricezione delle richieste di soccorso provenienti dai territori di Bologna, Modena e Ferrara. È stata pianificata la formazione di ulteriori infermieri entro il primo e il secondo semestre 2019. Nell'ottica delle procedure di Disaster Recovery e Business Continuity, la CO118 Emilia Ovest ha a sua volta garantito, la formazione del personale infermieristico proveniente dalla CO118 Emilia Est (Bologna).</p>
	<p>Garanzia della continuità del servizio di elisoccorso notturno. SI</p>	<p><b>SI</b></p>	<p>È stato garantito il supporto tecnico organizzativo per l'avvio e il consolidamento del progetto regionale di elisoccorso notturno con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di personale infermieristico di CO118 Emilia Ovest per l'attività HEMS notturna.</li> <li>- pianificazione e realizzazione delle attività di ricognizione e censimento dei siti per le operazioni HEMS notturne con tecnologia NVG individuate nelle provincie di Parma, Reggio Emilia e Piacenza</li> </ul>
<p><b>E' necessario incentivare azioni di "defibrillazione precoce territoriale" da parte di personale non sanitario. In tal senso le Aziende Sanitarie assicurano l'adeguato supporto al percorso di accreditamento dei centri di formazione BLSL per personale laico, verificando</b></p>	<p>Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale: % di verifiche sul campo dei corsi BLSL erogati da soggetti accreditati. 5%</p>	<p><b>NO</b></p>	<p><u>Obiettivo non applicabile in quanto:</u></p> <p>1) La Determina di Giunta Regionale n. 14924 del 18/09/2018 affida al Nucleo regionale incaricato di effettuare le verifiche sul campo in ordine agli accreditamenti concessi nella misura di</p>

<p>la qualità dei corsi erogati, mantenendo aggiornati i registri delle persone formate e la mappatura dei defibrillatori.</p>	<p>Obiettivo per le Aziende Sanitarie che svolgono attività di emergenza territoriale e per le Aziende sede di Centrale operativa 118: % di defibrillatori comunicati dai soggetti detentori correttamente censiti all'interno del registro informatizzato.</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>almeno il 5% degli stessi per i <u>nuovi Centri di Formazione accreditati</u>.</p>	<p>2) <u>Per i Centri di Formazione accreditati in passato</u>, la verifica spetta alle Aziende USL che svolgono attività di Emergenza Territoriale.</p>	<p>Obiettivo raggiunto con attività totalmente a carico della CO 118 Emilia Ovest</p>
--	---	-------------	-------------	---	--	---

### 3.2.5 Attività trasfusionale

**Obiettivo operativo: 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, Al fine del raggiungimento dell'obiettivo di corretta gestione della risorsa sangue, sarà costituito un gruppo di lavoro regionale, coordinato dal Centro Regionale Sangue, per la produzione di linee d'indirizzo regionali per l'applicazione del PBM.**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto Anno 2018
Adozione di un programma di PBM aziendale.	SI	In attesa della costituzione del gruppo di lavoro regionale sono state effettuate riunioni specifiche del COBUS. E' stato identificato l'ambito ortopedico per i primi programmi di PBM (Protesi anca) e valutata la casistica sul livello provinciale. E' stato considerato il primo caso clinico. Si è modificata l'organizzazione del SIT identificando gli spazi (ambulatorio) e i tempi (agenda giornaliera degli appuntamenti) necessari per il PBM.
Programmazione di almeno una iniziativa formativa	almeno 1 evento - 50% operatori	Negli ultimi 18 mesi sono stati effettuati 8 corsi in ambito provinciale di aggiornamento sul tema della sicurezza in cui è stato dato ampio spazio al PBM.

Trasmissione delle convenzioni stipulate con le associazioni e federazioni ai sensi della DGR 45 del 23/01/2017	interessati  SI	Sono state stipulate le convenzioni con le Associazioni dei Donatori di Sangue.
---	-----------------------	---

**Obiettivo Operativo:** deve essere garantita maggiore trasparenza e regolamentazione nell'attività di produzione e cessione degli emocomponenti ad uso non trasfusionale anche attraverso la stipula di specifiche convenzioni in materia, ai sensi di quanto previsto nella delibera di Giunta 865/2016.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Definizione entro dicembre 2018 delle convenzioni relative all'utilizzo di emocomponenti ad uso non trasfusionale laddove siano pervenute richieste conformi a quanto previsto dalla DGR 865/2016	SI	Si-E' stata pubblicata ed è in vigore la delibera aziendale necessaria per la stipulazione delle convenzioni (delibera 922-2018).

**Obiettivo Operativo:** "Dovrà inoltre essere data attuazione a quanto previsto dal Piano Sangue 2017-2019 con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- Realizzazione della rete informatica regionale unica per il sistema sangue;
- piena funzionalità dei Centri per la cura delle talassemie e delle emoglobinopatie e dei Centri di diagnosi e cura dell'emofilia e delle altre malattie emorragiche congenite
- Promozione del dono mediante adeguate campagne informative e sostegno alle associazioni e federazioni di volontariato
- X\Piena funzionalità dei COBUS"

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Predisposizione e invio di report trimestrali sui dati di attività	>=80%	Sui punti indicati si segnala: <ul style="list-style-type: none"> <li>• in merito all'Informatizzazione regionale si è avuta un' ampia e continua partecipazione al gruppo di lavoro;</li> <li>• Partecipazione, sostegno e stimolo alle campagne di promozione attivate in ambito regionale e provinciale;</li> <li>• Piena operatività del COBUS soprattutto sul tema del PBM;</li> <li>• Per quanto di competenza del SIT di Parma: completa risposta rispetto al progetto Pazienti Talassemici di Ferrara.</li> </ul>

### 3.2.6 Attività di donazione d'organi, tessuti e cellule

**Obiettivo Operativo: 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 2018	Note
Relazione annuale indicante la composizione e l'attività dell'Ufficio Locale di Coordinamento alla Donazioni da trasmettere al CRT-ER in occasione degli annuali incontri bilaterali con le aziende	si	SI	Effettuata e trasmessa a cura del procurement Aziendale
Adesione al programma "cuore fermo DCD" regionale per le Aziende con le caratteristiche organizzative e strutturali idonee a supportare il progetto	Si	2 DONAZIONI	Il Servizio Anestesia ha aderito al Programma "cuore fermo DCD"
Nr. donazioni di cornee dei decessi con età compresa tra i 3 e gli 80 anni	>=17%	139 (ATTESE 124) = 19%	Il Programma viene supportato dal Direttore della UO Oculistica.
Nr. donazioni multi-tessuto (donazioni di solo tessuto, dopo certificazione di morte con criteri cardiologici)	>= obiettivi CRT-ER	Richieste 6 segnalazioni Effettuate 4 segnalazioni con 3 consensi e 1 opposizione	

### 3.2.7 Volumi ed Esiti

OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET	RISULTATO RAGGIUNTO ANNO 2018	NOTE
Tumore della mammella	Nr. minimo di interventi per Struttura	>= 150/anno	427*	
Colecistectomia	Nr. minimo di interventi di colecistectomia per Struttura	>=100/anno	404 interventi di colecistectomia laparoscopica*	
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di interventi con degenza post operatoria <=3 gg	>=75%	68,79%*	Il valore risente di alcuni casi trattati in urgenza che hanno necessitato la stabilizzazione clinica del paziente

Frattura di femore	Nr. minimo di interventi per frattura femore per Struttura	>=75 /anno	513*	
	Interventi per frattura di femore eseguiti entro 48 ore	>= 70%	51,66%*	Allo scopo di migliorare tale tempistica, ad ottobre 2018 è stato predisposto un progetto di riorganizzazione dell'area ortopedica, con distinzione dei percorsi in urgenza e in elezione, che ha previsto l'aumento delle sedute operatorie. Si è osservato un miglioramento nell'ultimo trimestre.
Rete cardiologica e cardiocirurgica	PTCA	Volumi=250/anno con 75 PTCA primarie; proporzione di PTCA primaria = 65%	781 interventi*	
Ogni centro che tratti casistica chirurgica oncologica è vincolato a garantire che l'indicazione chirurgica venga posta a seguito di una valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team.	Interventi di chirurgia oncologica con indicazione chirurgica posta a seguito di valutazione multidisciplinare	100%	100%	La valutazione multidisciplinare è parte integrante dei PDTA Oncologici all'interno dell'Azienda che prevedono le seguenti modalità di interfaccia (base metodologica): <ul style="list-style-type: none"> <li>• riunione collegiale del team multidisciplinare,</li> <li>• b) partecipazione di MMG ed altri Professionisti alle riunioni collegiali,</li> <li>• c) audit periodici.</li> </ul> Risultano attivati da questa Direzione i seguenti PDTA di interesse chirurgico: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) PDTA Interaziendale Tumore della Prostata;</li> <li>2) PDTA Oncologia Toracica;</li> <li>3) PDTA Lesioni Focali Epatiche</li> </ol> Risultano attualmente in fase avanzata di elaborazione i seguenti PDTA di interesse chirurgico: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) PDTA Tumore Colon Retto;</li> <li>2) PDTA Tumore della Tiroide;</li> <li>3) PDTA Tumore dell'Ipofisi</li> </ol> Inoltre nell'ambito della Breast Unit ( in attesa della formalizzazione del percorso

				come PDTA) elemento centrale per ciascun caso risulta proprio la valutazione multidisciplinare.
--	--	--	--	---

\* Fonte: Portale Siver

### **3.3 Screening oftalmologico neonatale**

---

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento “Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna”, l’attivazione dello screening oftalmologico neonatale, mediante il test del riflesso rosso, su tutti i nuovi nati, dovrà avvenire in tutti Punti Nascita della Regione entro il 2018.

Il test del riflesso rosso deve essere effettuato dai pediatri/neonatologi ospedalieri a tutti i nuovi nati prima della dimissione dal Punto Nascita e ripetuto dal Pediatra di Libera scelta nei bilanci di salute effettuati nel primo anno di vita.

Per una corretta effettuazione di tale screening si ritiene fondamentale l’integrazione tra neonatologi/pediatri ospedalieri, pediatri di libera scelta ed oculisti del SSN.

In linea con quanto previsto dal Piano Regionale di Prevenzione 2015-2018 in materia di screening neonatali e in applicazione del documento “Linee Guida alle Aziende Sanitarie per la realizzazione dello Screening della funzione visiva in epoca neonatale in Emilia-Romagna”, viene effettuato anche in azienda ospedaliera lo Screening oftalmologico neonatale dei nuovi nati. Inoltre Lo screening oftalmologico è attivo presso il punto nascita AUSL di Fidenza ed è strutturato il percorso per la presa in carico diretta dei neonati positivi con la Clinica Oculistica di AOU.

### **3.4 Sicurezza delle cure**

---

Obiettivo	Indicatore	Standard	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Piano-programma aziendale per la sicurezza delle cure</b>	Report di attuazione attività previste dal PPSC anno 2018 e relativo aggiornamento delle attività previste per il 2019	Si	SI	Il documento di Rendicontazione 2018 e di programmazione delle attività 2019 è stato realizzato e trasmesso in Regione nei tempi e nelle modalità previste



<b>Eventi sentinella e Incident Reporting sempre rispetto alla legge 24/2017 e al debito informativo verso l'Osservatorio Nazionale delle Buone Pratiche sulla Sicurezza nella Sanità, deve continuare ad essere assolto il flusso informativo relativo agli eventi sentinella – SIMES Ministero della Salute - e deve essere rilanciato e potenziato il sistema di incident reporting attraverso il coinvolgimento delle strutture attualmente non segnalanti.</b>	Funzionalità del sistema di Incident Reporting attraverso modalità sistematiche di raccolta, analisi e valutazione dei dati ed evidenza di azioni di miglioramento su Unità Operative non segnalanti nel 2017;	Evidenza di partecipazione al sistema di segnalazione da parte di almeno 3 strutture non segnalanti nel 2017	SI	Nel corso del 2018, come da indicazioni regionali, è stata promossa la segnalazione nelle UU.OO. non segnalanti nel precedente anno. Grazie anche agli interventi promossi nel corso del 2018 le seguenti UU.OO. "non segnalanti" nel 2017 hanno elaborato un Incident Reporting: Maxillo Facciale, Clinica Pediatrica, Dermatologia, Neuroradiologia, Medicina Legale. Vedi nota protocollo n. 9037 del 28/02/2019
	Elaborazione e pubblicazione sul sito aziendale della relazione annuale consuntiva prevista dalla legge 24/2017 sugli incidenti verificatisi, sulle cause che li hanno prodotti e sulle azioni di miglioramento messe in atto	SI	SI	E' stata elaborata la relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento (art. 2 comma 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24) e pubblicata nel sito WEB nei tempi previsti
<b>Implementazione delle raccomandazioni relative alla gestione del farmaco e al percorso nascita e all'effettuazione di analisi di casi significativi (SEA) per la sicurezza in ostetricia.</b>	Evidenza di effettuazione di significant event audit strutturati su casi significativi per la sicurezza delle cure in ostetricia	100% dei casi di esito grave e di eventi previsti dal progetto near miss ostetrici-materni	SI	Sono stati effettuati N. 4 Significant Event Audit su casi segnalati dalla U.O. Ostetricia e Ginecologia inerenti il Progetto Near Miss Ostetrici.
<b>Check List Sala Operatoria</b>	Assolvimento del debito informativo previsto dalla circolare 18/2016	>= 90% >= 75%	83,13%* 62,58% *	Monitoraggio riferito ai 9 mesi- non sono disponibili su insider i dati all'anno.
	Ripetizione delle osservazioni in sala operatoria (progetto OssERvare) per verifica efficacia dei piani di miglioramento;	SI	SI	Il Progetto è stato realizzato nelle UU.OO. di Chirurgia Generale e Ortopedia (50 rilevazioni).
<b>Identificazione Paziente</b>	Adozione braccialetto identificativo	Copertura 95% Unità Operative di degenza	100%	Il 100% dei pazienti che accedono alle seguenti strutture è dotato di braccialetto identificativo: Pronto Soccorso Ricovero ordinario

				Ricovero in Day-Surgery Ambulatori (per effettuare trasfusione di emocomponenti) Vedi nota protocollo n. 9037 del 28/02/2019
<b>Raccomandazioni per la sicurezza delle cure</b>	Effettuazione di Visite per la Sicurezza (Strumento Vi.Si.T.A.RE) per la verifica delle raccomandazioni con riferimento all'utilizzo del Foglio Unico di Terapia (FUT) e alla ricognizione e riconciliazione farmacologica	Almeno 1 Unità Operativa	SI	Nel corso del 2018 ViSITARE è stato condotto nella UO Geriatria. Il Gruppo di lavoro Multidisciplinare e multiprofessionale ha trattato il tema della sicurezza dei farmaci. n. 7 "Prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" n. 12 "Prevenzione degli errori in terapia con Farmaci LASA" n. 17 "Riconciliazione della terapia farmacologia" n. 1 "Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro Potassio e altre soluzioni concentrate contenenti potassio". Vedi nota protocollo n. 9037 del 28/02/2019
<b>Prevenzione e gestione delle cadute</b>	Formazione di operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) dell'area di degenza medica e chirurgica sulle linee di indirizzo delle cadute in ospedale attraverso corso FAD		SI	Nel corso del 2018, come da Piano prevenzione Cadute 2018 è stata data comunicazione agli operatori della disponibilità del Corso FAD E-Learning LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULLE CADUTE IN OSPEDALE (49 partecipanti) e del corso FAD tramite Portale FAD – TOM - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena (80 partecipanti). Vedi nota protocollo n. 9037 del 28/02/2019

\* Fonte: Portale Siver

### **3.5 Accredimento**

**Obiettivo operativo: Entro la data di scadenza, le aziende sanitarie dovranno presentare domanda di rinnovo dell'Accreditamento ai sensi della DGR 1943 del 4.12.2017, "Approvazione requisiti generali e procedure per il rinnovo dell'accreditamento delle strutture sanitarie".**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Presentazione di valida domanda di rinnovo entro la scadenza dell'accreditamento (31.07.2018)	100%	100%	La domanda per il rinnovo dell'Accreditamento è stata trasmessa con nota prot. n. 4288 del 31/01/2018
Possesso dei requisiti generali di cui alla DGR 1943/2017 al momento della presentazione della domanda (autovalutazione)	100%	100%	E' stata effettuata l'autovalutazione circa il possesso dei requisiti generali, parte integrante della domanda di accreditamento

### **3.6 Lesioni da pressione**

**Obiettivo operativo: Il Ministero della salute, nel monitoraggio di verifica degli adempimenti LEA prevede il PDTA sulle "Ulcere da pressione" che, a livello regionale, abbiamo completato con la definizione della buona pratica di prevenzione delle lesioni da pressione. Le linee di indirizzo regionali forniscono lo standard di riferimento per diffondere la buona pratica assistenziale integrandosi con le indicazioni regionali sul trattamento delle lesioni da pressione.**

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Aggiornamento della procedura aziendale sulla prevenzione delle lesioni da pressione	100%	100%	Nel corso del 2018 è stata elaborata la procedura aziendale P068AOUPR Prevenzione Lesioni da decubito. Nota 12624 del 21/03/2019
Adesione alle pratiche assistenziali di prevenzione delle lesioni da pressione come da procedura aziendale (aggiornata secondo linee di indirizzo regionali)	Realizzazione di un audit clinico-assistenziale (di processo) in 4 unità operative di area medica e 2 unità operative in ambito chirurgico	In fase di pianificazione	L'Audit è stato progettato con la Direzione del servizio Assistenziale per il primo semestre 2019.

## 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**

Obiettivo operativo: a) Costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, da effettuarsi trimestralmente in via ordinaria ed in via straordinaria secondo la tempistica che sarà definita dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare le CTSS devono essere informate degli esiti delle verifiche straordinarie; b) 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; c) in presenza di certificazione di non coerenza, presentazione di un piano contenente le misure idonee a ricondurre la gestione all'interno dei limiti assegnati entro il trimestre successivo.

Anche per il 2018 gli impegni della Direzione aziendale sono stati finalizzati a:

- costante monitoraggio della gestione e dell'andamento economico-finanziario, 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 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.

La Direzione Generale ha posto in essere azioni rivolte sia al rispetto dell'obiettivo economico-finanziario, sia alla capacità 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. 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. L'Azienda ha pertanto dato attuazione alle seguenti misure di contenimento della spesa:

- governance dei processi di acquisto di beni e servizi in relazione alla maggiore integrazione organizzativa tra Intercent-ER e le strutture di acquisto aziendali e di area vasta e allo sviluppo dell'e-procurement e della dematerializzazione del ciclo passivo;
- potenziamento delle piattaforme logistiche e informatiche;
- governo delle risorse umane;
- gestione del patrimonio edilizio-tecnologico e governo degli investimenti;
- uso razionale dell'energia e gestione ambientale.

Sono stati promossi incontri strutturati con i Servizi aziendali 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.

Si è inoltre provveduto all'analisi costante della sostenibilità patrimoniale dell'Azienda e all'esame della struttura degli investimenti, dei finanziamenti aziendali e delle relazioni che intercorrono tra investimenti e finanziamenti. Infine, gli incontri periodici del board degli investimenti sono stati indispensabili per valutare e verificare le dinamiche di investimento in atto.

Target	Risultato raggiunto anno 2018
100%	100%

### 4.1.1 Ottimizzazione della gestione finanziaria del SSR

Attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile e un utilizzo ottimale dell'indebitamento a medio lungo termine (mutui), nel corso del 2018 si è consolidata 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.. L'indicatore relativo all'anno 2018, calcolato dall'Azienda, corrisponde a -10,45 giorni. 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). Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet è presente una sotto-sezione dedicata ai pagamenti dell'Amministrazione: 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.

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). Alla Relazione al Bilancio di Esercizio dell'Azienda è inoltre 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 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.

L'Azienda ha rispettato l'invio trimestrale delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018.

Come da normativa, nel 2018 ha preso avvio ed è entrato a regime SIOPE+, un progetto innovativo di potenziamento della rilevazione SIOPE, diretto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle pubbliche amministrazioni, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC).

Dal 1° gennaio 2018 l'Azienda ha aderito alla convenzione quadro IntercentER per l'affidamento del Servizio di Tesoreria per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Al momento dell'emissione dell'ordinativo di fornitura, sono state messe a disposizione del nuovo Tesoriere (Banca Intesa) tutte le informazioni relative al sistema informativo aziendale, ai tracciati record, alle procedure in essere, ecc. ed è stata fornita tutta l'assistenza affinché l'attività di riscossione, pagamento e di raccordo con la contabilità economica e patrimoniale avvenisse, nel modo più automatico possibile, nel rispetto dei principi contabili ed in esecuzione del Regolamento regionale di contabilità.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Consolidare la riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori di beni e servizi del SSR nel rispetto delle disposizioni del D.Lgs. n. 231/2002 e s.m.i, attraverso un impiego efficiente della liquidità disponibile a livello regionale, un utilizzo ottimale dell'indebitamento a breve (anticipazione di tesoreria).	Indice di tempestività dei pagamenti	<=0	-10,45 gg. (rispetto ai 60 gg previsti dal D.Lgs n.231/2002)
Le Aziende sanitarie sono tenute al rispetto dell'invio trimestrale	Compilazione delle	100%	100%

delle tabelle, debitamente compilate, riferite ai pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati nel 2018. La compilazione di tali tabelle costituisce adempimento regionale in sede di Tavolo di verifica degli adempimenti presso il MEF	tabelle riferite ai pagamenti relativi alle transazioni commerciali;		
Nel 2018 è inoltre previsto l'avvio SIOPE+, un progetto innovativo di potenziamento della rilevazione SIOPE, diretto a rendere più efficiente il monitoraggio dei pagamenti delle fatture delle PA, attraverso l'obbligo dell'ordinativo informatico e l'integrazione delle informazioni sui pagamenti con quelle delle fatture delle PA registrate nella Piattaforma dei crediti commerciali (PCC). Le Aziende Sanitarie devono garantire l'entrata a regime dal 1° ottobre 2018 come previsto dal DM 25 settembre 2017.	Avvio del SIOPE+	100%	100%

#### 4.1.2 Il miglioramento del sistema informativo contabile

In attuazione delle indicazioni e delle Linee Guida regionali, nel corso del 2018 l'Azienda si è impegnata nel 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, SP ed LA.

Nel corso del 2018 è stata assicurata, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), che nelle rendicontazioni trimestrali e periodiche, la corretta contabilizzazione degli scambi di beni e di prestazioni di servizi tra Aziende sanitarie e tra Aziende sanitarie e GSA attraverso la Piattaforma web degli scambi economici e patrimoniali che costituisce, non solo uno strumento di scambio di informazioni, ma anche di controllo e verifica dei dati contabili inseriti propri e delle altre Aziende. La corretta alimentazione della Piattaforma web è infatti necessaria per assicurare le quadrature contabili indispensabili per la redazione del bilancio consolidato regionale che deve rappresentare, in maniera veritiera e corretta, la situazione economica, finanziaria e patrimoniale del Sistema Sanitario Regionale.

L'Azienda ha garantito l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Compilare accuratamente gli schemi di bilancio previsti dal D.Lgs. n. 118/2011 (Stato Patrimoniale, Conto Economico, Nota Integrativa, Rendiconto Finanziario)	Coerenza nella compilazione dei quattro schemi di bilancio.	90% del livello di coerenza	100%
Assicurare, nel corso del 2018, sia nei bilanci aziendali (preventivi e consuntivi), 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	Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il rispetto delle scadenze prestabilite	100%	100%
Nel corso del 2018 le Aziende dovranno garantire l'alimentazione, nelle scadenze prestabilite, della Piattaforma web per il monitoraggio degli accordi tra la	Alimentazione della Piattaforma in tutte le sessioni previste e il	100%	100%

<p><b>Regione Emilia-Romagna e gli ospedali privati accreditati con i dati di fatturato progressivi. Le informazioni si renderanno utili anche ai fini della definizione dei dati di consuntivo dell'anno di riferimento da presentare alla Commissione Paritetica.</b></p>	<p>rispetto delle scadenze prestabilite.</p>	
---	--	--

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

**Obiettivo operativo:** Nel corso del 2017 si è concluso il Percorso di Attuativo della Certificabilità 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.

Nel 2018 le Aziende sanitarie sono tenute: a superare eventuali criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017. Con DGR n.81 del 22/01/2018 è stato approvato il progetto di legge che prevede l'introduzione "Sistema di Audit interno". Le Aziende sono tenute ad istituire la funzione di Audit interno

Nel corso del 2018 sarà istituito un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione di referenti Aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione.

La Struttura di Internal Auditing è stata istituita allo scopo di coordinare lo sviluppo del sistema di controllo interno, attuarne il monitoraggio, favorire e promuovere il miglioramento del sistema di controllo interno, secondo i principi del Risk assessment. E' stato elaborato il Manuale di Internal Auditing, descritti gli obiettivi, le metodologie e gli strumenti di lavoro utilizzati; è stato definito il Processo di Audit, l'approccio organizzativo di base per l'individuazione dei rischi e la declinazione sulle varie aree operative. In collaborazione con le funzioni aziendali oggetto di audit, si è proceduto all'analisi dei processi, identificazione dei rischi, definizione dei piani di azione, identificazione del control owner e relative tempistiche. La Struttura di Internal Auditing ha perseguito, nel corso del 2018, un processo aziendale di riorganizzazione operativa del sistema di procedure amministrativo-contabili che, sulla base dell'analisi dei principali processi aziendali legati alla formazione delle voci di bilancio, fissano degli standard minimi di controllo interno. L'obiettivo è stato raggiunto al 100%.

Attualmente il processo è tuttora in corso, data la necessità di armonizzare le procedure con le nuove disposizioni regionali (Regolamenti AVEN) e di renderle coerenti con i cambiamenti organizzativi e strutturali intercorsi negli ultimi 3 anni dovuti all'integrazione interaziendale tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma.

Al fine del perseguimento degli obiettivi, è stata adottata una riorganizzazione del sistema dei controlli interni ed elaborato una serie di procedure amministrativo-contabili riguardanti i principali "percorsi" aziendali, inoltre, ai fini dell'attivazione di percorsi e implementazione di azioni di miglioramento del sistema amministrativo-aziendale, i rilievi e suggerimenti formulati dal Collegio sono oggetto di monitoraggio. Il percorso verso la certificabilità è risultato un'opportunità strategica per migliorare l'attendibilità del sistema di rilevazione e rappresentazione della performance economico finanziaria e per accendere l'interesse per le tematiche di gestione dei processi interni, nonché la volontà del governo del rischio. Nel complessivo sistema generale di Internal Auditing, è ricompresa la materia di Trasparenza/Anticorruzione e al fine di svilupparne l'assetto in modo sistematico, la Struttura di Internal Auditing, in collaborazione al Servizio Integrità e Trasparenza, ha elaborato un documento progettuale, peraltro previsto nel Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020, che definisce modalità di verifica del sistema di controlli interni per il settore Trasparenza e Anticorruzione.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
Istituzione Sistema di Audit	raggiungimento 100% adempimenti	100%

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

Nel corso del 2018 è stata garantita la partecipazione dei collaboratori aziendali ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC e l'Azienda ha assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema.

In particolare, per quanto riguarda il piano dei conti della contabilità generale, è stato previsto un Piano dei Conti Aziendale unico a livello ministeriale, regionale, con possibilità di gestire ulteriori livelli di dettaglio a valenza aziendale riconducibili comunque all'unico livello regionale.

E' stata quindi predisposta la correlazione tra l'attuale piano dei conti aziendale e il piano dei conti unico e dare avvio alla creazione, validazione, aggiornamento e comunicazione delle codifiche ai vari livelli ministeriale, regionale e aziendale.

Per quanto riguarda il piano dei fattori produttivi, è stato previsto un Piano dei fattori produttivi unico a livello regionale, con possibilità di gestire ulteriori livelli di dettaglio a valenza aziendale riconducibili comunque all'unico livello regionale.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
In continuità con il 2017 saranno ultimate le attività necessarie per l'aggiudicazione definitiva del sistema informativo unico regionale per la gestione dell'area amministrativo-contabile, ad assicurare le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema GAAC;	Allineamento anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC	100%	Nel corso del 2018 è stata garantita la partecipazione dei collaboratori aziendali ai gruppi di lavoro a supporto delle attività del Tavolo GAAC e l'Azienda ha assicurato le attività di allineamento delle anagrafiche aziendali alle anagrafiche GAAC necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo sistema.

#### **4.2 Il governo di processi di acquisto di beni e servizi**

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Integrazione organizzativa fra l'Agenzia Intercent-ER, le Aree Vaste e le Aziende Sanitarie per l'acquisizione dei beni e servizi necessari al	Livello di centralizzazione degli acquisti di beni e servizi (nazionale, regionale e di Area Vasta) di ciascuna Azienda Sanitaria	almeno l'82% del totale degli acquisti di beni e servizi	n.v. (dato in elaborazione da parte di AVEN)	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



<p><b>sistema regionale sanitario</b></p>			<p>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.</p>
	<p>Importi dei contratti relativi a Farmaci, Antisettici, Energia Elettrica e gas stipulati nel 2017 tramite Intercenter-ER</p>	<p>&gt;= 85% del totale di tutti i contratti delle medesime categorie</p>	<p><b>n.v. (dato in elaborazione da parte di AVEN)</b></p> <p>I contratti di farmaci e antisettici stipulati nel 2018 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 2018 per altre categorie. Si segnala la riduzione dell'importo di spesa intercenter-er per energia elettrica rispetto al 2018, 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 IntercenterER. Infine, si ritiene opportuno sottolineare che, comunque, l'acquisto a prezzo ribassato dal soggetto titolare del Global Service dell'energia elettrica prodotta</p>

Sviluppo procurement	dell'e-	Utilizzo della piattaforma SATER per la gestione informatizzata di tutte le procedure di gare per l'acquisto di beni e servizi di valore superiore alla soglia di rilievo sanitario	SI	SI	dal cogeneratore ha consentito, rispetto alle tariffe IntercentER, un risparmio annuo consistente.
	Dematerializzazione del processo di ciclo passivo	Indizione di richieste d'offerta sul mercato elettronico regionale per ciascuna struttura deputata agli acquisti (es. Dipartimenti Interaziendali, Servizi interaziendali, etc.)	>= 30 richieste	138	
		Inserimento 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	100% di contratti di beni e servizi stipulati	100%	
		Ordini inviati elettronicamente tramite il NoTI-ER	>= 50%	58,5	

### 4.3 Il governo delle risorse umane

Obiettivo Operativo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Rispetto Legge 161/2014	Rispetto del Piano di Assunzione, dei vincoli normativi e delle previsioni di bilancio ad esso legati	SI	SI	L'Azienda è stata chiamata a predisporre il piano triennale dei fabbisogni in coerenza con le linee guida definite dal Dipartimento della Funzione pubblica con decreto 08/05/2018 e con le indicazioni di dettaglio fornite dalla Regione con DGR 1412 del 03/09/2018, in relazione ai compiti ad essa assegnati in materia. Il PTFP è stato conseguentemente predisposto
	Iniziativa a sostegno delle criticità evidenziate nel settore dell'Emergenza Urgenza, sia in sede di redazione e autorizzazione del Piano di Assunzione 2018 e del PTFP (PIANI TRIENNALI	SI	SI	

	<p>DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE), che di verifica dei fabbisogni aziendali.</p>		<p>e trasmesso alla Regione con nota prot. 36487 del 26.09.2018. La Regione ha provveduto a validarlo e il PTFP è stato definitivamente approvato con delibera n. 983 del 27.11.2018 e poi inserito sul portale SICO. Le assunzioni cui si è proceduto nel corso dell'anno, anche anticipatamente alla definitiva formalizzazione del PTFP, hanno tenuto conto delle necessità aziendali di garantire il corretto svolgimento delle attività assistenziali nei confronti degli utenti e di disporre delle risorse finalizzate alla garanzia dei LEA. In particolare l'attenzione della Direzione strategica è stata rivolta all'area dell'emergenza-urgenza al fine di adottare ogni misura utile a superare le criticità emerse in tale area, adeguando l'offerta alla domanda assistenziale</p>
	<p>Esecuzione degli Accordi sottoscritti tra RER e OO.SS. In applicazione della L. 161/2014 e in favore dell'occupazione</p>	<p>SI</p>	<p>L'Azienda ha altresì proceduto all'applicazione degli accordi siglati nel corso del 2016-2017 in sede regionale con le oo.ss. confederali e di categoria in particolare in materia di stabilizzazioni del personale precario per il triennio 2018-2020. Nel 2018, così come nel 2017, è stato conseguito, in particolare per effetto della conversione in contratti a tempo determinato o indeterminato, l'obiettivo di riduzione dei contratti libero professionali onerosi prefissato in un'ulteriore riduzione del 30% rispetto alla situazione esistente nel 2016 (30 a fine anno rispetto ai 74 rilevati nell'anno 2016).</p>
	<p>Rispetto delle autorizzazioni riferite ai processi di stabilizzazione avviati, anche in esecuzione degli accordi sottoscritti tra RER e OO.SS.</p>	<p>SI</p>	<p>Per l'area del comparto, in adempimento a quanto previsto dal D.lgs 75/2017, circolare 3/2017 del Dipartimento Funzione pubblica e protocollo regionale del 28/12/2017 si è data attuazione al processo di stabilizzazione con un bando e tempistiche omogenee condivisi con le altre aziende regionali. Tali procedure sono state indette e completate con le relative</p>

	<p>Avvio sperimentazione unificazione concorsi personale non dirigenziale almeno a livello di area vasta</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>	<p>assunzioni nel primo semestre. Analogamente nel secondo semestre si è data attuazione, in seguito alla sottoscrizione di specifico protocollo regionale in data 04.05.2018, ai percorsi di stabilizzazione per l'area della Dirigenza Medica e Sanitaria. Le procedure sono state completate con le relative assunzioni entro gennaio 2019. Da ultimo l'Azienda ha aderito alla programmazione delle attività concorsuali di reclutamento del personale non dirigenziale a tempo indeterminato attivate in Area Vasta, aderendo al concorso per infermieri che è stato bandito dall'Azienda USL di Piacenza, al concorso per fisioterapista bandito dall'Azienda USL di Modena e a quello per ostetriche bandito dall'Azienda USL di Reggio Emilia.</p>
<p><b>Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale (B)</b></p>	<p>Rispetto delle scadenze individuate nei cronoprogrammi GRU e GAAC</p>	<p>SI</p>	<p>SI</p>	<p>GRU: A far tempo da gennaio 2018 è stata attivata il nuovo applicativo GRU per la gestione del personale dipendente e non. In particolare sono stati attivati i moduli presenze/assenze, giuridico ed economico al fine di garantire prioritariamente tutti gli aspetti di gestione del rapporto di lavoro dall'assunzione alla cessazione in corso d'anno. Il personale afferente il dipartimento interaziendale risorse umane è stato coinvolto nelle sedute di formazione programmate sia con il personale delle ditte aggiudicatrici, sia da parte di operatori referenti della sede centrale. Ciò ha garantito la continuità delle attività, pur con alcune criticità evidenziate nella fase di avvio. E' inoltre continuata la partecipazione, nella quale sono stati coinvolti anche i colleghi SIA e RIT Azienda territoriale, alle riunioni convocate presso la sede regionale e/o AVEN per gli approfondimenti sulla procedura e correlati alle integrazioni con la complessiva infrastruttura</p>

<p><b>Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale (C) Nel corso del 2018 le Aziende dovranno avviare il percorso di avvicinamento dei propri sistemi di valutazione e valorizzazione del personale al "modello a tendere" condiviso con l'OIV-SSR, nel rispetto di quanto previsto dai contratti nazionali di lavoro e con un pieno utilizzo del "Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane" (GRU).</b></p>	<p>Avvenuta adozione del Piano del percorso di avvicinamento al "modello a tendere" secondo le indicazioni e i tempi previsti dalle indicazioni DG Sanità e OIV-SSR</p>	<p>SI</p>	<p>aziendale. Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria. A fine primo semestre è stata attivata l'attività formativa per quanto riguarda l'applicativo concorsi. Nell'autunno è stata realizzata la formazione per i moduli previdenza e valutazione anche se necessitano di ulteriori verifiche e perfezionamenti.</p> <p>L'Azienda ha definito insieme all'AUSL il "Percorso interaziendale di attuazione del Sistema di valutazione integrata del Personale", che definisce il piano di avvicinamento dei sistemi aziendali al modello a tendere condiviso con l'OIV e delineato nella delibera OIV-SSR n. 5/2017.</p> <p>Il Percorso è stato trasmesso all'OIV-RER il 15/10/2018 con nota prot. n. 39101 e successivamente integrato con nota prot. n. 47355 del 10/12/2018. L'OIV-RER ha espresso parere favorevole con nota del 18/12/2018 PG/2018/0749878. Il Percorso è stato deliberato in data 27/12/2018 con atto n. 1113.</p> <p>Il documento condiviso è stato strutturato seguendo l'iter indicato dall'OIV con le note del 25/7/2018 PG/2018/0514272 e del 20/11/2018 PG/2018/0694831.</p> <p>Successivamente alla deliberazione, si è proceduto, con nota prot. n. 906 del 8/1/2019, all'attivazione del Percorso con la costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale, cui è stato affidato, in questa prima fase, lo sviluppo e l'allineamento della valutazione annuale sia per i risultati che per le competenze. Operativamente il gruppo si è strutturato in sottogruppi dedicati alle diverse tipologie di valutazione annuale.</p>
<p><b>Sviluppo linee azione comuni</b></p>	<p>Partecipazione alla</p>	<p>SI</p>	<p><b>SI</b> E' stato garantita la</p>

<b>sulle politiche del personale e interpretazione normative giuridiche ed economiche</b>	definizione di criteri interpretativi omogenei			partecipazione al gruppo di lavoro regionale
<b>Valorizzazione del Sistema Sanitario Regionale e del Personale (A)</b>	Rispetto dei tempi e delle modalità attuative di processi di integrazione interaziendali avviati o in via di conclusione	SI	SI	Si è proseguito nella razionalizzazione dei sistemi organizzativi e nella progettazione di integrazioni a livello sovraziendale riguardanti anche funzioni e servizi sanitari. In particolare il Dipartimento Risorse Umane ha supportato le attività connesse (comprehensive anche degli aspetti di relazione con le organizzazioni sindacali) con l'istituzione del Dipartimento Emergenza-urgenza provinciale interaziendale (atto n. 85 del 30/01/2018), le elezioni dei relativi organismi che si sono svolte nella primavera 2018 e nella successiva nomina del Direttore del Dipartimento. E' iniziato il processo di progettazione del servizio integrato ICT
<b>Costi del personale</b>	Nr. processi completati su processi avviati	SI	95%	
	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	si	La SC Area Economica in collaborazione con la SC Area Giuridica e il Servizio Infermieristico, ha monitorato la spesa derivante dalle assunzioni fornendo periodici aggiornamenti alla Direzione strategica.

#### ***4.4 Programma regionale gestione diretta dei sinistri***

Gli obiettivi di cui alla DGR n. 919 del 2018 si proponevano, da un lato, di consolidare l'avviato percorso di attuazione del Programma regionale di gestione diretta dei sinistri, dall'altro, di individuare un progetto aziendale di "smaltimento" dei sinistri pendenti e nati in regime di copertura assicurativa del rischio.

Quanto al consolidamento del percorso regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile di ritenzione totale del rischio, alla cui fase sperimentale questa Azienda è stata ammessa con decorrenza 1/12/2015 - unitamente alle aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Nord –la stessa ha adeguato il proprio processo 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, con atto deliberativo n. 248 del 28 giugno 2016.

Successivamente, in seguito all'entrata in vigore della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017 e alle prime indicazioni operative comunicate dalla Regione Emilia-Romagna, si è provveduto ad adeguare le predette istruzioni operative, con deliberazione n. 918 del 5 dicembre 2017.

In merito alla predisposizione di un piano aziendale di chiusura dei sinistri sorto antecedentemente l'adesione al Programma regionale, si è adempiuto mediante la trasmissione alla Regione dell'elaborato progetto con nota prot. n. 25575 del 29 giugno 2018.

Con riferimento all'indicatore inerente le tempistiche procedurali della c.d. gestione diretta dei sinistri, declinato nel seguente indicatore di adempimento: *"Rispetto dei tempi di processo: % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12; target: >=media regionale"*, si conferma il superamento della media regionale quanto alla percentuale di sinistri aperti nell'anno di riferimento con valutazione Medico legale e lievemente inferiore quanto alle determinazioni raggiunte in sede di CVS, ciò anche in ragione della variabilità nel corso dell'anno dell'andamento delle richieste di risarcimento e, conseguentemente, delle relative tempistiche per giungere, entro la fine dell'anno stesso, ad una determinazione in CVS.

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Sviluppare azioni coerenti alla piena attuazione del Programma regionale per la gestione regionale dei sinistri</b>	Rispetto dei tempi di processo % sinistri aperti nell'anno con valutazione Medico legale e determinazione CVS entro 31.12	>=media regionale	SI	La percentuale di sinistri aperti nell'anno con valutazione medico-legale supera la media regionale, con una lieve riduzione circa le determinazioni in CVS quanto alle richieste di risarcimento giunte in prossimità della fine dell'anno, come tali non mature per la relativa trattazione entro il 31.12.
<b>Le Aziende operano ancora secondo una duplice modalità di gestione dei sinistri: a quella diretta, in ritenzione totale del rischio, si affianca in parallelo quella assicurativa, per i sinistri aperti prima dell'ingresso della singola Azienda nel nuovo Programma regionale.</b>	Presentazione alla regione entro il 30 giugno 2018 del piano aziendale di chiusura dei sinistri antecedenti l'adesione al Programma regionale, con evidenza di quelli per i quali è in corso una vertenza giudiziale;	si	SI	Il progetto è stato elaborato e trasmesso alla Regione con nota del Direttore Generale prot. 25575 del 29 giugno 2018.

<p>Alimentare il data base costituisce sia adempimento per le aziende sia lo strumento che permette il monitoraggio dell'effettiva implementazione del percorso di gestione dei sinistri</p>	<p>Grado di completezza del database regionale</p>	<p>100% dei casi aperti nell'anno, entro il 31 gennaio dell'anno successivo</p>	<p><b>100%</b></p>	<p>Il Servizio ha alimentato integralmente il data base regionale con tutti i dati di pertinenza.</p>
--	--	---	--------------------	---

## ***4.5 Politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza***

### **Codice di Comportamento**

Nel 2017 a livello regionale è stata promossa l'iniziativa di elaborare un modello unico di Codice, quale riferimento cui ogni Azienda deve attenersi per l'approvazione del proprio Codice, al fine di perseguire una uniformità sull'intero territorio regionale.

L'iniziativa è rafforzata dalle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 9/2017, il cui art. 5 è dedicato espressamente a politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, anche aggiuntive rispetto alla disciplina nazionale (il comma d riguarda il Codice di Comportamento).

Lo schema tipo elaborato dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale è stato poi approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 96/2018.

In ragione dei percorsi di integrazione interaziendale effettuati, operativamente efficaci da fine 2016 per le aree tecnico amministrative e in itinere per molte funzioni clinico/assistenziali, e tenuto conto di una unica funzione interaziendale per la trasparenza e l'integrità, le Direzioni aziendali e il RPCT hanno ritenuto di procedere all'elaborazione di un testo unico interaziendale anche per il Codice di Comportamento, oltre che per il Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, trattandosi di uno degli elementi di rilievo che vanno a comporre il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Il 29 maggio 2018 è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma, con deliberazioni n. 348 di AUSL e n. 401 di AOU, il nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti adottati nel dicembre 2013.

Con nota del 21 giugno 2018 a firma Direzioni aziendali/RPCT sono state diramate Informativa e Disposizioni sul Codice, compreso l'aspetto della diffusione.

Le deliberazioni assunte dispongono che tutti i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità, promuovono la conoscenza del Codice nelle unità organizzative di riferimento e nei confronti di tutti i soggetti tenuti a conoscenza e rispetto con cui l'unità organizzativa ha relazioni funzionali.

L'attività di diffusione è stata attestata mediante compilazione e sottoscrizione di una apposita scheda sottoscritta dai Responsabili di unità organizzativa. Sono poi seguiti vari incontri di informazione con unità organizzative.

Dichiarazioni per la gestione dei conflitti di interesse

L'acquisizione di varie dichiarazioni da parte di dirigenti e operatori mediante la piattaforma GRU:

- attua le disposizioni della legge regionale n. 9/2017 (art. 5)



- attua le disposizioni del Codice di Comportamento
- prevista dalla DGR n. 919/2018 di programmazione e finanziamento del SSR, in cui è indicato l'obiettivo nel 2018 di acquisire dichiarazioni da almeno il 15% dei dipendenti.

L'attività di acquisizione dichiarazioni ha preso il via presso tutte le Aziende Sanitarie regionali, in modo condiviso, nei mesi di ottobre e novembre 2018.

Con efficacia per entrambe le Aziende, con la nota di data 4 ottobre 2018 rivolta a tutto il personale si sono precisate le indicazioni e necessarie a favorire gli adempimenti (e contiene un approfondimento sul tema centrale del conflitto di interesse).

L'attività di acquisizione è stata curata dal Dipartimento Risorse Umane in collaborazione col RPCT.

Come attestato nel Piano per la prevenzione della corruzione aggiornamento 2019/2021, gli esiti/percentuali di adesione dell'acquisizione dichiarazioni a fine 2018 (dal report realizzato dal settore competente del Dipartimento Risorse Umane):

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti) 74,2%

Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza) 65,6%

Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti) 73,8%

Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti) 78,8%

Obiettivo Operativo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Attuazione delle disposizioni nazionali e regionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza</b>	Avvenuta adozione del Codice di comportamento nei tempi e con le modalità indicate dalla DGR 96/2018	si	SI	Codice di Comportamento unico interaziendale AUSL/AOU approvato il 29 maggio 2018, secondo modalità e tempi indicati dalla Regione. Effettuata attività di diffusione presso tutte le unità organizzative a cura dei rispettivi dirigenti responsabili; svolti vari incontri di informazione.
	% dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi effettivamente raccolti entro la fine del 2018	>=15%	74,2%	Si tratta del Modulo 1 previsto in piattaforma GRU sul conflitto di interessi per tutti gli operatori. Acquisite nei mesi di ottobre e novembre 2018 le dichiarazioni dal 74,2% del personale interessato

#### **4.6 Adempimenti relativi alla normativa in materia di protezione dei dati personali**

Obiettivo Operativo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Il Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche pienamente applicabile dal 25 maggio 2018, detta una</b>	Nomina del Responsabile della protezione dei dati (artt. 37-39 del Reg. UE 2016/679) e conseguente ridefinizione ed articolazione delle specifiche	100%	<b>100%</b>	L'Azienda, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 37 par. 3 del Regolamento UE 2016/679, ha proceduto alla nomina condivisa di uno stesso Responsabile della Protezione

<p><b>complessa disciplina di carattere generale in materia di protezione dei dati personali, prevedendo molteplici obblighi ed adempimenti a carico dei soggetti che trattano dati personali, ivi comprese le Aziende Sanitarie.</b></p>	<p>responsabilità relative ai suddetti obblighi ed adempimenti, ripartendo compiti e funzioni tra i soggetti competenti tenuto conto della specifica organizzazione aziendale</p>			<p>dei Dati (RPD o DPO) con l’Azienda USL di Piacenza e l’Azienda USL di Parma mediante affidamento del servizio di “Data Protection Officer (DPO)” con delibera del Direttore Generale n. 348 del 22/05/2018. Si è peraltro ribadito l’assetto privacy con l’individuazione dei “Delegati” (precedente denominazione Responsabili) e degli “Autorizzati” (precedente denominazione Autorizzati).</p>
	<p>Adozione del registro delle attività di trattamento (art. 30 e considerando 71 Reg. UE 2016/679);</p>	100%	<b>100%</b>	<p>L’Azienda ha proceduto alla implementazione del Registro delle attività di trattamento. Sono state poste in essere attività finalizzate all’aggiornamento dello stesso.</p>
	<p>Partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale</p>	95%	<b>95%</b>	<p>Il DPO ha partecipato alle attività regionali fino ad ora poste in essere. Lo stesso è stato affiancato dal Referente Privacy Aziendale e dal Direttore del Servizio Informativo Aziendale o suo delegato. L’Azienda ha partecipato alle iniziative del gruppo di lavoro regionale tramite il DPO.</p>
	<p>Produzione di una relazione relativa all’organigramma delle responsabilità privacy aziendali;</p>	100%	<b>100%</b>	<p>L’Azienda ha prodotto una relazione in merito all’assetto privacy e all’organigramma aziendale (Relazione prot.n. 49672 del 28/12/2018).</p>

#### **4.7 Disposizioni Anticipate di Volontà nei Trattamenti Sanitari (DAT)**

Obiettivo Operativo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<p><b>Le Aziende sanitarie dovranno garantire, nelle modalità organizzative e telematiche adottate dalla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla Legge 22 dicembre 2017, n. 219, assicurando l’informazione richiesta ai</b></p>	<p>Numero di sistemi informatici che recuperano le informazioni da ARA sul numero di sistemi informatici individuati</p>	>= 90%	<b>N.d.</b>	<p>E’ in corso l’individuazione degli applicativi (ancora in attesa di circolari ed indicazioni regionali) che dovranno essere integrati nei sistemi aziendali.</p>
	<p>Numero di partecipanti ai</p>	>= 50%	<b>50%</b>	<p>E’ stato effettuato</p>

pazienti e l'adeguata formazione del personale.	percorsi di formazione per gli operatori sul numero totale di operatori che si interfacciano e interagiscono con le DAT.			un percorso formativo con numero di partecipanti lievemente superiore al 50% che interagiscono e si interfacciano con le DAT.
	Promozione azioni di comunicazione verso i cittadini	SI	SI	Oltre all'evento formativo è stata diffusa circolare protocollata a tutti gli operatori per sensibilizzare i pazienti al tema delle DAT. Verrà distribuito nell'anno 2019, presso i PDA, un opuscolo informativo per consentire una divulgazione capillare del tema .

#### 4.8 Piattaforme Logistiche ed informatiche più forti

##### Piattaforme logistiche

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	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%	

##### Information Communication Tecnology (ICT)

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	I semestre 2018	Note
Cartella SOLE	% MMG con software utilizzato rispetto agli MMG che hanno aderito alla cartella SOLE		n.v. (pertinenza ASL)	
Realizzazione del nuovo	% avanzamento e rispetto	100%	100%	

<b>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</b>	delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo			
<b>Prescrizioni dematerializzate</b>	invio dello stato di erogato al Sistema di Accoglienza Regionale delle ricette dematerializzate erogate ed inviate;	100%	n.v. (pertinenza ASL)	La raccolta dell'erogato delle prescrizioni avviene tramite concentratore provinciale
	implementazione delle politiche per non richiedere più documentazione cartacea all'assistito;	100%	n.v. (pertinenza ASL)	La piattaforma non è ancora disponibile, secondo un incontro avvenuto in Regione il 6 luglio 2018, il collaudo finale del sistema e il rilascio della piattaforma sarà all'inizio della terza settimana di ottobre. A giugno 2018 il gruppo di coordinamento regionale ha concluso i test funzionali dei seguenti moduli:
<b>Software unico dei comitati etici</b>	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo.	100%	In fase di implementazione	- M11: Amministrazione del sistema; - M1: Fase propedeutica alla valutazione del CE - M2: Gestione istruttoria Segreteria CE - M6: Gestione Budget e fatturazione Gli altri 7 moduli saranno testati dal mese di luglio agli inizi di ottobre.

<b>Cartella clinica unica regionale informatizzata del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP)</b>	partecipazione alle attività richieste dal gruppo di lavoro regionale	95%	n.v. (pertinenza ASL)	
<b>Integrazione con i sistemi informatici di codifica regionali mediante servizi applicativi</b>	% servizi interrogati/servizi resi disponibili.	90%	20%	In corso revisione progettuale
<b>Software unico per sistema trasfusionale</b>	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo.	100%	100%	
<b>Nuovo Sistema Informativo unitario Servizi sociali (SIUSS nazionale)</b>	Corretto utilizzo del FNA: immissione dati SIUSS-Casellario dell'assistenza (obiettivo = si)	SI	n.v. (pertinenza ASL)	
<b>Trasmissione telematica dei certificati di malattia INPS per eventi di Pronto Soccorso e Ricovero</b>	Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Pronto Soccorso:	80%	0	In corso revisione tecnica-organizzativa
	Numero dei certificati di malattia telematici INPS prodotti per evento di Ricovero ospedaliero:	80%	0	In corso revisione tecnica-organizzativa
<b>La Regione Emilia-Romagna termina l'attività di messa a regime del nuovo software GRU (Gestione Risorse Umane) su tutto il territorio regionale. Le aziende per l'anno 2018 dovranno garantire il rispetto delle tempistiche previste nel progetto esecutivo per le attività a loro associate con particolare attenzione alla configurazione dei dizionari unici.</b>	% avanzamento e rispetto delle tempistiche richieste come da pianificazione definita nel progetto esecutivo	100%	100%	Le attività previste come indicatori sono state quindi effettuate coerentemente al cronoprogramma definito dal tavolo GRU e dall'ATI aggiudicataria.
<b>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</b>	% adeguamento dei sw aziendali all'invio dei documenti clinici individuati a livello regionale.	100%	100%	Rimangono specificità su sistemi medicali
	% di offerta di prestazioni prenotabili online da CUPWEB/FSE/APP nel rispetto delle indicazioni fornite dai servizi regionali competenti sul totale delle prestazioni presenti in agenda CUP.	70%	85%	

## 4.9 Sistema Informativo

Obiettivi Operativi	Indicatore	Target	I semestre 2018	Note
<p><b>Interconnessione dei flussi informativi</b> Con l'obiettivo di interconnettere, a livello nazionale, le banche dati sul soggetto che ha ricevuto la prestazione sanitaria, NSIS, nell'anno 2017 ha avviato il progetto di interconnessione delle banche dati. Il sistema di interconnessione si basa sull'identificazione del paziente. Le Aziende sono chiamate a partecipare al progetto garantendo: il miglioramento della qualità della rilevazione dell'identificativo del paziente (CODICE FISCALE, ENI, STP, TEAM), la soddisfazione delle azioni richieste da NSIS e l'adeguamento dei tracciati record dei flussi interessati (ADI, FAR, SIDER e Cure palliative).</p> <p><b>Adozione di strumenti di analisi per la rendicontazione economica integrata</b> Con l'obiettivo di adottare strumenti, tipici del controllo di gestione, per la rendicontazione economica integrata delle forme di assistenza sanitaria e sociale sono richieste, alle Aziende Sanitarie: soddisfazione adempimenti LEA C.14,C.15 e l'impegno nell'inviare, nei tempi, i flussi di rendicontazione di assistenza sanitaria e socio-sanitaria del fondo FRNA (B) E spesa farmaceutica (A)</p> <p><b>Sviluppo nuovi segmenti attività ospedaliera</b> le Aziende dovranno trasmettere il censimento dei punti di erogazione e degli applicativi utilizzati per la gestione ed erogazione dell'attività (mappatura flussi informativi). Nel corso dell'anno 2018 è previsto l'avvio della progettazione del nuovo flusso ASA che permetterà di migrare dal flusso tradizionale a quello dematerializzato oltre ad includere</p>	N. codici fiscali, STP, ENI,TEAM non riconosciuti da SOGEI -	<1%	0.8%	
	Adesione alle azioni richieste da NSIS -	100%	100%	
	Rispetto scadenze invio flussi (n. scadenze rispettate per flusso)	95%	95%	
	Rispetto scadenze adeguamento flussi	100%	100%	
	Incidenza variazione dei dati (media annuale)	<20%	18%	
	Completezza dei dati nel mese di competenza	>85%	90%	
	Rispetto dei tempi nell'invio delle relazioni mensili (n.relazioni inviate entro i tempi).	90%	90%	
	Coerenza (oscillazione/range) prezzo rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia.	10%	10%	
	Coerenza (oscillazione/range) quantità rilevato nei flussi vs prezzo flusso traccia.	10%	10%	
	Presenza prodotti nei flussi vs flusso traccia.	100%	100%	
Invio dati registro operatorio (selezione specifica interventi).	80%	99%		
Invio dati attività di radiologia PACS entro	90%	90%		

<p>anche l'attività erogata a favore dei pazienti ospedalizzati. Per soddisfare il traguardo di integrazione, le Aziende provvederanno a trasmettere i flussi dei registri operatori (sperimentalmente per una classe di interventi) e dell'attività radiologica (programmato ed eseguito).</p>	<p>il 31.12.2018.</p>	
<p><b>Rilevazione tempi di attesa</b></p>	<p>presenza di tutti gli interventi programmati erogati e contemplati nel nomenclatore</p>	<p>Viene correttamente alimentato il flusso di monitoraggio in tempo reale dei tempi d'attesa SIGLA 2.0 a far tempo dal 1/1/2018. Sono previste attività di supporto alla corretta codifica degli interventi SIGLA nell'ambito del PUAP e con il Progetto di creazione di un nomenclatore aziendale. Tali azioni porteranno ad un miglioramento del flusso ed un incremento della percentuale di invio.</p>

#### **4.10 Gestione del Patrimonio Immobiliare**

Con riferimento agli obiettivi assegnati in riferimento al Piano Investimenti, si segnala che:

- 1) Nell'ambito dell'Accordo di Programma Addendum e del Programma prevenzione incendi, quest'Azienda ha ricevuto un finanziamento relativo all'intervento "P.I.1 – Adeguamento antincendio di vari padiglioni", relativamente al quale l'aggiudicazione è in corso nel rispetto delle scadenze stabilite dal Programma medesimo;
- 2) Nell'ambito dell'Accordo di Programma Addendum sottoscritto il 2 novembre 2016, quest'Azienda ha ricevuto un finanziamento relativo all'intervento "APB03 – Day Hospital oncologico e Centro Prelievi", la cui progettazione è in corso nel rispetto delle scadenze stabilite dal Programma medesimo;
- 3) Con riferimento ai finanziamenti ricevuti nell'ambito del programma regionale "Allegato S", sono in corso gli interventi S05 – Interventi di Straordinaria Manutenzione ed S06 – Ammodernamento tecnologie informatiche e biomediche, relativamente ai quali è in fase di predisposizione una relazione tesa ad illustrare ai competenti uffici regionali lo stato di attuazione degli interventi medesimi.

#### **Piano Investimenti**

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<p><b>Rispettare le tempistiche stabilite a livello nazionale (art. 1 comma 310 e 311 L 266/2005) e regionale (DGR708/215)</b></p>	<p>Aggiudicazione, entro le scadenze prestabilite, degli interventi ammessi a finanziamento rientranti nell'Accordo di Programma Addendum e</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	

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	nel Programma prevenzione incendi			
	Avvio predisposizione dei progetti e/o piani di fornitura degli interventi rientranti nell'Accordo di Programma Addendum sottoscritto il 2 novembre 2016.	100%	100%	Le richieste di liquidazione relative agli interventi conclusi sono state inviate. Si provvederà nel 2019 ad inviare una relazione sullo stato degli interventi non conclusi
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

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Prevenzione incendi: programmazione e realizzazione degli interventi di adeguamento edilizio e impiantistico secondo la normativa prevenzione incendi (DM 15 marzo 2015)	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione incendi e sugli eventi incidentali correlati con gli incendi nelle strutture sanitarie.	100%	100%	Il sistema informativo regionale è stato regolarmente aggiornato
Prevenzione sismica: manutenzione azioni (DGR 1003/2016) finalizzate al miglioramento sismico	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo regionale sulla prevenzione sismica	100%	100%	Il sistema informativo regionale è stato regolarmente aggiornato

### Manutenzione

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Monitoraggio della manutenzione ordinaria degli immobili delle Aziende sanitarie; adesione al progetto AGENAS "Monitoraggio manutenzione ordinaria".	Adempimenti previsti dal monitoraggio attivato con sistema informativo AGENAS sulla manutenzione ordinaria	100%	100%	Tutti gli adempimenti richiesti sono stati completati entro le scadenze



## Uso razionale dell'energia e gestione ambientale

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Adozione di misure volte all'uso razionale dell'energia	Adempimenti previsti dai monitoraggi attivati con sistema informativo regionale (energia, rifiuti, mobilità sostenibile).	100%	100%	Relativamente allo Sharepoint Energia, tutti gli adempimenti sono stati completati entro le scadenze

## Tecnologie biomediche

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Garantire i flussi informativi ministeriali e regionali al parco tecnologico installato, il debito informativo relativo alle tecnologie biomediche di nuova installazione, nonché massimizzare l'utilizzo delle tecnologie biomediche anche attraverso soluzioni organizzative	Trasmissione flusso informativo regionale relativo al parco tecnologico installato	Secondo scadenze prestabilite	Si	Nel 2018 sono stati garantiti tutti i flussi informativi ministeriali e regionali secondo quanto richiesto dal DGR 919/18
	Aggiornamento portale ministeriale relativo alle Apparecchiature sanitarie	Secondo scadenze stabilite da decreto (22/04/2014)	Si	Il portale ministeriale è stato aggiornato secondo le scadenze stabilite
	Le tecnologie aventi i requisiti in elenco dovranno essere sottoposte per istruttoria al GRTB	100%	100%	Tutte le tecnologie aventi i requisiti indicati sono state sottoposte al GRTB
	Monitoraggio modalità e tempo di utilizzo di TAC, RM, mammografi e Robot chirurgici	Trasmissione dei format debitamente compilati entro scadenze prestabilite	Si	E' stato trasmesso il monitoraggio su modalità e tempi di utilizzo di TAC, RM e mammografi in uso secondo il format e i tempi stabiliti.

## Anagrafe dei Complessi Immobiliari (CI)

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto o anno 2018	Note
Censimento dei Complessi Immobiliari (CI) delle Aziende sanitarie, rilevazione degli attributi dei CI come da indicazioni regionali, e raccolta delle informazioni necessarie al collegamento dei CI alle anagrafi regionali relative alle prestazioni erogate ed al sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativo-contabile (GAAC).	Adempimenti previsti dalla raccolta dati attivata con sistema informativo regionale (Complessi Immobiliari e GAAC).	100%	100%	Tutti gli adempimenti previsti dalla raccolta dati attivata con sistema informativo regionale sono stati completati entro le scadenze

## Costituzione fondo per la valorizzazione degli immobili delle Aziende sanitarie non più ad uso sanitario e/o istituzionale

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Le Aziende sanitarie devono garantire, secondo format e scadenze prestabilite, le informazioni necessarie ad eventuali ulteriori caratterizzazioni degli immobili che possono essere conferiti al fondo immobiliare. Le Aziende devono inoltre garantire la collaborazione tecnico amministrativa necessaria per l'avvio e l'espletamento delle procedure tecnico amministrative necessarie per la costituzione del fondo.	Predisposizione e trasmissione set informativi secondo modalità e scadenze prestabilite.	100%	100%	I set informativi sono stati predisposti e trasmessi entro le scadenze

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

### **Riordino dei comitati etici**

**Obiettivo operativo:** Come previsto dalla DGR 2327/2016 dal 01/01/2018 sono stati istituiti tre Comitati Etici di Area Vasta che accorpano i nove preesistenti.

Per promuovere una gestione più armonica delle attività e il lavoro in rete dei tre Comitati, verrà utilizzata una piattaforma informatica regionale, per la quale è stata espletata la gara nel 2017 e che sarà disponibile nel 2018. Si richiede la collaborazione di tutte le segreterie dei Comitati Etici (sia centrali che locali) nella sperimentazione della piattaforma.

La piattaforma non è stata disponibile nel 2018, ma sono state attuate numerose attività di formazione e messa a punto del software. Di seguito il dettaglio di quanto svolto e il contributo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma.

A giugno 2018 il gruppo di coordinamento regionale ha concluso i test funzionali dei seguenti moduli:

- M11: Amministrazione del sistema;
- M1: Fase propedeutica alla valutazione del CE
- M2: Gestione istruttoria Segreteria CE
- M6: Gestione Budget e fatturazione

Gli altri 7 moduli saranno stati testati dal mese di luglio agli inizi di ottobre.

La UO Ricerca e Innovazione e la Segreteria locale di Parma del CE AVEN hanno partecipato a tutti gli incontri organizzati dalla RER, in particolare:

- 26/03/2018 incontro tenutosi in RER
- 06/06/2018 web conference
- 19/06/2018 web conference
- 06/07/2018 incontro per presentazione piattaforma in RER

Sono stati, inoltre, organizzati dalla UO Ricerca e Innovazione 2 incontri interni (27/07/2018 e 03/09/2018) volti a testare localmente i moduli disponibili con i diversi profili (promotore, sperimentatore, ricerca e innovazione, segreteria CE) dai quali sono emersi alcuni rilievi trasmessi puntualmente ai coordinatori in Regione. Nel mese di agosto 2018 la Regione ha rilasciato i moduli M5 Monitoraggio ed M6 Fatturazione chiedendo di eseguire un test; la UO Ricerca e Innovazione ha effettuato alcune prove, partendo dall'inserimento di un nuovo studio e attuando tutte le fasi previste (verifica di fattibilità, istruttoria e parere CE, autorizzazione ed avvio). Il 15 Ottobre 2018 si è tenuta una videoconferenza nella quale la Regione ha annunciato 2 giornate di formazione teoriche previste per il mese di novembre e 2 giornate per la parte pratica per inizio dicembre. La formazione sull'applicativo SIRER, alla quale hanno partecipato i componenti della UO Ricerca e Innovazione e della Segreteria locale di Parma del CE AVEN, si è tenuta in Regione nei mesi di novembre e dicembre 2018.

Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018
le Aziende dovranno assicurare la collaborazione delle Segreterie dei CE nella fase di sperimentazione della piattaforma.	partecipazione alla sperimentazione secondo i tempi e i modi che verranno definiti a livello regionale.	100%

## Supporto al Piano Sociale e Sanitario

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
<b>Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti (Scheda 11)</b>	Attivare un board aziendale (o altre forme di coordinamento) per gestire le politiche aziendali orientate all'equità;+		È stato definito e nominato il Board interaziendale Equità contenuto nel Piano Interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze.	
	Adottare un piano aziendale delle azioni sull'equità nel rispetto delle differenze, quali strumenti di raccordo delle attività assunte ed implementate ai diversi livelli di programmazione, pianificazione e gestione		È stato deliberato il Piano Interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze.	Delibera n.1110 del 27/12/2018 Nota Prot. n. 2992 del 22/01/2019
	Assicurare la partecipazione del referente per l'equità ad almeno due incontri del coordinamento regionale Equità&Diversità.		L'Azienda ha partecipato al tavolo di lavoro per la realizzazione di un protocollo interistituzionale per il contrasto all'omotransnegatività e per l'inclusione delle persone LGBT	- Evento interaziendale 8 marzo 2018 "Contro gli stereotipi per combattere discriminazioni e violenze", sesta edizione del convegno di Medicina delle Differenze. - Evento Regionale 14/12/2018 Bologna Medicina di genere ed equità: la cornice di lavoro regionale - Incontro referenti equità il 6/12/2018
	Utilizzare almeno uno strumento equity assesment (Health Equity Audit e/o Equality Impact Assessment) sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento del proprio territorio aziendale.		Nel 2018 l'Azienda si è focalizzata sul processo di definizione e costruzione del "Piano Interaziendale per l'Equità e il contrasto alle disuguaglianze" con un impegnativo processo di analisi e ridefinizione dei processi e degli obiettivi delle due Aziende che tenesse conto dei percorsi progressi già avviati, delle diverse e specifiche connotazioni aziendali e delle necessarie sinergie a livello interaziendali. La complessità della fase istruttoria e progettuale ha di fatto reso non praticabile la realizzazione di ulteriori percorsi EqIA nel corso dell'anno 2018.	

## Contrasto del rischio infettivo associato all'assistenza

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Attività di sorveglianza per migliorare il livello di partecipazione e la qualità dei dati raccolti in ambito aziendale con particolare riferimento alla sorveglianza della infezione del sito chirurgico (sistema SICHER)	% di procedure sorvegliate (interventi non ortopedici) sul totale di quelle incluse nella sorveglianza	75 % interventi sorvegliati nel I semestre dell'anno	<b>78%</b>	Presidio costante di tale attività. Puntuali richiami ai Reparti inadempienti. Sussistono ancora aree di non soddisfacente applicazione del monitoraggio in questione.
Sostegno alle attività Implementazione dell'igiene delle mani in ambito sanitario e socio sanitario mediante la promozione della formazione sul campo degli operatori e il monitoraggio dell'adesione a questa pratica, utilizzando anche strumenti sviluppati dalla Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale come l'applicazione MAppER,	Consumo di prodotti idroalcolici in litri/1.000 giornate in regime di degenza ordinario	20 litri per 1.000 giornate di degenza	<b>21 lt./1000 gg./degenza</b>	Recuperate le criticità manifestatesi nello scorso anno. Obiettivo raggiunto
Stretto monitoraggio delle attività sorveglianza e controllo degli enterobatteri produttori di carbapenemasi al fine di interrompere il trend incrementale delle infezioni causate da questi microrganismi	(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	<b>100%</b>	Eseguita esaustiva attività di sorveglianza e monitoraggio degli enterobatteri produttori dei carbapenemasi. Applicate le direttive regionali

## Partecipazione alle attività regionali di valutazione delle tecnologie con metodologia HTA

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Per facilitare e rendere esplicita e trasparente l'identificazione di DM candidabili a valutazione HTA regionale, all'interno dell'applicativo web è stata inserito un questionario frutto di un	numero di richieste di inserimento DM in cui il questionario per l'individuazione di DM eleggibili a valutazione HTA risulta compilato sul totale delle richieste ricevute (dal computo del		100%	Le richieste di acquisto di nuovi DM da sottoporre alla valutazione della commissione DM locale (NPV) vengono effettuate utilizzando il questionario redatto dall'ASSR e dalla CRDM al fine di identificare

processo condiviso portato avanti dall'ASSR con i membri della Commissione Regionale Dispositivi Medici (CRDM) e con alcuni clinici regionali.	totale vengono escluse le richieste di inserimento relative a DM di classe I, per i quali la compilazione del questionario HTA non è richiesta)			i DM eleggibili a valutazione HTA. A oggi non sono state sottoposte alla commissione DM locale (NPV) richieste di DM candidabili alla valutazione regionale.
--	---	--	--	--

### **Supporto alle attività regionale di verifica dei requisiti di accreditamento**

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Implementare nel sistema di gestione aziendale le caratteristiche richieste dai requisiti di accreditamento deliberati con DGR 1943/2017, misurando il grado di adesione dei processi direzionali agli stessi requisiti, mediante autovalutazione ed audit interno, predisponendo le evidenze a supporto e le eventuali azioni di miglioramento.	Produzione di un report/relazione di audit e di autovalutazione.	Sì	Sì	E' stata prodotta l'autovalutazione di concerto con la Direzione aziendale, parte integrante della domanda.
Sostenere l'attività istituzionale di verifica dei criteri di accreditamento svolta tramite i valutatori appartenenti alle Strutture sanitarie	Nr. valutatori partecipanti alle attività di verifica/nr. valutatori convocati	70%	90%	

### **Formazione continua nelle organizzazioni sanitarie**

Obiettivo	Indicatore	Target	Risultato raggiunto anno 2018	Note
Orientare l'attività formativa verso lo sviluppo di competenze professionali. Gli obiettivi per il 2018 in ciascuna Azienda sono la progettazione di eventi formativi con l'obiettivo di misurare il trasferimento degli apprendimenti dal contesto formativo al contesto lavorativo e misurare l'efficacia delle azioni formative in termini di impatto sull'organizzazione	Progettazione eventi formativi che abbiano l'obiettivo di trasferire gli apprendimenti al contesto lavorativo	almeno 4	SI	VEDI SCHEDA DI SINTESI RISULTATI
	Progettazione eventi formativi con misurazione dell'efficacia delle azioni	>= 1 almeno 3	SI	VEDI SCHEDA DI SINTESI RISULTATI

## SCHEDA DI SINTESI DEI RISULTATI

PROGETTI CON VALUTAZIONE DI TRASFERIMENTO	AZIONI REALIZZATE
<p>1° Progetto "Addestramento all'utilizzo delle saturatrici meccaniche con tecnologia Adaptive Firing: benefici della chirurgia mininvasiva per la qualità della vita del paziente". Valutazione di trasferimento effettuata sulla base dell'osservazione diretta delle capacità di utilizzo della tecnologia acquisite dai partecipanti.</p> <p>2° Progetto: "La mindfulness per la riduzione dello stress nelle professioni sanitarie". E' prevista una valutazione di trasferimento, basata sulla compilazione di un questionario ex post, finalizzata alla misurazione dell'effettivo utilizzo della tecnica nei tempi e nei modi previsti dal protocollo MBSR (mindfulness based stress reduction ).</p> <p>3° Progetto: "Delirium" finalizzato alla valutazione dei fattori precipitanti e predisponenti al delirio nei pazienti geriatrici e cardiologici. Il progetto prevede lo sviluppo delle capacità di utilizzo delle scale di valutazione dei fattori prima citati. La valutazione di trasferimento è centrata sulla analisi dei dati prodotti dalle schede dai quali si può evincere la corretta gestione del percorso di compilazione.</p> <p>4° Progetto: "La buona relazione con i familiari e i care giver dei pazienti". La valutazione di trasferimento è prevista tramite utilizzo di un questionario ex post finalizzato a verificare le possibili modificazioni dei comportamenti relazionali a seguito degli apprendimenti formativi consolidati nell'esperienza di lavoro.</p>	<p>1° progetto: la valutazione di trasferimento è stata sviluppata utilizzando schede di osservazione sui comportamenti di ogni partecipante relativi al corretto utilizzo delle saturatrici</p> <p>2° progetto: per la valutazione di trasferimento è stato inviato ed elaborato un questionario ai partecipanti finalizzato a rilevare il mantenimento delle pratiche di mindfulness alla fine del percorso formativo</p> <p>3° progetto: la valutazione di trasferimento è stata conclusa sulla base della valutazione della corretta compilazione delle scale di valutazione effettuata su 50 partecipanti della geriatria e 50 partecipanti della cardiologia</p> <p>4° progetto: è stato inviato un questionario di valutazione del trasferimento delle competenze acquisite ai 47 partecipanti delle 3 edizioni del corso realizzate nel 2018. I risultati sono in fase di elaborazione.</p>
PROGETTI CON VALUTAZIONE D'EFFICACIA	
<p>1° Progetto: "Le competenze dei tutor clinici nelle unità operative dedicate all'apprendimento". La valutazione di efficacia prevede la somministrazione del questionario CLEQI agli studenti del corso di laurea in infermieristica che hanno svolto i tirocinio nell'unità operativa clinica e terapia medica . Il questionario da evidenza alla qualità dell'esperienza di tirocinio e della relazione tutoriale percepita dallo studente.</p> <p>2° Progetto: "La revisione della documentazione infermieristica" Implementazione delle scale di valutazione assistenziale (BRASS , CHOBIC e MEWS) Dipartimento Medicina Generale e Specialistica. La valutazione di efficacia è basata sullo studio osservazionale dei dati prodotti dalla somministrazione delle scale di valutazione implementate.</p> <p>3° Progetto: "Alleanza per la prevenzione secondaria cardiovascolare in regione Emilia Romagna: studio randomizzato controllato multicentrico" percorso finalizzato alla valutazione dell'efficacia dell'educazione terapeutica attraverso colloqui con il paziente gestiti dall'infermiere.). La valutazione d'efficacia prevede un monitoraggio degli esiti di cura attraverso la SIM e questionari ad hoc per i pazienti. E' inoltre prevista una valutazione a campione del trasferimento basata sulla raccolta dati tramite check list, finalizzato alla valutazione della qualità del colloquio di educazione terapeutica.</p>	<p>1° progetto: sono stati somministrati i questionari CLEQI (Clinical Learning Evaluation Quality Index, valuta la qualità percepita da parte dello studente dell'esperienza di tirocinio) agli studenti (ca 200) che hanno svolto esperienza nei contesti di tirocinio.</p> <p>2° progetto: completamente realizzata la parte formativa e valutativa. I risultati sono stati socializzati in un incontro plenario con i partecipanti.</p> <p>3° progetto: la formazione è stata completamente realizzata. La valutazione documentale (SIM e questionari) è già iniziata, mentre per la valutazione della qualità del colloquio è stato sviluppato lo strumento tecnico d'indagine ma non è ancora stato somministrato.</p>